Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 23.03.2026 10:21:39
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра факультетской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» августа 2020 г. приказ № 965.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 30.04.2021 г. протокол № 4.

3) Профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «27» марта 2017 г., приказ № 306н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой факультетской хирургии 14.05.2021 г. (протокол № 11)

Заведующий кафедрой Е.С. Прокопьев

ученым советом педиатрического факультета 19.05.2021 г. (протокол № 3/1)

Председатель совета факультета Е.С. Прокопьев

Центральным методическим советом 20.05.2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующий кафедрой
факультетской хирургии Прокопьев Е.С.

Доцент кафедры
факультетской хирургии Тимин М.В.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 4
1.4. Объекты профессиональной деятельности 4
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 4
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 10
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 10
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 10
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 11
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 11
3.4. Тематический план лекций 11
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 13
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 20
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 20
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 20
4.1.1. Основная литература 20
4.1.2. Дополнительная литература 21
4.2. Нормативная база 22
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 23
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 24
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 24
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 25
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 27
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 29
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 30
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 30
8.1. Выбор методов обучения 30
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья 30
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 31
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 31

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

сформировать знания основных профессиональных навыков клинической и дополнительной диагностики, лечения хирургических и урологических болезней, позволяющих выпускнику успешно работать в качестве врача-педиатра участкового

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

- сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний у детей;
- сформировать навыки диагностика неотложных состояний;
- сформировать навыки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- изучить причины, механизмы развития хирургических заболеваний органов пищеварительной и мочеполовой систем экстренного и неотложного характера;
- рассмотреть особенности клинической симптоматики наиболее часто встречаемых заболеваний хирургического и урологического профилей;
- обучить выбору необходимых методов обследования для выявления хирургических и урологических заболеваний и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- изучить маршрутизацию, лечебную тактику при экстренных и неотложных заболеваниях органов пищеварительной и мочеполовой систем;
- рассмотреть подходы к оперативному лечению наиболее часто встречаемых заболеваний хирургического и урологического профилей.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Факультетская хирургия, урология» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули) обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Топографическая анатомия и оперативная хирургия; Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия; Патофизиология, клиническая патофизиология; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Госпитальная хирургия; Детская хирургия; Травматология, ортопедия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины, являются:

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

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- диагностический;
- лечебный.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

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

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД ОПК 4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнезажизни и заболевания пациента	Основы медицинской деонтологии	Устанавливать контакт с пациентом, получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах	Навыками сбора анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия); анамнеза жизни (получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте)	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
		ИД ОПК 4.3. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Методику проведения физикального обследования пациента	Проводить внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов	Навыками определения эпонимных симптомов хирургических и урологиче-	Контрольные вопросы, ситуационные задачи, чеклист оценки практических на-	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оцен-	Разделы №1-2 Семестр № 6-7

					ских заболеваний	выков	ки практических навыков	
		ИД ОПК 4.4. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	Этиологию, патогенез, клиническую симптоматику болезней и состояний хирургического профиля	Оценивать результаты клинической диагностики при болезнях и состояниях, требующих хирургического лечения	Навыками установления предварительного диагноза, планирования лабораторно-инструментального обследования	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
		ИД ОПК 4.5. Направляет пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Показания, последовательность и сроки проведения лабораторного и инструментального обследования при заболеваниях хирургического профиля	Обосновывать необходимость, объем и порядок проведения лабораторного и инструментального обследования	Навыками направления на лабораторное и инструментальное обследование	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
		ИД ОПК 4.7. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов	Выделять ведущие синдромы, составлять алгоритм дифференциальной диагностики	Навыками дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	Контрольные вопросы, тестовые задания	Контрольные вопросы, тестовые задания	Разделы №1-2 Семестр № 6-7

			при заболеваниях внутренних органов					
		ИД ОПК 4.8. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Клинические и международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Применять классификационные принципы	Навыками установления диагноза с учетом действующих клинических и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
2	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД ОПК 5.3. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека	Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики	Анализировать закономерности функционирования различных органов и систем в норме	Навыками интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
3	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопас-	ИД ОПК 7.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза,возраста и клинической картины в соответствии с дей-	Структуру и действующие порядки оказания медицинской помощи, клинические рекоменда-	Разрабатывать хирургическую стратегию	Навыками составления плана лечения	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чеклист оценки практических навыков	Разделы №1-2 Семестр № 6-7

	ности	ствующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ции (протоколы лечения) по профилю «хирургия» и «урология»					
		ИД ОПК 7.2. Применяет план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Принципы и правила оказания медицинской помощи при заболеваниях, требующих хирургического вмешательства	Обосновывать показания для оперативного и консервативного лечения, выбора мероприятий при их реализации	Навыками оказания медицинской помощи при заболеваниях хирургического и урологического профилей	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2 Семестр № 6-7
		ИД ОПК 7.3. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза,возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	Современные методы медикаментозной терапии, группы лекарственных препаратов	Обоснованно назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение с учетом диагноза и клинической картины заболевания	Навыками разработки оптимальных схем применения лекарственных препаратов	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2 Семестр № 6-7

		клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
		ИД ОПК 7.4. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза,возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Современные методы немедикаментозного лечения	Обосновывать показания к применению методов немедикаментозного лечения, составлять алгоритм оперативного вмешательства	Навыками назначения немедикаментозного лечения при планировании периоперационного периода, планирования оперативного вмешательства	Контрольные вопросы для, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2. Семестр № 6-7
		ИД ОПК 7.5. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Механизмы действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению	Оценивать эффективность применения методов медикаментозного и немедикаментозного лечения	Навыками планирования дальнейшей тактики при неэффективности применяемого лечения	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи	Разделы №1-2. Семестр № 6-7

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 зачетных единиц, 180 час.

Вид учебной работы			Всего часов	Семестры	
				№ 6	№ 7
1			2	3	4
Контактная работа (всего)			96	48	48
в том числе:					
- лекции (Л)			24	12	12
- практические занятия (ПЗ)			72	36	36
Самостоятельная работа (всего)			48	24	24
в том числе:					
- подготовка к занятиям			38	20	18
- подготовка к текущему контролю			6	4	2
- подготовка к промежуточному тестовому контролю			4	-	4
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа	3	-	3
		самостоятельная работа	33	-	33
Общая трудоемкость (часы)			180	72	108
Зачетные единицы			5	2	3

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	**ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7**	**Раздел «Факультетская хирургия»**	Лекции: «Основы диагностики и лечения острого аппендицита», «Основы плановой и неотложной герниологии», «Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей», «Хирургические проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Современные тенденции в лечении острого панкреатита», «Лечебно-диагностическая тактика при заболеваниях толстой кишки», «Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости (ОКН)», «Острый перитонит». Практические занятия: «Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта», «Острый аппендицит», «Осложнения острого аппендицита», «Наружные грыжи живота», «Ущемленные грыжи», «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)», «Острый холецистит», «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Острый панкреатит», «Осложнения острого панкреатита», «Заболевания толстой кишки», «Острая кишечная непроходимость (ОКН)», «Острый перитонит», «Неязвенные кровотечения», «Основы оперативной техники».
2.	**ОПК-4 ОПК-5**	**Раздел «Урология»**	Лекции: «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы

	ОПК-7		(МПС)», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)». Практические занятия: «Семиотика, диагностика урологических заболеваний», «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)»

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
1	Госпитальная хирургия	+	+
2	Детская хирургия	+	+
3	Травматология, ортопедия	+	+

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.	Факультетская хирургия			16	52	-	-	36	104
2.	Урология			8	20	-	-	12	40
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	контактная работа	экзамен					3
			самостоятельная работа						33
	Итого:			24	72			48	180

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				6 сем.	7 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Основы диагностики и лечения острого аппендицита	Анатомо-физиологические особенности аппендикса. Понятие острого аппендицита, этиология и патогенез. Классификация, клиника, дополнительная и дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика, виды и этапы операций; способы завершения операций.	2	-
2	1	Основы плановой и неотложной герниологии	Хирургическая анатомия «слабых мест» брюшной стенки. Понятие грыжи, ее составные элементы. Этиопатогенетические факторы. Классификация. Общие симптомы и особенности клиники различных видов грыж. Дополнительная и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Современные подходы к оперативному лечению: этапы операций и способы укрепления передней брюшной стенки. Принципы послеоперационного ведения.	2	-
3	1	Диагностика и	Понятие, основные теории этиопатогенеза	2	-

		лечение заболеваний желчевыводящих путей	желчнокаменной болезни (ЖКБ). Структура и состав камней. Классификация ЖКБ. Особенности патоморфологии, клиники, лабораторного и инструментального обследования, дифференциальной диагностики, лечебной тактики в зависимости от стадии. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, виды и способы операций. Показания и виды интраоперационного исследования желчных путей. Способы дренирования желчевыводящих путей.		
4	1	Хирургические проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Определение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК), заболеваемость. Основные теории этиопатогенеза. Классификация. Клиническая симптоматика. Критерии лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики. Принципы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению и виды операций (резекционные, органосохраняющие).	2	-
5	1	Современные тенденции в лечении острого панкреатита	Определение, этиопатогенез, классификация острого панкреатита. Современные подходы к клинической, лабораторно-инструментальной, дифференциальной диагностике острого панкреатита и его осложнений. Выбор лечебной тактики. Основные принципы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению, виды операций по срокам выполнения и объему вмешательства. Подходы к лечению ранних осложнений острого панкреатита. Малоинвазивные способы лечения.	2	-
6	1	Лечебно-диагностическая тактика при заболеваниях толстой кишки	Классификация заболеваний ободочной кишки. Методы их диагностики. Этиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения, дополнительная и дифференциальная диагностика, лечебная тактика при дивертикулярной болезни, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, онкопатологии.	2	-
7	1	Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости (ОКН)	Определение ОКН, заболеваемость. Этиология и патогенез. Патофизиология и патанатомия острой кишечной непроходимости (ОКН). Классификация. Клиническая симптоматика различных форм ОКН. Дополнительная и дифференциальная диагностика. Современные подходы к выбору лечебной тактика. Показания и принципы консервативной терапии. Показания и виды операций, характеристика основных этапов.	-	2
8	1	Острый перитонит	Определение острого перитонита, заболеваемость, причины. Современные подходы к классификации. Основные звенья патогенеза. Клиническая симптоматика. Алго-	-	2

			ритм дополнительной и дифференциальной диагностики. Хирургическая тактика. Принципы предоперационной подготовки. Этапы операции. Объем оперативного вмешательства в зависимости от происхождения и причин острого перитонита. Способы завершения операции. Принципы лечения в послеоперационном периоде.		
9	2	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Анатомо-физиологические особенности почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Классификация неспецифических воспалительных заболеваний. Этиология, патогенез. Классификация пиелонефритов. Клиника, дифференциальная диагностика. Консервативная терапия, показания к оперативному лечению.	-	2
10	2	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Вопросы эпидемиологии. Этиопатогенез. Теории камнеобразования. Клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Диетотерапия. Методы консервативной терапии. Купирование почечной колики. Методы оперативного лечения, показания к оперативному лечению. Наблюдение, профилактика.	-	2
11	2	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация опухолей почек по системе TNM. Вопросы патологической анатомии, метастазирование. Симптоматика и клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению. Прогноз. Опухоли мочевого пузыря и мужских половых органов.	-	2
12	2	Травма органов мочеполовой системы (МПС)	Классификация травм МПС. Особенности клиники при травме различных отделов мочеполовой системы (МПС). Методы диагностики. Методы лечения, особенности оперативных вмешательств. Ведение послеоперационного периода.	-	2
Итого:				**12**	**12**

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				6 сем.	7 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «хирургия». Этико-деонтологические аспекты в ургентной хирургии. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения острой абдоминальной патологии. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса в хи-	2	-

			рургическом стационаре. *Практическая подготовка*: отработка практических навыков контактной работы с пациентами, рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения, знакомство с медицинскими информационными системами (МИС)	1	
2	1	Острый аппендицит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Анатомия илеоцекального угла. Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого аппендицита. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции. Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений, ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
3	1	Осложнения острого аппендицита	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Понятие, причины, классификация, клиническая и дополнительная диагностика, хирургическая тактика при осложнениях острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, пилефлебит, забрюшинная флегмона). Особенности послеоперационного ведения пациентов. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
4	1	Наружные грыжи живота	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Определение, причины возникновения, основные элементы грыжи. Современная классификация, клиническая и дополнительная диагностика, принципы дифференциации наружных грыж живота. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативного лечения показания к хирургическому лечению. Этапы оперативного вмешательства, способы укрепления передней брюшной стенки (показания к применению, виды, способы фиксации трансплантантов), ведение пе-	2	-

			риоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	1	
5	1	Ущемленные грыжи	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, механизмы, особые виды ущемления. Флегмона грыжевого мешка: определение, механизм развития. Клиника, особенности диагностической программы, дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки, осложненных ущемлением и флегмоной грыжевого мешка. Хирургическая тактика: особенности предоперационной подготовки, оперативные доступы, интраоперационная тактика (оценка жизнеспособности, особенности «реанимации» ущемленного органа, показания к его резекции, способы завершения операции). *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
6	1	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия желчных путей, физиология желчеотделения. Понятие, современные теории патогенеза желчнокаменной болезни, строение желчных камней. Нозологические формы холелитиаза: клинико-диагностические критерии, тактические подходы к лечению, показания к оперативному вмешательству, виды и этапы вмешательств, интраоперационная диагностика патологии билиарного тракта, способы завершения операций. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	2 1	-
7	1	Острый холецистит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Понятие, этиопатогенез, классификация, клиническое течение, методы дополнительной диагностики острого холецистита. Лечебная тактика: принципы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению, способы и сроки проведения операции. Принципы ведения послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический	2 1	-

			разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.		
8	1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение, современные причины и модели развития язвенной болезни. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Современные подходы к консервативной терапии. Хирургическое лечение: показания, виды операций. Ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
9	1	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Патогенез, классификация, особенности клиники, дополнительной диагностики осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальных стеноз, пенетрация, малигнизация). Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению, виды и объем оперативных вмешательств. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих осложнениях. Вопросы профилактики. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	2 1	-
10	1	Острый панкреатит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, анатомо-физиологические предпосылки развития, причины и «пусковые» механизмы острого панкреатита. Принципы современной классификации. Клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная, и дифференциальная диагностика. Выбор лечебной тактики: основные направления консервативной терапии, определение показаний к оперативному лечению, виды операций. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
11	1	Осложнения острого панкреатита	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Этиопатогенез, классификация осложне-	2	-

			ний острого панкреатита. Особенности клинического течения ранних и поздних осложнений. Лабораторные и инструментальные критерии верификации. Принципы консервативного и оперативного лечения основных осложнений. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	1	
12	1	Заболевания толстой кишки	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Анатомия ободочной кишки. Классификация заболеваний ободочной кишки. Причины, патогенез, клинические проявления дивертикулярной болезни, неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки. Порядок лабораторно-инструментального обследования толстой кишки. Особенности диагностики онкопатологии. Принципы лечения. Основы оперативного лечения заболеваний толстой кишки опухолевой и неопухолевой природы. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	2 1	-
13	1	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, этиопатогенез, классификация острой кишечной непроходимости (ОКН). Особенности клинической симптоматики в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки. Дифференциальная и дополнительная диагностика ОКН. Направления лечебной тактики. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
14	1	Острый перитонит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, этиология, патогенез, классификация перитонита. Основы клинической диагностики перитонита. Диагностические лабораторно-инструментальные острого перитонита. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения больных с острым перитонитом. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. Принципы и направления консервативной терапии на до- и послеоперационном периоде.	-	3

			Современные тактико-технические аспекты оперативного лечения: показания и сроки проведения операций, этапы и объемы хирургических вмешательств. «Открытые» и «закрытые» методы санации брюшной полости. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.		1
15	1	Неязвенные кровотечения	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Причины, механизмы, принципы классификации неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Особенности клинических проявлений и диагностики. Клинико-диагностические критерии, тактический подход к лечению наиболее встречаемых нозологий, принципы оказания неотложной помощи. Хирургическая тактика. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.		3 1
16	1	Основы оперативной техники	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи. Неотложные хирургические манипуляции. Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов. Виды и способы дренирования гнойных ран. Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики. *Практическая подготовка*: отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, знакомство с МИС.	-	3 1
17	2	Семиотика, диагностика урологических заболеваний	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «урология». Этико-деонтологические аспекты. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения урологических заболеваний. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами	-	3 1

			под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.		
18	2	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная и дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Лечебная тактика: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	-	3 1
19	2	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, эпидемиология, причины, механизмы патогенеза, клинического течения, диагностики и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни (МКБ), ее осложнений. Маршрутизация. Лечебная тактика: направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Особенности симптоматики и лечебно-диагностической программы при развитии неотложных состояний. Профилактика МКБ. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
20	2	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Принципы современной классификации, клиническая симптоматика, особенности дополнительной и дифференциальной диагностики опухолей почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Основы клинико-инструментальной диагностики при развившихся осложнениях. Современные подходы к лечению опухолей мочеполовой системы. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
21	2	Травма органов мочеполовой системы	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов.	-	3

		(МПС)	Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы (МПС). Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС. Лечебная тактика: маршрутизация, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.		1
Итого:				**36**	**36**

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	6	Факультетская хирургия	подготовка к занятию, текущему контролю	24
Итого часов в семестре:				24
2	7	Факультетская хирургия	подготовка к занятию, текущему контролю, промежуточному тестовому контролю	12
3	7	Урология	подготовка к занятию, текущему контролю	12
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				**48**

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ – не предусмотрены учебным планом

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

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

4.1.1. 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.	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	Савельев В.С. Кириенко А.И.	2014, М: ГЭОТАР-Медиа	61	ЭБ «Консультант студента»
2.	Хирургические болезни:	Савельев В.С.	2017, М:ГЭО-	-	ЭБ

	учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	Кириенко А.И.	ТАР-Медиа		«Консультант студента»
3.	Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс]	Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А.	2017, М: ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБ «Консультант врача»
4.	Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]	Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю.	2015, М: ГЭОТАР-Медиа	-	«ЭБ Консультант врача»

4.1.2. 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.	Хирургические болезни	Мерзликин Н.В.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	32	
2.	Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям	Черноусов А.Ф.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	21	
3.	Урология: национальное руководство	Лопаткин Н.А.	2013, М.:ГЭОТАР-Медиа	3	Консультант врача
4.	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учеб. пособие	Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А	2014, М.:ГЭОТАР-Медиа	-	Консультант студента
5.	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство	Хубутия М.Ш., Ярцев П.А.	2014, М.:ГЭОТАР-Медиа	-	Консультант студента
6.	Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие для студентов мед. вузов	Котаев А.Ю.	2015, Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова	10	-
7.	Кровотечения неязвенной этиологии из верхних отделов пищеварительного тракта	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Коршунова Т.П. Касаткин Е.Н.	2011, Киров: Кировская ГМА	89	Электронная библиотека Кировского ГМУ
8.	Острая кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение): учеб. пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Шейнкман М.В., Коршунова Т.П., Головизнин А.А.	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
9.	Правила оформления медицинской документации в стационаре хи-	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С.	2016, Киров: Кировская ГМА	-	Электронная библиотека Кировского

	рургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов				ГМУ
10.	Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Распутин П.Г., Прокопьев Е.С., Булдаков А.В.	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
11.	Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Касаткин Е.Н., Четвертных А.Н.	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
12.	Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Касаткин Е.Н., Четвертных А.Н.	2012, Киров: Кировская ГМА	89	Электронная библиотека Кировского ГМУ
13.	История болезни хирургического больного: учебное пособие	Мерзликин Н.В. и др.	2018, ГЕОТАР-Медиа	3	-
14.	Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах	Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин	2017 ГЕОТАР-Медиа	3	Консультант студента
15.	Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп.	Комяков Б.К.	2018 ГЭОТАР-Медиа	1	Консультант студента

4.2. Нормативная база

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.11.2004 №262 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным холециститом».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.11.2007 №699 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированной помощи)».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №636 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым аппендицитом».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №637 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другой и неуточненной кишечной непроходимостью».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №638 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с грыжей брюшной полости неуточненной».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.10.2007 №669 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с перитонитом (при оказании специализированной помощи)».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки».

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №646н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (регионарном энтерите)».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №649н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенном (хроническом) илеоколите (неспецифическом язвенном колите)».

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 №773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки».

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 №562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 № 561н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» (с изменениями и дополнениями).

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» (с изменениями и дополнениями).

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи.

16. Клинические рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений»: Ассоциация флебологов России, Всероссийское общество хирургов, 2009.

17. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.

18. Федеральные клинические рекомендации «Ущемленные паховые грыжи у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.

19. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки»: Ассоциация колопроктологов России, 2013.

20. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных с болезнью Крона. Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013

21. Клинические рекомендации «Диагностика и лечение взрослых больных с долихоколон»: Ассоциация колопроктологов России, 2013.

22. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных неспецифическим язвенным колитом. Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013.

23. Клинические рекомендации «Язвенные гастродуоденальные кровотечения»: Российское общество хирургов, 2014.

24. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2014.

25. Клинические рекомендации «Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии»: Ассоциация колопроктологов России, Ассоциация онкологов России, Российское общество хирургов, 2014.

26. Клинические рекомендации «Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка»: Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2014.

27. Клинические рекомендации «Острый аппендицит у взрослых»: Российское общество хирургов, 2015.

28. Клинические рекомендации «Острый холецистит у взрослых»: Российское общество хирургов, 2015.

29. Клинические рекомендации «Острый панкреатит»: Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2015.

30. Клинические рекомендации «Хронический панкреатит, хирургическое лечение»: Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2016.

31. Клинические рекомендации «Прободная язва у взрослых»: Российское общество хирургов, 2016.

32. Клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость у взрослых»: Российское общество хирургов, 2016.

33. Клинические рекомендации «Острый перитонит»: Российское общество хирургов, 2017.

34. Клинические рекомендации «Паховые грыжи»: Российское общество хирургов, 2017

35. Клинические рекомендации «Послеоперационные вентральные грыжи»: Российское общество хирургов, 2017

36. Клинические рекомендации «Ущемленные грыжи живота»: Российское общество хирургов, 2017

37. Клинические рекомендации «Острый холангит»: Российское общество хирургов, 2017

38. Федеральные клинические рекомендации «Спаечная кишечная непроходимость у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2018.

39. Клинические рекомендации «Механическая желтуха доброкачественного характера»: Российское общество хирургов, 2018

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

1) Справочно-поисковая система Консультант Плюс: Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/d375208be868f6aaccfc78b56276bbad1668522b/.

2) Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: [Электронный ресурс]. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

1) фото- и видеозаписи проведения диагностических процедур;

2) фото- и видеозаписи оперативных вмешательств по рассматриваемым тематикам;

3) лекции-презентации**.**

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1 Договор Microsoft Office (версия 2003) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),

2 Договор Microsoft Office (версия 2007) №034010001091300043_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) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

5 Договор Windows (версия 2007) №034010001091300043_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 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202.

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

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://www.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:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	*№ 819 г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (3корпус), № 411 г. Киров, ул. Карла Маркса, 137 (1корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран.
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	*№ 1-3 г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), доска для ведения записей маркерами, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, негатоскопы, информационные стенды, мультимедиа проектор NEC.
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	*№ 1, конференц-зал г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, стулья ученические), экран, мультимедиа проектор HITACHI.
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	*№ 307,404 г. Киров, ул. Карла Маркса, 137 (1корпус), № 414 г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (3корпус), № 1-3, конференц-зал г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), доска для ведения записей, ПК.
помещения для самостоятельной работы	*читальный зал г. Киров, ул. Карла Маркса, 137 (1корпус), № 1-3, конференц-зал г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза. ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс".

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

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

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

Основное учебное время выделяется на практические занятия в малых группах студентов.

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 обучающимся необходимо освоить практические умения по диагностике, лечению хирургических и урологических болезней.

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: «Основы диагностики и лечения острого аппендицита», «Основы плановой и неотложной герниологии», «Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей», «Хирургические проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Современные тенденции в лечении острого панкреатита», «Лечебно-диагностическая тактика при заболеваниях толстой кишки», «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)». 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.

Проблемная лекция наиболее актуальная в современных условиях. Изложение тематического материала подобным образом обусловлено спецификой профессиональной деятельности будущих специалистов, отраженной в профессиональном стандарте, высокой ответственностью, обусловленной возрастающими юридическими взаимоотношениями в системе здравоохранения. Именно проблемная лекция позволяет активизировать учебный процесс по рассматриваемой тематике не только с позиций теории, но и практики, осветить информацию в рамках правовых аспектов. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости (ОКН)», «Острый перитонит».

Важной характеристикой проблемы, отличающей её от других форм изложения информации, является аргументированность информации, поиск оптимальных путей разрешения теоретической проблемы. Обсуждая проблему, каждая сторона признает ее существование. Лектор занимает доминирующую позицию, аргументируя проблемные позиции современными медико-правовыми подходами.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области клинико-инструментальной и дифференциальной диагностики, лечебной тактики, путей профилактики неотложных хирургических и урологических заболеваний.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации и разбора тематических больных и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в

письменном виде, в виде презентаций и докладов.

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

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:
- практическое занятие традиционное: «Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта», «Острый аппендицит», «Наружные грыжи живота», «Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)», «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Острый панкреатит», «Осложнения острого панкреатита», «Острая кишечная непроходимость (ОКН)», «Основы оперативной техники», «Семиотика, диагностика урологических заболеваний», «Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов», «Мочекаменная болезнь (МКБ)», «Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)».
- учебно-ролевая игра по теме: «Осложнения острого аппендицита», «Ущемленные грыжи», «Острый холецистит», «Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)», «Заболевания толстой кишки», «Острый перитонит», «Неязвенные кровотечения», «Травма органов мочеполовой системы (МПС)».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Факультетская хирургия, урология» и включает подготовку к занятию, подготовку к текущему контролю, подготовку к промежуточному тестовому контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Факультетская хирургия, урология» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, проверки практических навыков по чек-листу, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием собеседования, тестового контроля, проверки практических навыков по чек-листу, решения ситуационных задач. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	*Виды занятий/работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*
1.	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2.	Практические занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю
3.	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4.	Промежуточная аттестация	- видеозащиты выполненных работ (индивидуальные) - тестирование	- решение тестовых заданий и ситуационных задач

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

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 аттеста - ции обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

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

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

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающихся-инвалидов и обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории обучающихся	***Виды оценочных средств***	***Формы контроля и оценки результатов обучения***
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная

		проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;
- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;
- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (ФГОС 3++)

Профиль – Педиатрия

Форма обучения Очная

Кафедра факультетской хирургии

Автор: зав. кафедрой, к.м.н. доцент Е.С. Прокопьев

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»**: п. 7. изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

2. Пункт **«4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)»** изменить и читать в следующей редакции:

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

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	*№ 819 г. Киров, ул. Владимирская, 112 (3корпус), № 411 г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран.
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	*№ 1, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (1 корпус), № 1-3, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), доска для ведения записей маркерами, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, негатоскопы, информационные стенды, телевизор HARPER, телевизор LED Telefunken, ПК, мультимедиа проектор NEC.
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	*№ 1, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (1 корпус), № 1-3, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), доска для ведения записей маркерами, телевизор HARPER, телевизор LED Telefunken, ПК, мультимедиа проектор NEC
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	*№ 307,404, 408, г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1корпус), № 414 г. Киров, ул. Владимирская, 112 (3корпус), № 1, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (1 корпус), № 1-3, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), доска для ведения записей, ПК.
помещения для самостоятельной	*читальный зал библиотеки г. Киров, ул. Владимирская, 137*	Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с

работы	*(1корпус),* *№ 1, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (1 корпус),* *№ 1-3, г. Киров, ул. Свердлова, 4 (5 корпус)*	возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза. ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс".

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

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«10» сентября 2025 г., протокол № 2
Заведующий кафедрой Е.С. Прокопьев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины «Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (ФГОС 3++)

Профиль – Педиатрия

Форма обучения *Очная*

Кафедра факультетской хирургии

Автор: зав. кафедрой, к.м.н. доцент Е.С. Прокопьев

С 2025 / 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт «1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)» дополнить и читать в следующей редакции:
- сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний у детей;
- сформировать навыки диагностика неотложных состояний;
- сформировать навыки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- изучить причины, механизмы развития хирургических заболеваний органов пищеварительной и мочеполовой систем экстренного и неотложного характера;
- рассмотреть особенности клинической симптоматики наиболее часто встречаемых заболеваний хирургического и урологического профилей;
- обучить выбору необходимых методов обследования для выявления хирургических и урологических заболеваний и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- изучить маршрутизацию, лечебную тактику при экстренных и неотложных заболеваниях органов пищеварительной и мочеполовой систем;
- рассмотреть подходы к оперативному лечению наиболее часто встречаемых заболеваний хирургического и урологического профилей;
- рассмотреть возможность применения систем искусственного интеллекта в диагностике ургентных заболеваний.

2. Пункт «3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)» дополнить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				6 сем.	7 сем.
1	2	3	4	5	6
1.	1	Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «хирургия». Этико-деонтологические аспекты в ургентной хирургии. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения острой абдоминальной патологии. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса в хирургическом стационаре. *Практическая подготовка*: отработка практических навыков контактной работы с пациентами, рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения, знакомство с медицинскими информационными системами (МИС).	2 1	-
2.	1	Острый аппендицит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Анатомия	2	-

			илеоцекального угла. Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого аппендицита. Возможность использования искусственного интеллекта в диагностике заболевания. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции. Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений, ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	1	
3.	1	Осложнения острого аппендицита	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Понятие, причины, классификация, клиническая и дополнительная диагностика, хирургическая тактика при осложнениях острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, пилефлебит, забрюшинная флегмона). Особенности послеоперационного ведения пациентов. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
4.	1	Наружные грыжи живота	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. Определение, причины возникновения, основные элементы грыжи. Современная классификация, клиническая и дополнительная диагностика, принципы дифференциации наружных грыж живота. Возможность использования искусственного интеллекта для правильного установления диагноза. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативного лечения показания к хирургическому лечению. Этапы оперативного вмешательства, способы укрепления передней брюшной стенки (показания к применению, виды, способы фиксации трансплантантов), ведение периоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
5.	1	Ущемленные грыжи	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, механизмы, особые виды ущемления. Флегмона грыжевого мешка: определение, механизм развития. Клиника, особенности диагностической программы, дифференциальная диагностика грыж передней брюшной стенки, осложненных ущемлением и флегмоной грыжевого мешка.	2	-

			Хирургическая тактика: особенности предоперационной подготовки, оперативные доступы, интраоперационная тактика (оценка жизнеспособности, особенности «реанимации» ущемленного органа, показания к его резекции, способы завершения операции). *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	1	
6.	1	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия желчных путей, физиология желчеотделения. Понятие, современные теории патогенеза желчнокаменной болезни, строение желчных камней. Нозологические формы холелитиаза: клинико-диагностические критерии, тактические подходы к лечению, показания к оперативному вмешательству, виды и этапы вмешательств, интраоперационная диагностика патологии билиарного тракта, способы завершения операций. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	2 1	-
7.	1	Острый холецистит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Понятие, этиопатогенез, классификация, клиническое течение, методы дополнительной диагностики острого холецистита. Возможность использования искусственного интеллекта в диагностике заболевания. Лечебная тактика: принципы консервативной терапии, показания к хирургическому лечению, способы и сроки проведения операции. Принципы ведения послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
8.	1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Хирургическая анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение, современные причины и модели развития язвенной болезни. Клиническая симптоматика. Инструментальная диагностика. Современные подходы к консервативной терапии. Хирургическое лечение: показания, виды операций. Ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
9.	1	Осложнения язвенной болезни	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Патогенез,	2	-

		желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)	классификация, особенности клиники, дополнительной диагностики осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальных стеноз, пенетрация, малигнизация). Лечебная тактика. Показания к оперативному лечению, виды и объем оперативных вмешательств. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих осложнениях. Вопросы профилактики. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	1	
10.	1	Острый панкреатит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, анатомо-физиологические предпосылки развития, причины и «пусковые» механизмы острого панкреатита. Принципы современной классификации. Клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная, и дифференциальная диагностика. Возможность использования искусственного интеллекта в установлении диагноза. Выбор лечебной тактики: основные направления консервативной терапии, определение показаний к оперативному лечению, виды операций. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
11.	1	Осложнения острого панкреатита	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Этиопатогенез, классификация осложнений острого панкреатита. Особенности клинического течения ранних и поздних осложнений. Лабораторные и инструментальные критерии верификации. Принципы консервативного и оперативного лечения основных осложнений. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	2 1	-
12.	1	Заболевания толстой кишки	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Анатомия ободочной кишки. Классификация заболеваний ободочной кишки. Причины, патогенез, клинические проявления дивертикулярной болезни, неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки. Порядок лабораторно-инструментального обследования толстой кишки. Особенности диагностики онкопатологии. Принципы лечения. Основы оперативного лечения заболеваний толстой кишки опухолевой и неопухолевой природы. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	2 1	-

13.	1	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, этиопатогенез, классификация острой кишечной непроходимости (ОКН). Особенности клинической симптоматики в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки. Дифференциальная и дополнительная диагностика ОКН. Направления лечебной тактики. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
14.	1	Острый перитонит	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, этиология, патогенез, классификация перитонита. Основы клинической диагностики перитонита. Диагностические лабораторно-инструментальные острого перитонита. . Возможность использования искусственного интеллекта при установлении заболевания. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения больных с острым перитонитом. Маршрутизация, объем хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации. Принципы и направления консервативной терапии на до- и послеоперационном периоде. Современные тактико-технические аспекты оперативного лечения: показания и сроки проведения операций, этапы и объемы хирургических вмешательств. «Открытые» и «закрытые» методы санации брюшной полости. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	-	3 1
15.	1	Неязвенные кровотечения	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Причины, механизмы, принципы классификации неязвенных желудочно-кишечных кровотечений. Особенности клинических проявлений и диагностики. Клинико-диагностические критерии, тактический подход к лечению наиболее встречаемых нозологий, принципы оказания неотложной помощи. Хирургическая тактика. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.		3 1
16.	1	Основы оперативной техники	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи. Неотложные хирургические манипуляции. Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов. Виды и способы дренирования гнойных ран. Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики. *Практическая подготовка*: отработка	-	3 1

			практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, знакомство с МИС.		
17.	2	Семиотика, диагностика урологических заболеваний	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Структура, нормативно-правовое обеспечение медицинской помощи по профилю «урология». Этико-деонтологические аспекты. Синдромология, особенности физикального обследования, дополнительной диагностики и хирургического лечения урологических заболеваний. Маршрутизация пациентов. Документальное сопровождение лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	-	3 1
18.	2	Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиническая симптоматика, лабораторно-инструментальная и дифференциальная диагностика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. Лечебная тактика: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни.	-	3 1
19.	2	Мочекаменная болезнь (МКБ)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Определение, эпидемиология, причины, механизмы патогенеза, клинического течения, диагностики и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни (МКБ), ее осложнений. Маршрутизация. Лечебная тактика: направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Особенности симптоматики и лечебно-диагностической программы при развитии неотложных состояний. Профилактика МКБ. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
20.	2	Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Принципы современной классификации, клиническая симптоматика, особенности дополнительной и дифференциальной диагностики опухолей почек, мочевого пузыря, мужских половых органов. Основы клинико-инструментальной диагностики при развившихся осложнениях. Современные	-	3

			подходы к лечению опухолей мочеполовой системы. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.		1
21.	2	Травма органов мочеполовой системы (МПС)	Рассмотрение при участии преподавателя следующих тематических вопросов. Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы (МПС). Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС. Лечебная тактика: маршрутизация, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств. Ведение послеоперационного периода. *Практическая подготовка*: клинический разбор пациента, отработка практических навыков контактной работы с пациентами под контролем преподавателя, разбор клинической истории болезни, анализ рентгенограмм.	-	3 1
Итого:				**36**	**36**

3. Пункт 4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)» изменить и читать в следующей редакции

4.1.1. 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.	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	Савельев В.С. Кириенко А.И.	2014, М: ГЭОТАР-Медиа	61	ЭБ «Консультант студента»
2.	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	Савельев В.С. Кириенко А.И.	2017, М:ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБ «Консультант студента»
3.	Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс]	Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А.	2017, М: ГЭОТАР-Медиа	-	(СИС) «MedBaseGeotar»
4.	Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]	Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю.	2015, М: ГЭОТАР-Медиа	нет	(СИС) «MedBaseGeotar»
5	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах	Ред. Н.Н. Крылов	2019, М: ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
6	Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное	М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А.Кубышкин	2020, М: ГЭОТАР-Медиа	20	-
7	Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное	М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А.Кубышкин	2022, М: ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
8	Урология: учебник, 2-е изд. перераб. и дополненное	Ред.С.Х. Аль-Шукри	2022, М: ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
9	Хирургические болезни. Руководство к практическим	Ред. Н. В. Мерзликин.	2023, М: ГЭОТАР-	2	ЭБС Консультант

	занятиям: учебное пособие		Медиа		студента
10	Хирургия по Шварцу: в 3 т	Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди ; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.].	2023, М: ГЭОТАР-Медиа	2	

4.1.2. 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.	Хирургические болезни	Мерзликин Н.В.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	32	
2.	Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям	Черноусов А.Ф.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	21	
3.	Урология: национальное руководство	Лопаткин Н.А.	2013, М.:ГЭОТАР-Медиа	3	(СИС) «MedBaseGeotar»
4.	**Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство** [Электронный ресурс]: учеб. пособие	Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Григорьев Н.А	2014, М.:ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
5.	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство	Хубутия М.Ш., Ярцев П.А.	2014, М.:ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
6.	Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие для студентов мед. вузов	Котаев А.Ю.	2015, Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова	10	-
7.	Кровотечения неязвенной этиологии из верхних отделов пищеварительного тракта	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Коршунова Т.П. Касаткин Е.Н.	2011, Киров: Кировская ГМА	89	ЭБ Кировского ГМУ
8.	Острая кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение): учеб. пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Шейнкман М.В., Коршунова Т.П., Головизнин А.А.	2012, Киров: Кировская ГМА	87	Электронная библиотека Кировского ГМУ
9.	Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Прокопьев Е.С.	2016, Киров: Кировская ГМА	-	ЭБ Кировского ГМУ
10.	Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Никитин Н.А., Распутин П.Г., Прокопьев Е.С., Булдаков А.В.	2012, Киров: Кировская ГМА	87	ЭБ Кировского ГМУ
11.	Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах	Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин	2017 ГЕОТАР-Медиа	3	ЭБС Консультант студента

12.	История болезни хирургического больного: учебное пособие	Мерзликин Н.В. и др.	2018, ГЕОТАР-Медиа	3	-
13.	Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп.	Комяков Б.К.	2018 ГЭОТАР-Медиа	1	ЭБС Консультант студента
14.	Клиническая хирургия: обследование пациента	Н.А. Кузнецов	2020, М: ГЭОТАР-Медиа	3	-
15.	Хирургический больной: мультидисциплинарный подход	Ред. В.В.Бояринцев И.Н. Пасечник	2020, М: ГЭОТАР-Медиа	-	(СИС) «MedBaseGeotar»
16.	Практические навыки в хирургии и первая помощь при критических состояниях: учебное пособие	Ред. М.Д. Дибиров	2022, М: ГЭОТАР-Медиа	-	ЭБС Консультант студента
17.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2022, Киров, Кировский ГМУ	45	-
18.	Острый аппендицит: учебное пособие	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2022 Кировский ГМУ	52	ЭБ Кировского ГМУ
19.	Грыжи передней брюшной стенки: учебное пособие	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2022 Кировский ГМУ	50	ЭБ Кировского ГМУ
20.	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих протоков в ургентной хирургии: учебное пособие	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2023 Кировский ГМУ	40	ЭБ Кировского ГМУ
21.	Острый панкреатит: учебное пособие	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2023 Кировский ГМУ	42	ЭБ Кировского ГМУ
22.	Перитонит: учебное пособие	В.А. Вязников Е.С. Прокопьев	2024 Кировский ГМУ	60	ЭБ Кировского ГМУ

4. Пункт 4.2 «Нормативная база» изменить и читать в следующей редакции

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.11.2004 №262 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным холециститом».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.11.2007 №699 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым панкреатитом (при оказании специализированной помощи)».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №636 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым аппендицитом».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №637 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с другой и неуточненной кишечной непроходимостью».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.09.2006 №638 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с грыжей брюшной полости неуточненной».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.10.2007 №669 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с перитонитом (при оказании специализированной помощи)».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №638н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки».
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №646н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (регионарном энтерите)».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.11.2012 №649н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенном (хроническом) илеоколите (неспецифическом язвенном колите)».
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 №773н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки».
12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 №562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 № 561н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология» (с изменениями и дополнениями).
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» (с изменениями и дополнениями).
15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи.
16. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/325_2/.
17. Паховая и бедренная грыжа [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/684_2/.
18. Послеоперационная вентральная грыжа [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/685_2/.
19. Прочие первичные грыжи брюшной стенки [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/811_1/.
20. Холецистит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/819_1/.
21. Желчнокаменная болезнь [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/877_1/.
22. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/903_1/.
23. Сепсис у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/898_1/.
24. Язвенная болезнь [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/277_2/.
25. Язвенный колит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/193_2/.
26. Болезнь Крона [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/176_2/.
27. Свищ заднего прохода и прямой кишки [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/191_2/.
28. Острый парапроктит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/185_3/.
29. Геморрой [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/178_2/.
30. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация колопроктологов России, Ассоциация онкологов России, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/462_2/.
31. Острая неопухолевая кишечная непроходимость [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/327_3/.
32. Прободная язва [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/328_2/.

33. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Ассоциация флебологов России, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/668_2/.
34. Синдром Маллори-Вейсса (желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром) [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, Эндоскопическое общество «РЭндО», 2026.
35. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит и перитонит у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2025
36. Федеральные клинические рекомендации «Ущемленные паховые грыжи у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.
37. Федеральные клинические рекомендации «Грыжи передней брюшной стенки»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2024.
38. Федеральные клинические рекомендации «Кишечная инвагинация у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2024.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«16» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой Е.С. Прокопьев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра факультетской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия
Форма обучения - очная

РАЗДЕЛ 1. ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Тема 1.1: Методика обследования больных с ургентной патологией желудочно-кишечного тракта

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации лечебно-диагностической тактики при экстренных и неотложных заболеваниях органов брюшной полости хирургического профиля.

Задачи:

1) изучить структуру оказания медицинской помощи по профилю «хирургия»;
2) ознакомить с основной нормативной документацией, регламентирующей хирургическую деятельность;
3) рассмотреть роль врача первичного звена при оказании медицинской помощи по профилю «хирургия»;
4) изучить этико-деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при оказании экстренной хирургической помощи;
5) рассмотреть особенности клинико-инструментальной диагностики хирургических заболеваний экстренного характера;
6) изучить хирургическую тактику при подозрении на экстренную хирургическую патологию.

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни заболеваниях органов пищеварительной системы;
- правила оформления и схему написания истории болезни.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать морально-правовые нормы;
- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Значение хирургии в современной медицине.
2) Организация хирургической службы.
3) Организация хирургического стационара.
4) Особенности диагностического процесса при ургентной абдоминальной патологии.
5) Характеристика основных синдромов при экстренной и неотложной патологии органов пищеварительного тракта.
6) Методы объективной оценки местного статуса у хирургического больного.
7) Особенности дополнительной диагностики при ургентных заболеваниях органов брюшной полости.
8) Принципы лечебной тактики при экстренных и неотложных заболеваниях хирургического профиля, классификация оперативных вмешательств по срокам выполнения, показания к их проведению.
9) Основы ведения периоперационного периода.
10) Правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
2. Рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения.
3. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия».
2) Роль врача-лечебника в оказании хирургической помощи населению.
3) Маршрутизация хирургических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
5) Нормативная база хирургической службы.
6) Общая синдромология заболеваний органов брюшной полости.
7) Методы и последовательность дополнительных исследований в хирургической клинике.
8) Подходы к лечению заболеваний хирургического профиля, основы ведения периоперационного периода.
9) Медицинская документация в хирургическом стационаре: основные формы, правила оформления.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Первичную врачебную медико-санитарную помощь по профилю "хирургия" оказывают:

1 врач-хирург

2 врач общей практики

3 специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи

4 врач-терапевт участковый

Вопрос №2

Во время амбулаторного приема при выявлении у пациента симптомов острого аппендицита врач-терапевт участковый обязан:

1 направить больного в плановом порядке в кабинет врача-хирурга поликлиники
2 направить больного в экстренном порядке в кабинет врача-хирурга поликлиники
3 направить больного в экстренном порядке в стационар, оказывающий специализированную медицинскую помощь по профилю "хирургия", при невозможности ее осуществления в поликлинике
4 направить больного в экстренном порядке в стационар, оказывающий высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю "хирургия", при невозможности ее осуществления в поликлинике

Вопрос №3

Экстренная медицинская помощь по профилю хирургия оказывается в случаях:

1 внезапных острых заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
2 обострения хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента
3 заболеваний, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью
4 внезапных острых хирургических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента

Вопрос №4

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается:

1 врачами-хирургами поликлиники
2 врачами-специалистами по узкопрофильным специальностям
3 врачами-терапевтами общей практики
4 врачами-хирургами стационара

Вопрос №5

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, хирургическая помощь оказывается в условиях:

1 круглосуточного стационара
2 дневного стационара
3 кабинета врача-травматолога
4 кабинета врача-хирурга
5 кабинета врача-терапевта участкового

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	2, 4	2, 3	2, 4	2, 4	1, 2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Мерзликин Н.В. и др. История болезни хирургического больного: учебное пособие, М: ГЕОТАР-Медиа, 2018
3. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 1.2: Острый аппендицит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром аппендиците.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого аппендицита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого аппендицита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром аппендиците;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита;
- принципы классификации острого аппендицита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- особенности клинического течения острого аппендицита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого аппендицита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого аппендицита;
- лечебную тактику при остром аппендиците;
- виды и этапы операций при остром аппендиците;
- стандарты и протоколы при лечении острого аппендицита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром аппендиците;
- особенности оформления медицинской документации при остром аппендиците.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром аппендиците;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого аппендицита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром аппендиците с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;

- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с острым аппендицитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого аппендицита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого аппендицита
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого аппендицита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром аппендиците в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый аппендицит».
2) Значение острого аппендицита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития острого аппендицита.
4) Варианты расположения червеобразного отростка.
5) Классификация острого аппендицита по МКБ, В.И. Колесову, В.С. Савельеву (2009).
6) Основные симптомы острого аппендицита: Кохера, Волковича, Кюммеля, Воскресенского, Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др.
7) Дополнительные методы исследования при остром аппендиците.
8) Изменения лабораторных показателей и при остром аппендиците, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
9) Клинические особенности течения острого аппендицита при ретроцекальном, тазовом, межкишечном расположении червеобразного отростка.
10) Особенности острого аппендицита у лиц старшего возраста, детей, беременных.
11) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
12) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
13) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация аппендэктомии в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым аппендицитом.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных

исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание. Заболел 8 часов назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. Была однократная рвота пищей, съеденной накануне. Через 6 часов от начала заболевания боли переместились в правую подвздошную область.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Температура тела 37,3ºС. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД-110/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации умеренно напряжен и болезненный в правой подвздошной области и над лоном. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите объем дополнительных исследований.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы:

а) ведущий синдром – болевой, который объединяет следующие симптомы: боли в правой подвздошной области постоянные ноющего характера, без иррадиации; положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен;

б) анамнестический синдром: заболевание началось 8 часов назад, характеризовалось превалирующими жалобами на боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область;

в) синдром диспепсии: тошнота, однократная рвота;

г) интоксикационно-воспалительный синдром: повышение температуры тела до 37,3ºС, обложенность налетом корня языка.

2. Клинико-анамнестические особенности ведущего болевого синдрома (фаза отраженных и локальных болей, локальные симптомы), сопутствующих ему воспалительного и диспепсического синдромов, указывают на признаки, характерные для острого аппендицита.

3. Для подтверждения диагноза и исключения заболеваний мочевыводящих путей необходимо провести лабораторное исследование общего анализа крови и мочи.

4. В данной ситуации у пациента выявлено острое хирургическое заболевание. Необходима экстренная госпитализация в хирургический стационар. С целью устранения очага воспаления и прогрессирования заболевания (развитие осложнений, угрожающих жизни больного) пациенту показано оперативное лечение в экстренном порядке (в ближайшие 2 часа от момента выявления заболевания). Необходимо назначить биохимическое исследование общеклинических параметров, исследование крови на RW, маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ. Предоперационная подготовка должна проводиться по правилам подготовки пациента к экстренным операциям. Оперативное вмешательство планируется проводить под перидуральной анестезией, через локальный доступ в зоне расположения воспаленного аппендикса (доступ Волковича-Дьяконова).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больной К., 34 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2-х дней, когда отметил появление болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область, была трехкратная рвота пищей. В течение этих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, поэтому обратился в участковому терапевту. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Ps – 82/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, там же + симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В ОАК лейкоцитоз до $15x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Характеристика эпонимных симптомов.
4. Назовите основные причины развития данного заболевания.
5. Тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больная А., 28 лет поступила в ЭХО с жалобами на постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при кашле, изменении положения тела, однократную рвоту.

Из анамнеза: больна в течение 8 часов, когда появилось чувство тяжести в околопупочной области, которое спустя некоторое время стихло, но начали беспокоить боли в нижних отделах живота. Была однократная рвота желчью, не приносящая облегчения. Бригадой СМП доставлена в ЭХО. При поступлении температура 37,4°С.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Ps – 78/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, где определяется ригидность мышц. Симптомы Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона +, Щеткина-Блюмберга -. Стул, диурез в норме.

В ОАК: эритроциты – $4x10^{12}$/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10x10^9$/л, ОАМ:

лейкоциты – 2-3 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для этого?
4. В чем заключается техника оперативного вмешательства при данной патологии?
5. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слизью, повышение температуры до 38,5°С, задержку стула, газов в течение 2-х суток. Болен 3-е суток, когда появились боли в области желудка, которые постепенно переместились в правую подвздошную область, была рвота. За мед. помощью не обращался, принимал кеторол без значительного улучшения. Сегодня состояние ухудшилось: в течение последних 3-х часов боли усилились, распространились по всему животу.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, на ощупь горячая, покрыта потом. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов, ЧДД – 22/мин. Ps – 98/мин, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется + симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В ОАК лейкоцитоз до $18x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причина возникновения осложнений у данного больного.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больного.

Задача №4

Больной В., 26 лет поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С.

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, которые позднее стали локализоваться в правой подвздошной области. Боли в эпигастрии спустя 2 часа уменьшились. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: сознание ясное, положение вынужденной (согнувшись, сидя). Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. В положении на спине боли усиливаются. При пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского +.

В ОАК: эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – 13 х 10^9/л, ОАМ: лейкоциты – 0-1п/зр.

С диагнозом «острый аппендицит» больной взят на операцию. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен мутный выпот в большом количестве, париетальная брюшина слегка гиперемирована, червеобразный отросток и слепая кишка не изменены.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены на дооперационном этапе в диагностике данной патологии?
3. Что необходимо сделать в данной ситуации?

Задача №5

Больной М., 27 лет обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на боли в правой подвздошной, поясничной областях, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание. Болен в течение 1 суток, когда появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно принимал но-шпу с незначительным эффектом. Подобные явления возникли впервые.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения. Со стороны органов сердечно-сосудистой, легочной систем без патологии.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезненный. При глубокой пальпации определяется болезненность в подвздошной области, мезогастрии справа. Симптомы Раздольского, Бартомье-Михельсона сомнительны, Щеткина-Блюмберга – . Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

ОАК: эритроциты – $3,9x10^{12}$/л, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12x10^{9}$/л, ОАМ: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?
4. Особенности хирургической тактики.

Задача №6

Больная М., 32 лет поступила в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 32 недели, угроза прерывания беременности.

Из анамнеза: боли в животе беспокоят в течение 2-х суток. Обратилась в женскую консультацию, направлена на стац. лечение. Гинекологический анамнез отягощен: четвертая беременность, предстоят первые роды, 3 предыдущие беременности закончились выкидышем. Настоящая беременность осложнилась развитием гестоза. Боли в начале заболевания имели блуждающий по всему животу характер, позднее стали локализоваться в правом подреберье, мезогастрии, тошноты, рвоты не было.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожа физиологической окраски, отеков нет. В легких дыхание без хрипов. Ps – 84/мин, АД – 120/60 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки (выше пупка), не вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом мезогастрии, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, при смещении матки вправо боли усиливаются. Тонус матки повышен. Печень, желчный пузырь не пальпируются, симптом Ортнера, Кера –. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Стул был сегодня оформленный, мочеиспускание не нарушено.

В ОАК: лейкоциты – $11x10^{9}$/л, эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 150 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты не определяются, L-амилаза крови – 32 ед/л (норма до 200), билирубин общий – 11,02, прямой – 11,02 мкмоль/л, сахар крови – 4,3 ммоль/л. С диагнозом: острый холецистит больная направлена на консультацию хирурга.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите особенности клинического течения острого аппендицита у беременных.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Перечислите особенности оперативного лечения данной больной.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больной.

Задача №7

Больной З., 68 лет поступил в ЭХО через 16 часов с момента заболевания с жалобами на боли в животе, повышение температуры до 37,8°С.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 1-х суток, когда отметил появление болей тупого характера по всему животу, которые в течение 6 часов локализовались в правой подвздошной области. Страдает запорами, ИБС: ПИКС, гипертонической болезнью. Обратился к участковому терапевту, который, осмотрев больного, поставил диагноз: хронический

спастический колит, ст. обострения. Назначено лечение. В течение последних 2-х часов в связи с усилением болей состояние больного ухудшилось. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Язык обложен у корня белым налетом. Ps – 92/мин, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот подвздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше над лоном, в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не учащено, стул был 2 дня назад.

В ОАК отмечается лейкоцитоз до $14x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С учетом клинических данных назовите основные факторы патогенеза данного заболевания.
3. Какие диагностические ошибки допущены на догоспитальном этапе.
4. Особенности хирургической тактики.
5. Перечислите основные аспекты послеоперационного ведения данного больного.

Задача №8

Больной М., 23 лет поступил в ЭХО через 1,5 суток от начала заболевания с жалобами на боли по правому флангу, больше в правой подвздошной области. Через 30 мин. был взят на операцию с диагнозом: острый деструктивный аппендицит, местный перитонит. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 100 мл гнойного содержимого. Червеобразный отросток имеет медиальное восходящее расположение, отечен, стенка его грязно-зеленого цвета, утолщена, местами покрыта фибринными наложениями. Купол слепой кишки отечен, инфильтрирован. Произведена типичная аппендэктомия. Культя отростка с трудом погружена в слепую кишку. Брюшная полость санирована, ушита послойно, наглухо. Послеоперационный период осложнился развитием абсцесса купола слепой кишки, по поводу чего больной был повторно оперирован.

Контрольные вопросы.

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург?
2. Какие тактико-технические ошибки были допущены хирургом?
3. Как необходимо было завершить операцию?
4. Что было сделано на повторной операции?
5. Перечислите основные принципы ведения послеоперационного периода.

Задача №9

Больная Ф., 54 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза: больна в течение 1-х суток, когда отметила появление болей по всему животу, которые позднее переместились в правую подвздошную область, иррадиировали в поясницу, тогда же появилось учащенное безболезненное мочеиспускание, была рвота, не приносящая облегчения. Доставлена в урологическое отделение с диагнозом: почечная колика справа, после чего направлена на консультацию в ЭХО (не исключается почечная колика справа, подозрение на острый аппендицит).

Объективно: состояние удовлетворительное. Ps – 84/мин, ритмичный, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот симметричный, отмечается незначительное равномерное вздутие. При пальпации живот болезненный лишь при глубокой пальпации в правой подвздошной области, поясничной области. Симптом Ситковского, Раздольского слабоположительные, Бартомье-Михельсона, Яуре-Розанова +, Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В ОАК выявлен лейкоцитоз до $13x10^9$/л, в ОАМ: лейкоцитов – 3-5, эритроцитов – 1-2 в п/зр.

Для исключения острого аппендицита больной выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлено, что в брюшной полости выпота нет, купол слепой кишки не инфильтрирован, сероза не гиперемирована, сам отросток и его основание не определяется.

Больная взята на операцию. Разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. Купол слепой кишки малоподвижен, полностью в рану не выводится. Червеобразный отросток в рану не выводится. Пальпаторно определяется, что червеобразный отросток расположен за слепой

кишкой, утолщен, напряжен, имеет восходящее направление, верхушка недостигаемая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите варианты расположения червеобразного отростка у данной больной
3. Проведите дифф. диагностику острого аппендицита и почечной колики.
4. Назовите эпонимные симптомы при ретроцекальном расположении аппендикса.
5. Перечислите особенности оперативного лечения в сложившейся ситуации.

Задача №10

Больная Т., 18 лет, поступившая в ЭХО через 12 часов с момента начала заболевания, взята на операцию по поводу острого аппендицита. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 50 мл серозного выпота. Червеобразный отросток напряжен, длиной 8 см, утолщен до 7 мм, стенка его отечна, серозная оболочка ярко гиперемирована с участками точечных кровоизлияний, покрыта фибрином, в его просвете пальпируется каловый камень.

Контрольные вопросы

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург.
2. Основная причина возникновения заболевания у данной больной.
3. Назовите основные симптомы данного заболевания.
4. Перечислите последующие действия хирурга.
5. Напишите лист назначений в послеоперационном периоде.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение, эпидемиология острого аппендицита.
2) Причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита.
3) Современные принципы классификации острого аппендицита.
4) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого аппендицита.
5) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
6) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого аппендицита.
7) Принципы дифференции патологии внутренних органов с острым аппендицитом.
8) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
9) Маршрутизация пациентов с подозрением на острый аппендицит.
10) Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции; направления предоперационной подготовки.
11) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
12) Принципы ведения послеоперационного периода.
13) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым аппендицитом.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Клинические симптомы острого аппендицита:

1 симптом Бартомье-Михельсона

2 симптом Спижарного

3 симптом Ортнера

4 симптом Раздольского

5 симптом Ровзинга

Вопрос №2

К развитию острого аппендицита приводят:

1 обтурация каловым камнем
2 глистная инвазия
3 закупорка инородными телами
4 перекрут аппендикса
5 травма червеобразного отростка

Вопрос №3

Оперативное вмешательство при неосложненном течении острого аппендицита выполняется через доступы:

1 Волковича-Дьяконова
2 Шпренгеля
3 нижне-срединная лапаротомия
4 Бергмана-Израеля
5 пункционно под контролем УЗИ

Вопрос №4

Начало развития острого аппендицита характеризуется:

1 болями в эпигастральной области
2 болями в животе неопределенной локализации
3 неукротимой рвотой
4 симптомом Щеткина-Блюмберга
5 болезненностью тазовой брюшины при ректальном исследовании

Вопрос №5

Симптомами гангренозного аппендицита являются:

1 «доскообразный» живот
2 внезапное усиление болей в правой подвздошной области
3 уменьшение болевых ощущений
4 тахикардия
5 симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области

Вопрос №6

Диагностика тазового расположения червеобразного отростка включает:

1 пальцевое ректальное исследование
2 оценку болевого синдрома
3 фиброколоноскопию
4 влагалищное исследование
5 компьютерную томографию

Вопрос №7

Клиническими признаками ретроцекального ретроперитонеального расположения аппендикса являются:

1 боли в правой подвздошной области
2 боли в правой поясничной области
3 нарушение мочеотделения
4 симптом Коупа

5 симптом Михельсона

Вопрос №8

Червеобразный отросток может иметь расположение:

1 ретродуоденальное
2 тазовое
3 поддиафрагмальное
4 ретроцекальное
5 левостороннее

Вопрос №9

Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются:

1 превалирование общих симптомов над местными
2 быстрое развитие деструктивных форм
3 кровянистые выделения из прямой кишки
4 выраженные диспептические явления
5 быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата

Вопрос №10

Морфологическими формами острого аппендицита являются:

1 гангренозный аппендицит
2 перфоративный аппендицит
3 некротический аппендицит
4 флегмонозный аппендицит
5 катаральный аппендицит

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2	1, 2	3, 4, 5	1, 2, 4	1, 2, 4	2, 4, 5	1, 2, 4	1, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.
7. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.

Тема 1.3: Осложнения острого аппендицита

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении острого аппендицита.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений острого аппендицита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики осложнений острого аппендицита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии осложнений острого аппендицита;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению осложнений острого аппендицита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития осложнений острого аппендицита.

Обучающийся должен знать:

- основные осложнения острого аппендицита (перфорация, аппендикулярный инфильтрат, перитонит, абсцессы брюшной полости (периаппендикулярный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный), пилефлебит, забрюшинная флегмона), причины и условия их развития;
- клинические проявления основных синдромов различных осложнений острого аппендицита;
- лабораторно-инструментальную диагностику различных осложнений острого аппендицита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при основных осложнениях острого аппендицита;
- виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложнений острого аппендицита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы осложнений острого аппендицита;
- определять функциональные, лабораторные признаки осложненного течения острого аппендицита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при осложнениях острого аппендицита с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом осложнений острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями острого аппендицита, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложнений острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого аппендицита и его осложнений;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений острого аппендицита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при осложнениях острого аппендицита;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений острого аппендицита;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика аппендикулярного инфильтрата.
2) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика интраабдоминальных абсцессов (периаппендикулярный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный).
3) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика пилефлебита.
4) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика распространенного аппендикулярного перитонита.
5) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика аппендикулярных забрюшинных флегмон.
6) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
7) Особенности лечебно-диагностической тактики при осложнениях острого аппендицита на различных уровнях оказания медицинской помощи.
8) Оперативное лечение осложнений острого аппендицита: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы. Способы завершения операции.
9) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с осложнениями острого аппендицита.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с различными осложнениями острого аппендицита;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения осложненного течения острого аппендицита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита и его возможных осложнениях, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент М., 72 лет предъявляет жалобы на постоянные боли тупого характера в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,2°С по вечерам.

Из анамнеза выяснено, что заболел 8 дней назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. С течением времени боли переместились в правую подвздошную область. За медицинской помощью не обращался. В течение последующих суток отмечал снижение интенсивности болевой симптоматики, однако по вечерам было повышение температуры тела до 37,2°С.

При обследовании живота выявлена болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное болезненное несмещаемое объемное образование размерами 10х5 см с нечеткими границами. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Стул, диурез со слов сохранены.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Определите перечень заболеваний, требующих дифференциальной диагностики.
3. Разработайте диагностическую программу.
4. Лечебная тактика, основные направления, возможные показания к смене тактики.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Острый деструктивный аппендицит, осложненный поздним плотным аппендикулярным инфильтратом. Особенности болевого синдрома (острое начало, двухфазное течение, слабоположительные симптомы Ровзинга, Ситковского), интоксикационно-воспалительного синдрома указывают на признаки острого аппендицита. Особенности синдрома объемного образования (плотное болезненное образование в правой подвздошной области размерами 7х8 см с нечеткими границами, связь с признаками острого аппендицита, длительность заболевания – 6 дней) указывают на наличие позднего плотного аппендикулярного инфильтрата.

2. Опухоль слепой кишки.

3. Необходимо назначение общего анализа крови, УЗИ правой подвздошной области, ирригография.

4. Учитывая наличие плотного аппендикулярного инфильтрат показана госпитализация в хирургический стационар, консервативное лечение.

Основными направлениями лечения являются противовоспалительная терапия (группа НПВС), антибиотикопрофилактика (группа цефалоспоринов II-III поколения в сочетании с метронидазолом), физиолечение по мере стихания явлений воспаления (СМТ, УВЧ),

симптоматическая терапия. При регрессирующем течении (рассасывании инфильтрата) через 3 месяца необходима плановая аппендэктомия.

Оперативное вмешательство в срочном порядке проводится в случаях прогрессирующего течения на фоне проводимой терапии (перитонит, абсцедирование, увеличение в размерах).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача № 1.

Больной С., 52 лет поступил в ЭХО с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области постоянного характера, общую слабость, недомогание, повышение температуры по вечерам до 37,2 – 37,4°С.

Из анамнеза: заболел 5 дней назад, когда появилось чувство тошноты, недомогание, повышение температуры, неопределенные боли в животе. Участковый терапевт, осмотрев больного, диагностировал грипп и назначил соответствующее лечение. Несмотря на прием выписанных препаратов, состояние больного не улучшилось: вышеперечисленная симптоматика сохранялась, в связи с чем повторно осмотрен терапевтом, направлен в ЭХО.

Объективно: состояние удовлетворительное. Ps – 78/мин, ритмичный, АД – 140/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации незначительно болезненный в правой подвздошной области, где определяется неподвижное малоболезненное опухолевидное образование 8х10 см, без флюктуации, кожа над ним не изменена, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

В ОАК лейкоцитоз до 11,4х10^9/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Тактика лечения данного больного.
4. Возможные исходы заболевания.
5. Перечислите возможные показания к оперативному лечению.

Задача № 2.

Больной Г., 34 лет предъявляет жалобы на слабость, головокружение, потливость, боли в нижних отделах живота.

Из анамнеза: оперирован 2-е суток назад по поводу острого флегмонозного аппендицита. Ухудшение состояния в течение 3-х часов, когда возникли вышеперечисленные симптомы.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, теплая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 92/мин, ритмичный, слабого наполнения, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, при пальпации несколько напряжен больше в нижних отделах, там же симптом Щеткина-Блюмберга +. Перкуторно притупление звука в отлогих местах. Перистальтика ослаблена, равномерная, «шума плеска» не выслушивается.

Экстренно взят ОАК: лейкоциты – 7,4х10^9/л, эритроциты – 2,8х10^{12}/л, гемоглобин – 92 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины развития данной ситуации.
3. Тактические особенности хирурга в сложившейся ситуации.
4. Принципы послеоперационного лечения.

Задача №3.

Больной З., 23 лет предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, учащенное болезненное мочеиспускание, слабость, недомогание, повышение температуры до 38°С, сопровождающееся ознобами, вздутие живота, задержку стула, газов в течение 4-х суток.

Из анамнеза: оперирован 7 суток назад по поводу гангренозного аппендицита, брюшная полость после введения антибиотиков была ушита наглухо.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, горячая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот равномерно подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации незначительно болезненный в области послеоперационной раны, при глубокой определяется умеренная

болезненность над лобком. Инфильтратов в животе не определяется. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. П/о рана без признаков воспаления.

В ОАК: лейкоциты – $15x10^9$/л, эритроциты – $3,8x10^{12}$/л, гемоглобин – 115 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0-1, лейкоциты – 6-7 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Назовите методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Причины возникновения осложнения.
4. Лечебная тактика.
5. Напишите лист лечебных назначений.

Задача №4.

У больного М., 38 лет, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита в течение 2-х последних суток появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе, кашель со скудно отделяемой мокротой, повышение температуры до 38,7°С, которое сопровождалось ознобами, повышенным потоотделением.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, горячая, выраженная гиперемия кожи лица. Язык влажный. ЧДД – 22/мин. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов не выслушивается. Ps – 94/мин, АД – 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны, правом подреберье, где определяется край печени. Который выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера +. Перитонеальных симптомов нет. П/о рана чистая, швы без признаков воспаления. Мочеиспускание не нарушено, стул был утром.

В ОАК отмечается лейкоцитоз до $17x10^9$/л, пя – 9%, в ОАМ без патологии.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяется высокое стояние правого купола диафрагмы, движения его ограничено, изменений со стороны легочной паренхимы не выявлено, в правом плевральном синусе определяется небольшое количество выпота.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз
2. Перечислите причины развития осложнения.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Разработайте план диагностических мероприятий.
5. Тактика лечения данного пациента.

Задача №5.

Больного Ф., 16 лет на 6 сутки послеоперационного периода беспокоят боли в животе, отмечается вздутие живота, задержка стула, газов, беспокоит икота, многократная рвота, повышение температуры до 38,7°С.

Из анамнеза: оперирован по поводу острого аппендицита из разреза Волковича-Дьяконова. Особенность операции заключалась в интраоперационной находке мутного гнойного выпота в правой подвздошной области и плотного инфильтрата илеоцекального угла, при разделении которого выявлен гангренозно измененный червеобразный отросток. При выделении его из инфильтрата произошло повреждение стенки аппендикса, его содержимое излилось в брюшную полость. После санации и введения в нее антибиотиков рана была ушита послойно, наглухо. В течение всего п/о периода отмечалась субфебрильная температура, умеренные боли в животе, парез кишечника. Ухудшение в течение последних суток, когда возникли вышеперечисленные симптомы. Объективно: состояние тяжелое. Лицо осунувшееся, черты лица заострены. Язык и губы сухие. Дыхание частое, аускультативно в легких хрипов не выслушивается. Ps – 120/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот вздут равномерно, при пальпации болезненный и напряженный во всех отделах, симптом Щеткина- Блюмберга +. Перистальтика вялая. П/о рана без признаков воспаления.

ОАК: лейкоциты – $18x10^9$/л, эритроциты – $3,6x10^{12}$/л, гемоглобин – 105 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0-1, лейкоциты – 6-7 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что такое аппендикулярный инфильтрат.
3. Перечислите причины, которые могли привести к возникновению осложнения у данного больного.
4. Тактика лечения в сложившейся ситуации. При необходимости операции перечислите оптимальный оперативный доступ.
5. Напишите лист врачебных назначений

Задача №6.

Больной М., 42 лет в приемном покое ЭХО после осмотра дежурным хирургом поставлен диагноз: острый деструктивный аппендицит, осложненный разлитым перитонитом. Из анамнеза. Больна в течение 3-х суток, когда отметила появление болей в эпигастральной области. Подобные боли беспокоили раньше, больная связывала их с явлениями хронического холецистита, при УЗИ в желчном пузыре камней не определялось. Боли ранее купировались применением но-шпы, при возникновении данных болевых ощущений прием но-шпы, анальгина, применение теплой грелки оказались малоэффективными. Спустя 12 часов боли переместились в правую подвздошную область. В течение последних суток появился жидкий стул.

Через 30 мин. с момента поступления больная была взята на операцию. Брюшная полость вскрыта разрезом Волковича-Дьяконова. Из брюшной полости эвакуировано большое количество гнойного содержимого. Червеобразный отросток гангренозно изменен, к нему подпаяна прядь большого сальника. С техническими трудностями произведена аппендэктомия. Брюшная полость осушена, санирована, дренирована через основной разрез, ушита наглухо.

Контрольные вопросы.

1. Дайте морфологическую характеристику червеобразного отростка.
2. Причины развития ситуации.
3. Перечислите возможные осложнения в послеоперационном периоде.
4. План послеоперационного лечения больного.

Задача №7.

Больная Б., 28 лет поступила в ЭХО через 6 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее стали локализоваться в правую подвздошную область, отдавали в правую поясничную область, часто мочилась. В течение первых суток заболевания беспокоила тошнота, была однократная рвота, не приносящая облегчения. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно ничем не лечилась. С течением времени боли стали менее интенсивными, приобрели тянущий характер. В последние 2 суток отмечает повышение температуры до 38°С, сопровождающееся ознобом, слабостью, повышенным потоотделением, задержку стула, газов.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски, теплая. В легких дыхание без хрипов. Ps – 90/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется болезненное плотное неподвижное опухолевидное образование без четких границ. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Температура при поступлении 38,6°С.

В ОАК: лейкоциты – $16x10^9$/л, эритроциты – $3,6x10^{12}$/л, гемоглобин – 125 г/л, в ОАМ: эритроциты – 0, лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.
4. При необходимости операции выберите оптимальный доступ.

Задача №8.

Больной Л., 57 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП с диагнозом: острый аппендицит. Из анамнеза: болен в течение 5 дней, когда отметил появление тупых болей в пупочной области с

последующей локализацией их в правой подвздошной области. Тогда же появился кашицеподобный стул до 3-4 раз в сутки. Был консультирован врачом-инфекционистом, заподозрена кишечная инфекция, назначено лечение. Несмотря на прием антибактериальных препаратов, состояние больного не улучшалось.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный. Со стороны органов дыхательной системы без патологии. Ps – 78/мин, АД – 140/80 мм рт. ст. При осмотре живота отмечается умеренное равномерное вздутие. При пальпации определяется локальное защитное напряжение в правой подвздошной области, где определяется опухолевидное болезненное образование без четких контуров размерами 3х3 см. Симптомы Ровзинга, Ситковского слабо положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. При поступлении температура 37,4°С. В ОАК определяется незначительный лейкоцитоз $9{,}3x10^9$/л. Через 2 дня больная была оперирована. Во время операции был выявлен плотный аппендикулярный инфильтрат. При попытке выделить червеобразный отросток произошло повреждение слепой кишки, последнее ушито двухрядными швами. С большими техническими трудностями произведена аппендэктомия. К ушитому участку слепой кишки подведен тампон и перчаточный дренаж. Послеоперационный период протекал тяжело – образование толстокишечного свища, который самостоятельно закрылся.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе.
3. Перечислите показания к проведенному оперативному вмешательству.
4. Составьте план послеоперационного лечения.

Задача №9.

Больной Т., 22 лет был оперирован через 24 часа с момента начала заболевания с диагнозом: острый гангренозный аппендицит 5 суток назад. Выполнена типичная аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости, наложение первично-отсроченных швов на кожу. Дренаж удален на 3-и сутки, швы завязаны накануне. Сутки назад отмечается ухудшение состояния: появилась незначительная желтушность склер, зуд кожи, начали беспокоить интенсивные боли в верхних отделах живота, усиливающиеся при дыхании, выраженная слабость, недомогание, повышение температуры до 38,4°С, озноб.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание спутанное. Кожа желтушная, теплая, покрыта потом. В легких дыхание везикулярное, незначительное ослабление в нижних отделах. Ps – 98/мин, АД – 100/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный. При пальпации живот мягкий, выраженная болезненность в правом подреберье, умеренная болезненность в области п/о раны. Перкуторно печень +1 см из-под края реберной дуги, край болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Симптом поколачивания поясничной области -. П/о рана без признаков воспаления.

Стул был накануне, мочеиспускание не нарушено, однако суточный диурез составил 200 мл. В ОАК лейкоцитоз до $20x10^9$/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Перечислите причины возникновения данного осложнения.
5. Тактика лечения.

Задача №10.

Больная Ф., 18 лет оперирована 7 суток назад по поводу острого флегмонозного аппендицита. Выполнена аппендэктомия, рана ушита послойно наглухо. В послеоперационном периоде получала анальгетики, с профилактической целью введен гентамицин. В течение всего п/о периода отмечалась субфебрильная температура, беспокоили умеренные боли в области послеоперационной раны. Швы с п/о раны сняты накануне.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы без патологии. Живот не вздут, симметричный,

участвует равномерно в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны. Перитонеальных симптомов не определяется. Перистальтика равномерная, не усилена. В области нижнего угла п/о раны определяется флюктуирующий инфильтрат 3х4 см, несмещаемый, болезненный. Кожная п/о рана без признаков воспаления. Стул, диурез в норме.

В ОАК определяется лейкоцитоз до $12x10^9$/л без сдвига лейкоцитарной формулы.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите дополнительные диагностические мероприятия.
3. Причины развития данного осложнения.
4. Показано ли данному больному оперативное вмешательство, если да, то каким доступом, объем операции.
5. Перечислите консервативные лечебные мероприятия.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Понятие, классификация, клиника аппендикулярного инфильтрата.
2) Тактика врача при аппендикулярном инфильтрате, принципы лечения.
3) Клиника периаппендикулярного абсцесса, принципы лечения, способы вскрытия абсцесса.
4) Причины возникновения, клиника, методы диагностики пилефлебита.
5) Принципы лечения пилефлебита (консервативная терапия, виды операций).
6) Клиника местного аппендикулярного перитонита, особенности хирургического лечения.
7) Клиника распространенного аппендикулярного перитонита, принципы лечения.
8) Клиника поддиафрагмального абсцесса, особенности диагностики.
9) Хирургическое лечение поддиафрагмального абсцесса, трансторакальные, трансабдоминальные способы вскрытия.
10) Клиника тазового абсцесса, методы вскрытия и дренирования.
11) Клиника межкишечного абсцесса, принципы лечения.
12) Причины формирования и клиника аппендикулярных забрюшинных флегмон.
13) Хирургическое лечение, способы вскрытия и дренирования забрюшинных флегмон.
14) Малоинвазивные технологии в лечении гнойных осложнений острого аппендицита.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Признаками абсцедирования аппендикулярного инфильтрата являются:

1 гектическая лихорадка
2 симптомы кишечной непроходимости
3 выраженная полиорганная недостаточность
4 лейкоцитоз с левым сдвигом
5 нарастание СРБ

Вопрос №2

Для начального периода формирования аппендикулярного инфильтрата характерно:

1 стихание болевой симптоматики
2 улучшение самочувствия и общего состояния больного
3 положительный симптом Щеткина-Блюмберга
4 гектическая лихорадка и лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
5 появление в правой подвздошной области плотного, малоподвижного, малоболезненного опухолевидного образования

Вопрос №3

Развитию аппендикулярного инфильтрата способствуют:

1 позднее обращение к врачу
2 самолечение
3 диагностическая ошибка догоспитального и госпитального этапов
4 отсутствие антибактериальной профилактики в послеоперационном периоде
5 наличие перитонита

Вопрос №4

Причинами образования абсцессов в брюшной полости являются:

1 типичное расположение червеобразного отростка
2 скопление (осумкование) инфицированного выпота
3 несостоятельность швов культи червеобразного отростка
4 поздняя активизация пациента в послеоперационном периоде
5 нагноение гематом

Вопрос №5

При дифференциальной диагностике поддиафрагмального абсцесса с правосторонней нижнедолевой пневмонией наиболее важными признаками абсцесса являются:

1 ограничение подвижности правого купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки
2 наличие надпеченочного уровня жидкости при обзорной рентгенографии брюшной полости
3 получение гноя при пункции поддиафрагмального пространства
4 затемнение нижней доли правого легкого при рентгеноскопии грудной клетки
5 получение гноя при пункции плевральной полости

Вопрос №6

Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются:

1 положительный симптом Раздольского
2 болезненность при надавливании в области нижних ребер
3 желтушность кожи и склер
4 гектическая температура
5 боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе

Вопрос №7

Перфорация аппендикса характеризуется:

1 наличием свободного газа в брюшной полости
2 снижением объема циркулирующих эритроцитов
3 внезапным усилением болей в животе
4 ригидностью мышц передней брюшной стенки
5 положительным симптомом Щеткина-Блюмберга

Вопрос №8

С целью диагностики абсцесса Дугласова пространства производят:

1 ректороманоскопию
2 пальцевое исследование прямой кишки
3 влагалищное исследование
4 рентгеноскопию брюшной полости

5 УЗИ органов малого таза

Вопрос №9

Введение тампонов в правую подвздошную ямку после аппендэктомии показано при:

1 гангренозном аппендиците
2 восходящем расположении червеобразного отростка
3 капиллярном кровотечении венозного характера из тканей ложа аппендикса
4 трудном загружении культи аппендикса вследствие воспаления купола слепой кишки
5 тазовом перитоните

Вопрос №10

После вскрытия периаппендикулярного абсцесса необходимо назначить:

1 цефалоспорины
2 анальгетики
3 сульфаниламиды
4 слабительные препараты
5 раннюю активизацию пациентов

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 5	1, 2, 3	2, 3, 5	1, 2, 3	2, 4, 5	3, 4, 5	2, 3, 5	3, 4	1, 2, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.
7. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.

Тема 1.4: Наружные грыжи живота

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при грыжах передней брюшной стенки.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию грыж передней брюшной стенки;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики наружных грыж живота;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при неосложненном течении грыж передней брюшной стенки;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению наружных грыж живота;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития грыж передней брюшной стенки.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения грыж передней брюшной стенки;
- принципы классификации;
- основные патологические симптомы и синдромы наружных грыж живота;
- особенности клинического течения;
- показания к лабораторно-инструментальной диагностике;
- дифференциальную диагностику грыж передней брюшной стенки;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций, материалы, используемые для укрепления передней брюшной стенки, способы их фиксации;
- стандарты и протоколы диагностики и лечения грыж передней брюшной стенки;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при лечении пациентов с наружными грыжами живота.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные мероприятия по диагностике наружных грыж различной локализации;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы грыж передней брюшной стенки;
- разрабатывать диагностическую программу при наружных грыжах живота;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей грыж передней брюшной стенки;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике грыж передней брюшной стенки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению и дифференциальной диагностике наружных грыж живота;
- интерпретацией результатов диагностических исследований;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при грыжах передней брюшной стенки;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики;
- способностью оформлять медицинскую документацию при наружных грыжах живота в

соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «грыжа передней брюшной стенки».
2) Причины и механизмы образования.
3) Современные подходы к классификации грыж.
4) Клиническая диагностика наружных грыж живота.
5) Дополнительные методы исследования, показания к их проведению, диагностическая программа.
6) Основные дифференциальные критерии с заболеваниями мягких тканей и внутренних органов.
7) Принципы оказания медицинской помощи в первичном звене, вопросы маршрутизации.
8) Лечебная тактика: показания для консервативного лечения, принципы.
9) Оперативное лечение: доступы и этапы хирургических вмешательств, выбор способа укрепления передней брюшной стенки.
10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с наружными грыжами живота различной локализации.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с грыжей передней брюшной стенки;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения наружной грыжи живота;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 60 лет предъявляет жалобы на опухолевидное образование в области пупка, которое периодически появляется при физической нагрузке, натуживании, кашле и самостоятельно исчезает в положении лежа.

Данное образование появилось после второй беременности в возрасте 30 лет. С течением этого времени отмечает его увеличение в размерах, периодически при физической нагрузке беспокоят боли в области образования.

Состояние удовлетворительное. Кожа физиологична, подкожный слой не выражен. В легких дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. Пульс - 68 ударов в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет.

В положении стоя, в пупочной области имеется легко вправимое эластичное образование 5х5 см. Пупочное кольцо расширено до 3 см. Кашлевой толчок положительный. Перистальтика равномерная.

Стул был накануне, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. При необходимости хирургического лечения обоснуйте показания для проведения оперативного вмешательства.
5. Перечислите основные направления лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Синдром подкожного объемного образования.
2. Пупочная грыжа малых размеров.
3. Данное заболевание не относится к разряду экстренных заболеваний, однако при развитии его осложнений возникает высокий риск для жизни пациента вследствие развития ишемии, некроза органов брюшной полости. Больной показано плановое хирургическое лечение. На этапе подготовки к его проведению необходимо проведение дополнительных исследований: общеклинические анализы крови и мочи, определения общих биохимических параметров крови, определение маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, гинекологическое обследование.
4. Учитывая данные анамнеза и объективного исследования (наличие грыжевого выпячивания в течение 1,5 лет, увеличения его в размерах с течением времени, развитие болевого синдрома), прогрессирования заболевания и возможность развития осложнений (ущемление с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, некроза грыжевого содержимого, перитонита, флегмоны грыжевого мешка), показано хирургическое лечение.
5. В ближайшем послеоперационном периоде необходимо назначить:

- голод в течение первых 2-х суток с момента операции с дальнейшим расширением диеты, исключающей продукты, которые могут способствовать избыточной перистальтике;
- постельный режим в 1-е сутки с последующей активизацией, однако в течение 1 месяца необходимо исключить тяжелые физические нагрузки;
- раннее бандажирование для снятия нагрузки с передней брюшной стенки;
- препараты, направленные на устранение болевого синдрома (кетопрофен, кеторолак и др.);
- с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо активизировать пациентку на 2-е сутки, назначить эластическую компрессию нижних конечностей и антикоагулянты (фракиспарин, клексан и др.).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная, 65 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

В течение 10 лет страдает отметил появление вышеуказанного характера. Последние 3 года отметил

увеличение его в размерах, появление тянущих болей в данной области.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. В области пупка ненапряженное подкожное образование размерами 5х5 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость вправимое. Кожа над не изменена. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.

Задача №2.

Больной, 35 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на периодически возникающее образование в правой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. За медицинской помощью ранее не обращался.

Состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Пульс - 60 ударов в минуту. При осмотре живота в положении лежа: передняя брюшная стенка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, видимых образований не определяется. Пальпация передней брюшной стенки безболезненная. В положении стоя в паховой области выше правой паховой складки определяется подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика в данном случае.
3. Перечислите дополнительные мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.
4. Причины данного заболевания.
5. Лечебно-диагностическая тактика, вопросы маршрутизации.
6. При необходимости хирургического лечения определите его сроки и объем.

Задача №3

Больной, 55 лет был направлен в хирургический стационар в плановом порядке с жалобами на периодически возникающее образование и боли тянущего характера в левой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 4 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс - 58 ударов в минуту. Везикулярное дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. При осмотре живота в левой паховой области выявлено подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование, вправимое в брюшную полость.

После предоперационной подготовки больной был оперирован. Под местной анестезией осуществлен оперативный доступ. Вскрыта передняя стенка левого пахового канала. Выявлено, что грыжевой мешок пуст, проходит в паховом канале, расположен в элементах семенного канатика, внутреннее паховое кольцо расширено до 3 см.

Контрольные вопросы

1) Сформулируйте диагноз.
2) Причины заболевания.
3) Определите план предоперационной подготовки.
4) Перечислите дальнейшие этапы оперативного вмешательства.
5) Лечебные мероприятия в послеоперационном периоде.

Задача №4

Больной 72 лет, пришел на прием к терапевту поликлиники с жалобами на опухолевидные образования в обоих 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.

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. 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.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №5

Больная 47 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

Из анамнеза выяснено, что около 3 лет назад была прооперирована по поводу тупой травмы живота. Появление образования в околопупочной области отметила в течение последнего года. С течением времени оно увеличивалось в размерах.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В околопупочной области по линии старого послеоперационного рубца определяется ненапряженное подкожное образование размерами 7х6 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость частично вправимое. Кожа над не изменена.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
4. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. В случае необходимости оперативного вмешательства укажите особенности его проведения.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Хирургическая анатомия передней брюшной стенки в области грыжевых точек.
2) Понятие «грыжа передней брюшной стенки», ее составляющие, классификация.
3) Частота грыж, причины и механизмы их возникновения.
4) Дифференциальная диагностика наружных грыж живота.
5) Особенности диагностики грыж различной локализации.
6) Маршрутизация грыженосителей.
7) Методы консервативного лечения грыж, показания и противопоказания к ним.
8) Показания и противопоказания к хирургическому лечению неосложненных грыж.
9) Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: особенности обезболивания, оперативных доступов, основные этапы, способы укрепления передней брюшной стенки в области грыжевых ворот.
10) Вопросы ведения периоперационного периода.
11) Профилактика развития грыж.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Стенкой грыжевого мешка скользящей паховой грыжи справа являются:

1 тонкая кишка

2 правая почка
3 мочевой пузырь
4 слепая кишка
5 левый яичник с маточной трубой

Вопрос №2

Обследование органов брюшной полости при грыжах белой линии живота проводят с целью:

1 выявления органа в грыжевом мешке
2 выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
3 дифференциации с предбрюшинной липомой
4 определения размеров грыжевых ворот
5 выявления причин внутрибрюшной гипертензии

Вопрос №3

Аутопластическими способами герниопластики грыж белой линии живота являются:

1 способ Мейо
2 способ Ривса
3 способ Сапежко
4 Мартынова
5 способ Шолдайс

Вопрос №4

Современная классификация послеоперационных грыж предусматривает:

1 размеры грыжевого выпячивания
2 ширину грыжевых ворот
3 количество рецидивов
4 локализацию
5 причины

Вопрос №5

Укрепление задней стенки пахового канала предусматривают способы:

1 Жирара
2 Лихтенштейна
3 Бассини
4 Белоконева
5 Напалкова

Вопрос №6

Послеоперационные грыжи возникают вследствие следующих причин:

1 нагноение раны
2 повышенная масса тела
3 предшествующая тампонада раны
4 нарушение иннервации мышц брюшной стенки
5 ранняя послеоперационная активизация пациента

Вопрос №7

Герниопластика пахового канала по Бассини предусматривает:

1 укрепление задней стенки пахового канала
2 перевязку двумя лигатурами семенного канатика без захвата сосудистого пучка

3 применение эндопротеза

4 полное ушивание грыжевых ворот в случаях прямой грыжи, их сужение – при косой

5 использование собственных тканей

Вопрос №8

Для дифференцировки пахово-мошоночной грыжи с водянкой оболочек яичка применяют:

1 пункцию

2 УЗИ

3 компьютерную томографию

4 трансиллюминацию

5 пальпацию

Вопрос №9

К факторам, предрасполагающим к образованию брюшных грыж, относятся:

1 пожилой возраст

2 быстрая потеря веса

3 особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж

4 заболевания, повышающие внутрибрюшное давление

5 тяжелая физическая работа

Вопрос №10

Паховую грыжу необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1 острый аппендицит

2 паховый лимфаденит

3 опухоль слепой кишки

4 гидроцеле

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3, 4	2, 5	1, 3, 4	2, 3, 4	2, 3	1, 3, 4	1, 4, 5	2, 4, 5	1, 2, 3	2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

5. Паховые грыжи [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
6. Послеоперационные вентральные грыжи [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.5: Ущемленные грыжи

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при жизнеугрожающих осложнениях грыж передней брюшной стенки.

Задачи:

1) рассмотреть причины, механизмы, классификацию осложнений грыж передней брюшной стенки (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, невправимость);
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики при жизнеугрожающих осложнениях грыжах передней брюшной стенки (ущемление, флегмона грыжевого мешка, кишечная непроходимость в грыжевом мешке);
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при осложненном течении наружных грыж живота;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- понятие, причины и условия, механизмы развития, принципы классификации осложнений наружных грыж живота;
- основные патологические симптомы и синдромы ущемления, флегмоны грыжевого мешка, невправимости, копростаза;
- клинические проявления основных синдромов различных вариантов осложнений грыж передней брюшной стенки;
- лабораторно-инструментальную диагностику при осложненном течении грыж;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций в зависимости от осложнения грыж передней брюшной стенки;
- стандарты и протоколы при лечении осложненного течения наружных грыж живота;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при осложнениях грыж передней брюшной стенки;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы ущемления, флегмоны грыжевого мешка, кишечной непроходимости в грыжевом мешке;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания осложнений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями грыж передней брюшной стенки, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;

- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложнений грыж передней брюшной стенки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений грыж передней брюшной стенки;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики развития осложнений грыж передней брюшной стенки;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Определение ущемления грыжи, частота встречаемости.
2) Отличия ущемленной и невправимой грыжи.
3) Виды ущемленных грыж.
4) Патофизиологические и клинические отличия калового и эластического ущемления.
5) Клиника ущемленных грыж.
6) Понятие ложного вправления.
7) Положения лечебной тактики при ущемленных грыжах.
8) Особенности оперативного лечения ущемленных грыж.
9) Этапы операции при ущемленных грыжах (обезболивание, доступ, порядок выполнения, способы и критерии оценки жизнеспособности кишки, варианты операций в зависимости от жизнеспособности кишки, виды анастомозов, выбор метода пластики грыжевых ворот).
10) Критерии оценки жизнеспособности ущемленной кишки.
11) Виды кишечных анастомозов, варианты тактики при ущемлении тонкой и толстой кишок.
12) Особенности тактики при самостоятельно вправившейся грыже
13) Копростаз (клиника, диагностика, отличие от ущемленной грыжи).
14) Воспаление грыж (клиника, лечение).
15) Профилактика развития осложнений.
16) Принципы периоперационного ведения пациентов с жизнеугрожащими осложнениями грыж передней брюшной стенки.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с различными осложнениями грыж передней брюшной стенки (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на ущемление, флегмону грыжевого мешка, кишечную непроходимость в грыжевом мешке, при вправлении ущемленной грыжи;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики жизнеугрожающих осложнений наружных грыж живота, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 66 лет при вызове участкового терапевта на дом предъявляет жалобы на интенсивные боли постоянного характера в области опухолевидного образования в области пупка, многократную рвоту желудочным содержимым, которая не приносит облегчения.

Из анамнеза выяснено, что данное образование появилось несколько лет назад, самостоятельно вправлялось в положении лежа. Ранее во время диспансерного осмотра хирургом поликлиники рекомендовано оперативное лечение, от которого пациентка отказалась, рекомендовано использование бандажа. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов, когда появились резкие боли в пупочной области, образование перестало вправляться.

При осмотре состояние средней тяжести. Пациентка беспокойна. Кожа физиологична, несколько бледновата. Язык чистый, суховат. В легких дыхание везикулярное без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД – 150/80 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, ассиметричен за счет напряженного грыжевого выпячивания размерами 5х5х4 см, кожа над образованием не изменена. В положении стоя и лежа грыжа невправима в брюшную полость. Пальпаторно определяется напряжение и резкая болезненность грыжевого выпячивания, размер дефекта пупочного кольца определить не удалось. При пальпации отмечается болезненность в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно определяется резонирующая перистальтика и «шум плеска».

Стул был сегодня утром, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Основные синдромы
2. Ваш диагноз.
3. Определите тактику участкового терапевта.
4. Дополнительные методы исследования на госпитальном этапе.
5. Какой должна быть хирургическая тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы: болевой синдром, подкожного опухолевидного образования, нарушение пассажа по кишечнику (острой кишечной непроходимости).

2. Пупочная грыжа, ущемление.

3. Вызов бригады скорой медицинской помощи, противопоказано насильственное вправление грыжевого выпячивания, обеспечить пищевой, функциональный покой.

4. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, проведение обзорной рентгеноскопии брюшной полости (на наличие признаков кишечной непроходимости).

5. Учитывая жизнеугрожающую ситуацию, показано проведение грыжесечения в экстренном порядке. Учитывая длительность заболевания, клинических признаков странгуляционной тонкокишечной непроходимости, возможно предположить развитие некроза ущемленного участка тонкой кишки. В сложившейся ситуации необходимо расширить объем оперативного вмешательства: переход на лапаротомию, резекция участка тонкой кишки с захватом приводящего сегмента не менее 30-40 см и отводящего – не менее 15-20 см, восстановление непрерывности кишечной трубки путем формирования тонко-тонкокишечного по типу «конец в конец».

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная, 65 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в пупочной области, повышение температуры тела до 38,5ºС, общую слабость.

В течение 10 лет страдает пупочной грыжей. Последние 3 года грыжа утратила способность вправляться в брюшную полость, но не беспокоила. Неоднократно осматривалась хирургом, от оперативного лечения категорически отказывалась.

В течение последних 6 дней появились нарастающие боли в области выпячивания, присоединились отечность, краснота. Повысилась температура тела до 38ºС. Накануне перенесла острый трахеобронхит. Страдает хроническими запорами.

Состояние средней тяжести, питание повышенное. Язык чистый, обложен серым налетом. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс - 90 ударов в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий. Перистальтика не усилена. Симптомов раздражения брюшины не определяется. В области пупка выпячивание 5х5 см, напряженное, резко болезненное, в брюшную полость не вправляется. Кожа над ним ярко гиперемирована, отечна. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

В крови лейкоцитов 10х10 ^{9}/ л. Анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины возникшей ситуации.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования.
5. Особенности хирургической тактики.

Задача №2.

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

Заболел более 8 часов назад, когда после поднятия тяжести на работе появились интенсивные боли в области грыжевого выпячивания. Обратился в медпункт, был направлен к хирургу в поликлинику, затем доставлен в экстренную хирургию. Выпячивание появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. К врачу больной не обращался.

Состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Кожные покровы бледные, влажные. Язык покрыт белым налетом. Пульс - 86 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, резко болезненный в правой паховой области, где определяется подкожное эластическое образование размером 8х5 см, напряженное, резко болезненное, расположенное кнутри и кверху от лонного бугорка. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Перистальтика неравномерная, ослабленная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Больной был оперирован.

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

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз при поступлении больного в клинику.
2. Перечислите синдромы.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Назовите возможный механизм ущемления.
5. Назовите причину послеоперационного перитонита.

Задача №3

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

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

Состояние средней тяжести. Повышенного питания. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс - 98 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, при перкуссии тимпанит с металлическим оттенком, определяется «шум плеска». При пальпации болезненность в нижних отделах живота, больше слева. Перистальтика не выслушивается. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. В левой паховой области под паховой складкой опухолевидное образование 6х4 см, резко болезненное, невправимое, «кашлевой толчок» отрицательный.

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

В крови лейкоцитов $12{,}4x10^9$/л. Анализ мочи без патологии.

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

Контрольные вопросы

1) Сформулируйте диагноз.
2) Предполагаемый механизм ущемления.
3) Дифференциальная диагностика.
4) Дополнительные методы обследования.
5) Определите нежизнеспособность кишки.
6) Перечислите дальнейшие действия хирурга.

Задача №4

Больной 47 лет, обратился к терапевту предприятия (цеховому) с жалобами на резко болезненное выпячивание в правой паховой области.

В течение 2-х лет страдает правосторонней паховой грыжей.

3 часа назад после подъема тяжести (работает грузчиком) в правой паховой области появилось выпячивание, резкая болезненность, что заставило больного обратиться за медицинской помощью.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный, чистый. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот подвздут, асимметричен за счет невправимого, резко болезненного, плотноэластической консистенции подкожного образования размерами 5х5 см. При пальпации передней брюшной стенки отмечается

болезненность в нижних отделах. Перистальтика неравномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. При осмотре в положении лежа – выпячивание самостоятельно вправилось в брюшную полость.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Перечислите дальнейшие мероприятия цехового терапевта.
4. Определите лечебную тактику.

Задача №5

Больной 32 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на резко болезненное выпячивание в правой паховой области, тошноту, многократную рвоту с неприятным запахом, боли по всему животу.

В течение 5 лет страдает правосторонней паховой грыжей. Неоднократно осматривался хирургом поликлиники, от хирургического лечения категорически отказывался. Сутки назад при кашле появились сильные боли в области выпячивания, оно перестало вправляться в брюшную полость. Попытки самостоятельно вправить выпячивание неудачны. Появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, которые в последующем распространились по всему животу.

Состояние больного тяжелое. В сознании, контактен, адекватен. Язык сухой, покрыт серым налетом. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс - 124 удара в минуту, АД - 90/40 мм рт. ст. Живот вздут, напряжен и болезненный по всему животу. Перистальтика не выслушивается. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В правой паховой области выпячивание 6х5 см, напряженное, резко болезненное, в брюшную полость не вправляется, кожа над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Газы не отходят. Задержка мочи 8 часов.

В крови лейкоцитов $12x10^{9}$/л., сдвиг влево. Анализ мочи без патологии.

После предоперационной подготовки выпячивание самостоятельно вправилось.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины заболевания.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Определите лечебную тактику.
5. Особенности хирургической тактики.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение ущемления грыжи, частота встречаемости.
2) Отличия ущемленной и невправимой грыжи.
3) Виды ущемленных грыж.
4) Патофизиологические и клинические отличия калового и эластического ущемления.
5) Клиника ущемленных грыж.
6) Понятие ложного вправления.
7) Положения лечебной тактики при ущемленных грыжах.
8) Особенности оперативного лечения ущемленных грыж.
9) Этапы операции при ущемленных грыжах (обезболивание, доступ, порядок выполнения, способы и критерии оценки жизнеспособности кишки, варианты операций в зависимости от жизнеспособности кишки, виды анастомозов, выбор метода пластики грыжевых ворот).
10) Критерии оценки жизнеспособности ущемленной кишки.
11) Виды кишечных анастомозов, варианты тактики при ущемлении тонкой и толстой кишок.
12) Особенности тактики при самостоятельно вправившейся грыже
13) Копростаз (клиника, диагностика, отличие от ущемленной грыжи).

14) Воспаление грыж (клиника, лечение).
15) Профилактика осложнений грыж передней брюшной стенки.
16) Принципы ведения послеоперационного периода.
17) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с жизнеугрожающими осложнениями наружных грыж живота.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи срочная операция показана:

1 сразу после поступления в стационар
2 при развитии острого перитонита
3 в случаях прогрессирования признаков кишечной непроходимости
4 при повторном выхождении грыжевого выпячивания
5 при тяжелом состоянии пациента

Вопрос №2

К редким видам ущемления наружных грыж живота относятся:

1 ущемление петли тонкой кишки
2 ущемление дивертикула Меккеля
3 ущемление противобрыжеечного края кишки
4 ущемление толстой кишки
5 ущемление поджелудочной железы

Вопрос №3

При ущемлении дивертикула Меккеля выполняют:

1 клиновидную резекцию дивертикула
2 погружение дивертикула в кишку с ушиванием его основания
3 дивертикулэктомия, основание его загружается в кисетный и Z-образный швы
4 удаление части тонкой кишки, несущей дивертикул
5 при отсутствии признаков некроза дивертикул не удаляется

Вопрос №4

При сомнительных признаках жизнеспособности ушемленной кишки производят:

1 введение раствора новокаина в брыжейку ущемленного участка
2 прошивание брыжейки ущемленной кишки и погружение в брюшную полость
3 интубацию тонкой кишки
4 обкладывание кишки салфетками, смоченными в теплом физрастворе
5 резекцию ущемленной кишки

Вопрос №5

Признаками флегмоны грыжевого мешка являются:

1 свободный газ в брюшной полости
2 боль в области грыжевого выпячивания
3 невправимость грыжи
4 гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием
5 положительный симптом "кашлевого толчка"

Вопрос №6

Грыжа Литтре характеризуется:

1 ущемлением дивертикула Меккеля
2 ущемление аппендикса

3 ущемлением двух петель тонкой кишки
4 ущемлением стенки мочевого пузыря
5 ущемлением противобрыжеечного края стенки кишки

Вопрос №7

Рихтеровское ущемление характеризуется:

1 узкими грыжевыми воротами
2 признаками кишечной непроходимости
3 ущемлением пряди большого сальника
4 ущемлением дивертикула Меккеля
5 ущемлением противобрыжеечного края кишки

Вопрос №8

При выявлении некроза тонкой кишки вследствие ущемления производят:

1 резекцию участка некроза через грыжевой оперативный доступ
2 лапаротомию, резекцию участка тонкой кишки
3 формирование тонко-тонкокишечного анастомоза
4 формирование наружного тонкокишечного свища
5 герниопластику

Вопрос №9

Срочность оперативного вмешательства при ущемлении обусловлена:

1 резкой болевой реакцией
2 возможностью рецидива ущемления
3 развитием некроза ущемленного органа
4 опасностью развития перитонита
5 возникновением острой кишечной непроходимости

Вопрос №10

Лечение флегмоны грыжевого мешка предусматривает:

1 консервативное лечение: холод, голод, антибиотикотерапия
2 вскрытие флегмоны
3 герниотомию, ревизию грыжевого мешка
4 лапаротомию
5 иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника и воспаленными тканями

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	2, 3	1, 3, 4	1, 2, 4	2, 3, 4	1, 2	1, 5	2, 3	3, 4, 5	4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Федеральные клинические рекомендации «Ущемленные паховые грыжи у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2013.
7. Ущемленная грыжа живота [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.6: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при желчнокаменной болезни (далее ЖКБ).

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию ЖКБ;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики желчнокаменной болезни;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при различных вариантах течения желчнокаменной болезни;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению желчнокаменной болезни;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- распространенность, причины, основные теории возникновения желчнокаменной болезни;
- принципы классификации;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие различные стадии течения ЖКБ;
- особенности клинического течения стадии поражения желчного пузыря, поражения внепеченочных желчных протоков, поражения органов гепатопанкреатобилиарной зоны;
- специальные методы лабораторной и инструментальной диагностики ЖКБ;
- дифференциальную диагностику ЖКБ с другими заболеваниями;
- лечебную тактику;
- показания к оперативному лечению, виды и этапы операций, показания и виды интраоперационного исследования желчных путей, показания и виды наружного и внутреннего дренирования желчных путей;
- стандарты и протоколы диагностики и лечения ЖКБ;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при лечении пациентов с желчнокаменной болезнью;
- основы ведения периоперационного периода;
- профилактику ЖКБ.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные мероприятия по диагностике различных проявлений желчнокаменной болезни;

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы характеризующие различные стадии течения ЖКБ;
- разрабатывать диагностическую программу в стадию поражения желчного пузыря, поражения внепеченочных желчных протоков, поражения органов гепатопанкреатобилиарной зоны;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом стадийности ЖКБ;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике ЖКБ;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению и дифференциальной диагностике ЖКБ в зависимости от стадии;
- интерпретацией результатов диагностических исследований;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики;
- способностью оформлять медицинскую документацию при ЖКБ в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия, классификация ЖКБ.
2) Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.
3) Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.
4) Современные теории патогенеза ЖКБ.
5) Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.
6) Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.
7) Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.
8) Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.
9) Интраоперационные методы исследования желчных путей.
10) Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.
11) Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).
12) Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).
13) Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.
14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
15) Профилактика ЖКБ.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с желчнокаменной болезнью.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с желчнокаменной болезнью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях выявления ЖКБ;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

5. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 62 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-39,5°С, чувством озноба, проливными потами.

Из анамнеза выяснено, что периодические боли в правом подреберье возникают после погрешностей в диете на протяжении 2 лет. 1 месяц назад при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре. За последний месяц болевые приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Ухудшение состояния в течение последних суток – рецидив болевого синдрома, появилась желтуха, лихорадка до 39,5°С в сопровождении озноба, повышенного потоотделения.

При обследовании живота выявлена болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Пульсация брюшной аорты отчетливая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
3. Сформулируйте основные положения лечебной тактики.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. На основании особенностей болевого синдрома (часто рецидивирующие боли в правом подреберье после погрешностей в диете, болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации, отрицательные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные), интоксикационно-воспалительного синдрома (повышение температуры тела до 39-39,5^{0}С, в сопровождении озноба, повышенного потоотделения), синдрома желтухи, анамнестического синдрома (ЖКБ в течение 1 месяца) возможно предположить о 5 стадии желчнокаменной болезни – ЖКБ: хронический калькулезный холецистит, гнойный холангит.

2. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, СРБ; определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, УЗИ исследование гепатопанкратобилиарной зоны.

3. Лечебная тактика предусматривает экстренное направление и госпитализацию в хирургический стационар; двигательный, пищевой покой; консервативное лечение (экстренная операция не показана вследствие отсутствия признаков острого перитонита): дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больная 53 лет, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°С. Язык покрыт белым налетом. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Пульс – 115 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В крови лейкоцитоз 14,6х10 ^{9}/л. Билирубин крови – 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Протромбиновый индекс – 80%. Анализ мочи: реакция кислая, плотность 1022, число лейкоцитов – 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок 75,3 г/л.

Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10х5х3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
5. Методы интраоперационного обследования.
6. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №2.

Больная 60 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, интенсивные, с иррадиацией в область сердца, повторную рвоту желчью, не приносящую облегчения, озноб. Боли в правом подреберье появились накануне после погрешностей в диете. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Подобные болевые приступы, меньшей интенсивности, отмечает в течение 3 лет. Лечилась у терапевта по месту жительства по поводу хронического холецистита, не обследовалась. В анамнезе сахарный диабет.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Склеры, кожные покровы обычной окраски. Пульс 90 уд.в мин. Язык покрыт белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в правом подреберье, где пальпируется напряженный болезненный желчный пузырь. Печень у края реберной дуги. Перистальтика равномерная. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В крови повышено количество лейкоцитов18х10^{9}/ л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.

4. Дифференциальная диагностика.

5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтуху.

Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. На 4 день от начала заболевания обратилась к участковому терапевту. Была консультирована инфекционистом. Направлена в экстренную хирургию. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, гипертоническая болезнь.

Состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 ºС. Больная повышенного питания. Кожные покровы и склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 84 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Перистальтика равномерная.

В крови лейкоцитов - 6,0х10^9/л. Билирубин общий – 212 мкмоль/л, прямой –160 мкмоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причина желтухи.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.
6. Варианты хирургического вмешательства.

Задача №4.

Больная 67 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в правом

подреберье, без иррадиации, повторную рвоту желудочным содержимым, не приносящую облегчения.

Больна в течении 20 часов, когда после употребления жирной пищи появились боли в правом подреберье. Была 3 раза рвота, не приносящая облегчения. Темепартура тела повысилась до 38ºС. Вызвала машину “Скорой помощи”. После введения спазмолитиков боль не купировалась. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот симметричный, правая половина живота отстает в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение и болезненность в правом подреберье. Перистальтика неравномерная, в правых отделах живота ослаблена. Симптомы Ортнера, Мерфи, Образцова, френикус-симптом положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой половине живота. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до 12х10^9/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

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

Боли появились 10 часов назад после погрешностей в диете. Прием но-шпы болей не купировал. Бригадой «Скорой помощи» была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает периодически в течение 2 лет. Ранее боли

быстро купировались но-шпой. Страдает ожирением.

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,9ºС. Склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Перистальтика равномерная, ослабленная. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень перкуторно у края реберной дуги.

В анализах крови: лейкоциты – $13{,}4x10^9$/л, билирубин – 82 мкмоль/л, за счет прямой фракции.

Больной в течение 1 суток проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечалось. Выполнена срочная операция. На операции выявлен флегмонозноизмененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с примесью песка.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно было применить.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы интраоперационного исследования.
5. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №6.

Больная 62 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение.

Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Интенсивность болей нарастала. Боли стали носить характер опоясывающих. Бригадой скорой помощи доставлена в экстренную хирургию. 2 года назад по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками, была обследована участковым терапевтом. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась.

Состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Питание повышено. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Пульс – 100 ударов в минуту. АД – 160/90 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптом Мейо-Робсона, Ортнера, Кера слабоположительные.

Консервативное лечение в течение 12 часов эффекта не дало: состояние ухудшилось, боли в эпигастральной области сохраняются, появились симптомы раздражения брюшины в правой половине живота. Появилась глюкоземия - 14 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать.
4. Какая консервативная терапия была назначена больной?
5. Есть ли показания к операции? Варианты оперативного вмешательства.

Задача №7.

Больная, 40 лет поступила в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и подключичную область, частую рвоту желчью, желтуху.

Заболела 3 дня назад. После обеда внезапно почувствовала сильные боли в правом подреберье. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи, боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер, затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие, приступообразного характера боли в области правого подреберья. Инъекции спазмолитиков боли не купировали.

Состояние средней тяжести. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. Температура тела

37,8°С. АД – 130/100 мм рт. ст.

При пальпации живота имеется напряжение мышц передней брюшной стенки справа. Пальпировать желчный пузырь из-за резкой болезненности не представляется возможным. Симптомы Кера, Ортнера, Мюсси – положительные. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – 13,3х10 ^{9}/л, билирубин крови – 70 мкмоль/л, сахар крови – 4,8 ммоль/л.

В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре, боли в правом подреберье уменьшились, постепенно стала исчезать желтуха.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №8.

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

В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала исчезать желтуха.

В анализах крови: лейкоциты – 12,2 х 10 /л, билирубин – 56 мкмоль/л, сахар – 4,8 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика хирурга.

Задача №9.

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

На консультацию приглашен хирург. При осмотре – состояние средней тяжести, кожные покровы интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком, на коже живота и конечностей – следы расчесов. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 58 ударов в минуту, АД – 120/70. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезнен в области правого подреберья. Печень +1,5 см, край ее уплотнен. В проекции желчного пузыря определяется плотно-эластичное, легко смещаемое, слабоболезненное образование 3х4 см. Лабораторные тесты: общий анализ крови без существенных изменений, СОЭ 29 мм/ч. Биохимические показатели: общий белок – 65,8 г/л; билирубин общий – 365 мкмоль/л, прямой – 320 мкмоль/л, АСТ – 56, АЛТ – 43, ЩФ – 1026.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Природа желтухи у данного больного.

3. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова тактика хирурга в данной ситуации.

Задача №10.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4{,}6x10^{12}$/л, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15{,}4x10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза – 1034 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

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 рекомендуемой учебной литературы.*
2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*
   1. Сущность понятия, классификация ЖКБ.
   2. Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.
   3. Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.
   4. Современные теории патогенеза ЖКБ.
   5. Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.
   6. Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.
   7. Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.
   8. Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.
   9. Интраоперационные методы исследования желчных путей.
   10. Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.
   11. Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).
   12. Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).
   13. Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.
   14. Профилактика желчнокаменной болезни.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Оперативное вмешательство при наличии камней в холедохе завершают:

1 транспеченочным дренированием гепатикохоледоха
2 дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому
3 формированием холедоходуоденоанастомоза
4 формированием холецистоеюноанастомоза
5 резекцией холедоха

Вопрос №2

В случаях приступа желчной колики на фоне холецистолитиаза показано:

1 экстренная операция
2 консервативное лечение
3 плановая операция после купирования приступа
4 антиферментная терапия
5 лапароскопическая холецистостомия

Вопрос №3

Интраоперационная ревизия желчных путей предусматривает:

1 пальпацию холедоха
2 интраоперационную холангиографию
3 холедохоскопию
4 внутривенное контрастирование желчных протоков
5 экспресс-диагностику литогенности желчи

Вопрос №4

Длительное существование камней во внепеченочных желчных протоках может приводить к развитию:

1 перитонита
2 холангита
3 язвенной болезни
4 абсцессов печени
5 подпеченочного абсцесса

Вопрос №5

Показаниями к интраоперационной ревизии желчных протоков являются:

1 перенесенный панкреатит
2 частые приступы желчных колик
3 признаки воспаления желчного пузыря
4 увеличение диаметра общего желчного протока
5 желтуха до операции

Вопрос №6

Диагностика холангиолитиаза включает:

1 ультразвуковое исследование
2 физикальное обследование
3 эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
4 пероральную холецистографию
5 внутривенную холецистохолангиографию

Вопрос №7

Клиническими признаками острого холангита являются:

1 высокая температура
2 боли в правом подреберье
3 желтуха
4 боли опоясывающего характера
5 вздутие живота

Вопрос №8

При желтухе желчнокаменного происхождения показано:

1 экстренная операция
2 только консервативное лечение
3 обследование и оперативное лечение в первые 3-5 дней
4 детоксикационная терапия
5 катетеризация чревной артерии

Вопрос №9

Осложненное течение желчнокаменной болезни характеризуется развитием:

1 острого панкреатита
2 механической желтухи
3 дуоденостаза
4 обтурационной тонкокишечной непроходимости
5 язвенной болезни

Вопрос №10

К камнеобразованию в желчном пузыре приводят:

1 нарушение диеты
2 застой желчи в пузыре
3 обменные нарушения
4 воспалительные процессы в желчном пузыре
5 поло-возрастные изменения

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	2, 3	1, 2, 3	2, 4	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2, 3	3, 4	1, 2, 4	2, 3, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

3. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
5. Механическая желтуха доброкачественного характера [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2018. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
6. Острый холангит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.7: Острый холецистит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром холецистите.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию острого холецистита;
2) обучить методам его клинико-инструментальной диагностики;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии острого холецистита;
5) рассмотреть современные подходы к лечению;
6) изучить принципы ведения периоперационного периода
7) рассмотреть основные направления профилактики острого холецистита.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию острого холецистита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого холецистита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого холецистита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при остром холецистите.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого холецистита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого холецистита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого холецистита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым холециститом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого холецистита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого холецистита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению острого холецистита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого холецистита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром холецистите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый холецистит».
2) Значение острого холецистита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития острого холецистита.
4) Классификация острого холецистита по МКБ, Б.А. Королеву, В.С. Савельеву.
5) Основные симптомы острого холецистита: Ортнера, Кера, Мерфи, Образцова, Мюсси-Георгиевского, Елекера и др.
6) Дополнительные методы исследования при остром холецистите.
7) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
8) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
9) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
10) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
11) Оперативное лечение: показания, классификация холецистэктомий в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
12) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
13) Профилактика острого холецистита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым холециститом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый холецистит;

в) Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого холецистита, составлению плана диагностических

1. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 46 лет на приеме участковому терапевту предъявляет жалобы на интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, 2-х кратную рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза выяснено, что боли появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно спазмолитические препараты без особого эффекта. За 3 часа до поступления боли в животе приняли интенсивный характер.

При обследовании живота выявлена болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии. Желчный пузырь из-за ригидности мышц пальпировать не удается. Пульсация брюшной аорты сохранена. Симптомы Ортнера, Кера положительные, симптом Щеткина-Блюмберга так же положителен в правой подреберной, мезогастральных областях.

Контрольные вопросы.

1. Клинические синдромы.
2. Установите диагноз, обоснуйте его.
3. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
4. Определите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. Сформулируйте основные положения лечебной тактики на уровне стационара.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. а) болевой синдром: интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, некупирующиеся спазмолитиками, локальная болевая симптоматика: болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии, резко положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга);

б) синдром диспепсии (повторная рвота желудочным содержимым);

в) клинико-анамнестический синдром (острое начало заболевания 2 дня назад, ухудшение состояния 3 часа назад)

2. Характеристики болевого синдрома с особенностями клинико-анамнестического синдрома позволяют говорить об остром деструктивном холецистите, осложненном перфорацией в свободную брюшную полость, местном перитоните.

3. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, α-амилазы, СРБ, электролитного состава (К+, Na+, Cl-); определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости; УЗИ исследование гепатопанкратобилиарной зоны.

4. Разъяснение информации о заболевании; вызов бригады скорой медицинской помощи «на себя»; оформление направления на госпитализацию в экстренном порядке в

стационар хирургического профиля, занимающийся оказанием медицинской помощи экстренного характера; обеспечение двигательного, психо-эмоционального, пищевого покоя.

5. Лечебная тактика предусматривает проведение оперативного вмешательства в экстренном порядке вследствие клинических признаков перитонита, развившегося вследствие перфорации желчного пузыря.

1) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больной А., 68 лет поступил в ЭХО с жалобами на зуд кожи, боли тянущего характера в верхних отделах живота, слабость, упадок сил, желтушность глазных яблок, кожи, отсутствие аппетита, похудение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение полугода, когда отметил снижение аппетита, отвращение к пище, периодические рвоты, умеренную слабость. За это время похудел примерно на 10-15 кг. В течение 1,5 месяцев периодически беспокоят боли в верхних отделах живота, зуд кожи. Желтуха появилась 1 месяц назад.

При осмотре: пониженного питания, склеры и кожа оливкового цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 62 удара в минуту. АД –110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, где определяется незначительно болезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторно свободной жидкости в животе не определяется. Перистальтика не усилена. Диурез не нарушен, моча темная, при ректальном исследовании- кал светлый.

В ОАК: эритроциты – $3x10^{12}$/л, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – $10x10^{9}$/л, ОАМ: лейкоциты – 2-3 в поле зрения, уробилин ++.

В биохимическом анализе крови: повышение общего билирубина до 330 мкмоль/л за счет прямой фракции (220 мкмоль/л), ЩФ-150, АСТ-132, АЛТ-200 ед/л.

При рентгенконтрастном исследовании ЖКТ: разворачивание подковы ДПК.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Дополнительные диагностические исследования.
5. Особенности лечения данного больного.

Задача №2.

Больная Б., 65 лет обратилась в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза: заболела 3-е суток назад, когда после употребления в пищу жареного мяса, появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным эффектом. На следующий день вызов бригады СМП – внутримышечно введен баралгин, боли стихли, оставлена дома. Боли сохранялись, сегодня обратилась в поликлинику. Ранее отмечала периодические боли в правом подреберье после жареной пищи, которые с течением времени самостоятельно проходили.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких, сердца патологии не выявлено. Пульс – 82 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, не вздут, симметричный. При пальпации локальная болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, где определяется резкоболезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы Кера, Ортнера положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.

4. Тактика лечения.

5. Виды операций

Задача №3.

Больной В., 75 лет доставлен бригадой СМП с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа- боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Бригадой СМП доставлен в ЭХО. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 40/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, мезогастрии. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.

Задача №4.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости не выявлено. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4{,}6 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15{,}4 \times 10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза -1034 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

Задача №5.

Больная Д., 40 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, 3-х кратную рвоту желчью, не приносящую облегчения.

Больна в течении 6 часов, подобный болевой приступ впервые. Около 10 лет назад во время беременности при УЗИ заподозрены камни в желчном пузыре. В течение последних двух лет беспокоят горечь во рту, периодические боли в правом подреберье после употребления жирной, жареной пищи.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение вынужденное (сидя согнувшись, придерживая правый бок). Повышенного питания. Кожа, склеры чистые, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, правая половина ограниченно участвует в дыхании. При пальпации живот болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц, из-за чего не удается пальпировать ни печень, ни желчный пузырь. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи положительные, Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно размеры печени не увеличены, свободного газа, жидкости не определяется. Перистальктика равномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный. Стул был сутки назад, диурез сохранен, моча светлая.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4{,}1x10^{12}$/л, гемоглобин – 154 г/л, лейкоциты – $15{,}4x10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 12,3 мкмоль/л, прямой - 2 мкмоль/л, α амилаза - 34 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика лечения данной пациентки.
5. Показания к операции.

Задача №6.

Больной Е., 57 лет в течение 2-х лет неоднократно поступает в ЭХО с приступами острых болей в правом подреберье, которые сопровождаются желтушностью кожи, потемнением мочи. При УЗИ желчных путей выявлены камни желчного пузыря, расширение общего желчного протока до 12 мм, конкрементов в протоковой системе не определяется. После консервативных мероприятий вышеперечисленные симптомы купируются. После чего больной неоднократно отказывался от оперативного вмешательства и выписывался с рекомендациями. Во время последней госпитализации боли и желтуха на фоне медикаментозного лечения сохранялись, после чего больной дал согласие на операцию. Во время операции выявлены признаки острого калькулезного флегмонозного холецистита. После выполнения холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяется расширение печеночных и общего желчного протоков. На 1 см ниже впадения пузырного протока в общий печеночный проток имеется полное препятствие для поступления контрастного вещества дистальнее.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины диагностированной ситуации.
3. Дальнейшие действия хирурга.
4. Способ завершения операции.

Задача №7.

Больной Ж., 48 лет болен в течение 3-х дней, когда возникли интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, постоянные, не купирующиеся анальгином, многократная рвота. В течение 7 дней злоупотреблял спиртными напитками. Боли с течением времени нарастали, бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, ориентирован в месте, времени, выраженный

тремор конечностей, беспокоен из-за болей, не может лечь. Кожа лица гиперемирована, склеры чистые. В легких резкое ослабление дыхания в нижних отделах справа, хрипов нет, частота дыхания – 20 в минуту. Пульс - 98 ударов в минуту, АД-100/70 мм рт.ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации резко болезненный в эпигастрии, по правому флангу, где определяется ригидность мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно свободного газа жидкости не определяется. Перистальтика резко ослаблена, «шума плеска нет».

При исследовании ОАК: эритроциты – $5{,}2x10^{12}$/л, гемоглобин – 184 г/л, лейкоциты – $20x10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр, α амилаза мочи по Вольгемуту - 2048 ед.

Выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – свободного газа в брюшной полости не выявлено, в кишечнике небольшое количество газов.

Экстренно выполнена лапароскопия: в брюшной полости около 200 мл серозно-геморрагического выпота, на париетальной и висцеральной брюшине множество мелких белесоватых образований, имеет место выбухание желудочно-ободочной связки, брюшина в верхних отделах гиперемирована, желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его значительно отечна по типу желе, сероза его не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика хирурга.

Задача №8.

Во время операции после разделения рыхлых спаек между прядью большого сальника и желчным пузырем выявлено, что последний увеличен в размерах, напряжен, стенка инфильтрирована, темно-вишневого цвета, покрыта фибрином, пальпаторно в его полости определяется множество мелких камней; гепатодуоденальная связка отечна; холедох увеличен до 2 см в диаметре, напряжен, пальпаторно камней в нем не определяется; головка поджелудочной железы в размерах не увеличена, не уплотнена. Произведена холецистэктомия от шейки. Через культю пузырного протока по направлению к ДПК установлен пластиковый катетер. Выполнена интраоперационная холангиография. Рентгенологически: выполнились внутри- и внепеченочные протоки, внутренний диаметр гепатикохоледоха около 1,5 см, в его полости определяется несколько рентгенпозитивных структур от 0,3 до 0,5 см, контраст в ДПК поступает.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите методы интраоперационной диагностики ЖКБ.
3. Показания к интраоперационной холангиографии.
4. Дальнейшие действия хирурга.
5. Выберите способ завершения операции.

Задача №9.

Больной Ф., 75 лет поступил в ЭХО через 5 дней с момента заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи, слабость, недомогание, повышение температуры до 38°С, сопровождающееся ознобами. В анамнезе ЖКБ, ИБС, ГБ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа, склеры желтушны. Со стороны органов дыхания, сердца без существенных изменений. Пульс – 92 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Пульсация брюшного отдела аорты определяется. В ОАК: эритроциты – $3{,}9x10^{12}$/л, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $19{,}4x10^{9}$/л; в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения, уробилин ++. В биохимическом анализе крови общий билирубин - 312,3 мкмоль/л, прямой - 162 мкмоль/л, α амилаза – 34 ед/л. При УЗИ – печень не увеличена, структура однородная, желчный пузырь размерами 100х54 мм, стенка 1 мм, в его полости множество конкрементов от 2 до 5 мм, холедох расширен до 12 мм, толстостенный с гиперэхогенной взвесью.

На фоне консервативного лечения боли уменьшились, однако желтуха сохранялась. Был

взят на операцию. После холецистэктомии (желчный пузырь гангренозно изменен, в его полости много камней и гнойная желчь) выполнена интраоперационная холангиография - диаметр гепатикохоледоха около 12 мм, в его полости несколько дефектов наполнения округлой формы, контраст в ДПК поступает, однако в дистальной части холедоха имеется участок сужения протяженностью около 1,5 см.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Что явилось показанием для холангиографии?
3. Основные направления применяемой консервативной терапии.
4. Последовательность действий хирурга.
5. Способ завершения операции.

Задача №10.

Больная 53 года, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°С. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Язык покрыт белым налетом. Пульс - 115 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови: лейкоцитоз 14,6х10 ^{9}/л. Билирубин крови - 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Анализ мочи: лейкоцитов 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок - 75,3 г/л. Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10х5х3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
3. Дальнейшая хирургическая 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Сущность понятия, принципы классификации острого холецистита.
2. Особенности патогенеза острого калькулезного холецистита.
3. Особенности этиопатогенеза острого бескаменного холецистита.
4. Клиническая симптоматика острого холецистита.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики острого холецистита.
6. Дифференциальная диагностика острого калькулезного холецистита с другими ургентными заболеваниями органов брюшной полости.
7. Принципы консервативного лечения при остром холецистите.
8. Основы купирования острой и хронической боли.
9. Особенности предоперационной подготовки больных острым холециститом с холангитом.
10. Показания и виды операций по срокам выполнения.
11. Особенности клинических проявлений, дополнительной диагностики и лечения осложнений острого холецистита.
12. Показания для наружного дренирования желчных путей, виды и функции дренажей.

13. Показания для внутреннего дренирования желчных путей, виды операций.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Срочная операция при остром холецистите проводится в случаях:

1 стихания болевого синдрома
2 отсутствия эффекта от консервативного лечения
3 появления желтухи
4 появления неукротимой рвоты
5 повышения температуры

Вопрос №2

Признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:

1 увеличение размеров желчного пузыря
2 наличие камней в просвете желчного пузыря
3 увеличение головки поджелудочной железы
4 утолщение стенки желчного пузыря
5 увеличение внутреннего диаметра гепатикохоледоха

Вопрос №3

Основными признаками ферментативного холецистита являются:

1 увеличение желчного пузыря в размерах
2 стекловидный отек стенки желчного пузыря
3 наличие камней в просвете желчного пузыря
4 высокое содержание амилазы в желчи
5 высокая билирубинемия

Вопрос №4

Обтурационный деструктивный холецистит развивается вследствие:

1 фиксации камня в шейке желчного пузыря
2 обтурации пузырного протока
3 нарушения проходимости дистальной части холедоха
4 рефлюкса панкреатического сока
5 нарушения эвакуации из ДПК

Вопрос №5

Пациентам, перенесшим холецистэктомию, в послеоперационном периоде назначают:

1 морфин
2 кетопрофен
3 длительный постельный режим
4 фраксипарин
5 детралекс

Вопрос №6

Лапароскопическая холецистэктомия при воспалении желчного пузыря противопоказана в случаях:

1 деструктивного холецистита
2 распространенного перитонита
3 у пожилых пациентов

4 признаков воспаления поджелудочной железы

5 выявления камней во внепеченочных желчных протоках

Вопрос №7

При остром холецистите в сочетании с механической желтухой формирование холедоходуоденоанастомоза показано в случаях:

1 множественного холедохолитиаза

2 холангита

3 стриктуры дистальной части холедоха

4 острого панкреатита

5 блока дистального отдела холедоха

Вопрос №8

Диагностическая программа при неосложненном течении острого холецистита предусматривает:

1 ретроградную холангиопанкреатографию

2 лапароскопию

3 УЗИ

4 компьютерную томографию

5 физикальное обследование

Вопрос №9

Варианты холецистэктомии:

1 от шейки

2 от тела

3 от печени

4 от холедоха

5 от дна

Вопрос №10

Осложнениями острого холецистита являются:

1 острый перитонит

2 кишечная непроходимость

3 межорганные свищи

4 кровотечение

5 перивезикальный инфильтрат

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 4	2, 4	1, 2	2, 4	2, 4, 5	1, 3	3, 5	1, 5	1, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый холецистит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.

Тема 1.8: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК).

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
2) обучить методам ее клинико-инструментальной диагностики;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику;
5) рассмотреть современные подходы к лечению.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию ЯБЖ и ДПК;
- основные патологические симптомы и синдромы;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении ЯБЖ И ДПК;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы ЯБЖ И ДПК;
- определять функциональные, лабораторные признаки данного заболевания;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план лечебных мероприятий;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике язвенной болезни;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению ЯБЖ и ДПК;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики ЯБЖ и ДПК.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «язвенная болезнь».
2) Модели развития ЯБЖ и ДПК.
3) Классификация язвенной болезни.
4) Клиническая диагностика, характеристика основных клинических синдромов.
5) Дополнительные методы исследования.
6) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
7) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
8) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
9) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
10) Оперативное лечение: показания, классификация хирургических вмешательств.
11) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
12) Профилактика язвенной болезни, развития рецидивов.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с язвенной болезнью (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

2. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика в случаях оказания хирургической помощи;

в) отработка практических навыков по определению клинической симптоматики язвенной болезни, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Сущность понятия, особенности течения и характера ЯБЖ и ДПК.
2) Современные теории патогенеза язвенной болезни.
3) Особенности этиопатогенеза, патоморфологии и клинических проявлений ЯБЖ и ДПК.
4) Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
5) Секреторная функция желудка и методы ее изучения.
6) Критерии лабораторно-инструментальной диагностики язвенной болезни.
7) Принципы консервативного лечения ЯБЖ и ДПК, прогноз результатов.
8) Основы купирования острой и хронической боли.
9) Показания к хирургическому лечению ЯБЖ и ДПК.
10) Понятие и виды радикальных и паллиативных операций, резекционных и органосохраняющих; показания к ним.
11) Резекция желудка по Бильрот-I, Бильрот-II, их достоинства и недостатки, возможные модификации.
12) Показания и виды органосберегающих операций, их достоинства и недостатки.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны:

1 ночные боли
2 боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
3 боль в эпигастральной области спустя 1,5-2 часа после приема пищи
4 боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку
5 голодные боли

Вопрос №2

Оперативное лечение при язвенной болезни показано в случаях:

1 непрерывно рецидивирующего течения
2 положительного теста на хеликобактериоз
3 гипоацидного состояния
4 развития осложнений

Вопрос №3

Классификация язвенной болезни по Jonson предусматривает выделение:

1 медиогастральных язв
2 язв пилорического канала
3 язв двойной локализации (желудок и дпк)
4 язвы кардиального отдела желудка
5 ювенильные язвы

Вопрос №4

Диагностика язвенной болезни включает:

1 фиброгастродуоденоскопию
2 пункцию желудка с биопсией слизистой
3 тестирование на хеликобактериоз
4 компьютерную томографию
5 рентгеноскопию желудка

Вопрос №5

Ульцерогенным действием обладают:

1 бутадион

2 гастроцепин
3 преднизолон
4 дигиталис
5 индометацин

Вопрос №6

Формирование анастомоза между культей желудка и тощей кишкой предусматривает способ резекции:

1 Бильрот I
2 Бильрот II
3 Ру
4 Гейнеке-Микулича
5 Ниссена

Вопрос №7

О наличии язвы при рентгенологическом исследовании могут свидетельствовать:

1 симптом булыжной мостовой
2 симптом перистости
3 симптом указующего перста
4 симптом чаши Клойбера
5 симптом ниши

Вопрос №8

Стандартная тройная схема терапии первой линии при язвенной болезни предусматривает применение:

1 эзомепразола
2 метронидазола
3 альмагеля
4 кларитромицина
5 цефтриаксона
6 амоксициллина

Вопрос №9

К язвам большого размера относят:

1 язвы диаметром 0,5 см
2 язвы диаметром 1 см
3 язвы диаметром 2 см
4 язвы диаметром 3 см
5 язвы диаметром 4 см

Вопрос №10

План диспансерного наблюдения пациентов с неосложненной язвенной болезнью предусматривает выполнение:

1 ФГДС
2 рентгеноскопию желудка
3 теста на хеликобактериоз
4 компьютерной томографии
5 эндоУЗИ гастродуоденальной зоны

Тестовые задания репродуктивного уровня **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3, 5	1, 4	1, 2, 3	1, 3, 5	1, 3, 5	2, 3	3, 5	1, 4, 6	3, 4	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Прободная язва у взрослых[Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2016. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.

Тема 1.9: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК).

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений язвенной болезни;
2) обучить методам их клинико-инструментальной диагностики;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при осложненном течении язвенной болезни;
5) рассмотреть современные подходы к лечению;
6) изучить принципы ведения периоперационного периода
7) рассмотреть основные подходы к профилактике развития осложнений ЯБЖ и ДПК.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию осложнений язвенной болезни желудка и ДПК (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация);
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие осложнения язвенной болезни;
- клинические проявления основных синдромов;
- дифференциальную диагностику;

- лечебную тактику при различных видах осложнений: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложненной язвенной болезни;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы язвенных перфорации, кровотечения, пенетрации, пилородуоденального стеноза;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей протекания осложнений язвенной болезни;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике любого из осложнений язвенной болезни (перфорация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация);
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению осложненной язвенной болезни;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений ЯБЖ и ДПК;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Виды осложнений ЯБЖ и ДПК, частота их встречаемости.
2) Этиопатогенез перфорации гастродуоденальной язвы.
3) Классификация перфораций.
4) Клиническая симптоматика перфоративной язвы (основные и вспомогательные признаки Мондора); особенности клиники и течения, причины развития атипичных симптомов.
5) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики перфорации.
6) Хирургическая тактика: выбор операции при перфоративной язве; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.
7) Этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений.
8) Классификация кровотечений.
9) Клиническая симптоматика кровоточащей язвы.
10) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики.

11) Хирургическая тактика: показания к консервативной терапии, принципы ее проведения; показания к оперативному лечению, выбор операции; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.
12) Патогенетические особенности течения пилородуоденального стеноза.
13) Принципы классификации язвенных стенозов.
14) Критерии клинико-инструментальной диагностики язвенной болезни, осложненной стенозом.
15) Выбор лечебной тактики.
16) Показания и основные направления консервативного лечения пилородуоденальных стенозов.
17) Хирургическое лечение: виды, сроки, объемы оперативного вмешательства, принципы периоперационного ведения.
18) Особенности клинической и дополнительной диагностики пенетрации и малигнизации язв пилородуоденальной зоны.
19) Основные направления в их лечении.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с осложненным течением язвенной болезни желудка и ДПК (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

3. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на осложненную язвенную болезнь;

в) отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 48 лет, поступил в экстренное хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, шум в ушах, рвоту черным желудочным содержимым. Сознание не терял. Подобные явления впервые возникли 2 часа назад. В течение последних 6 месяцев отмечает

развитие периодических болей в верхних отделах живота через 1,5-2 часа после еды, чувство тяжести.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологичны. Язык влажный. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 130/70 мм рт.ст. При осмотре живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При ФГДС выявлена язва на передней стенке луковицы ДПК диаметром 5 мм, покрытая вишневым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Оцените эндоскопическую характеристику кровотечения.
3. Какие методы обследования необходимо провести.
4. Основные направления в лечении пациента.
5. Дальнейшая тактика лечения.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Язвенная болезнь ДПК с локализацией язвы на передней стенке луковицы, впервые выявленная, осложненная кровотечением.

2. Форрест IIB.

3. Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови на: аст, алт, щф, общий белок, мочевина, креатинин, сахар, билирубин, α-амилаза; коагулограмма, группа крови и резус-фактор; маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ; анализ кала на реакцию Грегерсена.

4. При поступлении необходимо назначение консервативного лечения: инфузионная и гемостатическая терапия, ингибиторы протонной помпы, эрадикационная терапия, противорвотные препараты, эндоскопическая остановка кровотечения.

5. Дальнейшая тактика формируется после динамического осмотра пациента и проведения контрольной ФГДС. При возникновении рецидива кровотечения и ухудшении эндоскопической характеристики гемостаза по шкале Форреста показано оперативное лечение по жизненным показаниям. При отсутствии клинических признаков продолжающегося кровотечения и стабильности гемостаза необходимо продолжить консервативную терапию.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больной А., 22 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе постоянного характера с иррадиацией в правое плечо, лопатку.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота, которые позднее распространились по правому флангу. Ранее не обследовался, периодически в течение 2-х лет беспокоили изжоги, периодические боли в животе, которые возникали через 1,5-2 часа после приема пищи.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (сидя, согнувшись). Кожа бледноватая, теплая, покрыта потом. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц правой половины живота, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно отмечается исчезновение печеночной тупости. Перистальтика ослаблена. Осмотр больного в положении лежа затруднен из-за выраженности болевого синдрома, частой смены положения тела.

В ОАК: лейкоциты – 17,4х10^9/л, эритроциты – 4,2х10^{12}/л, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия показаны данному больному?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Выберите оптимальный способ оперативного вмешательства.

5. Основные принципы послеоперационного ведения.

Задача №2.

Больная З., 63 лет поступила в ЭХО с жалобами на боли по всему животу, 1-кратную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение 3-х лет неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу язвенной болезни ДПК. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. В течение этого времени за мед. помощью не обращалась, ухудшение состояния связывала с обострением язвенной болезни, самостоятельно принимала омез без существенного эффекта.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски. Язык суховат. Со стороны легких изменений не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 140/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

В ОАК определяется лейкоцитоз до $16x10^9$/л.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости патологии не выявлено.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать данную патологию?
3. Перечислите основные причины данного заболевания.
4. Какая операция показана данной больной?
5. Перечислите основные направления послеоперационного лечения больной.

Задача №3.

Больной З., 25 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота. Спустя 1 час состояние улучшилось: боли уменьшились, распространились по правому флангу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа чистая, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации незначительно болезненный в эпигастрии, по правому флангу. В правой подвздошной области определяется напряжение мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В ОАК отмечается лейкоцитоз до $13x10^9$/л

Дежурным хирургом поставлен диагноз: острый аппендицит, взят на операцию. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова выявлено, что червеобразный отросток не изменен, из брюшной полости эвакуировано около 100 мл мутного выпота с примесью желчи.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите ошибки, которые были допущены в диагностике данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Определите тактику хирурга в сложившейся ситуации.
5. Основные аспекты п/о ведения данного больного.

Задача №4.

Больной М., 43 лет поступил в приемный покой ЭХО с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в правую надключичную область, 1-кратную рвоту темными массами со сгустками крови, 2-х кратный жидкий черный стул, выраженную слабость.

Из анамнеза. Болен в течение 1 недели, когда отметил появление изжоги, болей в верхних отделах живота через 1 час после еды. В течение 3-х лет периодически возникают подобные явления, не обследован. Ухудшение состояния в течение 6 часов появилась рвота темными массами со сгустками, слабость. Спустя 2 часа появился черный жидкий стул. Боли в животе усилились около 3 часов назад. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное, положение вынужденное (лежа на правом боку с приведенными к животу ногами). Кожа бледная, покрыта липким потом. ЧДД – 26/мин, в легких дыхание без хрипов. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. АД – 80/40 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует ограниченно. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен.

В ампуле прямой кишки неоформленные каловые массы черного цвета.

В ОАК: эритроциты – $2{,}2x10^{12}$/л, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 19%.

Экстренно выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – патологии не выявлено.

При ФГДС – на передней стенке луковицы ДПК имеется язвенный дефект диаметром 1 см, прикрытый рыхлым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные причины развития заболевания.
3. Оцените ОАК.
4. Тактика хирурга в данной ситуации.
5. Выбор объема оперативного вмешательства

Задача №5.

Больной С., 32 лет предъявляет жалобы на 1-кратнубю рвоту пищей, затем дважды темной кровью, сгустками, 2-х кратный черный жидкий стул, слабость, потерю сознания.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение суток, когда отметил появление черного стула, однократной рвоты пишей, не приносящей облегчения. Через 5 часов рвота повторилась. Со слов рвотные массы приобрели кровянистый характер. Со слов жены: пошел в туалет, потерял сознание, упал. Язвенной болезнью ДПК в течение 10 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожа бледная. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика активная.

Ректально: в ампуле прямой кишки полужидкие каловые массы черного цвета.

В ОАК: лейкоциты – $10{,}4x10^{9}$/л, эритроциты – $3{,}1x10^{12}$/л, гемоглобин – 96 г/л, гематокрит – 23%.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Неотложные мероприятия в сложившейся ситуации на догоспитальном этапе.
4. Рассчитайте объемы инфузионно-трансфузионной терапии.
5. Определите тактику ведения данного больного.

Задача №6.

Больной М., 48 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП с жалобами на изжогу, периодические боли в эпигастральной области, слабость, черный жидкий стул.

Из анамнеза. Периодические «голодные» боли, боли в животе по ночам беспокоят в течение 1 года. Ранее за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал соду, после чего вышеперечисленные симптомы исчезали. В течение 2-х последних суток 4 раза был черный жидкий стул, в течение последних суток беспокоит выраженная слабость, по поводу чего обратился в поликлинику к участковому терапевту.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожа бледная, теплая, покрыта потом. Язык суховат, у корня обложен белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. При пальпации живот незначительно болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов не определяется. Перкуторные размеры печени сохранены.

В ОАК: эритроциты – $2{,}9x10^{12}$/л, гемоглобин – 82 г/л, гематокрит – 17%.

Анализ кала на скрытую кровь ++++.

ФГДС: слизистая желудка, ДПК гиперемирована, в луковице ДПК на передней стенке определяется язвенный дефект диаметром 0,5 см, прикрытый рыхлым сгустком крови.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Оцените эндоскопическую картину кровотечения по шкале Forrest.
3. Тактика хирурга в данной ситуации.
4. Перечислите методы эндоскопического гемостаза.
5. Если необходимо оперативное вмешательство, определите объем операции.

Задача №7.

Больной Ф., 22 лет доставлен в приемный покой ЭХО через 8 часов с момента заболевания с клиникой перфоративной гастро-дуоденальной язвы. Спустя 30 мин. был взят на операцию. После вскрытия брюшной полости выявлено, что на передней стенке луковицы ДПК ниже привратника на 1 см имеется язвенной инфильтрат диаметром 1 см, в центре которого перфоративное отверстие 2 мм, в верхнем этаже брюшной полости, по правому боковому каналу, в малом тазу – большое количество гнойного выпота.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы перфорации язвы.
3. Объем хирургического вмешательства в данной ситуации.
4. Как необходимо завершить операцию.
5. План послеоперационного ведения данного больного.

Задача №8.

Больной П., 62 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе после еды, чувство переполнения в желудке после еды, отрыжку, периодические рвоты пищей, принятой накануне, отсутствие аппетита, слабость, похудение.

Из анамнеза. Периодические боли в верхних отделах живота, частые изжоги беспокоят в течение нескольких лет. Боли возникали после еды через 30-60 мин. В течение этого времени за мед. помощью не обращался, ранее не обследован. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 2-х месяцев, когда отметил появление чувство переполнения в желудке, периодической рвоты, слабости. Накануне осмотрен участковым терапевтом, направлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, заторможен, адекватен, в контакт вступает. Пониженного питания. Кожа бледноватая, теплая, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, аритмичный. АД – 130/60 мм рт. ст. Живот вздут в верхних отделах живота, в акте дыхания участвует. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Образований в животе не пальпируется. Перитонеальных симптомов не определяется. Печень не выходит из-под края реберной дуги. Перистальтика равномерная, кишечные шумы ослаблены, в эпигастрии определяется «шум плеска». Стул был накануне.

В ОАК: эритроциты – $3{,}2 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 94 г/л, гематокрит – 19%.

Биохимический анализ крови: L-амилаза – 32 ед., билирубин общий – 12, непрямой – 7 мкмоль/л, сахар – 3,2 ммоль/л, K^+ – 2,8, Na^+ – 160, Cl^- – 80 ммоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Возможные причины возникшей ситуации.
3. Перечислите необходимые инструментальные диагностические мероприятия.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Определите тактику хирурга.

Задача №9.

Больной Ф., 61 г. доставлен бригадой СМП в приемный покой ЭХО в тяжелом состоянии.

Из анамнеза. Со слов жены болен в течение 2-х суток, когда появилась рвота темным содержимым со сгустками крови, которая повторялась за это время трижды, дегтеобразный жидкий стул до 5 раз, жаловался на слабость. Около 3-х лет назад – кровотечение из язвы ДПК. После этого противоязвенного лечения не получал. При ухудшении состояния вызвана СМП. Дома падение АД до 50/0 мм рт. ст., начата инфузионная, гемостатическая терапия, в/в вводился дексаметазон.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, теплая. Пульс на периферии нитевидный,

ритмичный, частота – 96 ударов в минуту, АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

В ОАК: эритроциты – $2{,}2x10^{12}$/л, гемоглобин – 64 г/л, гематокрит – 12%.

Кал на скрытую кровь ++++.

При ФГДС – на передней стенке луковицы ДПК имеется язва диаметром 0,7 см, в центре крупный сосуд, из которого пульсирует алая кровь

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины развития данной патологии.
3. Оцените эндоскопическую находку по шкале Forrest.
4. Перечислите неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.
5. Особенности лечебной тактики в данной ситуации.

Задача №10.

Больной З., 27 лет поступил с жалобами на выраженную слабость, головокружение, рвоту пищей, темной кровью со сгустками.

Из анамнеза. Болен в течение 12 часов. Подобные явления впервые. Наследственный анамнез отягощен – отец страдает язвенной болезнью ДПК.

Объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании. Кожные покровы бледноватые, теплые. Со стороны легких без патологии. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Ректально: в ампуле прямой кишки опухолей не определяется, на перчатке кашицеобразный кал черного цвета.

В ОАК: эритроциты – $2{,}8x10^{12}$/л, гемоглобин – 76 г/л, гематокрит – 17%.

Кал на скрытую кровь ++++.

При ФГДС – хроническая язва луковицы ДПК, осложненная кровотечением F IIa.

Назначена консервативная терапия. За время лечения и динамического наблюдения признаков продолжающего кровотечения не отмечено, гемодинамические показатели стабильные.

При контрольной ФГДС через 8 часов сохраняются признаки кровотечения, выявленные при первичном исследовании.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Интерпретируйте эндоскопическую картину кровотечения.
3. Перечислите основные направления консервативного лечения язвенного кровотечения.
4. Методы гемостатической терапии.
5. Тактика хирурга в данной ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Виды осложнений язвенной болезни.
2) Степени тяжести пилородуоденальных стенозов язвенной природы.
3) Хирургическое лечение пилородуоденальных стенозов язвенной природы.
4) Основные и вспомогательные симптомы прободной язвы желудка и ДПК.
5) Периоды течения перфоративной язвы.
6) Особенности клинической картины атипичных и прикрытых перфораций.
7) Показания к ушиванию перфоративной язвы, способы.
8) Показания и условия к резекции желудка при перфоративной язве, способы.
9) Особенности клинической картины при сочетании желудочного кровотечения и перфорации
10) Какие состояния и заболевания могут симулировать желудочное кровотечение?
11) Методы определения величины кровопотери при гастродуоденальном кровотечении.
12) Методы диагностики язвенных гастродуоденальных кровотечений.

13) Консервативное лечение кровоточащей язвы желудка или ДПК.
14) Методы местного воздействия на кровоточащую язву желудка или ДПК.
15) Показания, виды и методы операций при кровоточащей язве желудка и ДПК.
16) Основы диагностики и лечебной тактики при пенетрации и малигнизации пилородуоденальных язв.
17) Особенности до- и послеоперационного ведения больных с язвенным кровотечением.
18) Профилактика развития осложнений язвенной болезни.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Резекция желудка показана в ситуациях:

1 перфорации в сочетании со стенозом
2 перфорации симптоматической язвы
3 перфорации с наличием гнойного перитонита
4 перфорации впервые выявленной язвы ДПК у пожилых пациентов
5 активного артериального кровотечения из пенетрирующей язвы

Вопрос №2

Тактика лечения больного с признаками кровотечения Forrest IIA предусматривает:

1 гемостатическую терапию
2 инфузионную терапию
3 экстренную операцию
4 срочную операцию
5 консервативное лечение в условиях терапевтического стационара

Вопрос №3

В случаях малигнизации желудочных язв показано:

1 антрумэктомия
2 субтотальная резекция желудка
3 стволовая ваготомия с одним из вариантов пилоропластики
4 гастрэктомия
5 строго консервативное лечение

Вопрос №4

После перенесенной резекции желудка в ранние сроки назначают:

1 опиоидные анальгетики
2 спазмолитические препараты
3 энтеральное зондовое питание
4 ингибиторы протонной помпы
5 диуретики

Вопрос №5

Клиническое течение перфорации характеризуется:

1 периодом шока
2 периодом комы
3 периодом мнимого благополучия
4 периодом гнойного перитонита
5 периодом сепсиса

Вопрос №6

С гемостатической целью при язвенных кровотечениях применяют:

1 промывание желудка холодными растворами
2 октреотид
3 зонд Блэкмора
4 этамзилат натрия
5 викасол

Вопрос №7

Хирургическая тактика при язвенных кровотечениях зависит от:

1 причины образования язвы
2 степени риска рецидива
3 возраста пациента
4 положительного теста на хеликобактериоз
5 эндоскопической характеристики гемостаза

Вопрос №8

Наличие свободного газа в брюшной полости характеризуют симптомы:

1 Холстеда
2 Керкрингера
3 Спижарного
4 Грюнвальда
5 Жобера

Вопрос №9

Клиника стеноза привратника II степени характеризуется:

1 стойкой атонией желудка
2 периодическими рвотами
3 отрыжкой «тухлым»
4 рвотой пищей, съеденной накануне
5 рвотой с примесью крови

Вопрос №10

Признаками язвенного кровотечения являются:

1 усиление болей в животе
2 рвота «кофейной гущей»
3 уменьшение болевого синдрома
4 симптом Щеткина-Блюмберга
5 мелена

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 5	1, 2, 4	2, 4	1, 3	1, 3, 4	4, 5	2, 5	3, 5	2, 3	2, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1 Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2 Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3 Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4 Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5 Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6 Котаев А.Ю. Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие для студентов мед. вузов, Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, 2015
7 Язвенные гастродуоденальные кровотечения [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
8 Прободная язва у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2016. Режим доступа: Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.10: Острый панкреатит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого панкреатита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого панкреатита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром панкреатите;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению панкреатита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого панкреатита;
- принципы классификации острого панкреатита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого панкреатита;
- особенности клинического течения острого панкреатита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого панкреатита;
- лечебную тактику при остром панкреатите;
- показания к консервативному лечению, его направления;
- показания к оперативному лечению, виды и этапы операций при остром панкреатите;
- стандарты и протоколы при лечении острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром панкреатите;
- особенности оформления медицинской документации при остром панкреатите.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром панкреатите;

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого панкреатита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого панкреатита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым панкреатитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым панкреатитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого панкреатита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого панкреатита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого панкреавтита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром панкреатите;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого панкреатита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром панкреатите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый панкреатит».
2) Значение острого панкреатита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития, патогенез острого панкреатита.
4) Современные подходы к классификации острого панкреатита.
5) Основные клинические симптомы острого панкреатита: Воскресенского, Джанелидзе, Дежардена, Кача, Кертэ, Мейо-Робсона, и др.
6) Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
7) Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
8) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
9) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
10) Показания к консервативному лечению, принципы и направления фармакотерапии.
11) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация операций в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
12) Профилактика острого панкреатита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым панкреатитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый панкреатит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре кожа и склеры физиологической окраски. Дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 24 в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови выявлена амилаземия. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром полностью купирован, отмечено снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, при УЗИ патологии не выявлено.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите диагностическую тактику при госпитализации пациента.
3. Основные направления лечения пациента.
4. Признаки патологии при ультразвуковом исследовании.

Рекомендации при выписке из стационара.

Алгоритм разбора:

1. Острый отечный панкреатит.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение амилазы, липазы, СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ желчных путей и поджелудочной железы.

3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия (в т.ч. с использованием метода «форсированного диуреза»), антисекреторная терапия (препараты сандостатинового ряда, ингибиторы протонной помпы), симптоматическая терапия (спазмолитики, прокинетики).

4. Увеличение размеров поджелудочной железы, повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы.

5. Строгое соблюдение диеты (исключение жирной, жареной пищи, специй, алкогольных напитков), наблюдение терапевтом с контролем биохимических показателей сахара крови (сахарная кривая и гликозилированный гемоглобин по показаниям), СРБ, копрограмма, контроль УЗИ через 1,6 месяцев после выписки из стационара, по показаниям контрольный осмотр хирургом.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больная 58 лет, при вызове на дом участковому терапевту предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение. Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Через сутки боли стали интенсивными, приобрели опоясывающий характер.

Из анамнеза: 2 года назад обследована терапевтом по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась. Страдает гипертонической болезнью.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 160/90 мм.рт.ст. Температура тела 37,2^{O}С. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Мейо-Робсона, Ортнера, Кера положительные.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Трактовка эпонимной симптоматики.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта

Задача №2.

У больного 33 лет, злоупотребляющего алкоголем, сутки назад появилась резкая опоясывающая боль в верхней половине живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения, общая слабость. Приемом спазмолитиков и анальгетиков боли не купировались. Подобные явления отмечает впервые. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Температура тела 36,8^{O}С. Верхние отделы живота в акте дыхания не участвуют. При пальпации в эпигастральной области отмечается резкая болезненность и ригидность. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо- Робсона, Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не нарушено, диурез снижен.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. План лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Лечебная тактика.

5. Принципы консервативной терапии.

Задача №3.

Больной К., 47 лет при вызове участкового терапевта предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Заболел остро 2 суток назад после употребления маринованных грибов.

Ориентирован в пространстве и времени. При осмотре отмечается акроцианоз. Язык сухой, чистый. Частота дыхательных движений – 28 в минуту. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/60 мм.рт.ст. Живот был мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, больше в левом подреберье, перитонеальные симптомы не отчетливы.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
3. Сформулируйте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе.
4. Хирургическая тактика.
5. Принципы консервативного лечения.

Задача №4

Больной Р. 32 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной 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 вызвал бригаду скорой помощи на фоне нарастания симптоматики, был доставлен в экстренный хирургический стационар. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 92 ударов в минуту. Живот симметричный. При пальпации в эпигастрии и в левом подреберье определяется болезненность и ригидность. При перкуссии в верхних отделах живота – тимпанит. Перистальтика кишечника неравномерная, в верхних отделах резонирующая. Пульсация брыжеечной аорты не определяется. Симптомы Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В течение 20 часов консервативная терапия эффекта не дала: боли сохраняются, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружены очаги стеатонекроза, серозный выпот, гиперемия и отечность париетальной и висцеральной брюшины по левому флангу живота.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для диагностики заболевания.
4. Дифференциальная диагностика при госпитализации.
5. Определите дальнейшую лечебную тактику.

Задача №5.

Больная М. 56 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в поясницу, многократную рвоту съеденной пищей и желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,2^{O}С. Боли появились сутки назад после употребления жареной пищи. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. В анамнезе желчнокаменная болезнь, артериальная гипертензия.

Бригадой скорой помощи была доставлена в хирургический стационар, где спустя 3 суток после купирования желчной колики и явлений воспаления была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Назначено традиционное медикаментозное лечение.

Несмотря на проводимую инфузионную, противовоспалительную, антибактериальную терапию в течение 5 суток, послеоперационный период протекал тяжело. Сохранялись тупые боли

в верхней половине живота, тошнота, упорная неукратимая рвота, которые уменьшались после введения обезболивающих средств. Нарастала тахикардия до 110-130 ударов в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,9ºС. Появилась иктеричность склер. Отмечалось резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики, несмотря на проведение стимуляции кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга был сомнительный. Диурез снижен. По улавливающему дренажу – до 150 мл в сутки серозно-геморрагического отделяемого. В анализах крови: лейкоцитов - 16,8х10^9/л, амилаза крови-512 ед/л, билирубин – 30 мкмоль/л за счет прямой фракции.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №6.

В экстренное хирургическое отделение бригадой скорой помощи доставлен больной П. 46 лет в состоянии алкогольного опьянения. Контакт с больным затруднен. Со слов сопровождающих, около 3 суток назад после злоупотребления алкоголем, жаловался на появление острых резких интенсивных болей в верхней половине живота, которые затем приобрели разлитой характер. Была неоднократная, неукротимая рвота с примесью желчи.

При поступлении состояние тяжелое. Лицо бледное. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст. Температура тела в норме. Живот вздут, болезненный во всех отделах, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Был взят на операцию в экстренном порядке после дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. На операции: в брюшной полости геморрагический выпот, отек и геморрагическая имбибиция большого сальника и брыжейки поперечно-ободочной кишки. Висцеральная брюшина гиперемирована. Петли кишечника раздуты, вяло перистальтируют. Забрюшинная клетчатка отечна, с участками ткани бурого цвета.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные исследования, проведенные дооперационно.
3. Определите объем оперативного вмешательства.
4. Принципы дальнейшей консервативной терапии.

Задача №7.

Больная Л. 58 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в поясницу, больше слева, повторную рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения, слабость.

Заболела остро 3 дня назад, когда после погрешности в диете, появились боли в эпигастрии, горечь во рту, неукротимая рвота, частый жидкий стул, а затем – вздутие живота, метеоризм, урчание. Принимала спазмолитики и анальгетики – без эффекта. Боли усилились, стали постоянными. Бригадой скорой помощи доставлена в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления впервые. В анамнезе гипертоническая болезнь.

Состояние больной средней тяжести. Больная повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот вздут, болезненный и ригидный в эпигастральной области. Пульсация брюшной аорты не определяется. Печень у края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии по левому флангу притупление перкуторного звука. Симптом Мейо-Робсона положительный. Симптомы Ортнера, Кера – слабоположительные. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически определяется повышенная пневматизация поперечно-ободочной кишки, высокое стояние купола диафрагмы.

В крови лейкоцитов – 12,0х10^9/л, глюкоза – 7 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Основные направления консервативной терапии.

Задача №8.

Больной 24 лет поступил через 12 часов с жалобами на сильные, внезапно возникшие боли в эпигастрии постоянного характера, многократную рвоту с примесью желчи, что связывает с обильным приемом пищи и алкоголя. В анамнезе аппендэктомия нижнесрединным доступом.

Состояние при поступлении тяжелое, стонет от болей. Бледен, лицо покрыто холодным потом. Пульс – 112 ударов в минуту, АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, больше в верхних отделах, где отмечаются резкая болезненность и напряжение при пальпации. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослабленная, неравномерная, пульсация брюшной аорты не определяется. Перкуторно – в отлогих местах притупление. Стула не было в течение суток. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе: лейкоцитов - 14,2х10^9/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Назовите основные патогенетические звенья процесса.
4. Перечислите основные принципы лечебной тактики.

Задача №9.

При обращении к участковому терапевту поликлиники больной Н. 48 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) опоясывающего характера, многократную рвоту. Заболел остро 4 часа назад. Рвота появилась через 1 час после начала заболевания, рвотные массы носили дуоденальный характер.

Из анамнеза известно, что 2 года назад больной был оперирован по поводу желчнокаменной болезни - произведена холецистэктомия. Год назад находился на обследовании с подозрением на «забытый камень» холедоха, хронический панкреатит. Результаты обследования неизвестны.

При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена, печень не увеличена.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Маршрутизация пациента.
4. Лечебная тактика.
5. Перечислите принципы лечения данного больного.

Задача №10.

Больная С. 67 лет вызвала дежурного терапевта поликлиники по поводу на желтушного окрашивания кожи и склер, тянущих болей в животе с иррадиацией в поясницу, тошноту, повторной рвоты желчью, не приносящей облегчения, слабости, потливости, ознобов, потемнения мочи. Больна в течение 8 суток, когда отметила появление болевого синдрома. Приступы боли купировала но-шпой, после чего, со слов больной, их интенсивность уменьшилась. Спустя 3 суток отметила появление желтушности кожи, склер, темную мочу. Сегодня на фоне повышения температуры до 39 ^oC, сопровождающейся чувством слабости, потливости, озноба, вызвала участкового терапевта.

Состояние тяжелое. Температура тела 39^oC. Желтушность кожи и склер. Язык покрыт коричневым налетом. Пульс – 130 ударов в минуту, АД – 110/80 мм.рт.ст. Живот вздут. При пальпации – некоторое напряжение и болезненность по всему животу, больше в правом подреберье и эпигастрии. Симптомы Ортнера, Кера, Мейо-Робсона положительные, Щеткина-

Блюмберга отрицателен. Перкуторно – тимпанит с притуплением перкуторного звука в отлогих местах. Перистальтика ослаблена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные причины заболевания, основные патогенетические звенья процесса.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Перечислите дальнейший порядок действий врача первичного звена.
5. 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы, факторы «защиты».
2) Определение понятия острого панкреатита, частота его встречаемости.
3) Этиопатогенез острого панкреатита, его «пусковые» механизмы.
4) Классификация острого панкреатита.
5) Клинические особенности фаз течения острого панкреатита.
6) Критерии патогенетической и индикаторной ферментативной диагностики панкреатита.
7) Морфологические формы острого панкреатита, критерии диагностики.
8) Критерии тяжести острого панкреатита.
9) Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
10) Подходы к лечению болевого синдрома.
11) Особенности антибактериальной терапии панкреонекроза.
12) Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.
13) Принципы адекватного интраоперационного дренирования в лечении острого панкреатита.
14) Способы афферентной терапии острого панкреатита.
15) Особенности клиники, диагностики, лечения билиарного панкреатита.
16) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
17) Принципы ведения послеоперационного периода.
18) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым панкреатитом.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов**)**.

Вопрос №1

Тяжесть панкреонекроза определяется:

1 высокими цифрами уровня амилазы крови
2 наличием полиорганной недостаточности
3 нарастанием прокальцитонина
4 выраженным болевым синдромом
5 повышением температуры

Вопрос №2

Морфологическими признаками отечного панкреатита являются:

1 увеличение размеров поджелудочной железы
2 сохранение дольчатой структуры
3 наличие очагов некроза парапанкреатической клетчатки
4 геморрагический выпот в брюшной полости

5 уменьшение размеров поджелудочной железы

Вопрос №3

При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

1 многократная рвота
2 опоясывающие боли
3 симптом Мейо-Робсона
4 стеариновые пятна на коже передней брюшной стенки
5 симптом Бартомье-Михельсона

Вопрос №4

Диагностика острого панкреатита включает:

1 целиакографию
2 УЗИ брюшной полости
3 рентгеноскопию желудка и ДПК бариевой смесью
4 лапароскопию
5 компьютерную томографию

Вопрос №5

Для лечения острого панкреатита применяют:

1 пантапразол
2 варфарин
3 диосмин
4 сандостатин
5 морфин

Вопрос №6

Основными агрессивными звеньями патогенеза острого панкреатита являются:

1 аминотрансфераза
2 эластаза
3 фосфолипаза
4 трипсин
5 щелочная фосфотаза

Вопрос №7

Основные направления патогенетического лечения острого панкреатита:

1 подавление экскреторной деятельности железы
2 ликвидация гиповолемии
3 инактивация панкреатических ферментов
4 анальгетическая терапия
5 экстракорпоральная детоксикация

Вопрос №8

Триада Мондора включает:

1 наличие рвоты
2 запоры
3 явления желтухи
4 вздутие живота
5 боли в эпигастрии

Вопрос №9

Лапароскопическими признаками панкреонекроза являются:

1 геморрагический выпот
2 кровь
3 гнойный экссудат
4 бляшки стеатонекроза
5 наложения фибрина на брюшине

Вопрос №10

Для дифференциации острого панкреатита с перфорацией гастродуоденальной язвы необходимо выполнить:

1 обзорную рентгеноскопию брюшной полости
2 лапароскопию
3 ангиографию
4 гастродуоденоскопию
5 общий анализ крови

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 2	1, 2, 3	2, 4, 5	1, 4	2, 3, 4	1, 2, 3, 5	1, 4, 5	1, 4	1, 2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А. и др. Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
7. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
8. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2015. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.11: Осложнения острого панкреатита

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении острого панкреатита.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений острого панкреатита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики осложнений острого панкреатита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии осложнений острого панкреатита;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению осложнений острого панкреатита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития осложнений острого панкреатита.

Обучающийся должен знать:

- характеристику синдрома системной воспалительной реакции, причины и условия ее развития;
- основные осложнения острого панкреатита в различные фазы его течения (перипанкреатический инфильтрат, гнойный перитонит, ферментативный асцит-перитонит, панкреатогенные абсцессы брюшной полости, забрюшинная флегмона), причины и условия их развития;
- клинические проявления основных синдромов различных осложнений острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику различных осложнений острого панкреатита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при основных осложнениях острого панкреатита;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении осложнений острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы при осложненном течении острого панкреатита;
- определять функциональные, лабораторные признаки осложненного течения острого панкреатита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при осложнениях острого панкреатита;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом осложнений острого панкреатита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с осложнениями острого панкреатита, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике осложнений острого панкреатита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого панкреатита и его осложнений;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению осложнений острого панкреатита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при осложнениях острого панкреатита;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики осложнений острого панкреатита;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика перипанкреатического инфильтрата.
2) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика панкреатогенных абсцессов.
3) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика распространенного асцит-перитонита, гнойного перитонита.
4) Понятие, причины, классификация, клиническая диагностика забрюшинных флегмон панкреатогенного происхождения.
5) Понятие, причины, особенности клинической диагностики синдрома системной воспалительной реакции при панкреонекрозе.
6) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
7) Особенности лечебно-диагностической тактики при осложнениях острого панкреатита на различных уровнях оказания медицинской помощи.
8) Оперативное лечение осложнений острого панкреатита: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы. Способы завершения операции.
9) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с осложнениями острого панкреатита.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с различными осложнениями острого панкреатита;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения осложненного течения острого панкреатита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита и его возможных осложнениях, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре кожа и склеры физиологической окраски. Частота дыхательных движений – 28 в минуту, дыхание в легких проводится во все отделы. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот был мягкий, равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови определялась высокая активность амилазы. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром уменьшился значительно, отмечается субфибрилитет, при физикальном обследовании выявлено наличие объемного несмещаемого образования в верхних отделах живота однородной консистенции, в анализах крови отмечен лейкоцитоз без сдвига лейкоформулы, снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, повышение СРБ в 10 раз.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите диагностическую тактику.
3. Перечислите ожидаемые признаки патологии при ультразвуковом исследовании.
4. Основные направления лечения пациента.

Алгоритм разбора:

1. Острый стерильный тотальный панкреонекроз IB-фаза, парапанкреатический инфильтрат.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ или КТ поджелудочной железы, перипанкреатических клетчаточных пространств.

3. Увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров за счет участков секвестрации, инфильтративные изменения окружающих клетчаточных пространств, возможно там же появление жидкости.

4. Продолжение консервативной терапии: лечебное питание (стол ЩД с исключением жирных, жареных, острых продуктов, специй), дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия, системная антибиотикопрофилактика, назначение физиопроцедур после купирования синдрома системной воспалительной реакции.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача № 1.

Больной В. 66 лет поступил в приемный покой с жалобами на боли в эпигастральной области и в

левом подреберье с иррадиацией в поясничную область. Болен в течение суток, заболевание связывает с приемом жирной пищи.

Объективно: состояние средней степени тяжести. кожные покровы желтушной окраски. Билирубин крови 65 мкммоль/л (прямой – 43), амилаза крови – 1000 ед/л. По данным УЗИ: желчный пузырь размерами 14х6 см, стенка 2 мм, в просвете густая желчь, конкрементов нет, холедох 10 мм. Размеры поджелудочной железы увеличены, контуры нечеткие. При лапароскопии: в брюшной полости небольшое количество серозного выпота, на большом сальнике единичные бляшки стетонекроза. Желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен. Амилаза выпота из брюшной полости 20480 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной 55 лет находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит. Получал консервативное лечение, в удовлетворительном состоянии выписан домой на 5 сутки. В течение месяца беспокоили тянущие боли и чувство тяжести в эпигастральной области. За медицинской помощью не обращался. В последние 2 суток отмечает ухудшение состояния, подъем температуры до 38^0, усиление боли, на фоне чего обратился к участковому терапевту.

На момент осмотра состояние средней степени тяжести. Живот не вздут, при пальпации в левом подреберье определяется незначительно болезненное, опухолевидное, эластичное образование, без четких контуров, размерами 12х23 см. Перитонеальных симптомов нет.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дальнейшие действия врача первичного звена.
3. План обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больная К. 59 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли, многократную рвоту, неприносящую облегчения. Проводилось консервативное лечение. Болевой синдром уменьшился, состояние стабилизировалось. Однако сохранялась субфебрильная температура, пальпаторно в эпигастральной области определялся болезненный инфильтрат. На 12 сутки отмечает ухудшение состояния – гектическая лихорадка, сопровождающаяся чувством выраженной слабости, проливным потом. По данным УЗИ: эхоструктура поджелудочной железы неоднородна, имеются участки пониженной эхогенности, размеры увеличены, контуры нечеткие в сальниковой сумке незначительное количество жидкости.

В анализах крови выявлен лейкоцитоз ($15,6х10^9$ /л: п-12%), повышение С- реактивный белок в 20 раз.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите направления проведенного лечения.
4. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больной О. 46 лет поступил в приемный покой хирургического отделения в тяжелом состоянии. При поступлении сознание спутано, предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастральной области с иррадиацией в левое плечо и поясничную область. Кожные покровы бледные, в поясничных областях петехиальные высыпания. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена, равномерная.

Больной госпитализирован, проводилась комплексная консервативная терапия, состояние больного оставалось тяжелым. Суточный диурез составил 200 мл. АЛТ – 400 ед/л, АСТ – 570 ед/л,

креатинин – 160 ммоль/л. Живот болезненный в эпигастральной области и по левому флангу, сохраняется перитонизм.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Перечислите направления проведенного лечения.
4. Дальнейшая лечебная тактика.

Задача №4.

Больная Т. 46 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, рвоту желудочным содержимым. При поступлении состояние средней степени тяжести, кожные покровы физиологической окраски, склеры и слизистые субиктеричны. Пульс – 90 ударов в минуту. АД – 190/100 мм рт.ст. По данным УЗИ желчный пузырь 12 на 5 см, стенка 2 мм в просвете множество мелких конкрементов, поджелудочная железа визуализируется с трудом, контуры ее нечеткие. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

После проводимого консервативного лечения, состояние больной улучшилось. Болевой синдром значительно уменьшился. При пальпации в эпигастральной области определяется плотное болезненное образование размерами 10х10 см, не смещаемое, без четких контуров, сохраняется субфебрильная температура.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите методы исследования, проведенные в момент госпитализации.
3. Направления проводимого лечения.
4. Дальнейшая тактика лечения пациента, ее основные направления.

Задача № 5.

Больной У. был прооперирован по поводу инфицированного панкреонекроза, произведена некрэктомия, дренирование, тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. На 7 сутки после проведенной операции состояние резко ухудшилось – выраженная слабость, недомогание.

Объективно: состояние тяжелое. Обращает внимание бледность кожных покровов. Пульс – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. При пальпации отмечается болезненность в области послеоперационной раны, дренажных каналов. Однако выявлено обильное промокание свежей кровью установленных в сальниковую сумку тампонов.

Общий анализ крови CITO: эритроциты – $2{,}1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 80 г/л, лейкоциты – $10{,}6 \times 10^{9}$/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины развившегося осложнения.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Напишите лист врачебных назначений.

Задача № 6.

Больному К. 56 лет, была выполнена некрсеквестрэктомия, абдоминизация поджелудочной железы, дренирование, тампонирование сальниковой сумки, брюшной полости по поводу субтотального инфицированного панкреонекроза. Послеоперационный период протекал тяжело. В результате проводимого комплексного лечения состояние улучшилось, явления интоксикации купированы.

Предъявляет жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. На момент осмотра состояние удовлетворительное. Живот не вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в области верхней трети послеоперационной раны, где определяется гиперемия, инфильтрация. Из раны выделяется прозрачная жидкость без запаха в количестве 100 мл/сутки, амилаза отделяемого – 24000 ед/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.

2. Перечислите основные направления лечения, проведенного в послеоперационном периоде.

3. Дальнейшая лечебная тактика.

Задача № 7.

Больной Ф. 45 лет проходил лечение в хирургическом отделении в течение 21 дня с диагнозом острый панкреатит. Лечился консервативно. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Через 2 недели обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на периодические боли, тяжесть в левом подреберьи.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в левом подреберье, где определяется плотноэластическое образование с четкими контурами размерами 15х25 см. Перитонеальные симптомы отрицательны. При УЗИ в сальниковой сумке выявлено жидкостное образование с однородной эхоструктурой размерами 10х24 см.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные направления проведенного лечения.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Дальнейшая лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Классификация осложнений острого панкреатита.
2) Клиническая симптоматика локальных осложнений абактериального и гнойного характера, синдрома системной воспалительной реакции.
3) Общие подходы к лабораторно-инструментальной диагностике осложнений острого панкреатита в различные фазы.
4) Принципы консервативной терапии панкреонекроза и его осложнений.
5) Показания, виды операций при осложнениях острого панкреатита.
6) Тактика хирурга при перипанкреатическом инфильтрате.
7) Клиника, диагностика, лечение панкреатогенного абсцесса.
8) Дифференциальная диагностика инфицированного панкреонекроза, панкреатогенного абсцесса и инфицированной псевдокисты поджелудочной железы.
9) Принципы лечения панкреатогенного перитонита.
10) Хирургическая тактика при остром панкреатите, осложненном механической желтухой.
11) Клиника и диагностика флегмон забрюшинной клетчатки.
12) Хирургическое лечение забрюшинных флегмон: показания, оперативные доступы.
13) Причины возникновения, клиника и тактика хирурга при аррозивных кровотечениях.
14) Показания и виды дренирования постнекротических кист поджелудочной железы.
15) Подходы к лечению панкреатических свищей.
16) Принципы профилактики развития осложнений.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов**)**.

Вопрос №1

Перечислите слои стенки псевдокисты:

1 фиброзный

2 флегмонозный

3 грануляционный

4 пиогенная капсула

5 сосочковый

Вопрос №2

Операция при ограниченных забрюшинных панкреатогенных гнойниках проводится через доступы:

1 Федорова
2 Шпренгеля
3 Бергмана-Израеля
4 лапаротомия
5 Воскресенского

Вопрос №3

При остром панкреатите показаниями для оперативного лечения в экстренном порядке являются:

1 поражение клетчаточных пространств
2 острый холецистопанкреатит
3 гнойный перитонит
4 острый отечный панкреатит
5 признаки аррозивного кровотечения

Вопрос №4

Способами внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы являются:

1 цистогастроанастомоз
2 цистодуоденоанастомоз
3 цистоеюноанастомоз
4 марсупиализация
5 дренирование полости псевдокисты под контролем УЗИ

Вопрос №5

Наружному дренированию подлежат следующие осложнения панкреонекроза:

1 инфицированная псевдокиста
2 жидкостные парапанкреатические образования с несформированной стенкой при угрозе разрыва
3 рыхлый парапанкреатический инфильтрат
4 аррозивные кровотечения из паренхимы поджелудочной железы
5 абсцесс поджелудочной железы

Вопрос №6

Диагностика гнойных осложнений панкреонекроза предусматривает:

1 проведение фиброгастродуоденоскопии
2 выполнение компьютерной томографии
3 определение прокальцитонина
4 пункцию и тонкоигольную биопсию участков некроза
5 определение уровня амилаземии

Вопрос №7

Осложнениями острого панкреатита являются:

1 абсцесс сальниковой сумки
2 камни желчных протоков
3 портальная гипертензия
4 панкреатические псевдокисты

5 перитонит

Вопрос №8

Абсолютными признаками развития гнойных осложнений панкреонекроза являются:

1 пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии
2 лейкоцитоз
3 положительный бакпосев аспирата, полученного при тонкоигольной пункции
4 положительный бакпосев отделяемого, полученного при санирующей операции
5 повышение СРБ

Вопрос №9

Признаками полиорганной недостаточности при панкреонекрозе являются:

1 терминальная стадия острой почечной недостаточности
2 острая печеночно-почечная недостаточность
3 признаки ферментативно-некротической забрюшинной флегмоны
4 панкреатогенная энцефалопатия
5 сочетание остро возникшей дыхательной и печеночно-почечной недостаточности

Вопрос №10

Поздняя фаза развития острого панкреатита характеризуется:

1 асептической секвестрацией
2 формированием очагов панкреонекроза
3 септической секвестрацией
4 реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3	1, 3	3, 5	1, 2, 3	1, 2, 5	2, 3, 4	1, 4, 5	1, 3, 4	2, 5	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А. и др. Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.

6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
7. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
8. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 2015. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
9. Хронический панкреатит, хирургическое лечение [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 2016. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.12: Заболевания толстой кишки

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при хирургических заболеваниях толстой кишки.

Задачи:

1) изучить классификацию заболеваний толстой кишки;
2) рассмотреть этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний толстой кишки;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики заболеваний толстой кишки;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при жизнеугрожающих заболеваниях толстой кишки;
6) рассмотреть современные подходы к их хирургическому лечению;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации заболеваний толстой кишки;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие патологию толстой кишки неопухолевой (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов дивертикулярной болезни, неспецифических воспалительных заболеваний, онкопатологии толстой кишки, включая их осложнения;
- особенности их клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций на толстой кишке с учетом течения заболеваний;
- стандарты и протоколы при лечении заболеваний толстой кишки;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при патологии толстой кишки.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при заболеваниях толстой кишки;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие патологию толстой кишки неопухолевой (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки хирургических заболеваний толстой кишки с учетом их осложнений;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,

- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания заболеваний толстой кишки;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с заболеваниями толстой кишки, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике заболеваний толстой кишки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих патологию толстой кишки неопухолевой (дивертикулярная болезнь, неспецифические воспалительные заболевания) и опухолевой природы, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению хирургических заболеваний толстой кишки с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики заболеваний толстой кишки и их осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Хирургическая анатомия толстой кишки.
2) Принципы классификации хирургических заболеваний толстой кишки.
3) Понятие дивертикула, дивертикулярной болезни ободочной кишки.
4) Принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.
5) Клиническая симптоматика дивертикулярной болезни.
6) Подходы к дополнительной диагностике дивертикулярной болезни.
7) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
8) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.
9) Понятие неспецифического язвенного колита.
10) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.
11) Клиническая симптоматика неспецифического язвенного колита.
12) Подходы к дополнительной диагностике неспецифического язвенного колита.
13) Направления консервативной терапии неспецифического язвенного колита, основные фармакологические препараты.
14) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при неспецифического язвенного колита.
15) Понятие болезни Крона.
16) Принципы классификации болезни Крона.
17) Клиническая симптоматика болезни Крона.
18) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.

19) Направления консервативной терапии болезни Крона, основные фармакологические препараты.
20) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при болезни Крона.
21) Виды полипов толстой кишки.
22) Показания, виды, объемы операций при полипах и полипозе толстой кишки.
23) Особенности течения и лечебной тактики при наследственных полипозах толстой кишки.
24) Принципы послеоперационного ведения больных с заболеваниями толстой кишки.
25) Принципы классификации, основные клинические проявления, дополнительная диагностика, хирургическая тактика и объемы оперативного вмешательств при злокачественных новообразованиях толстой кишки.
26) Основные дифференциальные критерии патологии ободочной кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с заболеваниями ободочной кишки (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на патологию ободочной кишки;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики хирургических заболеваний ободочной кишки, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение, принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.
2) Клиническая и дополнительная диагностика дивертикулярной болезни.
3) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
4) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.
5) Понятие о неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки.
6) Определение неспецифического язвенного колита.
7) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.
8) Клиническая и дополнительная диагностика неспецифического язвенного колита.
9) Понятие болезни Крона.
10) Принципы классификации болезни Крона.
11) Клиническая симптоматика болезни Крона.
12) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.

13) Показания к хирургическому лечению при неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки, варианты оперативных вмешательств и способы завершения операции.
14) Направления консервативной терапии неспецифических заболеваний ободочной кишки, основные фармакологические препараты.
15) Классификация рака ободочной кишки по стадиям и по системе TMN.
16) Особенности клинической картины рака правой и левой половины толстой кишки.
17) «Сигналы тревоги» рака ободочной кишки.
18) Принципы и методы лечения рака ободочной кишки, виды хирургических вмешательств.
19) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
20) Маршрутизация пациентов с подозрением на онкопатологию толстой кишки.
21) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
22) Принципы ведения послеоперационного периода.
23) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Болезнь Крона устанавливается на основании результатов исследований:

1 гирляндообразное чередование расширенных и суженных участков кишки при ирригографии
2 наличие чаш Клойбера при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости
3 признаков анемии в общем анализе крови
4 колоноскопии с биопсией
5 лапароскопии с биопсией лимфоузлов брыжейки

Вопрос №2

Оперативное лечение при неспецифическом язвенном колите абсолютно показано в случаях:

1 длительных запоров
2 перфорации кишки
3 токсической дилатации
4 тяжелой анемии
5 профузного кровотечения

Вопрос №3

Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

1 диетотерапию (исключение молока и молочных продуктов)
2 применение преднизолона
3 лечение аминосалицилатами
4 наркотические анальгетики
5 антикоагулянты

Вопрос №4

Осложнениями рака ободочной кишки являются:

1 перфорация опухоли
2 токсическая дилатация толстой кишки
3 острая кишечная непроходимость
4 кровотечение
5 токсический панкреатит

Вопрос №5

Для болезни Крона характерно:

1 развитие внутриорганных свищей
2 изменения в стенке кишки по типу «булыжной мостовой»
3 поражение только слизистой оболочки кишечника
4 перерождение в рак
5 поражение терминального отдела подвздошной кишки, правой половины толстой кишки

Вопрос №6

К осложнениям токсической дилатации ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите относятся:

1 кровотечение
2 перфорация
3 инвагинация
4 интоксикация
5 малигнизация

Вопрос №7

Осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки являются:

1 кровотечение
2 острая почечная недостаточность
3 инвагинация дивертикула
4 перфорация дивертикула
5 токсическая дилатация толстой кишки

Вопрос №8

Токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите обусловлена:

1 дистрофией мышечных волокон
2 повреждением нервного аппарата кишки
3 анемией
4 заворотом сигмовидной кишки
5 ускоренной эвакуацией из толстой кишки

Вопрос №9

Для неспецифического язвенного колита характерны:

1 поражение правой половины толстой кишки
2 поносы со слизью и кровью
3 запоры
4 внекишечные проявления
5 склонность к малигнизации

Вопрос №10

Информативными методами диагностики полипов ободочной кишки являются:

1 рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот
2 ирригография
3 колоноскопия
4 исследование кала на скрытую кровь
5 лапароскопия

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Правильный вариант ответа	1, 4	2, 3, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 2, 5	1, 2, 4	1, 3, 4	1, 2	2, 4, 5	2, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учебное пособие для студентов медвузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных с болезнью Крона [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
8. Клинические рекомендации [Электронный ресурс]: «Диагностика и лечение взрослых больных с долихоколон»: Ассоциация колопроктологов России, 2013
9. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов дивертикулярной болезнью ободочной кишки [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
10. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных неспецифическим язвенным колитом [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2013. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
11. Федеральные клинические рекомендации «Спаечная кишечная непроходимость у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2018.

Тема 1.13: Острая кишечная непроходимость (ОКН)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при острой кишечной непроходимости.

Задачи:

1) изучить классификацию острой кишечной непроходимости;
2) рассмотреть этиологию, патогенез острой кишечной непроходимости;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острой кишечной непроходимости;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при острой кишечной непроходимости;
6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;

7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации острой кишечной непроходимости;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие острой кишечной непроходимости;
- клинические проявления основных симптомов острой кишечной непроходимости;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций при острой кишечной непроходимости;
- стандарты и протоколы при лечении острой кишечной непроходимости;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при острой кишечной непроходимости.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при острой кишечной непроходимости;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы, характеризующие острой кишечной непроходимости;
- определять функциональные, лабораторные признаки острой кишечной непроходимости;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острой кишечной непроходимости;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острой кишечной непроходимости, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при острой кишечной непроходимости;
- навыками выявления основных патологических симптомов, характеризующих острой кишечной непроходимости;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острой кишечной непроходимости;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения больных;
- теоретическими и методическими основами профилактики острой кишечной непроходимости;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Хирургическая анатомия кишечной трубки.
2) Определение «острая кишечная непроходимость»

3) Этиология, механизмы, патогенез острой кишечной непроходимости.
4) Классификация острой кишечной непроходимости.
5) Особенности клинической симптоматики острой кишечной непроходимости в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки.
6) Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики при острой кишечной непроходимости.
7) Основные дифференциальные критерии патологии прямой кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
8) Показания и основные направления консервативной терапии острой кишечной непроходимости.
9) Показания, виды, этапы оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.
10) Профилактика развития острой кишечной непроходимости.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острой кишечной непроходимостью (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острую кишечную непроходимость.
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики острой кишечной непроходимостью, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 36 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышеперечисленных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка не нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер тоничен.

В общем анализе крови: лейкоциты – $12x10^9$/л, эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите необходимые методы диагностики.
3. Основные направления лечебной тактики.
4. Показания к оперативному лечению.

Алгоритм разбора задачи.

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.
2. Биохимические анализ крови на содержание общего белка, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, электролитный состав (калий, натрий, хлор), показатели кщс; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; ЭКГ.
3. Учитывая признаки острой кишечной непроходимости смешанного механизма, больному показано консервативное лечение с последующим рентгенологическим контроле за пассажем бариевой взвеси.

Направления лечебной тактики предусматривают: лечебно-охранительный режим (диета-голод, режим полупостельный); декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральное зондирование, очистительная клизма); выполнение катетеризации периферической вены для проведения инфузионной терапии в объеме не менее 1500 мл; контроль почасового диуреза; назначение препаратов спазмолитического и противорвотного действия. Контрольное рентгенологическое исследование необходимо выполнить через 6 часов.

4. Сохранение и нарастание клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости; развитие клиники острого перитонита.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

У больного К. 48 лет за 6 часов до поступления в клинику внезапно появились интенсивные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота пищей, слизью, не приносящая облегчения. Подобные явления отмечает впервые. Анамнез без особенностей. Работает слесарем.

Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, стонет. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст.

При осмотре правая половина живота вздута, левая западает. При пальпации определяется болезненность во всех отделах живота, больше в околопупочной области, где пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, перкуторно над которым определяется высокий тимпанит. Перистальтика редкая, резонирующая. Определяется «шум плеска». Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул был за несколько часов до заболевания.

При ректальном исследовании ампула заполнена калом, сфинктер тоничен.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлен пневматоз тонкой и толстой кишки, чаши Клойбера.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной М. 69 лет в течение последних 6 месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. К врачу не обращался, не обследовался. За сутки до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе. Перестали отходить газы, стула не было 3 дня.

Общее состояние больного средней тяжести. Язык покрыт белым налетом, суховат. Пульс – 94 удара в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации болезненный во всех отделах. При перкуссии определяется тимпанит во всех отделах. Перистальтика кишечника резонирующая, неравномерная. Определяется «шум плеска» вот всех отделах. Перитонеальные симптомы положительные. Ректальное исследование – ампула пустая.

При обзорной рентгеноскопии определяются чаши Клойбера. Пневматоз кишечника.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 32 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью с примесью желчи, вздутие живота.

Боли появились 10 часов назад после приема грубой растительной пищи. Затем присоединилась рвота. После приема спазмолитиков эффекта не отмечала. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе аппендэктомия.

Состояние средней тяжести. Язык сухой, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. 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 общих анализах крови и мочи без патологии.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: раздутые петли тонкого кишечника, «чаши Клойбера».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №4.

Больная Ю. 66 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли по всему животу, схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула.

Больна в течение 6 дней, когда появились вздутие живота, умеренные боли по всему животу. Интенсивность болей постепенно нарастала, дважды была рвота слизью. Перестали отходить газы. 3 дня не было стула. Последние 4 месяца отмечает запоры, слизь в кале.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, несколько бледноватые. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 84 удара в минуту. АД – 150/90 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в левой подвздошной области, где неотчетливо пальпируется опухолевидное образование. При перкуссии - тимпанит. Перистальтика неравномерная, резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Ректально: сфинктер атоничен, ампула пустая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Дальнейшие действия врача первичного звена.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

Больной Н. 64 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 невправимого выпячивания в области послеоперационного рубца после нижнесрединной лапаротомии.

4 года назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита с разлитым перитонитом. Страдает ИБС, гипертонической болезнью.

Состояние тяжелое, стонет от болей. Кожные покровы чистые, физиологичны. Язык сухой, обложен серым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс – 104 ударов в минуту, аритмичный. АД – 160/80 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, где в зоне послеоперационного рубца определяется напряженное, резко болезненное выпячивание размерами 12х10х6 см, в брюшную полость не вправляется, перкуторно над ним притупление. Перистальтика неравномерная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Задача №6.

Больной Н., 26 лет при вызове домой участкового терапевта предъявляет жалобы на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышеперечисленных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Область послеоперационного рубца без видимых изменений. При пальпации живот мягкий, определяется болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите факторы, которые могли послужить причиной возникновения этой патологии.
3. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Разработайте алгоритм лечебно-диагностической программа при оказании стационарной помощи.

Задача №7.

Больной Т. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, многократную рвоту, не приносящую облегчение, слабость, головокружение.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 2 часов, когда появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимал но-шпу без значимого эффекта. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургический стационар. Около 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Больной стонет от боли, часто меняет положение тела. Кожные покровы бледноватые, теплые. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричный за счет выбухания брюшной стенки в правой подвздошной, мезогастральной областях. При пальпации там же определяется резко болезненное опухолевидное объемное образование эластической консистенции. В области послеоперационного рубца дефектов в мышечно-апоневротическом слое не определяется. Перистальтика резонирующая, неравномерная, над образованием определяется «шум падающей капли».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Ожидаемая рентгенологическая картина при обследовании данного больного.
5. Лечебная тактика.

Задача №8.

Больной Т. 67 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, многократную рвоту.

Из анамнеза. Болен в течение 2-х суток, когда отметил появление вздутия живота, задержку стула, газов. Самостоятельно принимал слабительные средства – стула не было. Подобные явления неоднократно возникали в течение последнего года. Сегодня появилась многократная рвота, выраженные боли в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, теплые, тургор снижен. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 ударов в минуту, ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхание. При пальпации определяется болезненность во всех отделах. В эпигастрии, по левому флангу определяется раздутая петля кишечника, эластической консистенции, болезненная. Перитонеальных симптомов не определяется. Перкуторно над ней всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтические шумы неравномерные, во всех отделах определяется положительный симптом Склярова. При поступлении температура тела 37,3°С.

Стул был 2 дня назад, мочился сегодня однократно.

В общем анализе крови: лейкоциты – $16x10^9$/л, эритроциты – $3,4x10^{12}$/л, гемоглобин – 86 г/л, в общем анализе мочи: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

При ректальном исследовании определяется расширение анального кольца, ампула прямой кишки расширена, пустая, определяются не увеличенные геморроидальные узлы.

Контрольные вопросы.

1. Определите ведущий синдром.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Укажите решающие эпонимные симптомы при установлении диагноза.
4. Дополнительные диагностические мероприятия.
5. Хирургическая тактика.

Задача №9.

Больная Х. 28 лет, поступила с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью, не приносящую облегчения, задержку стула и газов.

Боли появились 8 часов назад, после приема пищи. Интенсивность болей нарастала. Была многократная рвота. Бригадой скорой помощи доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные явления впервые. Два года назад кесарево сечение.

Состояние средней тяжести, беспокойна, стонет. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания. По средней линии ниже пупка послеоперационный рубец, его область без видимых изменений. При пальпации живот вздут, болезненный больше в нижних отделах живота. В нижних отделах перкуторно определяется тимпанит. Перистальтика кишечника резонирующая, определяется «шум плеска» в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Ректально – без особенностей.

При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости в мезо- и гипогастральной областях.

Проведенные в клинике консервативные мероприятия эффекта не дали.

Контрольные вопросы

1. Сформируйте диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Какие консервативные мероприятия проводились больной.
4. Дальнейшая тактика.

Задача №10.

Во время операции у больного П., 47 лет по поводу острой спаечной кишечной непроходимости выявлено, что непроходимость обусловлена сдавлением петли тонкой кишки (длиной 20 см) в 40 см от баугиниевой заслонки в окне, образованном спаечными сращениями между илеоцекальным углом и брюшиной правого бокового кармана. Участок тонкой кишки темного цвета с продольными серозными разрывами, не перистальтирует, пульсация сосудов брыжейки не определяется. В брюшной полости обнаружено 500 мл геморрагического выпота, приводящая петля расширена до 8 см, содержит жидкость, газ, отводящая – спавшаяся. Из желудка эвакуировано около 700 мл тонкокишечного содержимого, однако напряжение кишки не уменьшилось.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Определите признаки жизнеспособности кишки.
3. Дальнейшая тактика.

4. Выбор способа декомпрессии.
5. Принципы лечения в послеоперационном периоде.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение понятия «острая кишечная непроходимость», ее виды.
2) Предрасполагающие и производящие факторы острой кишечной непроходимости.
3) Патогенез и патанатомия острой кишечной непроходимости.
4) Основные симптомы острой кишечной непроходимости.
5) Клинические отличия механической и динамической, обтурационной и странгуляционной, высокой и низкой, тонко- и толстокишечной острой кишечной непроходимости.
6) Критерии и виды рентгенодиагностики острой кишечной непроходимости.
7) Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
8) Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости.
9) Консервативная терапия острой кишечной непроходимости.
10) Показания к операции по поводу острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.
11) Виды и этапы операций при острой кишечной непроходимости.
12) Методы оценки жизнеспособности кишки. Показания и принципы ее резекции.
13) Методы декомпрессии кишечника, их преимущества и недостатки.
14) Виды кишечных анастомозов, их преимущества и недостатки.
15) Особенности операционной тактики при острой кишечной непроходимости, осложненной некрозом толстой кишки или перитонитом.
16) Принципы ведения больных после операции по поводу острой кишечной непроходимости.
17) Профилактика острой кишечной непроходимости.
18) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
19) Маршрутизация пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость.
20) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Для высокой тонкокишечной непроходимости характерны:

1 схваткообразные боли в животе
2 симптом Склярова
3 многократная рвота
4 симптом Цеге-Мантейфеля
5 симптом Жобера

Вопрос №2

При тонкокишечной непроходимости оперативное вмешательство предусматривает:

1 резекцию некротизированного участка тонкой кишки
2 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в конец»
3 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок»
4 назоинтестинальную интубацию
5 трансанальную интубацию кишечника

Вопрос №3

Причинами тонкокишечной непроходимости являются:

1 инородные тела
2 желчные камни
3 опухоли
4 спайки брюшной полости
5 спазм участка тонкой кишки

Вопрос №4

Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:
1 постоянные боли в животе
2 однократная рвота
3 положительный симптом «шум плеска»
4 схваткообразные боли в животе
5 многократная рвота

Вопрос №5

Консервативное лечение показано в случаях:
1 заворота
2 узлообразования
3 спастической непроходимости кишечника
4 паралитической кишечной непроходимости
5 копростаза

Вопрос №6

Для низкой толстокишечной непроходимости характерно:
1 постепенное нарастание симптомов
2 вздутие живота
3 появление чаш Клойбера
4 схваткообразные боли в животе
5 быстрое обезвоживание

Вопрос №7

Лечение динамической кишечной непроходимости предусматривает:
1 применение спазмолитиков
2 экстренную операцию
3 назначение препаратов, стимулирующих перистальтику
4 декомпрессию желудочно-кишечного тракта
5 применение НПВС

Вопрос №8

Для тонко-толстокишечной инвагинации характерно:
1 кровянистые выделения из прямой кишки
2 «овечий кал»
3 пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
4 схваткообразные боли в животе
5 атония сфинктера прямой кишки

Вопрос №9

Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости предусматривают:
1 введение спазмолитиков

2 выполнение сифонной клизмы
3 коррекцию водно-электролитных нарушений
4 применение промедола
5 экстренную операцию

Вопрос №10

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

1 завороте тонкой кишки
2 завороте сигмовидной кишки
3 обтурации тощей кишки желчным камнем
4 полной обтурации опухолью поперечно-ободочной кишки
5 илеоцекальной инвагинации

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 2, 3	1, 2, 4	1, 2, 4	3, 4, 5	3, 4, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 3, 4	1, 3	1, 3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Никитин Н.А. и др. Хирургические заболевания тонкой кишки и их оперативное лечение: учебное пособие для студентов медвузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
4. Никитин Н.А. и др. Острая кишечная непроходимость: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей»: Российская Ассоциация детских хирургов, 2014.
8. Острая неопухолевая кишечная непроходимость у взрослых[Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2016. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
9. Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.14: Острый перитонит.

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения,

диагностике острого перитонита, по определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при остром перитоните.

Задачи:

1) рассмотреть определение, распространенность острого перитонита;
2) изучить причины, патогенез, классификацию острого перитонита;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого перитонита;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить принципы профилактики развития острого перитонита.
6) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром перитоните;
7) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
8) изучить принципы периоперационного периода у пациентов с острым перитонитом.

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности брюшины;
- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого перитонита;
- принципы классификации острого перитонита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого перитонита;
- клинические проявления основных синдромов острого перитонита;
- особенности клинического течения острого перитонита у лиц разного возраста;
- дифференциальную диагностику острого перитонита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого перитонита;
- характеристику синдрома системной воспалительной реакции, причины и условия ее развития;
- лечебную тактику при различных формах острого перитонита;
- показания к хирургическому лечению, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого перитонита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром перитоните;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого перитонита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого перитонита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром перитоните с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- сформулировать клинический диагноз;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей острого перитонита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого перитонита;

- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого перитонита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого перитонита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого перитонита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при острого перитонита в соответствии с установленными требованиями.
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый перитонит».
2) Значение острого перитонита в разделе экстренной хирургии.
3) Причины и механизмы развития острого перитонита.
4) Основные патогенетические процессы, развивающиеся при остром перитоните.
5) Современная классификация острого перитонита.
6) Основные клинические симптомы острого перитонита.
7) Характеристика синдрома системной воспалительной реакции.
8) Алгоритм дополнительной диагностики острого перитонита. Методы исследования при остром перитоните.
9) Изменения лабораторных показателей при остром перитоните
10) Инструментальные критерии острого перитонита.
11) Клинические особенности течения острого перитонита в зависимости от причины и распространенности.
12) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
13) Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
14) Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
15) Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
16) Способы завершения операции.
17) Основные направления послеоперационного лечения.
18) Этапное лечение острого перитонита.
19) Профилактика развития острого перитонита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым перитонитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях

подозрения острого перитонита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого перитонита, составлению плана диагностических мероприятий.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лабораторное и инструментальное обследование (перечислить необходимые диагностические мероприятия).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет (вес 70 кг, рост 180 см) поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, вздутие живота, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Болен в течение 36 часов. Накануне утром внезапно появились боли в эпигастрии. Самостоятельно вызывал рвоту, облегчения после которой не отмечал. Врач «Скорой помощи» ввел больному но-шпу и анальгин, после чего боли в животе несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились и распространились по всему животу, появилось вздутие живота. Утром был вызван участковый врач, больной направлен в экстренное хирургическое отделение. Ранее заболеваний желудка и кишечника не отмечает. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию. Травм не было. У отца – язвенная болезнь ДПК. Курит с 18 лет. Работает водителем на междугородних маршрутах.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Температура тела 37,5ºС. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/50 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыханий – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечника шумы не выслушиваются. Стул и газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено, мочи около 400 мл в сутки.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся клинической ситуации.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. План дополнительной диагностики.
4. Определите определяющий метод диагностики, ожидаемые результаты при его проведении.
5. Профилактика данного заболевания.

Алгоритм разбора задачи.

1) Перфорация гастродуоденальной язвы.

2) Язвенная болезнь, впервые выявленная, осложненная перфорацией. Острый разлитой перитонит с септическим шоком (как вариант - терминальная стадия, декомпенсация (гнойная токсемия, паралитическая кишечная непроходимость, дегидратация тяжелой степени, декомпенсированный метаболический ацидоз).

3) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевина, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (К+, Na+, Cl-), кщс. Анализ крови на RW. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

4) Обзорная рентгенография органов брюшной полости – положительный симптом Жобера (наличие свободного газа под куполом диафрагмы).

5) Отказ от курения, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров, режим питания (кратность, сбалансированность), избегание стрессовых ситуаций.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная В., 38 лет поступила в стационар через 3 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее локализовались в правой подвздошной области, За медицинской помощью не обращалась. С течением времени боли уменьшились, носили тупой постоянный характер. Отмечала повышение температуры до 37,6°С. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилилась, распространились по всему животу, стало трудно дышать.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт вступает, ориентирована в месте, времени, себе. Беспокойна, часто меняет место положения, стонет от боли. Кожа бледноватая, теплая. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 98/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печень, желчный пузырь не пальпируются из-за мышечного напряжения. Перкуторно свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика вялая, «шума плеска» не определяется. Температура при поступлении 38,6°С.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Задача №2.

Больной Ф., 33 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, однократную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выявлено, что в течение 1 недели отмечает появление периодических болей в верхних отделах живота, которые возникали чаще ночью, проходили после приема пищи через 1,5-2 часа. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. Подобные явления впервые

Объективно: состояние тяжелое. Не может лечь, стоит на корточках. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Во всех отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Перечислите основные диагностические мероприятия.
4. Ожидаемые результаты исследований.
5. Профилактика возникшей ситуации.

Задача №3.

Больной У., 32 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в надплечья, усиливающиеся при смене местоположения, дыхании, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда начали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, там же чувство тяжести. До этого в течение 1 месяца лечился стационарно с диагнозом: острый стерильный панкреонекроз с формированием псевдокисты тела и хвоста поджелудочной железы. Неоднократно осматривался хирургом, выполнялось УЗИ. По данным последнего УЗИ (около 1 месяца назад): псевдокиста в проекции тела и хвоста поджелудочной железы напряжена, размерами 120х100х80 мм общим объемом около 1000 см^3, стенка 2 мм. Назначена госпитализация для планового оперативного лечения через

1 месяц. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда после падения на живот появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении состояние тяжелое. Вступает в контакт. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, частота дыхания – 24 в минуту. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненность и ригидность во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. При перкуссии в отлогих местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш диагноз.
3. Дополнительные методы обследования
4. Дифференциальная диагностика.

Задача №4.

Больной Ф. 66 лет был доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту.

В течение 3 лет страдает паховой грыжей справа. Около 12 часов назад после поднятия тяжести возникли резкие боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться, появилась рвота. Самостоятельно вправил грыжу, что сопровождалось резкими болями в области грыжи. Спустя 1 час появились боли в животе, рвота повторялась. В течение этого времени боли нарастали, распространились по всему животу. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

Состояние тяжелое. Кожа бледноватая. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный, ригидный во всех отделах, больше в нижних. Симптомы раздражения брюшины положительные. Так же положителен симптом Спижарного. Аускультативно в нижних отделах – определяется «шум плеска». В правой половине мошонки в грыжевом мешке определяется жидкостное образование, расширение наружного пахового кольца до 3 см.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется, нависание передней стенки прямой кишки, исследование болезненное.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
1. Дифференциальная диагностика.
2. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №5.

Больная Н., 84 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым, задержку стула, газов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза. 3 года назад в онкодиспансере установлен диагноз рака сигмовидной кишки без выявленных метастазов (выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, гистологически - высокодифференцированная аденокарцинома). От предложенной операции отказалась. В течение этого времени периодически беспокоят боли в животе, стул бывает после клизмы. Ухудшение состояния в течение суток: боли по всему животу, появилась рвота пищей. В течение последних 6 часов боли приняли интенсивный характер, рвота стала носить каловый характер. Стула не было 3 суток, постановка клизмы эффекта не принесла.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна, адекватна. Положение вынужденное (сидя согнувшись). Пониженного питания, тургор кожи снижен. Кожа бледная, теплая. Язык суховат. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, левая половина отстает в акте дыхания. При пальпации живот болезненный, напряженный в левой половине, в остальных

отделах мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в левых отделах. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, определяется «шум плеска» над всей поверхностью живота.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер зияет, исследование резко болезненное.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №6.

Больной В., 75 лет доставлен в хирургический стационар с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа – боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Транспортирован бригадой скорой помощи. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, по правому флангу. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.

Задача №7.

Больной Щ. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, больше в верхних отделах, вздутие живота, многократную рвоту, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,6°С.

Болен в течение 3-х суток, когда после длительного злоупотребления алкоголем появились умеренные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, многократная рвота, не приносящая облегчения. Самостоятельно принимал баралгин, кеторол с незначительным эффектом. Ухудшение состояния в течение сегодняшнего дня: боли в животе распространились по всему животу, кратковременно терял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение стационара.

При поступлении состояние тяжелое. Контакту доступен, заторможен. Выраженная гиперемия кожи лица, склеры физиологичны. Повышенного питания. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, больше слева, хрипов нет, частота дыхания – 20 ударов в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения, частота – 100 ударов в минуту, АД – 80/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет выраженной подкожной клетчатки, симметрично вздут, на коже боковых отделов петехиальные кровоизлиянии синюшного цвета. При пальпации резкая болезненность и ригидность в верхних отделах живота. В остальных отделах живот болезненный, положительный

симптом Щеткина-Блюмберга над всей поверхностью живота. Печень и желчный пузырь из-за выраженного мышечного напряжения пальпировать не удается, по этой же причине не определяется пульсация брюшного отдела аорты. Перкуторно край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, притупление перкуторного звука по боковым каналам. Перистальтика вялая.

Стула не было в течение 4-х суток, мочился мало в течение 2-х суток.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.

Задача №8.

Больной Ф. 43 лет госпитализирован в терапевтический стационар с жалобами на боли в животе, периодические изжоги.

Из анамнеза заболевания. Около 20 лет назад выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы, после чего был пролечен в терапевтическом отделении. В течение этого времени к терапевту не обращался, профилактически не лечился. Около месяца отмечает появление периодических изжог, болей в верхних отделах живота, которые самостоятельно купировал приемом раствора соды. Ухудшение состояния около 2 часов назад: боли стали интенсивными

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по правому флангу, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

У больного заподозрено обострение язвенной болезни, запланировано проведение ФГДС. На следующий день до проведения исследования состояние пациента резко ухудшилось. При повторном осмотре состояние больного тяжелое. В сознании, контактен. Со стороны легких, сердца без динамики. Пульс – 92 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации определяется выраженное напряжение мышц в эпигастрии, по правому флангу, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Профилактика развившегося состояния.

Задача №9.

Больной Г. 63 лет доставлен в хирургический стационар с жалобами постоянные боли в нижних отделах живота интенсивного характера.

Из анамнеза заболевания. Около 1 года назад установлен диагноз неспецифического язвенного проктосигмоидита. Принимал периодически спазмолитики, курсами месалазин. Ухудшение состояния около 2 часов назад: на фоне полного здоровья развились жалобы вышеуказанного характера.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области над лоном, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.

2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики.

Задача №10.

Больная В. 54 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза выявлено, что около 3 недель назад выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. В послеоперационном периоде длительно лихорадила, вследствие чего получала антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. После выписки из стационара на протяжении последних 3 суток отмечает появление болей в правом подреберье, усиливающихся при глубоком дыхании, повышение температуры до 38 градусов, сопровождающееся чувством познабливания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, чистый. В легких дыхание без хрипов проводится во все отделы с частотой – 16 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, частота – 82 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Визуально мягкие ткани области послеоперационных рубцов без воспалительных изменений. При пальпации определяется локальная болезненность и защитное мышечное напряжение в правом подреберье, где определяется положительный симптом симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы.

1. Возможные причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности брюшины.
2) Определение острого перитонита.
3) Причины, патогенез острого перитонита.
4) Современные принципы классификации острого перитонита.
5) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого перитонита.
6) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
7) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого перитонита.
8) Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.
9) Принципы дифференциации патологии внутренних органов с острым перитонитом.
10) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым перитонитом.
11) Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
12) Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
13) Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
14) Способы завершения операции.
15) Основные направления послеоперационного лечения.
16) Этапное лечение острого перитонита.
17) Профилактика развития острого перитонита.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается при:

1 туберкулезном перитоните
2 жировом панкреонекрозе
3 желудочно-кишечном кровотечении
4 перекрученной кисте яичника
5 некрозе участка кишки

Вопрос №2

Вторичный перитонит возникает вследствие:

1 неизвестных факторов
2 острого панкреатита
3 ВИЧ-инфекции
4 острого аппендицита
5 острой кишечной непроходимости

Вопрос №3

По происхождению выделяют следующие разновидности перитонита:

1 спонтанный
2 первичный
3 третичный
4 идиопатический
5 вторичный

Вопрос №4

Для поздней стадии перитонита характерно:

1 вздутие живота
2 обезвоживание
3 исчезновение кишечных шумов
4 полиурия
5 усиленной перистальтики

Вопрос №5

Абсолютными симптомами перфорации полого органа являются:

1 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
2 отсутствие перистальтических шумов
3 симптом «серпа»
4 положительные симптомы раздражения брюшины
5 отсутствие печеночной тупости

Вопрос №6

При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:

1 при перфорации язвы желудка
2 лимфогенно
3 при аднексите
4 гематогенным путем
5 при ранении кишечника

Вопрос №7

При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать:

1 снижения дыхательной экскурсии легких

2 высокого стояния купола диафрагмы
3 свободного газа под куполом диафрагмы
4 содружественного выпота в плевральной полости
5 боли, иррадиирующих в область сердца

Вопрос №8

Начальную фазу перитонита характеризуют:

1 вздутие живота
2 многократная рвота
3 резкие электролитные сдвиги
4 напряжение мышц брюшной стенки
5 тенденция к нарастанию лейкоцитоза

Вопрос №9

Наиболее частыми причинами перитонита являются:

1 послеоперационное осложнение
2 брюшной тиф
3 перфорация гастродуоденальной язвы
4 кишечная непроходимость
5 перфоративный аппендицит

Вопрос №10

Абсолютными признаками острого перитонита являются:

1 лейкоцитоз с левым сдвигом
2 высокие показатели СРБ
3 симптом Жобера
4 гектическая лихорадка
5 наличие гнойного выпота при лапароскопии

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	4, 5	2, 4, 5	2, 3, 5	1, 2, 3	3, 5	2, 4	1, 2, 4	4, 5	3, 5	3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый перитонит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.

Тема 1.15: Неязвенные кровотечения

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию кровотечений неязвенной этиологии;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики наиболее часто встречаемых заболеваний органов пищеварительной системы, осложняющихся кровотечениями;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику;
5) рассмотреть современные подходы к лечению;
6) рассмотреть основные подходы по профилактике неязвенных желудочно-кишечных кровотечений.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию неязвенных кровотечений из органов пищеварительного тракта;
- основные патологические симптомы, характеризующие наиболее встречаемые заболевания органов пищеварительной системы, осложняющиеся кровотечениями;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику при наиболее частых источниках желудочно-кишечных кровотечений: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, показания, виды операций;
- показания и принципы инфузионно-трансфузионной терапии;
- стандарты и протоколы при лечении кровотечений наиболее встречаемых заболеваниях, осложняющихся кровотечениями;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы неязвенных кровотечений из органов пищеварительного тракта;
- определять их функциональные, лабораторные признаки;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом источника желудочно-кишечных кровотечений;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике

желудочно-кишечных кровотечений неязвенной природы;
- навыками выявления основных патологических симптомов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению желудочно-кишечных кровотечений и их источника;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- теоретическими и методическими основами профилактики неязвенных желудочно-кишечных кровотечений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Определение и причины развития кровотечений из органов пищеварительного тракта.
2) Основные механизмы развития неязвенных желудочно-кишечных кровотечений
3) Современная классификация кровотечений неязвенной этиологии.
4) Особенности клинической диагностики.
5) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики желудочно-кишечных кровотечений с учетом причины их развития.
6) Хирургическая тактика: показания к консервативной терапии, ее основные направления и применяемые фармакопрепараты; показания к оперативному лечению, основные виды применяемых оперативных вмешательств.
7) Показания и принципы инфузионно-трансфузионной терапии
8) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях из острых язв желудочно-кишечного тракта.
9) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях портального генеза.
10) Клиника, диагностика, лечебная тактика при синдроме Маллори-Вейсса.
11) Клиника, диагностика, лечебная тактика при кровотечениях из новообразований пищеварительного тракта.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с желудочно-кишечным кровотечением неязвенной этиологии (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на осложненную язвенную болезнь;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение и причины развития кровотечений из органов пищеварительного тракта.
2) Основные механизмы развития неязвенных желудочно-кишечных кровотечений
3) Современная классификация кровотечений неязвенной этиологии.
4) Особенности клинической диагностики варикозных и неварикозных кровотечений.
5) Методы дополнительной диагностики желудочно-кишечных кровотечений с учетом причины их развития.
6) Особенности дифференциальной диагностики язвенных и неязвенных кровотечений.
7) Консервативная терапия: направления медикаментозной терапии, группы применяемых препаратов, критерии эффективности; виды немедикаментозной терапии, показания к применению, критерии эффективности.
8) Показания и принципы инфузионно-трансфузионной терапии.
9) Оперативное лечение: показания, виды и объем оперативных вмешательств, послеоперационный период.
10) Причины, клинико-инструментальная диагностика, хирургическая тактика при кровотечениях из острых язв желудочно-кишечного тракта.
11) Причины, клинико-инструментальная диагностика, хирургическая тактика при кровотечениях портального генеза.
12) Причины, клинико-инструментальная диагностика, хирургическая тактика при синдроме Маллори-Вейсса.
13) Причины, клинико-инструментальная диагностика, хирургическая тактика при кровотечениях из новообразований пищеварительного тракта.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Тестовые задания (выбор комбинации правильных ответов)

Вопрос №1

Показание к экстренной операции при кровоточащей язве:

1 продолжающееся кровотечение

2 пожилой возраст больного

3 большой объем кровопотери

4 рецидив кровотечения

5 молодой возраст больного

Вопрос №2

Симптоматическими операциями при кровотечении из варикозных вен пищевода являются:

1 операция Грегори-Смирнова

2 операция Пациоры

3 операция Сигаури

4 трансъюгулярное интрапеченочное портосистемное шунтирование

5 резекция пищевода

Вопрос №3

Применение свежезамороженной плазмы показано в случаях:

1 кровотечений 4 степени тяжести

2 любого кровотечения

3 ДВС-синдрома

4 гипопротеинемии

5 кровотечений на фоне приема непрямых антикоагулянтов

Вопрос №4

При гастроскопии для остановки кровотечения из острой язвы не используют:

1 прошивание язвы

2 лазерную фотокоагуляцию

3 нанесение клея

4 электрокоагуляцию

5 инфильтрацию окружающих тканей масляным раствором

Вопрос №5

Острые язвы ЖКТ могут возникать вследствие:

1 длительного приема НПВС

2 сухоедения

3 хеликобактериоза

4 ожоговой болезни

5 сепсиса

Вопрос №6

Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания:

1 эритромассы

2 донорской крови

3 кристаллоидных растворов

4 коллоидных растворов

5 свежезамороженной плазмы

Вопрос №7

Признаками желудочного кровотечении являются:

1 мелена

2 симптом мышечной защиты

3 рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи»

4 наличие свободного газа в брюшной полости

5 коллапс

Вопрос №8

Для диагностики кровоточащей язвы желудка проводят:

1 анализ кала на скрытую кровь

2 контрастную рентгеноскопию желудка

3 зондирование желудка

4 фиброгастроскопию

5 определение общего белка

Вопрос №9

Принципами лечения кровотечений из варикозных вен пищевода являются:

1 снижение давления в портальной системе

2 использование зонда Блекмора

3 экстренная операция

4 гемостатическая терапия

5 применение непрямых антикоагулянтов

Вопрос №10

Для медикаментозного снижения давления в портальной системе используется:

1 вазопрессин

2 октреотид

3 терлипрессин

4 папаверин

5 дибазол

Вопрос №11

Ведущими факторами в патогенезе кровотечений из варикозных вен пищевода являются:

1 портальный криз

2 пептический фактор

3 инфекция

4 нарушения в свертывающей системе крови

5 гиповолемия

Вопрос №12

К симптомам портальной гипертензии относятся:

1 варикозное расширение вен пищевода

2 варикозное расширение вен нижних конечностей

3 асцит

4 спленомегалия

5 внешние признаки кровотечения

Вопрос №13

Прямыми признаками кровотечения являются:

1 рвота неизмененной кровью

2 головокружение

3 шум в ушах

4 мелена

5 рвота «кофейной гущей»

Вопрос №14

Синдром Маллори-Вейсса характеризуется:

1 разрывом слизистой пищевода

2 разрывом слизистой кардиального отдела желудка

3 разрывом слизистой антрального отдела желудка

4 рвотой с кровью

5 положительной реакцией Грегерсена

Вопрос №15

В диагностике желудочно-кишечных кровотечений используют определение:

1 гемоглобина

2 эритроцитов

3 билирубина

4 трансаминаз

5 скрытой крови в кале

2. Тестовые задания 2 уровня (установка соответствия и определение последовательности действий)

Вопрос №1

При подозрении на желудочное кровотечение порядок диагностических мероприятий предусматривает:

1 ФГДС

2 физикальное обследование

3 общий анализ крови

4 сбор жалоб, анамнеза

5 пальцевое исследование прямой кишки, взятие каловых масс на скрытую кровь

Вопрос №2

Определите первоочередные диагностические процедуры при различных проявлениях желудочно-кишечных кровотечений:

1	рвота типа "кофейной гущи", мелена	[1] фиброгастродуоденоскопия, видеокапсульная эндоскопия
2	примесь крови, располагающихся поверх каловых масс	[2] фиброколоноскопия
3	примесь крови в каловых массах	[3] фиброгастродуоденоскопия

Вопрос №3

Определите очередность диагностических мероприятий при подозрении на толстокишечное кровотечение

1 ирригоскопия

2 ректороманоскопия

3 фиброколоноскопия

4 пальцевое ректальное исследование прямой кишки

Вопрос №4

Установите соответствие лекарственных препаратов, используемых для лечения желудочных кровотечений, фармакологическим группам:

1	омепразол	[1]	ингибиторы протонной помпы
2	ранитидин	[2]	блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов
3	эзомепразол		
4	пантопразол		
5	фамотидин		
6	циметидин		

Вопрос №5

Распределите препараты, используемые для лечения кровотечений из варикозно расширенных вен, по воздействию на сосуд:

1	нитроглицерин	[1]	вазоконстрикция
2	терлипрессин	[2]	вазодилатация
3	октреотид		

4. Тестовые задания 3 уровня

Пациент К. 48 лет при вызове бригады скорой медицинской помощи предъявляет жалобы на рвоту алой кровью, чувство сердцебиения.

Из анамнеза выяснено, что заболевание началось около 1 часа назад с трехкратно возникшей рвоты желудочным содержимым, после чего однократно была рвота с прожилками алой крови в небольшом объеме. Тогда же появилось чувство сердцебиения.

Физикальное обследование. В сознании, полностью ориентирован. Кожные покровы физиологической окраски. Со стороны органов дыхательной системы отклонений не выявлено. Пульс - 58 ударов в минуту, ритм правильный. АД - 120/70 мм рт. ст. При обследовании органов брюшной полости патологической симптоматики не определено.

Стул был накануне вечером, каловые массы коричневого цвета. Диурез со слов не изменен.

Вопрос №1

Ваш предположительный диагноз:

1 легочное кровотечение

2 варикозно-расширенные вены пищевода, кровотечение

3 синдром Маллори-Вейсса, кровотечение

4 внутренний геморрой, кровотечение

Вопрос №2

Дальнейшие действия врача скорой медицинской помощи предусматривают:

1 назначение лекарственной терапии, повторный вызов бригады СМП на следующий день

2 назначение лекарственной терапии, вызов участкового терапевта на дом на следующий день

3 медицинская эвакуация в терапевтический стационар в экстренном порядке

4 медицинская эвакуация в хирургический стационар в экстренном порядке

Вопрос №3

Определите лечебную тактику при данной патологии:

1 консервативное лечение

2 оперативное лечение в экстренном порядке

3 эндоскопический гемостаз, консервативное лечение

4 эндоскопический гемостаз, оперативное лечение

Вопрос №4

Консервативное лечение предусматривает назначение:

1 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов

2 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов, трансфузию свежезамороженной плазмы

3 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов

4 инфузионной терапии, ингибиторов протонной помпы, гемостатических препаратов, блокаторов дофаминовых рецепторов, трансфузию эритроцитной массы

Ответы к тестовым заданиям

Ответы к тестовым заданиям репродуктивного уровня

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Правильный вариант ответа	1, 4	2, 3	1, 3, 5	1, 5	1, 4, 5	3, 4	1, 3, 5	1, 3, 4	1, 2, 4	1, 2, 3	1, 4, 5	1, 3, 4	1, 4, 5	2, 4, 5	1, 2, 5

Ответы к тестовым заданиям 2 уровня

№ вопроса	Правильный вариант ответа					
1	4, 2, 5, 3, 1					
2	1 - 3		2 - 2		3 - 1	
3	4, 2, 1, 3					
4	1 - 1	2 - 2	3 - 1	4 - 1	5 - 2	6 - 2
5	1 - 2		2 - 1		3 - 1	

Ответы к тестовым заданиям 3 уровня

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 4	2, 3	1, 3, 5	1, 5	1, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме

[Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С., Коршунова Т.П., Касаткин Е.Н. Кровотечения неязвенной этиологии из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.
5. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
6. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
7. Котаев А.Ю. Желудочно-кишечные кровотечения: учебное пособие для студентов мед. вузов, Первый Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, 2015
8. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.
9. Язвенные гастродуоденальные кровтечения [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2014. Режим доступа: Режим доступа: http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci.

Тема 1.16: Основы оперативной техники

Цель: способствовать формированию компетенций по оказанию первичной медико-санитарной помощи при хирургической патологии ургентного характера.

Задачи:

1) рассмотреть уровневую систему организации хирургической помощи;
2) изучить роль врача первичного звена при оказании хирургической помощи;
3) рассмотреть основы выполнения малых хирургических вмешательств диагностического и лечебного плана.

Обучающийся должен знать:

- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- организацию хирургической помощи в городе и на селе;
- задачи и объем амбулаторной хирургии;
- основные диагностические и лечебные мероприятия при неотложных и угрожающих жизни заболеваниях органов пищеварительной системы;
- маршрутизацию и принципы медицинской эвакуации при жизнеугрожающих хирургических заболеваниях;
- правила оформления медицинской документации при оказании первичной хирургической помощи.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза;
- алгоритмом маршрутизации при заболеваниях хирургического профиля;
- навыками оказания неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при жизнеугрожающих заболеваниях хирургического профиля.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Принципы, виды, этапы оказания хирургической помощи.
2) Неотложные хирургические манипуляции.
3) Наложение и снятие швов: показания, техника.
4) Хирургическая обработка ран, основные принципы, виды швов.
5) Временные способы остановки наружных кровотечений.
6) Виды и способы дренирования гнойных ран.
7) Хирургическая операция (понятие, виды, этапы). Послеоперационные осложнения, методы профилактики.
8) Характеристика основных синдромов при экстренной и неотложной хирургической патологии.
9) Методы объективной оценки местного статуса у хирургического больного.
10) Особенности дополнительной диагностики при ургентных заболеваниях органов брюшной полости.
11) Принципы лечебной тактики при экстренных и неотложных заболеваниях хирургического профиля.
12) Основы ведения периоперационного периода.
13) Правила оформления медицинской документации в хирургическом стационаре.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
2. Рассмотрение основных разделов карты амбулаторного больного, правил ее заполнения.
3. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия».
2) Роль врача-лечебника в оказании хирургической помощи населению.
3) Маршрутизация хирургических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
5) Нормативная база хирургической службы.
6) Общая синдромология заболеваний жизнеугрожающих хирургических заболеваний.
7) Методы и последовательность дополнительных исследований в условиях поликлиники.
8) Первичная, учетно-отчетная документация при оказании хирургической помощи в условиях поликлиники.
9) Обязанности врача-хирурга поликлиники.
10) Объем экстренных хирургических вмешательств в поликлинических условиях.
11) Объем плановых хирургических вмешательств в поликлинических условиях.

1. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Завязывание узлов при лапароскопических вмешательствах производят:

1 эктракорпоральным способом

2 мезокорпоральным способом
3 интракорпоральным способом
4 перикорпоральным способом
5 ультракорпоральным способом

Вопрос №2

К преимуществам видеолапароскопических вмешательств относятся:
1 исключение предоперационной подготовки
2 уменьшение объема оперативного вмешательства
3 уменьшение оперативного доступа
4 сокращение кровопотери
5 отказ от общего обезболивания

Вопрос №3

Лапароскопическими признаками острого панкреатита являются:
1 наличие мутного выпота в брюшной полости
2 наличие стеатонекрозов на висцеральной брюшине
3 выбухание желудочно-ободочной связки
4 стекловидный отек гепатодуоденальной связки
5 очаги некроза в забрюшинной клетчатке

Вопрос №4

К лапароскопическим вмешательствам относятся:
1 электроэксцизия полипа желудка
2 лапароскопическая аппендэктомия
3 холецистэктомия из минилапаротомного доступа
4 эндоскопическая папиллосфинктеротомия
5 диагностическая лапароскопия

Вопрос №5

О карбокисперитонеуме во время лапароскопии свидетельствуют:
1 равномерный подъем передней брюшной стенки
2 неравномерный подъем передней брюшной стенки
3 крепитация подкожной клетчатки передней брюшной стенки в области троакара
4 исчезновение печеночной тупости
5 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 3	3, 4	2, 3, 4	2, 5	1, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1 Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

2 Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

3 Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4 Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

5 Клинические рекомендации «Диагностика, лечение и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений»: Ассоциация флебологов России, Всероссийское общество хирургов, 2009

РАЗДЕЛ 2: УРОЛОГИЯ

Тема 2.1: Семиотика, диагностика урологических заболеваний

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации лечебно-диагностической тактики при заболеваниях урологического профиля.

Задачи:

1) изучить структуру оказания медицинской помощи по профилю «урология»;
2) ознакомить с основной нормативной документацией, регламентирующей урологическую деятельность;
3) рассмотреть роль врача первичного звена при оказании медицинской помощи по профилю «урология»;
4) изучить этико-деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при оказании урологической помощи;
5) рассмотреть особенности клинико-инструментальной диагностики урологических заболеваний;
6) изучить тактику при подозрении на урологическую патологию.

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «урология»;
- основы медицинской деонтологии при работе с коллегами, пациентами;
- основные диагностические мероприятия по выявлению заболеваний органов мочевыделительной системы;
- маршрутизацию урологических пациентов;
- правила оформления и схему написания истории болезни.

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать морально-правовые нормы;
- соблюдать правила врачебной этики и деонтологии, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;
- выделять основные клинические синдромы;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели жизнедеятельности здорового и больного организма;
- осуществлять маршрутизацию урологических пациентов;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений).

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности;
- методикой последовательного сбора анамнеза, общего осмотра пациента;
- навыками последовательного назначения лабораторно-инструментальных исследований;
- методикой анализа клинических симптомов и синдромов, результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Значение урологии в современной медицине.
2) Организация урологической службы.
3) Особенности диагностического процесса при урологической патологии.
4) Характеристика основных синдромов при заболеваниях органов мочевыделительной и половой систем.
5) Методы объективной оценки местного статуса у урологического больного.
6) Особенности дополнительной диагностики при заболеваниях урологического профиля.
7) Принципы лечебной тактики при патологии мочеполовой системы.
8) Основы ведения периоперационного периода.
9) Правила оформления медицинской документации в урологическом стационаре.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
2. Рассмотрение основных разделов клинической истории болезни, правил ее заполнения.
3. Знакомство с медицинскими информационными системами.

3. Задания для групповой работы

а) Моделирование клинической ситуации.

б) Отработка практических навыков по определению симптоматики повреждения мягких тканей брюшной стенки и органов брюшной полости, составлению плана диагностических мероприятий, маршрутизации, выбора лечебной тактики.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Организация оказания медицинской помощи населению по профилю «урология».
2) Роль врача-лечебника в оказании урологической помощи населению.
3) Маршрутизация урологических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
4) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
5) Нормативная база урологической службы.
6) Общая синдромология заболеваний органов мочевыделительной системы.
7) Методы и последовательность дополнительных исследований в урологической клинике.
8) Подходы к лечению заболеваний урологического профиля, основы ведения периоперационного периода.
9) Медицинская документация в урологическом стационаре: основные формы, правила оформления.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Дизурия - это

1) частое мочеиспускание
2) частое, болезненное мочеиспускание
3) затрудненное мочеиспускание
4) болезненное мочеиспускание

Вопрос №2.

Дизурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

1) камня мочеточника
2) опухоли мочевого пузыря
3) камня мочевого пузыря
4) цистита
5) орхит

Вопрос №3.

Странгурия - это

1) затрудненное мочеиспускание по каплям
2) мочеиспускание, сопровождающееся болью
3) частое мочеиспускание

Вопрос №4.

Странгурия встречается

1) при раке предстательной железы
2) при интерстициальном цистите

3) при выраженном фимозе
4) при частичном повреждении уретры
5) при всем перечисленном
Вопрос №5.
Никтурия - это
1) увеличение количества мочи, выделяемой в ночной период времени
2) учащение ночного мочеиспускания
3) перемещение основного диуреза с дневных часов на ночные
4) дневная олигурия
Вопрос №6.
Поллакиурия - это
1) увеличение диуреза
2) учащение мочеиспускания дневного и ночного
3) учащение ночного мочеиспускания
4) учащение дневного мочеиспускания
5) увеличение ночного диурез
Вопрос №7.
Олигурия - это
1) запаздывающее мочеотделение
2) редкое мочеиспускание
3) уменьшение количества мочи
4) увеличение количества мочи
5) количество мочи менее 300 мл в сутки
Вопрос №8.
Олигурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме
1) микседемы
2) гломерулонефрита
3) сердечной недостаточности
4) опухоли почки
5) обильной рвоты
Вопрос №9.
Секреторная анурия - это
1) отсутствие мочи в мочевом пузыре
2) отсутствие выделения мочи почками
3) отсутствие самостоятельного мочеиспускания
4) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
Вопрос №10.
Преренальная анурия встречается
1) при сердечной недостаточности
2) при отравлении ядами и лекарственными препаратами
3) при обильных кровопотерях
Вопрос №11.
Ренальная анурия встречается
1) при хроническом пиелонефрите
2) при хроническом гломерулонефрите
3) при тромбозе или эмболии почечных сосудов
Вопрос №12.
Относительная плотность мочи зависит
1) от функции почечных канальцев
2) от функции почечных клубочков
3) от относительной молекулярной массы растворенных в ней веществ
Вопрос №13.
О протеинурии следует говорить при количестве белка в моче

1) следов
2) менее 0.03 г/л
3) более 0.03 г/л
4) более 0.06 г/л
5) более 0.09 г/л

Вопрос №14.

Истинная (почечная) протеинурия не встречается

1) при гломерулонефрите
2) при опухоли почки
3) при нефрозе
4) при мочекаменной болезни

Вопрос №15.

Ложная протеинурия не характерна

1) для туберкулеза почки
2) для пиелонефрита
3) для опухоли почки
4) для гломерулонефрита

Вопрос №16.

Гематурия - это

1) наличие в моче кровяного пигмента гемоглобина
2) выделение крови из мочеиспускательного канала
3) выделение крови с мочой
4) наличие в моче порфирина
5) эритроцитурия

Вопрос №17.

Терминальная гематурия встречается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

1) камней или опухолей шейки мочевого пузыря
2) варикозного расширения вен в области шейки мочевого пузыря
3) хронического гломерулонефрита
4) колликулита
5) острого цистита

Вопрос №18.

Уретроррагия наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, кроме

1) хронического уретрита
2) камня мочевого пузыря
3) опухоли уретры
4) травмы уретры

Вопрос №19.

Задержка мочеиспускания - это

1) отсутствие выделения мочи почками
2) невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря
3) отсутствие мочи в мочевом пузыре при его катетеризации
4) отсутствие самостоятельного мочеиспускания в горизонтальном положении
5) парадоксальная ишурия

Вопрос №20.

К осложнениям при введении рентгеноконтрастных веществ относятся все перечисленные, кроме

1) аллергических проявлений (сыпь, ангионевротический отек, бронхо- и ларингоспазм, кашель)
2) анафилактического шока
3) отслоения сетчатки глаза
4) коллапса, острой почечной недостаточности
5) острой печеночной недостаточности

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Правильный вариант ответа	2, 3	5	1, 2	5	1, 3	2	5	4	2	1, 3
№ вопроса	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Правильный вариант ответа	1, 2	1, 3	3	2,4	4	3	3	2	2	3

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Комяков Б.К. Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.2: Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при неспецифических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов.

Задачи:

1) изучить классификацию неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов;
2) рассмотреть этиологию, патогенез пиелонефрита;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики пиелонефрита;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при пиелонефрите;
6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие пиелонефрит, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при остром и хроническом пиелонефрите;
- особенности его клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении пиелонефрита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром и хроническом пиелонефрите;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие патологию, включая возможные осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки пиелонефрита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;

- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания пиелонефрита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с пиелонефритом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике неспецифических воспалительных заболеваниях органов мочевыделения;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих воспалительные заболевания органов мочевыделения, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевыделения с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики воспалительных заболеваний и их осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Понятие «неспецифические воспалительные заболевания мочевыводящих путей», эпидемиология.
2) Основные причины и механизмы развития неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
3) Классификация неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
4) Клиническая симптоматика неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
5) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики неспецифических воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.
6) Лечебная тактика при неспецифических воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной

тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого пиелонефрита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.

2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Больная 23 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40 градусов, озноб, обильное потоотделение, слабость, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. Из анамнеза известно, что больна в течение 2 дней, когда после переохлаждения отметила появление слабости и ноющей боли в поясничной области справа. За медицинской помощью не обращалась, не лечилась. Спустя сутки отметила появление лихорадки с ознобом. Урологический анамнез не отягощен. При осмотре обращает внимание частый пульс до 100 в минуту, болезненность живота при пальпации в правой половине. Симптомы раздражения брюшины не определяются. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Острый правосторонний пиелонефрит.
2. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза и исключения осложненного пиелонефрита. Выполняется: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, посев мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам, проводится флюорография, ЭКГ, обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование органов мочевыделения, по показаниям экскреторная урография.
3. Дифференциальный диагноз проводится с острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями.
4. а) Постельный режим.

б) При подтверждении сохраненного пассажа мочи – антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения и/или фторхинолоны парентерально), инфузионная терапия, спазмолитическая терапия. Курс стационарного лечения 10-14 дней.

в) При нормализации общего анализа мочи – прием растительных уроантисептиков амбулаторно в течение 2 недель.

г) Диспансерное наблюдение в течение 2 лет.

1) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20-30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. В анализах мочи моча мутная, лейкоциты покрывают все поле зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниям не страдает.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика.

Задач №2

30 летняя беременная обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в поясничной области справа, озноб, повышение температуры тела до 38-39 градусов, мутность мочи. Из анамнеза выяснено, что больная в прошлом в условиях амбулатория лечилась по поводу инфекции мочевого тракта.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Возможные изменения в результатах общего анализа крови и мочи?
3. Возможные изменения в результатах инструментальных методов диагностики?
4. Тактика лечения больной. Ваши рекомендации.

Задача №3

У больной 44 лет, страдающей камнем нижней трети левого мочеточника, 6 часов назад возник приступ левосторонней почечной колики, повысилась температура тела до 38.4°С, был потрясающий озноб. Живот болезнен в левом подреберье, пальпируется болезненный нижний полюс левой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции юкставезикального отдела
левого мочеточника определяется тень конкремента размерами 0,5 х 0.4 см.

Контрольные вопросы.

1. Какой консервативный метод лечения позволит надеяться на купирование острого пиелонефрита?

Задача №4

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Контрольные вопросы.

1. Поставьте диагноз
2. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Задача №5

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6. Состояние больного тяжелое, положение больного с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача №6

У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39. 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.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?

Задача №7

Больная 25 лет поступила в клинику экстренно с жалобами на повышение температуры тела до 39-40, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области и в подреберье справа. При осмотре: частый пульс до 100 в минуту, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализах мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Лечебная тактика.

Задача №8

При обследовании больной К. 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника.

Контрольные вопросы.

1. Какое из исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

Задача №9

30 летняя беременная обратилась к врачу с жалобами на приступообразные боли в поясничной области справа, озноб, повышение температуры тела до 38-39 градусов, мутность мочи. Из анамнеза выяснено, что больная в прошлом в условиях амбулатория лечилась по поводу инфекции мочевого тракта

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Возможные изменения в результатах общего анализа крови и мочи?
3. Возможные изменения в результатах инструментальных методов диагностики?
4. Тактика лечения больной. Ваши рекомендации.

Задача №10

У больного 38 лет высокая температура тела, потрясающие ознобы, ноющие боли в поясничной области справа. При объективном обследовании определяется асимметрия поясничной области. Положение тела вынужденное, больной лежит на правом боку, правая нога приведена к животу. Положительный симптом “поколачивания” по пояснице справа

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ожидаемые результаты в общем анализе крови и мочи?
3. Ожидаемые результаты на обзорной урограмме?
4. Тактика ВОП при данной патологии?

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Неспецифические воспалительные заболевания органов мочевыделения. Частота и распространенность.
2) Классификация неспецифических воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы.
3) Причины и механизмы их развития.

4) Основы клинической и дополнительной диагностики неспецифических воспалительных заболеваниях органов мочевыделительной системы.
5) Вопросы лечебной тактики: показания к консервативному лечению, алгоритм фармакотерапии; показания к хирургическому лечению, виды и этапы операций.
6) Эпидемиология пиелонефритов.
7) Этиология и патогенез пиелонефрита.
8) Классификации пиелонефритов.
9) Клиническая картина не осложненного и осложненного пиелонефрита.
10) Клиническая картина серозного и гнойных форм пиелонефритов.
11) Особенности клиники, диагностики и лечения гестационного пиелонефрита.
12) Особенности клиники, диагностики и лечения пиелонефрита в детском возрасте.
13) Клиническая и лабораторная диагностика пиелонефрита.
14) Принципы лечения не осложненного и осложненного пиелонефрита, показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств.
15) Мероприятия, направленные на профилактику осложнений и обострений пиелонефрита.
16) Диспансеризация пациентов с хроническим пиелонефритом.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Факторами, способствующими возникновению острого пиелонефрита, являются

1) полиурия
2) перегревание
3) нарушение пассажа мочи и оттока венозной крови из почки
4) нарушение притока артериальной крови к почке
5) все перечисленное

Вопрос №2.

Минимальное количество лейкоцитов в осадке мочи, указывающее на наличие лейкоцитурии у женщин, составляет

1) 2-5 лейкоцитов в поле зрения
2) больше 6 лейкоцитов в поле зрения
3) больше 10 лейкоцитов в поле зрения
4) больше 20 лейкоцитов в поле зрения
5) лейкоциты покрывают все поля зрения

Вопрос №3.

Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у беременных является

1) сдавление увеличенной маткой мочеточников
2) дилатация мочеточников за счет гормональных изменений
3) понижение реактивности организма
4) все перечисленные изменения

Вопрос №4.

Основными симптомами острого цистита являются все перечисленные, кроме

1) поллакиурии
2) полиурии
3) терминальной гематурии
4) болей при мочеиспускании
5) пиурии

Вопрос №5.

Характерными симптомами острого уретрита являются все перечисленные, кроме

1) болей при мочеиспускании
2) гематурии и отека кожи мошонки
3) гнойных выделений из уретры
4) отека губок наружного отверстия уретры
5) учащенного мочеиспускания

Вопрос №6.

Баланопостит - это воспаление

1) крайней плоти полового члена
2) головки полового члена
3) парауретральных желез
4) крайней плоти и головки полового члена

Вопрос №7.

Кавернит - это

1) воспаление кавернозных тел полового члена
2) фибропластическая индурация полового члена
3) флеботромбоз кожи полового члена

Вопрос №8.

Парафимоз - это

1) сужение отверстия крайней плоти полового члена
2) ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
3) воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
4) воспаление вен полового члена

Вопрос №9

Этиологическими факторами в возникновении простатита являются

1) бактерии и вирусы
2) микоплазмы и хламидии
3) трихомонады
4) все перечисленное

Вопрос №10

Лечение парафимоза заключается

1) в попытке вправления головки полового члена
2) в иссечении крайней плоти
3) в наложении губчато-пещеристого анастомоза
4) в рассечении ущемляющего кольца

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3	2	4	2	2	4	1	2	4	1, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Комяков Б.К. Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.3: Мочекаменная болезнь (МКБ)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при мочекаменной болезни.

Задачи:

1) изучить классификацию, этиопатогенез мочекаменной болезни;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики мочекаменной болезни;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при мочекаменной болезни;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
6) изучить принципы профилактики мочекаменной болезни.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации мочекаменной болезни;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие мочекаменную болезнь, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при мочекаменной болезни;
- особенности ее клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении мочекаменной болезни;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при мочекаменной болезни;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие мочекаменную болезнь, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки мочекаменной болезни;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания мочекаменной болезни;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с мочекаменной болезнью, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике мочекаменной болезни;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих мочекаменную болезнь, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению мочекаменной болезни с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики мочекаменной болезни и ее осложнений;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Понятие «мочекаменная болезнь».
2) Основные причины и механизмы развития мочекаменной болезни.
3) Классификация мочекаменной болезни.
4) Клиническая симптоматика мочекаменной болезни.
5) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики мочекаменной болезни.
6) Лечебная тактика при мочекаменной болезни: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики различных вариантов течения мочекаменной болезни, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.

2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечается микрогематурия, тупые боли в поясничной области слева. Урологический анамнез не отягощен. На обзорной R-грамме теней конкрементов в проекции мочевых путей не выявлено. На серии экскреторных R-грамм, выполненных в терапевтическом отделении по м/ж, функция почек сохранена, имеется некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до нижней трети.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.

3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. МКБ: рентген-негативный камень нижней трети левого мочеточника.

2. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза. Выполняются: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма. Проводится флюорография, ЭКГ, ретроградная пиелография слева.

3. Дифференциальный диагноз проводится с папиллярной опухолью мочеточника, туберкулезным поражением почки и мочеточника.

4. Дообследование проводится в условиях урологического стационара. При подтверждении диагноза выполняется оптическая ревизия мочевых путей слева с возможной ОКЛТ камня нижней трети 3 левого мочеточника.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больной 25 лет, страдает МКБ, в течение суток отмечает отсутствие акта мочеиспускания. По данным УЗС обнаружен камень в/3 обоих мочеточников и
расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, в мочевом пузыре мочи нет.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Из чего состоит Ваша предварительная тактика?
3. Как необходимо лечить больного?

Задача №2

В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек - 0,5-0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ - билатеральное расширение чашечно-лоханочных систем.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?

Задача №3

В приемный покой доставлен больной с жалобами на боли в правой половине живота, иррадиирующие в правую подвздошную область. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Слабо выражен симптом “поколачивания” по пояснице справа и симптомы раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное. Диагноз не ясен.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие урологические исследования позволят поставить диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Задача №4

У больной 37 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области справа, иррадиирующие в паховую область. Поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащенное. Клинический анализ мочи в норме.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимы для его подтверждения.
3. Какое предлагаете лечение?

Задача №5

У больного 43 лет после почечной колики в течение 4 суток не выделяется моча, беспокоят ноющие боли в поясничной области слева. В анамнезе – удалена правая почка по поводу мочекаменной болезни. Общее состояние больного в момент осмотра средней тяжести.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Возможные изменения в результатах биохимических анализах крови?
4. Какие инструментальные исследования необходимы для его подтверждения?
5. Тактика лечения.

Задача №6

В приемное отделение поступила больная с правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме в проекции правой почки обнаружена тень 0,6х0,4 см, подозрительная на конкремент.

Контрольные вопросы.

1. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для уточнения природы тени и выбора тактики лечения?

Задача №7

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 х 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.

Контрольные вопросы.

1. Что следует предпринять для купирования почечной колики?
2. Ваши рекомендации?

Задача №8

У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического исследований функция левой почки удовлетворительная, справа отсутствует.

Контрольные вопросы.

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Лечебная тактика.

Задача №9

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи — единичные эритроциты.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные исследования?

Задача №10

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 х 0,5 см.

Контрольные вопросы.

1. Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Почечнокаменная болезнь. Частота и распространенность в мире и в России.
2) Этиология уролитиаза, состав конкрементов, значение экологических факторов, эндемичный характер заболевания.
3) Литогенез и патогенез нефролитиаза. Коллоидная и кристаллоидная теории камнеобразования, теория органической (белково-мукополисахаридной) матрицы. Роль лимфатического дренажа, инфекции, нарушений уро- и гемодинамики почки, пиелонефрита. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена, первичный и вторичный гиперпаратиреоз. Роль длительной иммобилизации, нарушений функции печени и желудочно-кишечного тракта.
4) Морфология, величина, масса, форма, число конкрементов, их химический состав (мочевая кислота, ураты, фосфаты, карбонаты, оксалаты, цистиновые, ксантиновые, холестериновые и белковые конкременты).
5) Клиническая картина нефролитиаза.
6) Клиническая и лабораторная диагностика.
7) Лечебная тактика при почечной колике.
8) Лечение (консервативное, литолиз, ударно-волновая и контактная литотрипсия, оперативное лечение).
9) Осложнения нефролитиаза, причины, диагностика, лечение, профилактика. Метафилактика нефролитиаза.
10) Диспансеризация пациентов с МКБ.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

1) нарушение фосфорно-кальциевого обмена
2) нарушение обмена щавелевой кислоты
3) нарушение пуринового обмена
4) мочевая инфекция (пиелонефрит)
5) все перечисленное

Вопрос №2.

Механизм развития боли при почечной колике связан:

1) с повышением внутрилоханочного давления и раздражения барорецепторов
2) с растяжением капсулы почки

Вопрос №3.

К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

1) оксалатов
2) фосфатов
3) смешанных
4) уратов
5) уратов и оксалатов

Вопрос №4.

Дифференциальный диагноз МКБ следует проводить с:

1) острым аппендицитом
2) острым холециститом
3) острым панкреатитом
4) внематочной беременностью
5) верно все

Вопрос №5.

Обзорная и экскреторная урография целесообразны

1) при камнях лоханок обеих почек

2) при коралловидном камне почки (обеих почек)
3) при камне (урате) мочеточника
4) во всех случаях
Вопрос №6.

При уратном камне мочевого пузыря 30+25 мм и аденоме предстательной железы следует рекомендовать
1) литолиз
2) цистолитотомию и цистостомию
3) ударно-волновую литотрипсию
4) цистолитотомию, аденомэктомию и цистостомию
5) вмешательство не показано
Вопрос №7.

Уретеролитоэкстракция целесообразна
1) у женщин с камнями нижней трети мочеточника размерами до 6 мм, при неосложненном течении
2) у мужчин в той же ситуации
3) при камнях средней трети мочеточника 5-6 мм у мужчин и женщин
4) при двусторонних камнях верхней трети мочеточника
5) во всех случаях
Вопрос №8.

Осложнения МКБ:
1) пиелонефрит
2) гидронефроз
3) артериальная гипертензия
4) ОПН, ХПН
5) все перечисленное
Вопрос №9.

Удаление камня из МВП
1) избавит больного от МКБ
2) не избавит больного от МКБ
3) предотвратит разрушение почечной паренхимы
Вопрос №10.

Лечение больных с камнями в мочеточнике может быть:
1) только оперативным
2) консервативным
3) инструментальным
4) оперативным

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	5	1	4	5	4	4	1	5	2, 3	2,3,4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Комяков Б.К. Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018

4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.4: Новообразования органов мочеполовой системы (МПС)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при новообразованиях органов мочеполовой системы.

Задачи:

1) изучить классификацию новообразований органов мочеполовой системы;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики новообразований органов мочеполовой системы;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при новообразованиях органов мочеполовой системы;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
6) изучить принципы профилактики мочекаменной болезни.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации опухолей органов мочеполовой системы;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие новообразования органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при опухолях органов мочеполовой системы;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении новообразований органов мочеполовой системы;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при новообразованиях органов мочеполовой системы;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие опухоли органов мочеполовой системы, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки опухолевого роста, осложнений;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания новообразований органов мочеполовой системы;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с осложнениями новообразований органов мочеполовой системы, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике новообразований органов мочеполовой системы;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих

опухоли органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению новообразований органов мочеполовой системы с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики новообразований органов мочеполовой системы;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Классификация новообразований органов мочеполовой системы.
2) Клиническая симптоматика новообразований органов мочеполовой системы.
3) Алгоритм лабораторно-инструментальной и дифференциальной диагностики опухолей новообразований мочеполовой системы.
4) Лечебная тактика при новообразованиях органов мочеполовой системы: маршрутизация, направления и принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с опухолями органов мочевыделительной системы (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;
2. Отработка практических навыков по определению симптоматики новообразований органов мочеполовой системы, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.

2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря неоднократно эвакуировала бригада скорой помощи. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра температура тела 38,3 градуса, озноб, боли в надлобковой и поясничной областях, верхняя граница мочевого пузыря расположена на 4 см выше лонного сочленения, болезненность при пальпации в надлобковой области и проекции почек. Ректально: предстательная железа увеличена в 2,5 раза, туго-элластической консистенции, болезненная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Лечебная тактика.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Дифференциальная диагностика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Хроническая задержка мочи с исходом в острую. Хронический цистит, обострение. Хронический пиелонефрит, обострение. Хроническая почечная недостаточность?
2. Неотложная госпитализация в урологический стационар. Цистостомия. Проведение антибактериальной, инфузионной терапии.
3. Необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований с целью подтверждения диагноза. Выполняются: биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, посев мочи на КУМБТ, проводится ФГ, ЭКГ, УЗИ МПС, ТРУЗИ простаты, обзорная R-графия МПС, при купировании активности цистита и пиелонефрита – исследование крови на PSA.
4. Дифференциальный диагноз проводится с раком предстательной железы и мочевого пузыря.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней, подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

Контрольные вопросы.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
2. Какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

Задача №2

У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы 3-й стадии. При УЗИ: объем предстательной железы 96 $см^3$. Остаточной мочи - 410 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови - 16 ммоль/л, креатинин - 200 мкмоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимое обследование
3. Лечебная тактика?

Задача №3

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4-х месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с

обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

Контрольные вопросы.

1. Какие рентгенологические методы исследования надо выполнить для выбора характера и объема оперативного лечения?

Задача №4

Больной 55 лет обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.

Контрольные вопросы.

1. Как уточнить характер заболевания и локализацию патологического процесса?

Задача №5

Больная 45 лет, жалуется на выделение крови с мочой, с червеобразными сгустками, тупые боли в поясничной области справа. Пальпаторно определяется плотное, малоподвижное, безболезненное образование в области правой почки.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №6

Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители.

Контрольные вопросы.

1. Какое заболевание Вы предполагаете?
2. Методы обследования.
3. Лечебная тактика.

Задача №7

У больного 50 лет в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками.

Контрольные вопросы

1. Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Задача №8

Больной 70 лет, обратился к врачу с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток. При физикальном обследовании установлен диагноз: Доброкачественная гиперплазия простаты. Острая задержка мочи.

Контрольные вопросы.

1. Какие объективные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какую первую медицинскую помощь необходимо оказать больному?
3. Определите дальнейшую тактику.

Задача №9

У больного 17 лет, при физикальном обследовании обнаружено: увеличение левой половины мошонки, кожа мошонки не изменена, по ходу левого семенного канатика определяются извилистые безболезненные образования, левое яичко уменьшено в размере.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №10

Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При пальпации мошонки было выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика, левой нижней конечности.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Эпидемиология, этиология опухолей мочеполовой системы.
2) Классификацию опухолей почки по системе TNM.
3) Основные клинические симптомы опухолей почки;
4) Методы диагностики опухолей почки, показания и противопоказания к ним.
5) Дифференциальная диагностика опухолей почки.
6) Лечебная тактика при выявлении опухоли почки
7) Классификация опухолей мочевого пузыря по системе TNM.
8) Основные клинические симптомы опухолей мочевого пузыря.
9) Методы диагностики опухолей мочевого пузыря, показания и противопоказания к ним.
10) Вопросы дифференциальной диагностики опухолей мочевого пузыря.
11) Лечебная тактика при выявлении опухоли мочевого пузыря.
12) Вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза опухолей предстательной железы.
13) Клиническая картина рака простаты и ДГПЖ.
14) Причины, методы диагностики и пути устранения ОЗМ и ХЗМ.
15) Методы диагностики опухолей простаты.
16) Лечебная тактика, варианты оперативных вмешательств при опухолях простаты.
17) Этиология, клиника, диагностика, лечебная тактика при опухолях наружных половых органов у мужчин.
18) Экспертиза трудоспособности, реабилитационные мероприятия, у больных с раком МПС.
19) Вопросы диспансеризации больных с опухолями МПС.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

Среди опухолей почек наиболее часто выявляются

1) опухоли лоханки
2) опухоли паренхимы

Вопрос №2.

При опухолях почки гематурия чаще наблюдается

1) инициальная (начальная)
2) тотальная
3) терминальная (конечная)

Вопрос №3.

Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются

1) в средостении
2) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах
3) в подвздошных лимфоузлах
4) в шейных лимфоузлах
5) в надключичных лимфоузлах

Вопрос №4.

Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является

1) светлоклеточный рак
2) тератома
3) опухоль Вилмса
4) плоскоклеточный рак
5) саркома

Вопрос №5.

К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся

1) курение
2) нарушение иммунной реакции организма
3) хронические воспалительные заболевания
4) анилиновые красители
5) все перечисленное

Вопрос №6.

Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это

1) гиперпирексия
2) дизурия
3) боли
4) гематурия
5) затрудненное мочеиспускание

Вопрос №7.

Рак мочевого пузыря чаще локализуется

1) на левой боковой стенке
2) на правой боковой стенке
3) на верхушке
4) в области шейки
5) в зоне треугольника Льето

Вопрос №8.

Метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются

1) в печени
2) в легких
3) в костях
4) в регионарных лимфоузлах

Вопрос №9.

Развитию аденомы предстательной железы способствуют

1) хронический воспалительный процесс в предстательной железе
2) гормональные нарушения в организме
3) наследственность
4) вирусная инфекция
5) половые излишества

Вопрос №10.

Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить

1) осмотр и пальпация наружных половых органов
2) пальпация предстательной железы

3) цистоскопия
4) биопсия предстательной железы

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2	2	2	3	5	4	5	4	2	4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Комяков Б.К. Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Тема 2.5: Травма органов мочеполовой системы (МПС)

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при травме органов мочеполовой системы.

Задачи:

1) изучить классификацию травмы органов мочеполовой системы;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики травме органов мочеполовой системы;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при травме органов мочеполовой системы;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
6) изучить принципы профилактики травмы органов мочеполовой системы.

Обучающийся должен знать:

- принципы классификации травмы органов мочеполовой системы;
- основные патологические симптомы и синдромы, характеризующие повреждения органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- клинические проявления основных синдромов при травме органов мочеполовой системы;
- особенности клинического течения;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику;
- показания, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении повреждений органов мочеполовой системы;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при повреждениях органов мочеполовой системы;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы, характеризующие травму органов мочеполовой системы, включая возможные ее осложнения;
- определять функциональные, лабораторные признаки повреждения органов мочеполовой системы, осложнений;

- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания повреждений органов мочеполовой системы;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с травмой органов мочеполовой системы, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике повреждений органов мочеполовой системы;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов, характеризующих травму органов мочеполовой системы, включая возможные осложнения;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению повреждений органов мочеполовой системы с учетом их осложнений;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи;
- принципами назначения адекватного лечения;
- теоретическими и методическими основами профилактики повреждений органов мочеполовой системы;
- способностью оформлять медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Классификация и механизмы повреждений органов мочеполовой системы (МПС).
2) Клинико-инструментальная диагностика травм различных отделов МПС.
3) Лечебная тактика: маршрутизация, принципы консервативной терапии, показания к оперативному лечению, объемы хирургических вмешательств.
4) Ведение послеоперационного периода.
5) Профилактика травматизма.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Разбор особенностей заполнения медицинской документации при травме органов мочевыделительной системы: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:
   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;

2. Отработка практических навыков по определению симптоматики новообразований органов мочеполовой системы, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, клинического обследования установлен предположительный диагноз.

2) на основании проведенных дополнительных исследований проведена дифференциальная диагностика со сходными заболеваниями, благодаря чему установлен клинический диагноз.

3) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания обосновать метод лечения данной патологии. Обосновать показания и противопоказания для планового оперативного лечения (при их наличии).

4) в случае хирургического лечения патологии выбрать оптимальный оперативный доступ, изложить этапы вмешательства.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Больной 20 лет, 2 часа назад во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Закрытая травма уретры (разрыв, перерыв?). Острая задержка мочи.
2. Cito! необходимо проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований. Выполняются: ОАК, биохимические анализы крови, исследование группы крови и резус-фактора, коагулограмма, ЭКГ, обзорная рентгенография МВП, уретрография, УЗИ МПС.
3. Неотложная госпитализация в урологический стационар. При выявлении частичного разрыва уретры показано установление цистостомы или уретрального катетера (может быть проведен при помощи гибкого эндоскопа), рекомендуется постельный режим, назначаются антибактериальные препараты, инфузионная, анальгетическая терапия.

При выявлении полного разрыва уретры показано надлобковое дренирование мочевого пузыря с первичной уретропластикой (при возможности – эндоскопическое восстановление проходимости мочеиспускательного канала). В послеоперационном периоде: постельный режим, а/б препараты, инфузионная, анальгетическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больной 30 лет 4 часа назад при строительных работах упал с 3-х метровый высоты, ударился промежностью о доску. В течении этого времени самостоятельно не мочился. При осмотре имеется уретроррагия. В области промежности имеется припухлость и кровоподтек.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №2

Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретроррагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача №3

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Контрольные вопросы.

1. Лечебная тактика?

Задача №4

В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия - 120 в минуту, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме почек и мочевых путей справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, имеется перелом XI и XII ребер.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Задача №5

Больной 27 лет час назад попал в автокатастрофу. Доставлен машиной скорой помощи. В левой поясничной области имеются ссадины и кровоподтеки, макрогематурия.

Контрольные вопросы.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваша лечебная тактика?

Задача №6

Больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания, 6 часов назад он был избит. При обследовании: периодически садится. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона №18 свободно проведен в мочевой пузырь - выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 88 в минуту, хорошего наполнения. Hb - 140 г/л.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. Лечебная тактика?

Задача №7

В урологическое отделение доставлен пациент 26 лет. Из анамнеза: 2 часа назад, во время полового акта - резкие боли в половом члене, а затем выделение крови из наружного отверстия мочеиспускательного канала. При осмотре: половой член увеличен в размерах, деформирован (изогнут вправо), синюшной окраски. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите необходимое обследование.
3. 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Механизм повреждения почки.
2) Классификация закрытых повреждений почки.

3) Основные клинические симптомы повреждений почки.
4) Классификация открытых повреждений почки.
5) Симптоматика открытых повреждений почки.
6) Методы диагностики повреждений почки, показания и противопоказания к ним.
7) Лечебная тактика при повреждении почки.
8) Повреждения мочеточника. Классификация. Диагностика. Лечебная тактика.
9) Механизм повреждения мочевого пузыря.
10) Классификация закрытых повреждений мочевого пузыря.
11) Основные клинические симптомы повреждений мочевого пузыря.
12) Классификация открытых повреждений мочевого пузыря.
13) Симптоматика открытых повреждений мочевого пузыря.
14) Методы диагностики повреждений мочевого пузыря, показания и противопоказания к ним.
15) Лечебная тактика при травме мочевого пузыря.
16) Классификация травм мочеиспускательного канала.
17) Симптоматика повреждений мочеиспускательного канала.
18) Методы диагностики повреждений мочеиспускательного канала, показания и противопоказания к ним.
19) Лечебная тактика при травме уретры.
20) Классификация травм органов мошонки.
21) Симптоматика повреждений органов мошонки.
22) Диагностика повреждений органов мошонки.
23) Лечебная тактика при травме органов мошонки.
24) Повреждения полового члена. Классификация. Клиника. Лечебная тактика.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1.

При подозрении на травму почки больного необходимо

1) наблюдать амбулаторно ежедневно
2) наблюдать амбулаторно через день
3) немедленно госпитализировать во всех случаях
4) госпитализировать в случае нестабильного артериального давления
5) госпитализировать в случае шока

Вопрос №2.

Закрытой травме почки способствуют

1) резкое сотрясение почки и окружающих органов
2) остро наступившая обтурация мочеточника
3) внезапное сокращение мышц передней брюшной стенки и диафрагмы
4) острый тромбоз почечной вены
5) тяжелый гипертонический криз

Вопрос №3.

При прямой травме живота и поясничной области чаще повреждается

1) почка
2) почечная лоханка
3) мочеточник
4) сосуды почки
5) жировая капсула почки

Вопрос №4.

Диагностике урогематомы в забрюшинном пространстве помогает

1) пальпация плотного образования в поясничной области
2) отсутствие контуров наружного края поясничной мышцы на обзорном снимке почек и мочевых путей
3) напряжение мышц передней брюшной стенки и поясничной области на стороне пораженной почки

4) все перечисленные признаки
5) ни один из перечисленных признаков
Вопрос №5.

При разрыве почки с повреждением чашечно-лоханочной системы органосохраняющую операцию необходимо закончить
1) нефростомией
2) пиелостомией
3) без дренирования лоханки
4) интубацией мочеточника
5) кольцевым дренированием лоханки
Вопрос №6.

Нефрэктомия при травме почки показана
1) у лиц молодого возраста с нормальной функцией контралатеральной почки
2) у лиц преклонного возраста и при отрыве почки
3) у лиц, перенесших тяжелую форму шока
4) при большой забрюшинной гематоме
Вопрос №7.

Для экспресс-диагностики закрытой травмы почки следует применить
1) обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
2) экскреторную урографию и ультразвуковое исследование
3) радиоизотопную ренографию и брюшную аортографию
4) хромоцистоскопию
Вопрос №8.

Симптомами внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются
1) отсутствие в течение длительного времени мочеиспускания и позывов к нему
2) тимпанический звук над лоном при перкуссии передней брюшной стенки
3) пальпируемый над лоном переполненный мочевой пузырь
4) напряжение мышц передней брюшной стенки, отечность тканей передней брюшной стенки
Вопрос №9.

Повреждение мочеточника чаще наблюдается
1) в верхней трети
2) в средней трети
3) в нижней трети
4) в интрамуральной части
5) в лоханочно-мочеточниковом сегмент
Вопрос №10.

Основными симптомами травм уретры являются
1) макрогематурия
2) уретроррагия
3) задержка мочеиспускания
4) гематома над лоном или промежностная гематома
5) частое, болезненное мочеиспускание

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3	1	1	4	1	2	2	1, 2	3	2

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс] М: ГЭОТАР-Медиа, 2015

Дополнительная:

1. Лопаткин Н.А. Урология: национальное руководство, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Глыбочко П. В., Аляев Ю. Г., Григорьев Н. А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учебное пособие, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Комяков Б.К. Урология: учебник - 2-е изд., перераб. и доп. М: ГЭОТАР-Медиа, 2018
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов мед. вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе учебной дисциплины «Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (ФГОС 3++)
Профиль – Педиатрия
Форма обучения *Очная*
Кафедра факультетской хирургии
Автор: зав. кафедрой, к.м.н. доцент Е.С. Прокопьев

С 2025 / 2026 учебного года в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

1. «Тему 1.2: Острый аппендицит» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром аппендиците.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого аппендицита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого аппендицита;
3) рассмотреть возможность использования искусственного интеллекта в установлении диагноза;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром аппендиците;
6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита;
- принципы классификации острого аппендицита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- особенности клинического течения острого аппендицита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого аппендицита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого аппендицита;
- лечебную тактику при остром аппендиците;
- виды и этапы операций при остром аппендиците;
- стандарты и протоколы при лечении острого аппендицита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром аппендиците;
- особенности оформления медицинской документации при остром аппендиците.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром аппендиците;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого аппендицита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого аппендицита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром аппендиците с учетом возрастных особенностей;
- применять системы искусственного интеллекта при прогнозировании вероятности острого аппендицита: AIR (Appendicitis Inflomatory Response Score), AAS (Adult Appendicitis Score);
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;

- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде у пациентов с острым аппендицитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;

- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого аппендицита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого аппендицита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого аппендицита
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого аппендицита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром аппендиците в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый аппендицит».
2) Значение острого аппендицита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития острого аппендицита.
4) Варианты расположения червеобразного отростка.
5) Классификация острого аппендицита по МКБ, В.И. Колесову, В.С. Савельеву (2009).
6) Основные симптомы острого аппендицита: Кохера, Волковича, Кюммеля, Воскресенского, Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др.
7) Дополнительные методы исследования при остром аппендиците.
8) Изменения лабораторных показателей и при остром аппендиците, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
9) Системы искусственного интеллекта, применяемые для установления диагноза, критерии и особенности расчета вероятности острого аппендицита: (AIR (Appendicitis Inflomatory Response Score), AAS (Adult Appendicitis Score).
10) Клинические особенности течения острого аппендицита при ретроцекальном, тазовом, межкишечном расположении червеобразного отростка.
11) Особенности острого аппендицита у лиц старшего возраста, детей, беременных.
12) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
13) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
14) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация аппендэктомии в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
15) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым аппендицитом.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных

исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание. Заболел 8 часов назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. Была однократная рвота пищей, съеденной накануне. Через 6 часов от начала заболевания боли переместились в правую подвздошную область.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Температура тела 37,3ºС. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД-110/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации умеренно напряжен и болезненный в правой подвздошной области и над лоном. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите объем дополнительных исследований.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы:

а) ведущий синдром – болевой, который объединяет следующие симптомы: боли в правой подвздошной области постоянные ноющего характера, без иррадиации; положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен;

б) анамнестический синдром: заболевание началось 8 часов назад, характеризовалось превалирующими жалобами на боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область;

в) синдром диспепсии: тошнота, однократная рвота;

г) интоксикационно-воспалительный синдром: повышение температуры тела до 37,3ºС, обложенность налетом корня языка.

2. Клинико-анамнестические особенности ведущего болевого синдрома (фаза отраженных и локальных болей, локальные симптомы), сопутствующих ему воспалительного и диспепсического синдромов, указывают на признаки, характерные для острого аппендицита.

3. Для подтверждения диагноза и исключения заболеваний мочевыводящих путей необходимо провести лабораторное исследование общего анализа крови и мочи.

4. В данной ситуации у пациента выявлено острое хирургическое заболевание. Необходима экстренная госпитализация в хирургический стационар. С целью устранения очага воспаления и прогрессирования заболевания (развитие осложнений, угрожающих жизни больного) пациенту показано оперативное лечение в экстренном порядке (в ближайшие 2 часа от момента выявления заболевания). Необходимо назначить биохимическое исследование общеклинических параметров, исследование крови на RW, маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ. Предоперационная подготовка должна проводиться по правилам подготовки пациента к экстренным операциям. Оперативное вмешательство планируется проводить под перидуральной анестезией, через локальный доступ в зоне расположения воспаленного аппендикса (доступ Волковича-Дьяконова).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больной К., 34 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2-х дней, когда отметил появление болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область, была трехкратная рвота пищей. В течение этих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, поэтому обратился к участковому терапевту. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Ps – 82/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, там же + симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В ОАК лейкоцитоз до $15x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Характеристика эпонимных симптомов.
4. Назовите основные причины развития данного заболевания.
5. Тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больная А., 28 лет поступила в ЭХО с жалобами на постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при кашле, изменении положения тела, однократную рвоту.

Из анамнеза: больна в течение 8 часов, когда появилось чувство тяжести в околопупочной области, которое спустя некоторое время стихло, но начали беспокоить боли в нижних отделах живота. Была однократная рвота желчью, не приносящая облегчения. Бригадой СМП доставлена в ЭХО. При поступлении температура 37,4°С.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Ps – 78/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, где определяется ригидность мышц. Симптомы Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона +, Щеткина-Блюмберга -. Стул, диурез в норме.

В ОАК: эритроциты – $4x10^{12}$/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10x10^9$/л, ОАМ: лейкоциты – 2-3 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для этого?
4. В чем заключается техника оперативного вмешательства при данной патологии?

5. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слизью, повышение температуры до 38,5°С, задержку стула, газов в течение 2-х суток. Болен 3-е суток, когда появились боли в области желудка, которые постепенно переместились в правую подвздошную область, была рвота. За мед. помощью не обращался, принимал кеторол без значительного улучшения. Сегодня состояние ухудшилось: в течение последних 3-х часов боли усилились, распространились по всему животу.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, на ощупь горячая, покрыта потом. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов, ЧДД – 22/мин. Ps – 98/мин, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется + симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В ОАК лейкоцитоз до $18x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причина возникновения осложнений у данного больного.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больного.

Задача №4

Больной В., 26 лет поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С.

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, которые позднее стали локализоваться в правой подвздошной области. Боли в эпигастрии спустя 2 часа уменьшились. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: сознание ясное, положение вынужденной (согнувшись, сидя). Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. В положении на спине боли усиливаются. При пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского +.

В ОАК: эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – 13 х 10^9/л, ОАМ: лейкоциты – 0-1п/зр.

С диагнозом «острый аппендицит» больной взят на операцию. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен мутный выпот в большом количестве, париетальная брюшина слегка гиперемирована, червеобразный отросток и слепая кишка не изменены.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены на дооперационном этапе в диагностике данной патологии?
3. Что необходимо сделать в данной ситуации?

Задача №5

Больной М., 27 лет обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на боли в правой подвздошной, поясничной областях, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание. Болен в течение 1 суток, когда появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно принимал но-шпу с незначительным эффектом. Подобные явления возникли впервые.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения. Со стороны органов сердечно-сосудистой, легочной систем без патологии.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезненный. При глубокой пальпации определяется болезненность в подвздошной области, мезогастрии справа. Симптомы Раздольского, Бартомье-Михельсона сомнительны, Щеткина-Блюмберга. Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

ОАК: эритроциты – $3{,}9x10^{12}$/л, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12x10^{9}$/л, ОАМ: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?
4. Особенности хирургической тактики.

Задача №6

Больная М., 32 лет поступила в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 32 недели, угроза прерывания беременности.

Из анамнеза: боли в животе беспокоят в течение 2-х суток. Обратилась в женскую консультацию, направлена на стац. лечение. Гинекологический анамнез отягощен: четвертая беременность, предстоят первые роды, 3 предыдущие беременности закончились выкидышем. Настоящая беременность осложнилась развитием гестоза. Боли в начале заболевания имели блуждающий по всему животу характер, позднее стали локализоваться в правом подреберье, мезогастрии, тошноты, рвоты не было.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожа физиологической окраски, отеков нет. В легких дыхание без хрипов. Ps – 84/мин, АД – 120/60 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки (выше пупка), не вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом мезогастрии, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, при смещении матки вправо боли усиливаются. Тонус матки повышен. Печень, желчный пузырь не пальпируются, симптом Ортнера, Кера –. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Стул был сегодня оформленный, мочеиспускание не нарушено.

В ОАК: лейкоциты – $11x10^{9}$/л, эритроциты – $4{,}2x10^{12}$/л, гемоглобин – 150 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты не определяются, L-амилаза крови – 32 ед/л (норма до 200), билирубин общий – 11,02, прямой – 11,02 мкмоль/л, сахар крови – 4,3 ммоль/л. С диагнозом: острый холецистит больная направлена на консультацию хирурга.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите особенности клинического течения острого аппендицита у беременных.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Перечислите особенности оперативного лечения данной больной.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больной.

Задача №7

Больной З., 68 лет поступил в ЭХО через 16 часов с момента заболевания с жалобами на боли в животе, повышение температуры до 37,8°С.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 1-х суток, когда отметил появление болей тупого характера по всему животу, которые в течение 6 часов локализовались в правой подвздошной области. Страдает запорами, ИБС: ПИКС, гипертонической болезнью. Обратился к участковому терапевту, который, осмотрев больного, поставил диагноз: хронический спастический колит, ст. обострения. Назначено лечение. В течение последних 2-х часов в связи с усилением болей состояние больного ухудшилось. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Язык обложен у корня белым налетом. Ps – 92/мин, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот подвздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше над лоном, в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не учащено, стул был 2 дня назад.

В ОАК отмечается лейкоцитоз до $14x10^{9}$/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С учетом клинических данных назовите основные факторы патогенеза данного заболевания.

3. Какие диагностические ошибки допущены на догоспитальном этапе.
4. Особенности хирургической тактики.
5. Перечислите основные аспекты послеоперационного ведения данного больного.

Задача №8

Больной М., 23 лет поступил в ЭХО через 1,5 суток от начала заболевания с жалобами на боли по правому флангу, больше в правой подвздошной области. Через 30 мин. был взят на операцию с диагнозом: острый деструктивный аппендицит, местный перитонит. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 100 мл гнойного содержимого. Червеобразный отросток имеет медиальное восходящее расположение, отечен, стенка его грязно-зеленого цвета, утолщена, местами покрыта фибринными наложениями. Купол слепой кишки отечен, инфильтрирован. Произведена типичная аппендэктомия. Культя отростка с трудом погружена в слепую кишку. Брюшная полость санирована, ушита послойно, наглухо. Послеоперационный период осложнился развитием абсцесса купола слепой кишки, по поводу чего больной был повторно оперирован.

Контрольные вопросы.

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург?
2. Какие тактико-технические ошибки были допущены хирургом?
3. Как необходимо было завершить операцию?
4. Что было сделано на повторной операции?
5. Перечислите основные принципы ведения послеоперационного периода.

Задача №9

Больная Ф., 54 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза: больна в течение 1-х суток, когда отметила появление болей по всему животу, которые позднее переместились в правую подвздошную область, иррадиировали в поясницу, тогда же появилось учащенное безболезненное мочеиспускание, была рвота, не приносящая облегчения. Доставлена в урологическое отделение с диагнозом: почечная колика справа, после чего направлена на консультацию в ЭХО (не исключается почечная колика справа, подозрение на острый аппендицит).

Объективно: состояние удовлетворительное. Ps – 84/мин, ритмичный, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот симметричный, отмечается незначительное равномерное вздутие. При пальпации живот болезненный лишь при глубокой пальпации в правой подвздошной области, поясничной области. Симптом Ситковского, Раздольского слабоположительные, Бартомье-Михельсона, Яуре-Розанова +, Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В ОАК выявлен лейкоцитоз до $13x10^9$/л, в ОАМ: лейкоцитов – 3-5, эритроцитов – 1-2 в п/зр.

Для исключения острого аппендицита больной выполнена диагностическая лапароскопия, при которой выявлено, что в брюшной полости выпота нет, купол слепой кишки не инфильтрирован, сероза не гиперемирована, сам отросток и его основание не определяется.

Больная взята на операцию. Разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. Купол слепой кишки малоподвижен, полностью в рану не выводится. Червеобразный отросток в рану не выводится. Пальпаторно определяется, что червеобразный отросток расположен за слепой кишкой, утолщен, напряжен, имеет восходящее направление, верхушка недостигаемая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите варианты расположения червеобразного отростка у данной больной
3. Проведите дифф. диагностику острого аппендицита и почечной колики.
4. Назовите эпонимные симптомы при ретроцекальном расположении аппендикса.
5. Перечислите особенности оперативного лечения в сложившейся ситуации.

Задача №10

Больная Т., 18 лет, поступившая в ЭХО через 12 часов с момента начала заболевания, взята на операцию по поводу острого аппендицита. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова из брюшной полости эвакуировано около 50 мл серозного выпота. Червеобразный отросток напряжен, длиной 8 см, утолщен до 7 мм, стенка его отечна, серозная оболочка ярко гиперемирована с участками точечных кровоизлияний, покрыта фибрином, в его просвете пальпируется каловый камень.

Контрольные вопросы

1. С какой морфологической формой острого аппендицита столкнулся хирург.
2. Основная причина возникновения заболевания у данной больной.
3. Назовите основные симптомы данного заболевания.
4. Перечислите последующие действия хирурга.
5. Напишите лист назначений в послеоперационном периоде.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение, эпидемиология острого аппендицита.
2) Причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита.
3) Современные принципы классификации острого аппендицита.
4) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого аппендицита.
5) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
6) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого аппендицита, в том числе встроенные в системы искусственного интеллекта, позволяющие прогнозировать вероятность острого аппендицита: AIR (Appendicitis Inflomatory Response Score), AAS (Adult Appendicitis Score).
7) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
8) Маршрутизация пациентов с подозрением на острый аппендицит.
9) Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции; направления предоперационной подготовки.
10) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
11) Принципы ведения послеоперационного периода.
12) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым аппендицитом.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Клинические симптомы острого аппендицита:

1 симптом Бартомье-Михельсона
2 симптом Спижарного
3 симптом Ортнера
4 симптом Раздольского
5 симптом Ровзинга

Вопрос №2

К развитию острого аппендицита приводят:

1 обтурация каловым камнем
2 глистная инвазия
3 закупорка инородными телами
4 перекрут аппендикса
5 травма червеобразного отростка

Вопрос №3

Оперативное вмешательство при неосложненном течении острого аппендицита выполняется через доступы:

1 Волковича-Дьяконова
2 Шпренгеля

3 нижне-срединная лапаротомия
4 Бергмана-Израеля
5 пункционно под контролем УЗИ

Вопрос №4

Начало развития острого аппендицита характеризуется:
1 болями в эпигастральной области
2 болями в животе неопределенной локализации
3 неукротимой рвотой
4 симптомом Щеткина-Блюмберга
5 болезненностью тазовой брюшины при ректальном исследовании

Вопрос №5

Симптомами гангренозного аппендицита являются:
1 «доскообразный» живот
2 внезапное усиление болей в правой подвздошной области
3 уменьшение болевых ощущений
4 тахикардия
5 симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области

Вопрос №6

Диагностика тазового расположения червеобразного отростка включает:
1 пальцевое ректальное исследование
2 оценку болевого синдрома
3 фиброколоноскопию
4 влагалищное исследование
5 компьютерную томографию

Вопрос №7

Клиническими признаками ретроцекального ретроперитонеального расположения аппендикса являются:
1 боли в правой подвздошной области
2 боли в правой поясничной области
3 нарушение мочеотделения
4 симптом Коупа
5 симптом Михельсона

Вопрос №8

Червеобразный отросток может иметь расположение:
1 ретродуоденальное
2 тазовое
3 поддиафрагмальное
4 ретроцекальное
5 левостороннее

Вопрос №9

Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются:
1 превалирование общих симптомов над местными
2 быстрое развитие деструктивных форм
3 кровянистые выделения из прямой кишки

4 выраженные диспептические явления

5 быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата

Вопрос №10

Морфологическими формами острого аппендицита являются:

1 гангренозный аппендицит

2 перфоративный аппендицит

3 некротический аппендицит

4 флегмонозный аппендицит

5 катаральный аппендицит

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2	1, 2	3, 4, 5	1, 2, 4	1, 2, 4	2, 4, 5	1, 2, 4	1, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

4. Ред. Н.Н. Крылов Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2019

5. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2020

6. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2022

7. Ред. Н. В. Мерзликин Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

8. Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди ; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.] Хирургия по Шварцу: в 3 т, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

Дополнительная:

1.Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

1. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014

2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

3. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

4. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

5. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2023. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/325_2/.

6. Вязников В.А., Прокопьев Е.С. Острый аппендицит: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2021.

2. «Тему 1.4: Наружные грыжи живота» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при наружных грыжах живота.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию наружных грыжах живота;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики наружных грыж живота;
3) рассмотреть возможность использования искусственного интеллекта для правильного установления диагноза;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при неосложненном течении наружных грыж живота;
6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению наружных грыж живота;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития грыж передней брюшной стенки.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения грыж передней брюшной стенки;
- принципы классификации, в том числе на основе интеллектуальных критериев SWR, включенных в классификацию Европейского общества герниологов (EHS);
- основные патологические симптомы и синдромы наружных грыж живота;
- особенности клинического течения;
- показания к лабораторно-инструментальной диагностике;
- дифференциальную диагностику грыж передней брюшной стенки;
- лечебную тактику;
- виды и этапы операций, материалы, используемые для укрепления передней брюшной стенки, способы их фиксации;
- стандарты и протоколы диагностики и лечения грыж передней брюшной стенки;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при лечении пациентов с наружными грыжами живота.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные мероприятия по диагностике наружных грыж различной локализации;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы грыж передней брюшной стенки;
- разрабатывать диагностическую программу при наружных грыжах живота;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ;
- устанавливать диагноз на основе интеллектуальных критериев SWR классификации Европейского общества герниологов (EHS);
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей грыж передней брюшной стенки;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике грыж передней брюшной стенки;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению и дифференциальной диагностике наружных грыж живота;
- интерпретацией результатов диагностических исследований;

- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при грыжах передней брюшной стенки;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики;
- способностью оформлять медицинскую документацию при наружных грыжах живота в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «грыжа передней брюшной стенки».
2) Причины и механизмы образования.
3) Современные подходы к классификации грыж, применение искусственного интеллекта для установления диагноза: критерии SWR классификации Европейского общества герниологов (EHS);
4) Клиническая диагностика наружных грыж живота.
5) Дополнительные методы исследования, показания к их проведению, диагностическая программа.
6) Основные дифференциальные критерии с заболеваниями мягких тканей и внутренних органов.
7) Принципы оказания медицинской помощи в первичном звене, вопросы маршрутизации.
8) Лечебная тактика: показания для консервативного лечения, принципы.
9) Оперативное лечение: доступы и этапы хирургических вмешательств, выбор способа укрепления передней брюшной стенки.
10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с наружными грыжами живота различной локализации.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с грыжей передней брюшной стенки;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения наружной грыжи живота;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 60 лет предъявляет жалобы на опухолевидное образование в области пупка, которое периодически появляется при физической нагрузке, натуживании, кашле и самостоятельно исчезает в положении лежа.

Данное образование появилось после второй беременности в возрасте 30 лет. С течением этого времени отмечает его увеличение в размерах, периодически при физической нагрузке беспокоят боли в области образования.

Состояние удовлетворительное. Кожа физиологична, подкожный слой не выражен. В легких дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. Пульс - 68 ударов в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет.

В положении стоя, в пупочной области имеется легко вправимое эластичное образование 5х5 см. Пупочное кольцо расширено до 3 см. Кашлевой толчок положительный. Перистальтика равномерная.

Стул был накануне, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные клинические синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Лечебная тактика.
4. При необходимости хирургического лечения обоснуйте показания для проведения оперативного вмешательства.
5. Перечислите основные направления лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Синдром подкожного объемного образования.
2. Пупочная грыжа малых размеров.
3. Данное заболевание не относится к разряду экстренных заболеваний, однако при развитии его осложнений возникает высокий риск для жизни пациента вследствие развития ишемии, некроза органов брюшной полости. Больной показано плановое хирургическое лечение. На этапе подготовки к его проведению необходимо проведение дополнительных исследований: общеклинические анализы крови и мочи, определения общих биохимических параметров крови, определение маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, гинекологическое обследование.
4. Учитывая данные анамнеза и объективного исследования (наличие грыжевого выпячивания в течение 1,5 лет, увеличения его в размерах с течением времени, развитие болевого синдрома), прогрессирования заболевания и возможность развития осложнений (ущемление с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, некроза грыжевого содержимого, перитонита, флегмоны грыжевого мешка), показано хирургическое лечение.
5. В ближайшем послеоперационном периоде необходимо назначить:

- голод в течение первых 2-х суток с момента операции с дальнейшим расширением диеты, исключающей продукты, которые могут способствовать избыточной перистальтике;
- постельный режим в 1-е сутки с последующей активизацией, однако в течение 1 месяца необходимо исключить тяжелые физические нагрузки;
- раннее бандажирование для снятия нагрузки с передней брюшной стенки;
- препараты, направленные на устранение болевого синдрома (кетопрофен, кеторолак и др.);
- с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо активизировать пациентку на 2-е сутки, назначить эластическую компрессию нижних конечностей и антикоагулянты (фракиспарин, клексан и др.).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная, 65 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

В течение 10 лет страдает отметил появление вышеуказанного характера. Последние 3 года отметил увеличение его в размерах, появление тянущих болей в данной области.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. В области пупка ненапряженное подкожное образование размерами 5х5 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость вправимое. Кожа над не изменена. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.

Задача №2.

Больной, 35 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на периодически возникающее образование в правой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. За медицинской помощью ранее не обращался.

Состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Пульс - 60 ударов в минуту. При осмотре живота в положении лежа: передняя брюшная стенка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, видимых образований не определяется. Пальпация передней брюшной стенки безболезненная. В положении стоя в паховой области выше правой паховой складки определяется подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика в данном случае.
3. Перечислите дополнительные мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.
4. Причины данного заболевания.
5. Лечебно-диагностическая тактика, вопросы маршрутизации.
6. При необходимости хирургического лечения определите его сроки и объем.

Задача №3

Больной, 55 лет был направлен в хирургический стационар в плановом порядке с жалобами на периодически возникающее образование и боли тянущего характера в левой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 4 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс - 58 ударов в минуту. Везикулярное дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. При осмотре живота в левой паховой области выявлено подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование, вправимое в брюшную полость.

После предоперационной подготовки больной был оперирован. Под местной анестезией осуществлен оперативный доступ. Вскрыта передняя стенка левого пахового канала. Выявлено, что грыжевой мешок пуст, проходит в паховом канале, расположен в элементах семенного канатика, внутреннее паховое кольцо расширено до 3 см.

Контрольные вопросы

1) Сформулируйте диагноз.
2) Причины заболевания.
3) Определите план предоперационной подготовки.
4) Перечислите дальнейшие этапы оперативного вмешательства.
5) Лечебные мероприятия в послеоперационном периоде.

Задача №4

Больной 72 лет, пришел на прием к терапевту поликлиники с жалобами на опухолевидные образования в обоих 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.

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. 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.

Контрольные вопросы

1.Ваш диагноз.

2.Перечислите причины данного заболевания.

3.Дополнительные методы исследования.

4.Лечебная тактика.

Задача №5

Больная 47 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

Из анамнеза выяснено, что около 3 лет назад была прооперирована по поводу тупой травмы живота. Появление образования в околопупочной области отметила в течение последнего года. С течением времени оно увеличивалось в размерах.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В околопупочной области по линии старого послеоперационного рубца определяется ненапряженное подкожное образование размерами 7х6 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость частично вправимое. Кожа над не изменена.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.

2. Перечислите возможные причины данного заболевания.

3. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.

4. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.

5. В случае необходимости оперативного вмешательства укажите особенности его проведения.

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Хирургическая анатомия передней брюшной стенки в области грыжевых точек.
2) Понятие «грыжа передней брюшной стенки», ее составляющие, классификация.
3) Частота грыж, причины и механизмы их возникновения.
4) Дифференциальная диагностика наружных грыж живота.
5) Особенности диагностики грыж различной локализации.
6) Маршрутизация грыженосителей.
7) Методы консервативного лечения грыж, показания и противопоказания к ним.
8) Показания и противопоказания к хирургическому лечению неосложненных грыж.
9) Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: особенности обезболивания, оперативных доступов, основные этапы, способы укрепления передней брюшной стенки в области грыжевых ворот.

10) Вопросы ведения периоперационного периода.
11) Профилактика развития грыж.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Стенкой грыжевого мешка скользящей паховой грыжи справа являются:

1 тонкая кишка
2 правая почка
3 мочевой пузырь
4 слепая кишка
5 левый яичник с маточной трубой

Вопрос №2

Обследование органов брюшной полости при грыжах белой линии живота проводят с целью:

1 выявления органа в грыжевом мешке
2 выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
3 дифференциации с предбрюшинной липомой
4 определения размеров грыжевых ворот
5 выявления причин внутрибрюшной гипертензии

Вопрос №3

Аутопластическими способами герниопластики грыж белой линии живота являются:

1 способ Мейо
2 способ Ривса
3 способ Сапежко
4 Мартынова
5 способ Шолдайс

Вопрос №4

Современная классификация послеоперационных грыж предусматривает:

1 размеры грыжевого выпячивания
2 ширину грыжевых ворот
3 количество рецидивов
4 локализацию
5 причины

Вопрос №5

Укрепление задней стенки пахового канала предусматривают способы:

1 Жирара
2 Лихтенштейна
3 Бассини
4 Белоконева
5 Напалкова

Вопрос №6

Послеоперационные грыжи возникают вследствие следующих причин:

1 нагноение раны
2 повышенная масса тела
3 предшествующая тампонада раны
4 нарушение иннервации мышц брюшной стенки

5 ранняя послеоперационная активизация пациента

Вопрос №7

Герниопластика пахового канала по Бассини предусматривает:

1 укрепление задней стенки пахового канала

2 перевязку двумя лигатурами семенного канатика без захвата сосудистого пучка

3 применение эндопротеза

4 полное ушивание грыжевых ворот в случаях прямой грыжи, их сужение – при косой

5 использование собственных тканей

Вопрос №8

Для дифференцировки пахово-мошоночной грыжи с водянкой оболочек яичка применяют:

1 пункцию

2 УЗИ

3 компьютерную томографию

4 трансиллюминацию

5 пальпацию

Вопрос №9

К факторам, предрасполагающим к образованию брюшных грыж, относятся:

1 пожилой возраст

2 быстрая потеря веса

3 особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж

4 заболевания, повышающие внутрибрюшное давление

5 тяжелая физическая работа

Вопрос №10

Паховую грыжу необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1 острый аппендицит

2 паховый лимфаденит

3 опухоль слепой кишки

4 гидроцеле

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	3, 4	2, 5	1, 3, 4	2, 3, 4	2, 3	1, 3, 4	1, 4, 5	2, 4, 5	1, 2, 3	2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

4. Ред. Н.Н. Крылов Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2019

5. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2020

6. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2022

7. Ред. Н. В. Мерзликин Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

8. Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди ; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.] Хирургия по Шварцу: в 3 т, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

2. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

3. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

5. Паховая и бедренная грыжа [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/684_2/.

6. Послеоперационная вентральная грыжа [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/685_2/.

7. Прочие первичные грыжи брюшной стенки [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/811_1/.

8. Вязников В.А., Прокопьев Е.С. Грыжи передней брюшной стенки: учебное пособие, Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2022.

3. «Тему 1.7: Острый холецистит» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром холецистите.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию острого холецистита;
2) обучить методам его клинико-инструментальной диагностики;
3) рассмотреть возможности применения искусственного интеллекта при установлении степени тяжести острого холецистита;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии острого холецистита;
6) рассмотреть современные подходы к лечению;
7) изучить принципы ведения периоперационного периода
8) рассмотреть основные направления профилактики острого холецистита.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию острого холецистита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого холецистита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого аппендицита;
- степени тяжести острого холецистита;
- дифференциальную диагностику;
- лечебную тактику: показания к консервативному лечению, его основные направления, оперативное лечение, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого холецистита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации при остром холецистите.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого холецистита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого холецистита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ;
- применять диагностические критерии, интегрированные в интеллектуальные системы оценки степени тяжести острого холецистита (Токийское соглашение, TG13);
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого холецистита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым холециститом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым аппендицитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого холецистита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого холецистита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению острого холецистита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого холецистита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром холецистите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый холецистит».
2) Значение острого холецистита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития острого холецистита.
4) Классификация острого холецистита по МКБ, Б.А. Королеву, В.С. Савельеву.
5) Основные симптомы острого холецистита: Ортнера, Кера, Мерфи, Образцова, Мюсси-Георгиевского, Елекера и др.
6) Дополнительные методы исследования при остром холецистите.
7) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
8) Искусственные интеллектуальные критерии степени тяжести острого холецистита (Токийское соглашение международной группы хирургов, 2013, TG13);
9) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
10) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
11) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
12) Оперативное лечение: показания, классификация холецистэктомий в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
13) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
14) Профилактика острого холецистита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым холециститом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый холецистит;

в) отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого холецистита, составлению плана диагностических

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 46 лет на приеме участковому терапевту предъявляет жалобы на интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, 2-х кратную рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза выяснено, что боли появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно спазмолитические препараты без особого эффекта. За 3 часа до поступления боли в животе приняли интенсивный характер.

При обследовании живота выявлена болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии. Желчный пузырь из-за ригидности мышц пальпировать не удается. Пульсация брюшной аорты сохранена. Симптомы Ортнера, Кера положительные, симптом Щеткина-Блюмберга так же положителен в правой подреберной, мезогастральных областях.

Контрольные вопросы.

1. Клинические синдромы.
2. Установите диагноз, обоснуйте его.
3. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
4. Определите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. Сформулируйте основные положения лечебной тактики на уровне стационара.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. а) болевой синдром: интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, некупирующиеся спазмолитиками, локальная болевая симптоматика: болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии, резко положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга);

б) синдром диспепсии (повторная рвота желудочным содержимым);

в) клинико-анамнестический синдром (острое начало заболевания 2 дня назад, ухудшение состояния 3 часа назад)

2. Характеристики болевого синдрома с особенностями клинико-анамнестического синдрома позволяют говорить об остром деструктивном холецистите, осложненном перфорацией в свободную брюшную полость, местном перитоните.

3. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, α-амилазы, СРБ, электролитного состава (К+, Na+, Cl-); определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости; УЗИ исследование гепатопанкратобилиарной зоны.

4. Разъяснение информации о заболевании; вызов бригады скорой медицинской помощи «на себя»; оформление направления на госпитализацию в экстренном порядке в стационар хирургического профиля, занимающийся оказанием медицинской помощи экстренного характера; обеспечение двигательного, психо-эмоционального, пищевого покоя.

5. Лечебная тактика предусматривает проведение оперативного вмешательства в экстренном порядке вследствие клинических признаков перитонита, развившегося вследствие перфорации желчного пузыря.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больной А., 68 лет поступил в ЭХО с жалобами на зуд кожи, боли тянущего характера в верхних отделах живота, слабость, упадок сил, желтушность глазных яблок, кожи, отсутствие аппетита, похудение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение полугода, когда отметил снижение аппетита, отвращение к пище, периодические рвоты, умеренную слабость. За это время похудел примерно на 10-15 кг. В течение 1,5 месяцев периодически беспокоят боли в верхних отделах живота, зуд кожи. Желтуха появилась 1 месяц назад.

При осмотре: пониженного питания, склеры и кожа оливкового цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 62 удара в минуту. АД –110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, где определяется незначительно болезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторно свободной жидкости в животе не определяется. Перистальтика не усилена. Диурез не нарушен, моча темная, при ректальном исследовании- кал светлый.

В ОАК: эритроциты – $3x10^{12}$/л, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – $10x10^{9}$/л, ОАМ: лейкоциты – 2-3 в поле зрения, уробилин ++.

В биохимическом анализе крови: повышение общего билирубина до 330 мкмоль/л за счет прямой фракции (220 мкмоль/л), ЩФ-150, АСТ-132, АЛТ-200 ед/л.

При рентгенконтрастном исследовании ЖКТ: разворачивание подковы ДПК.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Дополнительные диагностические исследования.
5. Особенности лечения данного больного.

Задача №2.

Больная Б., 65 лет обратилась в поликлинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза: заболела 3-е суток назад, когда после употребления в пищу жареного мяса, появились вышеперечисленные симптомы. Самостоятельно принимала но-шпу с незначительным эффектом. На следующий день вызов бригады СМП – внутримышечно введен баралгин, боли стихли, оставлена дома. Боли сохранялись, сегодня обратилась в поликлинику. Ранее отмечала периодические боли в правом подреберье после жареной пищи, которые с течением времени самостоятельно проходили.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких, сердца патологии не выявлено. Пульс – 82 ударов в

минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, не вздут, симметричный. При пальпации локальная болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, где определяется резкоболезненное овоидное образование туго-эластической консистенции. Симптомы Кера, Ортнера положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Виды операций

Задача №3.

Больной В., 75 лет доставлен бригадой СМП с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа- боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Бригадой СМП доставлен в ЭХО. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 40/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, мезогастрии. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.

Задача №4.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости не выявлено. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4{,}6 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15{,}4 \times 10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза -1034 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

Задача №5.

Больная Д., 40 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, 3-х кратную рвоту желчью, не приносящую облегчения.

Больна в течении 6 часов, подобный болевой приступ впервые. Около 10 лет назад во время беременности при УЗИ заподозрены камни в желчном пузыре. В течение последних двух лет беспокоят горечь во рту, периодические боли в правом подреберье после употребления жирной, жареной пищи.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение вынужденное (сидя согнувшись, придерживая правый бок). Повышенного питания. Кожа, склеры чистые, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, правая половина ограниченно участвует в дыхании. При пальпации живот болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц, из-за чего не удается пальпировать ни печень, ни желчный пузырь. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи положительные, Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно размеры печени не увеличены, свободного газа, жидкости не определяется. Перистальктика равномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный. Стул был сутки назад, диурез сохранен, моча светлая.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4,1x10^{12}$/л, гемоглобин – 154 г/л, лейкоциты – $15,4x10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 12,3 мкмоль/л, прямой - 2 мкмоль/л, α амилаза - 34 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика лечения данной пациентки.
5. Показания к операции.

Задача №6.

Больной Е., 57 лет в течение 2-х лет неоднократно поступает в ЭХО с приступами острых болей в правом подреберье, которые сопровождаются желтушностью кожи, потемнением мочи. При УЗИ желчных путей выявлены камни желчного пузыря, расширение общего желчного протока до 12 мм, конкрементов в протоковой системе не определяется. После консервативных мероприятий вышеперечисленные симптомы купируются. После чего больной неоднократно отказывался от оперативного вмешательства и выписывался с рекомендациями. Во время последней госпитализации боли и желтуха на фоне медикаментозного лечения сохранялись, после чего больной дал согласие на операцию. Во время операции выявлены признаки острого калькулезного флегмонозного холецистита. После выполнения холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяется расширение печеночных и общего желчного протоков. На 1 см ниже впадения пузырного протока в общий печеночный проток имеется полное препятствие для поступления контрастного вещества дистальнее.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины диагностированной ситуации.
3. Дальнейшие действия хирурга.
4. Способ завершения операции.

Задача №7.

Больной Ж., 48 лет болен в течение 3-х дней, когда возникли интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, постоянные, не купирующиеся анальгином, многократная рвота. В течение 7 дней злоупотреблял спиртными напитками. Боли с течением времени нарастали, бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, ориентирован в месте, времени, выраженный тремор конечностей, беспокоен из-за болей, не может лечь. Кожа лица гиперемирована, склеры чистые. В

легких резкое ослабление дыхания в нижних отделах справа, хрипов нет, частота дыхания – 20 в минуту. Пульс - 98 ударов в минуту, АД-100/70 мм рт.ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации резко болезненный в эпигастрии, по правому флангу, где определяется ригидность мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно свободного газа жидкости не определяется. Перистальтика резко ослаблена, «шума плеска нет».

При исследовании ОАК: эритроциты – $5{,}2 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 184 г/л, лейкоциты – 20×10^{9}/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр, α амилаза мочи по Вольгемуту - 2048 ед.

Выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – свободного газа в брюшной полости не выявлено, в кишечнике небольшое количество газов.

Экстренно выполнена лапароскопия: в брюшной полости около 200 мл серозно-геморрагического выпота, на париетальной и висцеральной брюшине множество мелких белесоватых образований, имеет место выбухание желудочно-ободочной связки, брюшина в верхних отделах гиперемирована, желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен, стенка его значительно отечна по типу желе, сероза его не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика хирурга.

Задача №8.

Во время операции после разделения рыхлых спаек между прядью большого сальника и желчным пузырем выявлено, что последний увеличен в размерах, напряжен, стенка инфильтрирована, темно-вишневого цвета, покрыта фибрином, пальпаторно в его полости определяется множество мелких камней; гепатодуоденальная связка отечна; холедох увеличен до 2 см в диаметре, напряжен, пальпаторно камней в нем не определяется; головка поджелудочной железы в размерах не увеличена, не уплотнена. Произведена холецистэктомия от шейки. Через культю пузырного протока по направлению к ДПК установлен пластиковый катетер. Выполнена интраоперационная холангиография. Рентгенологически: выполнились внутри- и внепеченочные протоки, внутренний диаметр гепатикохоледоха около 1,5 см, в его полости определяется несколько рентгенпозитивных структур от 0,3 до 0,5 см, контраст в ДПК поступает.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите методы интраоперационной диагностики ЖКБ.
3. Показания к интраоперационной холангиографии.
4. Дальнейшие действия хирурга.
5. Выберите способ завершения операции.

Задача №9.

Больной Ф., 75 лет поступил в ЭХО через 5 дней с момента заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи, слабость, недомогание, повышение температуры до 38°С, сопровождающееся ознобами. В анамнезе ЖКБ, ИБС, ГБ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа, склеры желтушны. Со стороны органов дыхания, сердца без существенных изменений. Пульс – 92 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Пульсация брюшного отдела аорты определяется. В ОАК: эритроциты – $3{,}9 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $19{,}4 \times 10^{9}$/л; в ОАМ: лейкоциты – 0-2 в поле зрения, уробилин ++. В биохимическом анализе крови общий билирубин - 312,3 мкмоль/л, прямой - 162 мкмоль/л, α амилаза – 34 ед/л. При УЗИ – печень не увеличена, структура однородная, желчный пузырь размерами 100х54 мм, стенка 1 мм, в его полости множество конкрементов от 2 до 5 мм, холедох расширен до 12 мм, толстостенный с гиперэхогенной взвесью.

На фоне консервативного лечения боли уменьшились, однако желтуха сохранялась. Был взят на операцию. После холецистэктомии (желчный пузырь гангренозно изменен, в его полости много камней и гнойная желчь) выполнена интраоперационная холангиография - диаметр гепатикохоледоха около 12

мм, в его полости несколько дефектов наполнения округлой формы, контраст в ДПК поступает, однако в дистальной части холедоха имеется участок сужения протяженностью около 1,5 см.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Что явилось показанием для холангиографии?
3. Основные направления применяемой консервативной терапии.
4. Последовательность действий хирурга.
5. Способ завершения операции.

Задача №10.

Больная 53 года, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°С. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Язык покрыт белым налетом. Пульс - 115 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови: лейкоцитоз 14,6х10 ^{9}/л. Билирубин крови - 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Анализ мочи: лейкоцитов 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок - 75,3 г/л. Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Печень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10х5х3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
3. Дальнейшая хирургическая 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Сущность понятия, принципы классификации острого холецистита.
2. Особенности патогенеза острого калькулезного холецистита.
3. Особенности этиопатогенеза острого бескаменного холецистита.
4. Клиническая симптоматика острого холецистита.
5. Лабораторные и инструментальные методы диагностики острого холецистита.
6. Дифференциальная диагностика острого калькулезного холецистита с другими ургентными заболеваниями органов брюшной полости.
7. Принципы консервативного лечения при остром холецистите.
8. Основы купирования острой и хронической боли.
9. Особенности предоперационной подготовки больных острым холециститом с холангитом.
10. Показания и виды операций по срокам выполнения.
11. Особенности клинических проявлений, дополнительной диагностики и лечения осложнений острого холецистита.
12. Показания для наружного дренирования желчных путей, виды и функции дренажей.
13. Показания для внутреннего дренирования желчных путей, виды операций.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Срочная операция при остром холецистите проводится в случаях:

1 стихания болевого синдрома
2 отсутствия эффекта от консервативного лечения
3 появления желтухи
4 появления неукротимой рвоты
5 повышения температуры

Вопрос №2

Признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:
1 увеличение размеров желчного пузыря
2 наличие камней в просвете желчного пузыря
3 увеличение головки поджелудочной железы
4 утолщение стенки желчного пузыря
5 увеличение внутреннего диаметра гепатикохоледоха

Вопрос №3

Основными признаками ферментативного холецистита являются:
1 увеличение желчного пузыря в размерах
2 стекловидный отек стенки желчного пузыря
3 наличие камней в просвете желчного пузыря
4 высокое содержание амилазы в желчи
5 высокая билирубинемия

Вопрос №4

Обтурационный деструктивный холецистит развивается вследствие:
1 фиксации камня в шейке желчного пузыря
2 обтурации пузырного протока
3 нарушения проходимости дистальной части холедоха
4 рефлюкса панкреатического сока
5 нарушения эвакуации из ДПК

Вопрос №5

Пациентам, перенесшим холецистэктомию, в послеоперационном периоде назначают:
1 морфин
2 кетопрофен
3 длительный постельный режим
4 фраксипарин
5 детралекс

Вопрос №6

Лапароскопическая холецистэктомия при воспалении желчного пузыря противопоказана в случаях:
1 деструктивного холецистита
2 распространенного перитонита
3 у пожилых пациентов
4 признаков воспаления поджелудочной железы
5 выявления камней во внепеченочных желчных протоках

Вопрос №7

При остром холецистите в сочетании с механической желтухой формирование холедоходуоденоанастомоза показано в случаях:
1 множественного холедохолитиаза

2 холангита

3 стриктуры дистальной части холедоха

4 острого панкреатита

5 блока дистального отдела холедоха

Вопрос №8

Диагностическая программа при неосложненном течении острого холецистита предусматривает:

1 ретроградную холангиопанкреатографию

2 лапароскопию

3 УЗИ

4 компьютерную томографию

5 физикальное обследование

Вопрос №9

Варианты холецистэктомии:

1 от шейки

2 от тела

3 от печени

4 от холедоха

5 от дна

Вопрос №10

Осложнениями острого холецистита являются:

1 острый перитонит

2 кишечная непроходимость

3 межорганные свищи

4 кровотечение

5 перивезикальный инфильтрат

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 4	2, 4	1, 2	2, 4	2, 4, 5	1, 3	3, 5	1, 5	1, 3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

4. Ред. Н.Н. Крылов Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2019

5. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2020

6. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2022

7. Ред. Н. В. Мерзликин Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

8. Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди ; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.] Хирургия по Шварцу: в 3 т, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Холецистит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/819_1/.
7. Желчнокаменная болезнь [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/877_1/.
8. Вязников В.А., Прокопьев Е.С. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих протоков в ургентной хирургии: учебное пособие, Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2023.

4. «Тему 1.10: Острый панкреатит» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого панкреатита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого панкреатита;
3) рассмотреть возможность использования искусственного интеллекта в установлении диагноза;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром панкреатите;
6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению панкреатита;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого панкреатита;
- принципы классификации острого панкреатита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого панкреатита;
- особенности клинического течения острого панкреатита у лиц разного возраста, беременных;
- дифференциальную диагностику острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого панкреатита;
- принципы расчета тяжести острого панкреатита при помощи искусственного интеллекта, основу которой составляют интегральные шкалы (Спб НИИ им. И.И. Джанелидзе, 1990, 2006, SOFA);
- лечебную тактику при остром панкреатите;
- показания к консервативному лечению, его направления;
- показания к оперативному лечению, виды и этапы операций при остром панкреатите;
- стандарты и протоколы при лечении острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром панкреатите;
- особенности оформления медицинской документации при остром панкреатите.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром панкреатите;

- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого панкреатита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого панкреатита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром панкреатите с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ;
- осуществлять расчет тяжести острого панкреатита при помощи интегральные шкалы (Спб НИИ им. И.И. Джанелидзе, 1990, 2006, SOFA, Baltazar);
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого панкреатита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у пациентов с острым панкреатитом, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым панкреатитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого панкреатита;
- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого панкреатита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого панкреавтита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром панкреатите;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого панкреатита;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром панкреатите в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый панкреатит».
2) Значение острого панкреатита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития, патогенез острого панкреатита.
4) Современные подходы к классификации острого панкреатита.
5) Основные клинические симптомы острого панкреатита: Воскресенского, Джанелидзе, Дежардена, Кача, Кертэ, Мейо-Робсона, и др.
6) Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
7) Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
8) Степени тяжести острого панкреатита, критерии шкал Спб НИИ им. И.И. Джанелидзе, 1990, 2006, SOFA, Baltazar;
9) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
10) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
11) Показания к консервативному лечению, принципы и направления фармакотерапии.
12) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация операций в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
13) Профилактика острого панкреатита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым панкреатитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый панкреатит;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

2) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре кожа и склеры физиологической окраски. Дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 24 в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови выявлена амилаземия. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром полностью купирован, отмечено снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, при УЗИ патологии не выявлено.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите диагностическую тактику при госпитализации пациента.
3. Основные направления лечения пациента.
4. Признаки патологии при ультразвуковом исследовании.

Рекомендации при выписке из стационара.

Алгоритм разбора:

1. Острый отечный панкреатит.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение амилазы, липазы, СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ желчных путей и поджелудочной железы.

3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия (в т.ч. с использованием метода «форсированного диуреза»), антисекреторная терапия (препараты сандостатинового ряда, ингибиторы протонной помпы), симптоматическая терапия (спазмолитики, прокинетики).

4. Увеличение размеров поджелудочной железы, повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы.

5. Строгое соблюдение диеты (исключение жирной, жареной пищи, специй, алкогольных напитков), наблюдение терапевтом с контролем биохимических показателей сахара крови (сахарная кривая и гликозилированный гемоглобин по показаниям), СРБ, копрограмма, контроль УЗИ через 1,6 месяцев после выписки из стационара, по показаниям контрольный осмотр хирургом.

4) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больная 58 лет, при вызове на дом участковому терапевту предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение. Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Через сутки боли стали интенсивными, приобрели опоясывающий характер.

Из анамнеза: 2 года назад обследована терапевтом по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась. Страдает гипертонической болезнью.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 160/90 мм.рт.ст. Температура тела 37,2^{O}С. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Мейо-Робсона, Ортнера, Кера положительные.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Трактовка эпонимной симптоматики.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта

Задача №2.

У больного 33 лет, злоупотребляющего алкоголем, сутки назад появилась резкая опоясывающая боль в верхней половине живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения, общая слабость. Приемом спазмолитиков и анальгетиков боли не купировались. Подобные явления отмечает впервые. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Температура тела 36,8^{O}С. Верхние отделы живота в акте дыхания не участвуют. При пальпации в эпигастральной области отмечается резкая болезненность и ригидность. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо- Робсона, Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не нарушено, диурез снижен.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. План лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Принципы консервативной терапии.

Задача №3.

Больной К., 47 лет при вызове участкового терапевта предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Заболел остро 2 суток назад после употребления маринованных грибов.

Ориентирован в пространстве и времени. При осмотре отмечается акроцианоз. Язык сухой, чистый. Частота дыхательных движений – 28 в минуту. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/60 мм.рт.ст. Живот был мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, больше в левом подреберье, перитонеальные симптомы не отчетливы.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
3. Сформулируйте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе.
4. Хирургическая тактика.
5. Принципы консервативного лечения.

Задача №4

Больной Р. 32 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной 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 вызвал бригаду скорой помощи на фоне нарастания симптоматики, был доставлен в экстренный хирургический стационар. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 92 ударов в минуту. Живот симметричный. При пальпации в эпигастрии и в левом подреберье определяется болезненность и ригидность. При перкуссии в верхних отделах живота – тимпанит. Перистальтика кишечника неравномерная, в верхних отделах резонирующая. Пульсация брыжеечной аорты не определяется. Симптомы Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В течение 20 часов консервативная терапия эффекта не дала: боли сохраняются, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружены очаги стеатонекроза, серозный выпот, гиперемия и отечность париетальной и висцеральной брюшины по левому флангу живота.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для диагностики заболевания.
4. Дифференциальная диагностика при госпитализации.
5. Определите дальнейшую лечебную тактику.

Задача №5.

Больная М. 56 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в поясницу, многократную рвоту съеденной пищей и желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,2^{O}С. Боли появились сутки назад после употребления жареной пищи. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. В анамнезе желчнокаменная болезнь, артериальная гипертензия.

Бригадой скорой помощи была доставлена в хирургический стационар, где спустя 3 суток после купирования желчной колики и явлений воспаления была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Назначено традиционное медикаментозное лечение.

Несмотря на проводимую инфузионную, противовоспалительную, антибактериальную терапию в течение 5 суток, послеоперационный период протекал тяжело. Сохранялись тупые боли в верхней половине живота, тошнота, упорная неукратимая рвота, которые уменьшались после введения обезболивающих средств. Нарастала тахикардия до 110-130 ударов в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,9ºС. Появилась иктеричность склер. Отмечалось резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики, несмотря на проведение стимуляции кишечника. Симптом Щеткина-

Блюмберга был сомнительный. Диурез снижен. По улавливающему дренажу – до 150 мл в сутки серозно-геморрагического отделяемого. В анализах крови: лейкоцитов -16,8х10^9/л, амилаза крови-512 ед/л, билирубин – 30 мкмоль/л за счет прямой фракции.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №6.

В экстренное хирургическое отделение бригадой скорой помощи доставлен больной П. 46 лет в состоянии алкогольного опьянения. Контакт с больным затруднен. Со слов сопровождающих, около 3 суток назад после злоупотребления алкоголем, жаловался на появление острых резких интенсивных болей в верхней половине живота, которые затем приобрели разлитой характер. Была неоднократная, неукротимая рвота с примесью желчи.

При поступлении состояние тяжелое. Лицо бледное. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст. Температура тела в норме. Живот вздут, болезненный во всех отделах, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Был взят на операцию в экстренном порядке после дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. На операции: в брюшной полости геморрагический выпот, отек и геморрагическая имбибиция большого сальника и брыжейки поперечно-ободочной кишки. Висцеральная брюшина гиперемирована. Петли кишечника раздуты, вяло перистальтируют. Забрюшинная клетчатка отечна, с участками ткани бурого цвета.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные исследования, проведенные дооперационно.
3. Определите объем оперативного вмешательства.
4. Принципы дальнейшей консервативной терапии.

Задача №7.

Больная Л. 58 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в поясницу, больше слева, повторную рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения, слабость.

Заболела остро 3 дня назад, когда после погрешности в диете, появились боли в эпигастрии, горечь во рту, неукротимая рвота, частый жидкий стул, а затем – вздутие живота, метеоризм, урчание. Принимала спазмолитики и анальгетики – без эффекта. Боли усилились, стали постоянными. Бригадой скорой помощи доставлена в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления впервые. В анамнезе гипертоническая болезнь.

Состояние больной средней тяжести. Больная повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот вздут, болезненный и ригидный в эпигастральной области. Пульсация брюшной аорты не определяется. Печень у края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии по левому флангу притупление перкуторного звука. Симптом Мейо-Робсона положительный. Симптомы Ортнера, Кера – слабоположительные. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически определяется повышенная пневматизация поперечно-ободочной кишки, высокое стояние купола диафрагмы.

В крови лейкоцитов – 12,0х10^9/л, глюкоза – 7 ммоль/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Основные направления консервативной терапии.

Задача №8.

Больной 24 лет поступил через 12 часов с жалобами на сильные, внезапно возникшие боли в эпигастрии постоянного характера, многократную рвоту с примесью желчи, что связывает с обильным приемом пищи и алкоголя. В анамнезе аппендэктомия нижнесрединным доступом.

Состояние при поступлении тяжелое, стонет от болей. Бледен, лицо покрыто холодным потом. Пульс – 112 ударов в минуту, АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, больше в верхних отделах, где отмечаются резкая болезненность и напряжение при пальпации. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослабленная, неравномерная, пульсация брюшной аорты не определяется. Перкуторно – в отлогих местах притупление. Стула не было в течение суток. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе: лейкоцитов - $14{,}2 \times 10^9$/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Назовите основные патогенетические звенья процесса.
4. Перечислите основные принципы лечебной тактики.

Задача №9.

При обращении к участковому терапевту поликлиники больной Н. 48 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) опоясывающего характера, многократную рвоту. Заболел остро 4 часа назад. Рвота появилась через 1 час после начала заболевания, рвотные массы носили дуоденальный характер.

Из анамнеза известно, что 2 года назад больной был оперирован по поводу желчнокаменной болезни - произведена холецистэктомия. Год назад находился на обследовании с подозрением на «забытый камень» холедоха, хронический панкреатит. Результаты обследования неизвестны.

При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена, печень не увеличена.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Маршрутизация пациента.
4. Лечебная тактика.
5. Перечислите принципы лечения данного больного.

Задача №10.

Больная С. 67 лет вызвала дежурного терапевта поликлиники по поводу на желтушного окрашивания кожи и склер, тянущих болей в животе с иррадиацией в поясницу, тошноту, повторной рвоты желчью, не приносящей облегчения, слабости, потливости, ознобов, потемнения мочи. Больна в течение 8 суток, когда отметила появление болевого синдрома. Приступы боли купировала но-шпой, после чего, со слов больной, их интенсивность уменьшилась. Спустя 3 суток отметила появление желтушности кожи, склер, темную мочу. Сегодня на фоне повышения температуры до 39 ºС, сопровождающейся чувством слабости, потливости, озноба, вызвала участкового терапевта.

Состояние тяжелое. Температура тела 39ºС. Желтушность кожи и склер. Язык покрыт коричневым налетом. Пульс – 130 ударов в минуту, АД – 110/80 мм.рт.ст. Живот вздут. При пальпации – некоторое напряжение и болезненность по всему животу, больше в правом подреберье и эпигастрии. Симптомы Ортнера, Кера, Мейо-Робсона положительные, Щеткина-Блюмберга отрицателен. Перкуторно – тимпанит с притуплением перкуторного звука в отлогих местах. Перистальтика ослаблена.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите возможные причины заболевания, основные патогенетические звенья процесса.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Перечислите дальнейший порядок действий врача первичного звена.
5. 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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы, факторы «защиты».
2) Определение понятия острого панкреатита, частота его встречаемости.
3) Этиопатогенез острого панкреатита, его «пусковые» механизмы.
4) Классификация острого панкреатита.
5) Клинические особенности фаз течения острого панкреатита.
6) Критерии патогенетической и индикаторной ферментативной диагностики панкреатита.
7) Морфологические формы острого панкреатита, критерии диагностики.
8) Критерии тяжести острого панкреатита.
9) Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
10) Подходы к лечению болевого синдрома.
11) Особенности антибактериальной терапии панкреонекроза.
12) Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.
13) Принципы адекватного интраоперационного дренирования в лечении острого панкреатита.
14) Способы афферентной терапии острого панкреатита.
15) Особенности клиники, диагностики, лечения билиарного панкреатита.
16) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
17) Принципы ведения послеоперационного периода.
18) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым панкреатитом.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Тяжесть панкреонекроза определяется:

1 высокими цифрами уровня амилазы крови
2 наличием полиорганной недостаточности
3 нарастанием прокальцитонина
4 выраженным болевым синдромом
5 повышением температуры

Вопрос №2

Морфологическими признаками отечного панкреатита являются:

1 увеличение размеров поджелудочной железы
2 сохранение дольчатой структуры
3 наличие очагов некроза парапанкреатической клетчатки
4 геморрагический выпот в брюшной полости
5 уменьшение размеров поджелудочной железы

Вопрос №3

При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

1 многократная рвота
2 опоясывающие боли
3 симптом Мейо-Робсона
4 стеариновые пятна на коже передней брюшной стенки
5 симптом Бартомье-Михельсона

Вопрос №4

Диагностика острого панкреатита включает:

1 целиакографию
2 УЗИ брюшной полости
3 рентгеноскопию желудка и ДПК бариевой смесью
4 лапароскопию
5 компьютерную томографию

Вопрос №5

Для лечения острого панкреатита применяют:
1 пантапразол
2 варфарин
3 диосмин
4 сандостатин
5 морфин

Вопрос №6

Основными агрессивными звеньями патогенеза острого панкреатита являются:
1 аминотрансфераза
2 эластаза
3 фосфолипаза
4 трипсин
5 щелочная фосфотаза

Вопрос №7

Основные направления патогенетического лечения острого панкреатита:
1 подавление экскреторной деятельности железы
2 ликвидация гиповолемии
3 инактивация панкреатических ферментов
4 анальгетическая терапия
5 экстракорпоральная детоксикация

Вопрос №8

Триада Мондора включает:
1 наличие рвоты
2 запоры
3 явления желтухи
4 вздутие живота
5 боли в эпигастрии

Вопрос №9

Лапароскопическими признаками панкреонекроза являются:
1 геморрагический выпот
2 кровь
3 гнойный экссудат
4 бляшки стеатонекроза
5 наложения фибрина на брюшине

Вопрос №10

Для дифференциации острого панкреатита с перфорацией гастродуоденальной язвы необходимо выполнить:
1 обзорную рентгеноскопию брюшной полости

2 лапароскопию

3 ангиографию

4 гастродуоденоскопию

5 общий анализ крови

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 2	1, 2, 3	2, 4, 5	1, 4	2, 3, 4	1, 2, 3, 5	1, 4, 5	1, 4	1, 2, 4

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

4. Ред. Н.Н. Крылов Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2019

5. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2020

6. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2022

7. Ред. Н. В. Мерзликин Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

8. Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди ; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.] Хирургия по Шварцу: в 3 т, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017

2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014

3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

4. Никитин Н.А. и др. Основы диагностики острого панкреатита и его осложнений: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.

5. Никитин Н.А. и др. Хирургическая тактика при остром панкреатите: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2012.

6. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.

7. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

8. Острый панкреатит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/903_1/.

9. Вязников В.А., Прокопьев Е.С. Острый панкреатит: учебное пособие, Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2023.

5. «Тему 1.14: Острый перитонит» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике острого перитонита, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при остром перитоните.

Задачи:

1) рассмотреть определение, распространенность острого перитонита;
2) изучить причины, патогенез, классификацию острого перитонита;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого перитонита;
4) рассмотреть возможность использования искусственного интеллекта при установлении заболевания;
5) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
6) изучить принципы профилактики развития острого перитонита.
7) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром перитоните;
8) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
9) изучить принципы периоперационного периода у пациентов с острым перитонитом.

Обучающийся должен знать:

- анатомо-физиологические особенности брюшины;
- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого перитонита;
- принципы классификации острого перитонита;
- основные патологические симптомы и синдромы острого перитонита;
- клинические проявления основных синдромов острого перитонита;
- критерии верификации осложненной интраабдоминальной инфекции для установления диагноза острого перитонита при помощи искусственного интеллекта;
- особенности клинического течения острого перитонита у лиц разного возраста;
- дифференциальную диагностику острого перитонита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого перитонита;
- особенности оформления медицинской документации при остром перитоните.
- характеристику синдрома системной воспалительной реакции, причины и условия ее развития;
- лечебную тактику при различных формах острого перитонита;
- показания к хирургическому лечению, виды и этапы операций;
- стандарты и протоколы при лечении острого перитонита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи;
- особенности оформления медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром перитоните;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы острого перитонита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого перитонита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели при остром перитоните с учетом возрастных особенностей;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- сформулировать клинический диагноз;
- применять искусственные интеллектуальные шкалы (qSOFA, SOFA) при установлении диагноза острого перитонита;
- заполнять медицинскую документацию у пациентов с острым перитонитом в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ,
- разработать индивидуальный план маршрутизации в зависимости от вида оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом особенностей острого перитонита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения;
- с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию в периоперационном периоде, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов;

Обучающийся должен владеть:

- способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности при диагностике острого аппендицита;

- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого перитонита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого перитонита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- теоретическими и методическими основами профилактики острого перитонита;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде;
- способностью оформлять медицинскую документацию при остром перитоните в соответствии с установленными требованиями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый перитонит».
2) Значение острого перитонита в разделе экстренной хирургии.
3) Причины и механизмы развития острого перитонита.
4) Основные патогенетические процессы, развивающиеся при остром перитоните.
5) Современная классификация острого перитонита.
6) Основные клинические симптомы острого перитонита.
7) Характеристика синдрома системной воспалительной реакции, сепсиса, септического шока.
8) Алгоритм дополнительной диагностики острого перитонита. методы исследования при остром перитоните.
9) Изменения лабораторных показателей при остром перитоните
10) Инструментальные критерии острого перитонита.
11) Клинические особенности течения острого перитонита в зависимости от причины и распространенности.
12) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
13) Профилактика развития острого перитонита.
14) Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
15) Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
16) Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
17) Способы завершения операции.
18) Основные направления послеоперационного лечения.
19) Этапное лечение острого перитонита.
20) Профилактика развития острого перитонита.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым перитонитом (при наличии).
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения острого перитонита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого перитонита, составлению плана диагностических мероприятий.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лабораторное и инструментальное обследование (перечислить необходимые диагностические мероприятия).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет (вес 70 кг, рост 180 см) поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, вздутие живота, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Болен в течение 36 часов. Накануне утром внезапно появились боли в эпигастрии. Самостоятельно вызывал рвоту, облегчения после которой не отмечал. Врач «Скорой помощи» ввел больному но-шпу и анальгин, после чего боли в животе несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились и распространились по всему животу, появилось вздутие живота. Утром был вызван участковый врач, больной направлен в экстренное хирургическое отделение. Ранее заболеваний желудка и кишечника не отмечает. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию. Травм не было. У отца – язвенная болезнь ДПК. Курит с 18 лет. Работает водителем на междугородних маршрутах.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Температура тела 37,5ºС. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/50 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыханий – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечника шумы не выслушиваются. Стул и газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено, мочи около 400 мл в сутки.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся клинической ситуации.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. План дополнительной диагностики.
4. Определите определяющий метод диагностики, ожидаемые результаты при его проведении.
5. Профилактика данного заболевания.

Алгоритм разбора задачи.

1) Перфорация гастродуоденальной язвы.

2) Язвенная болезнь, впервые выявленная, осложненная перфорацией. Острый разлитой перитонит с септическим шоком (как вариант - терминальная стадия, декомпенсация (гнойная токсемия, паралитическая кишечная непроходимость, дегидратация тяжелой степени, декомпенсированный метаболический ацидоз).

3) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевина, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (К+, Na+, Cl-), кщс. Анализ крови на RW. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

4) Обзорная рентгенография органов брюшной полости – положительный симптом Жобера (наличие свободного газа под куполом диафрагмы).

5) Отказ от курения, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров, режим питания (кратность, сбалансированность), избегание стрессовых ситуаций.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная В., 38 лет поступила в стационар через 3 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее локализовались в правой подвздошной области, За медицинской помощью не обращалась. С течением времени боли уменьшились, носили тупой

постоянный характер. Отмечала повышение температуры до 37,6°С. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилилась, распространились по всему животу, стало трудно дышать.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт вступает, ориентирована в месте, времени, себе. Беспокойна, часто меняет место положения, стонет от боли. Кожа бледноватая, теплая. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 98/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печень, желчный пузырь не пальпируются из-за мышечного напряжения. Перкуторно свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика вялая, «шума плеска» не определяется. Температура при поступлении 38,6°С.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Задача №2.

Больной Ф., 33 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, однократную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выявлено, что в течение 1 недели отмечает появление периодических болей в верхних отделах живота, которые возникали чаще ночью, проходили после приема пищи через 1,5-2 часа. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. Подобные явления впервые

Объективно: состояние тяжелое. Не может лечь, стоит на корточках. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Во всех отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Перечислите основные диагностические мероприятия.
4. Ожидаемые результаты исследований.
5. Профилактика возникшей ситуации.

Задача №3.

Больной У., 32 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в надплечья, усиливающиеся при смене местоположения, дыхании, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда начали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, там же чувство тяжести. До этого в течение 1 месяца лечился стационарно с диагнозом: острый стерильный панкреонекроз с формированием псевдокисты тела и хвоста поджелудочной железы. Неоднократно осматривался хирургом, выполнялось УЗИ. По данным последнего УЗИ (около 1 месяца назад): псевдокиста в проекции тела и хвоста поджелудочной железы напряжена, размерами 120х100х80 мм общим объемом около 1000 см³, стенка 2 мм. Назначена госпитализация для планового оперативного лечения через 1 месяц. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда после падения на живот появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении состояние тяжелое. Вступает в контакт. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, частота дыхания – 24 в минуту. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненность и ригидность во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. При перкуссии в отлогих местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш диагноз.

3. Дополнительные методы обследования
4. Дифференциальная диагностика.

Задача №4.

Больной Ф. 66 лет был доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту.

В течение 3 лет страдает паховой грыжей справа. Около 12 часов назад после поднятия тяжести возникли резкие боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться, появилась рвота. Самостоятельно вправил грыжу, что сопровождалось резкими болями в области грыжи. Спустя 1 час появились боли в животе, рвота повторялась. В течение этого времени боли нарастали, распространились по всему животу. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

Состояние тяжелое. Кожа бледноватая. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный, ригидный во всех отделах, больше в нижних. Симптомы раздражения брюшины положительные. Так же положителен симптом Спижарного. Аускультативно в нижних отделах – определяется «шум плеска». В правой половине мошонки в грыжевом мешке определяется жидкостное образование, расширение наружного пахового кольца до 3 см.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется, нависание передней стенки прямой кишки, исследование болезненное.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №5.

Больная Н., 84 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым, задержку стула, газов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза. 3 года назад в онкодиспансере установлен диагноз рака сигмовидной кишки без выявленных метастазов (выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, гистологически - высокодифференцированная аденокарцинома). От предложенной операции отказалась. В течение этого времени периодически беспокоят боли в животе, стул бывает после клизмы. Ухудшение состояния в течение суток: боли по всему животу, появилась рвота пищей. В течение последних 6 часов боли приняли интенсивный характер, рвота стала носить каловый характер. Стула не было 3 суток, постановка клизмы эффекта не принесла.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна, адекватна. Положение вынужденное (сидя согнувшись). Пониженного питания, тургор кожи снижен. Кожа бледная, теплая. Язык суховат. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, левая половина отстает в акте дыхания. При пальпации живот болезненный, напряженный в левой половине, в остальных отделах мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в левых отделах. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, определяется «шум плеска» над всей поверхностью живота.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер зияет, исследование резко болезненное.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №6.

Больной В., 75 лет доставлен в хирургический стационар с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа – боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Транспортирован бригадой скорой помощи. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту, АД – 140/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, по правому флангу. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
5. Дополнительные методы обследования.

Задача №7.

Больной Щ. 34 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, больше в верхних отделах, вздутие живота, многократную рвоту, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,6°С.

Болен в течение 3-х суток, когда после длительного злоупотребления алкоголем появились умеренные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, многократная рвота, не приносящая облегчения. Самостоятельно принимал баралгин, кеторол с незначительным эффектом. Ухудшение состояния в течение сегодняшнего дня: боли в животе распространились по всему животу, кратковременно терял сознание. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение стационара.

При поступлении состояние тяжелое. Контакту доступен, заторможен. Выраженная гиперемия кожи лица, склеры физиологичны. Повышенного питания. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, больше слева, хрипов нет, частота дыхания – 20 ударов в минуту. Пульс на периферии слабого наполнения, частота – 100 ударов в минуту, АД – 80/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет выраженной подкожной клетчатки, симметрично вздут, на коже боковых отделов петехиальные кровоизлиянии синюшного цвета. При пальпации резкая болезненность и ригидность в верхних отделах живота. В остальных отделах живот болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга над всей поверхностью живота. Печень и желчный пузырь из-за выраженного мышечного напряжения пальпировать не удается, по этой же причине не определяется пульсация брюшного отдела аорты. Перкуторно край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, притупление перкуторного звука по боковым каналам. Перистальтика вялая.

Стула не было в течение 4-х суток, мочился мало в течение 2-х суток.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы обследования.

Задача №8.

Больной Ф. 43 лет госпитализирован в терапевтический стационар с жалобами на боли в животе, периодические изжоги.

Из анамнеза заболевания. Около 20 лет назад выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы, после чего был пролечен в терапевтическом отделении. В течение этого времени к терапевту не обращался, профилактически не лечился. Около месяца отмечает появление периодических изжог, болей в верхних отделах живота, которые самостоятельно купировал приемом раствора соды. Ухудшение состояния около 2 часов назад: боли стали интенсивными

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, по правому флангу, там же

определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

У больного заподозрено обострение язвенной болезни, запланировано проведение ФГДС. На следующий день до проведения исследования состояние пациента резко ухудшилось. При повторном осмотре состояние больного тяжелое. В сознании, контактен. Со стороны легких, сердца без динамики. Пульс – 92 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации определяется выраженное напряжение мышц в эпигастрии, по правому флангу, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Профилактика развившегося состояния.

Задача №9.

Больной Г. 63 лет доставлен в хирургический стационар с жалобами постоянные боли в нижних отделах живота интенсивного характера.

Из анамнеза заболевания. Около 1 года назад установлен диагноз неспецифического язвенного проктосигмоидита. Принимал периодически спазмолитики, курсами месалазин. Ухудшение состояния около 2 часов назад: на фоне полного здоровья развились жалобы вышеуказанного характера.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы. Пульс – 72 удара в минуту, ритмичный, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области над лоном, там же определяется ригидность мышц при глубокой пальпации. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. перитонеальных симптомов нет. Перистальтика равномерная.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики.

Задача №10.

Больная В. 54 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза выявлено, что около 3 недель назад выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. В послеоперационном периоде длительно лихорадила, вследствие чего получала антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию. После выписки из стационара на протяжении последних 3 суток отмечает появление болей в правом подреберье, усиливающихся при глубоком дыхании, повышение температуры до 38 градусов, сопровождающееся чувством познабливания.

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, чистый. В легких дыхание без хрипов проводится во все отделы с частотой – 16 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, частота – 82 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Визуально мягкие ткани области послеоперационных рубцов без воспалительных изменений. При пальпации определяется локальная болезненность и защитное мышечное напряжение в правом подреберье, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы.

1. Возможные причины развившейся ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики

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 рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности брюшины.
2) Определение острого перитонита.
3) Причины, патогенез острого перитонита.
4) Современные принципы классификации острого перитонита.
5) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого перитонита.
6) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
7) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого перитонита.
8) Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.
9) Принципы дифференции патологии внутренних органов с острым перитонитом.
10) Профилактика развития острого перитонита.
11) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым перитонитом.
12) Маршрутизация пациентов с острым перитонитом.
13) Показания и основные направления консервативной терапии острого перитонита.
14) Показания, виды, основные этапы оперативного вмешательства при остром перитоните, принципы предоперационной подготовки.
15) Способы завершения операции.
16) Основные направления послеоперационного лечения.
17) Этапное лечение острого перитонита.
18) Профилактика развития острого перитонита.

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается при:

1 туберкулезном перитоните
2 жировом панкреонекрозе
3 желудочно-кишечном кровотечении
4 перекрученной кисте яичника
5 некрозе участка кишки

Вопрос №2

Вторичный перитонит возникает вследствие:

1 неизвестных факторов
2 острого панкреатита
3 ВИЧ-инфекции
4 острого аппендицита
5 острой кишечной непроходимости

Вопрос №3

По происхождению выделяют следующие разновидности перитонита:

1 спонтанный
2 первичный
3 третичный
4 идиопатический
5 вторичный

Вопрос №4

Для поздней стадии перитонита характерно:

1 вздутие живота

2 обезвоживание
3 исчезновение кишечных шумов
4 полиурия
5 усиленной перистальтики

Вопрос №5

Абсолютными симптомами перфорации полого органа являются:
1 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
2 отсутствие перистальтических шумов
3 симптом «серпа»
4 положительные симптомы раздражения брюшины
5 отсутствие печеночной тупости

Вопрос №6

При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:
1 при перфорации язвы желудка
2 лимфогенно
3 при аднексите
4 гематогенным путем
5 при ранении кишечника

Вопрос №7

При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать:
1 снижения дыхательной экскурсии легких
2 высокого стояния купола диафрагмы
3 свободного газа под куполом диафрагмы
4 содружественного выпота в плевральной полости
5 боли, иррадиирующих в область сердца

Вопрос №8

Начальную фазу перитонита характеризуют:
1 вздутие живота
2 многократная рвота
3 резкие электролитные сдвиги
4 напряжение мышц брюшной стенки
5 тенденция к нарастанию лейкоцитоза

Вопрос №9

Наиболее частыми причинами перитонита являются:
1 послеоперационное осложнение
2 брюшной тиф
3 перфорация гастродуоденальной язвы
4 кишечная непроходимость
5 перфоративный аппендицит

Вопрос №10

Абсолютными признаками острого перитонита являются:
1 лейкоцитоз с левым сдвигом
2 высокие показатели СРБ
3 симптом Жобера

4 гектическая лихорадка

5 наличие гнойного выпота при лапароскопии

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	4, 5	2, 4, 5	2, 3, 5	1, 2, 3	3, 5	2, 4	1, 2, 4	4, 5	3, 5	3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
3. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия [электронный ресурс], М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
4. Ред. Н.Н. Крылов Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2-х томах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2019
5. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2020
6. М.И. Кузин, Н.М. Кузин, В.А. Кубышкин Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник, 5-е изд., перераб. и дополненное: М: ГЭОТАР- Медиа, 2022
7. Ред. Н. В. Мерзликин Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023
8. Гл. ред. Ф. Ч. Бруникарди; ред. пер. с англ.: А. Ш. Ревишвили [и др.] Хирургия по Шварцу: в 3 т, М: ГЭОТАР- Медиа, 2023

Дополнительная:

1. Лагун М.А., Харитонов Б.С.; под ред. С. В. Вертянкин, Курс факультетской (аналитической) хирургии в рисунках, таблицах и схемах, М: ГЭОТАР-Медиа, 2017
2. Хубутия М.Ш., Ярцев П.А. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Правила оформления медицинской документации в стационаре хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, Киров: Кировская ГМА, 2016.
5. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Острый перитонит [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2017. Режим доступа: https:// www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines.
7. Сепсис у взрослых [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации, Российское общество хирургов, 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/898_1/.
8. Вязников В.А., Прокопьев Е.С. Перитонит: учебное пособие, Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2024.

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«16» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой Е.С. Прокопьев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра факультетской хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

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

«Факультетская хирургия, урология»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия
Форма обучения - очная

1. 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
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента						
Знать	Фрагментарные знания основы медицинской деонтологии	Общие, но не структурированные знания основы медицинской деонтологии	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основы медицинской деонтологии	Сформированные систематические знания основы медицинской деонтологии	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение устанавливать контакт с пациентом, получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии, о перенесенных болезнях и хи-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение устанавливать контакт с пациентом, получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения,	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения устанавливать контакт с пациентом, получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной	Сформированное умение устанавливать контакт с пациентом, получать информацию о жалобах, сроках начала заболевания, сроках первого и повторного обращения, проведенной терапии, о перенесенных болезнях и хи-	Контрольные вопросы, чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков, контрольные вопросы

	рургических вмешательства х	проведенной терапии, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х	терапии, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х	рургических вмешательства х		
Владеть	Фрагментарное применение навыков сбора анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия); анамнеза жизни (получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х (какие и в каком возрасте)	В целом успешное, но не систематическое применение навыков сбора анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия); анамнеза жизни (получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х (какие и в каком возрасте)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков сбора анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия); анамнеза жизни (получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х (какие и в каком возрасте)	Успешное и систематическое применение навыков сбора анамнеза болезни (жалобы, сроки начала заболевания, сроки первого и повторного обращения, проведенная терапия); анамнеза жизни (получения и оценки информации о перенесенных болезнях и хирургических вмешательства х (какие и в каком возрасте)	Контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи, чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков, контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи
ИД ОПК 4.3. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)						
Знать	Фрагментарные знания методики проведения физикального обследования пациента	Общие, но не структурированные знания методики проведения физикального обследования пациента	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методики проведения физикального обследования пациента	Сформированные систематические знания методики проведения физикального обследования пациента	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение проводить внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения проводить внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов	Сформированное умение проводить внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию пациентов	Чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков

Владеть	Фрагментарное применение навыков определения эпонимных симптомов хирургических и урологических заболеваний	В целом успешное, но не систематическое применение навыков определения эпонимных симптомов хирургических и урологических заболеваний	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков определения эпонимных симптомов хирургических и урологических заболеваний	Успешное и систематическое применение навыков определения эпонимных симптомов хирургических и урологических заболеваний	Ситуационные задачи	Тестовые задания, ситуационные задачи
ИД ОПК 4.4. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента						
Знать	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, клинической симптоматики болезней и состояний хирургического профиля	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, клинической симптоматики болезней и состояний хирургического профиля	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, клинической симптоматики болезней и состояний хирургического профиля	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, клинической симптоматики болезней и состояний хирургического профиля	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение оценивать результаты клинической диагностики при болезнях и состояниях, требующих хирургического лечения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать результаты клинической диагностики при болезнях и состояниях, требующих хирургического лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать результаты клинической диагностики при болезнях и состояниях, требующих хирургического лечения	Сформированное умение оценивать результаты клинической диагностики при болезнях и состояниях, требующих хирургического лечения	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков установления предварительного диагноза, планирования лабораторно-инструментального обследования	В целом успешное, но не систематическое применение навыков установления предварительного диагноза; планирования лабораторно-инструментального обследования	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков установления предварительного диагноза; планирования лабораторно-инструмен-	Успешное и систематическое применение навыков установления предварительного диагноза; планирования лабораторно-инструментального обследования	Ситуационные задачи, чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков, ситуационные задачи

			тального обследования			
ИД ОПК 4.5. Направляет пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания показания, последовательность и сроки проведения лабораторного и инструментального обследования при заболеваниях хирургического профиля	Общие, но не структурированные знания показания, последовательность и сроки проведения лабораторного и инструментального обследования при заболеваниях хирургического профиля	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания показания, последовательность и сроки проведения лабораторного и инструментального обследования при заболеваниях хирургического профиля	Сформированные систематические знания показания, последовательность и сроки проведения лабораторного и инструментального обследования при заболеваниях хирургического профиля	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать необходимость, объем и порядок проведения лабораторного и инструментального обследования	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать необходимость, объем и порядок проведения лабораторного и инструментального обследования	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения обосновывать необходимость, объем и порядок проведения лабораторного и инструментального обследования	Сформированное умение обосновывать необходимость, объем и порядок проведения лабораторного и инструментального обследования	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков направления на лабораторное и инструментальное обследование	В целом успешное, но не систематическое применение навыков направления на лабораторное и инструментальное обследование	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков направления на лабораторное и инструментальное обследование	Успешное и систематическое применение навыков направления на лабораторное и инструментальное обследование	Ситуационные задачи, чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков, ситуационные задачи
ИД ОПК 4.7. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/ состояниями, в том числе неотложными						
Знать	Фрагментарные знания причин воз-	Общие, но не структурированные знания	Сформированные, но содержащие от-	Сформированные систематические зна-	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы

	никновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов	причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов	дельные пробелы знания причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов	ния причин возникновения и патогенетических механизмов развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов		
Уметь	Частично освоенное умение выделять ведущие синдромы, составлять алгоритм дифференциальной диагностики	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выделять ведущие синдромы, составлять алгоритм дифференциальной диагностики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выделять ведущие синдромы, составлять алгоритм дифференциальной диагностики	Сформированное умение выделять ведущие синдромы, составлять алгоритм дифференциальной диагностики	Контрольные вопросы, тестовые задания	Контрольные вопросы, тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	В целом успешное, но не систематическое применение навыков дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	Успешное и систематическое применение навыков дифференциальной диагностики с другими заболеваниями	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
ИД ОПК 4.8. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)						
Знать	Фрагментарные знания клинических и международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Общие, но не структурированные знания клинических и международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знаний клинических и международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Сформированные систематические знания клинических и международной статистической классификаций болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение применять	В целом успешное, но не системати-	В целом успешное, но содержащее	Сформированное умение применять	Тестовые задания	Тестовые задания

	классификационные принципы	чески осуществляемое умение применять классификационные принципы	отдельные пробелы умение применять классификационные принципы	классификационные принципы		
Владеть	Фрагментарное применение навыков установления диагноза с учетом действующих клинических и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	В целом успешное, но не систематическое применение навыков установления диагноза с учетом действующих клинических и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков установления диагноза с учетом действующих клинических и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Успешное и систематическое применение навыков установления диагноза с учетом действующих клинических и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач						
ИД ОПК 5.3. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме						
Знать	Фрагментарные знания современных методов лабораторной и инструментальной диагностики	Общие, но не структурированные знания современных методов лабораторной и инструментальной диагностики	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знаний современных методов лабораторной и инструментальной диагностики	Сформированные систематические знания современных методов лабораторной и инструментальной диагностики	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем в норме	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем в норме	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем в норме	Сформированное умение анализировать закономерности функционирования различных органов и систем в норме	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков интерпретации	В целом успешное, но не систематическое приме-	В целом успешное, но содержащее отдельные	Успешное и систематическое применение навыков	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи

	результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики	нение навыков интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики	пробелы применение навыков интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики	интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных методов диагностики		
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.1. Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания структуры и действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «хирургия» и «урология»	Общие, но не структурированные знания структуры и действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «хирургия» и «урология»	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знаний структуры и действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «хирургия» и «урология»	Сформированные систематические знания структуры, действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по профилю «хирургия» и «урология»	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать хирургическую стратегию	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать хирургическую стратегию	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения разрабатывать хирургическую стратегию	Сформированное умение разрабатывать хирургическую стратегию	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления плана лечения	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления плана лечения	Успешное и систематическое применение навыков составления плана лечения	Ситуационные задачи, чек-лист оценки практических навыков	Чек-лист оценки практических навыков, ситуационные задачи
ИД ОПК 7.2. Применяет план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания	Общие, но не структуриро-	Сформированные, но со-	Сформированные система-	Контрольные	Контрольные

	принципов и правил оказания медицинской помощи при заболеваниях, требующих хирургического вмешательства	ванные знания принципов и правил оказания медицинской помощи при заболеваниях, требующих хирургического вмешательства	держащие отдельные пробелы знаний принципов и правил оказания медицинской помощи при заболеваниях, требующих хирургического вмешательства	тические знания принципов и правил оказания медицинской помощи при заболеваниях, требующих хирургического вмешательства	вопросы	вопросы
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать показания для оперативного и консервативного лечения, выбора мероприятий при их реализации	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать показания для оперативного и консервативного лечения, выбора мероприятий при их реализации	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения обосновывать показания для оперативного и консервативного лечения, выбора мероприятий при их реализации	Сформированное умение обосновывать показания для оперативного и консервативного лечения, выбора мероприятий при их реализации	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи при заболеваниях хирургического и урологического профилей	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оказания медицинской помощи при заболеваниях хирургического и урологического профилей	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оказания медицинской помощи при заболеваниях хирургического и урологического профилей	Успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи при заболеваниях хирургического и урологического профилей	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи
ИД ОПК 7.3. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания современных методов медикаментозной терапии, группы лекарственных препаратов	Общие, но не структурированные знания современных методов медикаментозной терапии, группы лекарственных препаратов	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знаний современных методов медикаментозной терапии, группы лекарственных препаратов	Сформированные систематические знания современных методов медикаментозной терапии, группы лекарственных препаратов	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично	В целом	В целом	Сформирован-	Тестовые	Тестовые

	освоенное умение обоснованного назначения этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения с учетом диагноза и клинической картины заболевания	успешное, но не систематически осуществляемое умение обоснованного назначения этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения с учетом диагноза и клинической картины заболевания	успешное, но содержащее отдельные пробелы умения обоснованного назначения этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения с учетом диагноза и клинической картины заболевания	ное умение назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечения с учетом диагноза и клинической картины заболевания	задания	задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков разработки оптимальных схем применения лекарственных препаратов	В целом успешное, но не систематическое применение навыков разработки оптимальных схем применения лекарственных препаратов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков разработки оптимальных схем применения лекарственных препаратов	Успешное и систематическое применение навыков разработки оптимальных схем применения лекарственных препаратов	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи
ИД ОПК 7.4. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания современных методов немедикаментозного лечения	Общие, но не структурированные знания современных методов немедикаментозного лечения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знаний современных методов немедикаментозного лечения	Сформированные систематические знания современных методов немедикаментозного лечения	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать показания к применению методов немедикаментозного лечения, составлять алгоритм оперативного вмешательства	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать показания к применению методов немедикаментозного лечения, составлять алгоритм	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения обосновывать показания к применению методов немедикаментозного лечения, составлять алгоритм оперативного	Сформированное умение обосновывать показания к применению методов немедикаментозного лечения, составлять алгоритм оперативного вмешательства	Тестовые задания	Тестовые задания

		оперативного вмешательства	вмешательства			
Владеть	Фрагментарное применение навыков назначения немедикаментозного лечения при планировании периоперационного периода, планирования оперативного вмешательства	В целом успешное, но не систематическое применение навыков назначения немедикаментозного лечения при планировании периоперационного периода, планирования оперативного вмешательства	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков назначения немедикаментозного лечения при планировании периоперационного периода, планирования оперативного вмешательства	Успешное и систематическое применение навыков назначения немедикаментозного лечения при планировании периоперационного периода, планирования оперативного вмешательства	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи
ИД ОПК 7.5. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения						
Знать	Фрагментарные знания механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению	Общие, но не структурированные знания механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению	Сформированные систематические знания механизмов действия медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению	Контрольные вопросы	Контрольные вопросы
Уметь	Частично освоенное умение оценивать эффективность применения методов медикаментозного и немедикаментозного лечения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать эффективность применения методов медикаментозного и немедикаментозного лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать эффективность применения методов медикаментозного и немедикаментозного лечения	Сформированное умение оценивать эффективность применения методов медикаментозного и немедикаментозного лечения	Тестовые задания	Тестовые задания
Владеть	Фрагментарное применение навыков планирования дальнейшей тактики при неэффективно-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков планирования дальнейшей	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков планирова-	Успешное и систематическое применение навыков планирования дальнейшей тактики при	Ситуационные задачи	Ситуационные задачи

	сти применяемого лечения	тактики при неэффективности применяемого лечения	ния дальнейшей тактики при неэффективности применяемого лечения	неэффективности применяемого лечения		

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	*Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*
ОПК-4	**Примерные контрольные вопросы к экзамену** **(с №1 по №43 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1 Особенности сбора жалоб и анамнеза при остром аппендиците и его осложнениях. 2 Особенности сбора жалоб и анамнеза при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях. 3 Стадии желчнокаменной болезни: особенности сбора жалоб и анамнеза. 4 Особенности сбора жалоб и анамнеза при остром холецистите. 5 Особенности сбора жалоб и анамнеза при язвенной болезни и ее осложнениях. **Примерные контрольные вопросы к устному опросу текущего контроля** **(с №1 по №57 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Особенности сбора жалоб и анамнеза при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера. 2. Острый аппендицит: особенности сбора жалоб и анамнеза. 3. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): особенности сбора жалоб и анамнеза. 4. Наружные грыжи живота: особенности сбора жалоб и анамнеза. 5. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): особенности сбора жалоб и анамнеза.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** 1. Клинические симптомы острого аппендицита: а) симптом Бартомье-Михельсона; б) триада Мондорра; в) симптом Ортнера; г) симптом Раздольского; д) симптом Ровзинга. 2. Клиническими признаками острого холангита являются: а) высокая температура; б) боли в правом подреберье;

в) желтуха;
г) боли опоясывающего характера;
д) вздутие живота.

3. Признаками флегмоны грыжевого мешка являются:
а) свободный газ в брюшной полости;
б) боль в области грыжевого выпячивания;
в) невправимость грыжи;
г) гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием;
д) положительный симптом «кашлевого толчка».

4. Синдрому Курвуазье соответствует сочетание клинических симптомов:
а) увеличенный безболезненный желчный пузырь;
б) видимая желтушность склер и кожи;
в) увеличенный болезненный бугристый край печени;
г) асцит;
д) мышечное напряжение в правом подреберье.

5. К признаками перфорации полого органа относятся:
а) внезапное усиление болей;
б) ригидность мышц передней брюшной стенки;
в) многократная рвота:
г) симптом Спижарного;
д) симптом Щеткина-Блюмберга.

2 уровень:

1. Эпонимные симптомы характерны для следующих заболеваний:

	Эпонимный симптом	*Заболевание*
1	Симптом Ситковского	Острый аппендицит
	Симптом Ортнера	Острый холецистит
	Симптом Спижарного-Кларка	Перфорация гастродуоденальной язвы
	Симптом Шимона-Данса	Острая кишечная непроходимость
	Симптом Щеткина-Блюмберга	Острый перитонит

2. Интерпретируйте следующие эпонимные симптомы острого холецистита

	Описание симптома	*Эпоним*
	Резкая боль при введении кисти руки в область правого подреберья на вдохе	Симптом Образцова
	Непроизвольная задержка дыхания на вдохе при ограничении экскурсии грудной клетки и надавливании на правое подреберье	Симптом Мерфи
	Гиперестезия кожи, болезненность в точке Кера	Симптом Кера
3	Болезненность в правом подреберье во	Симптом Маккензи

	время вдоха ***3 уровень:*** В участковую больницу к хирургу обратился больной А., 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад. В начале заболевания они локализовались в околопупочной области, спустя 12 часов спустились в правую подвздошную область. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6 градусов. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Здесь пальпируется плотное, болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х6 см. Симптомов раздражения брюшины нет. *А) Ваш предположительный диагноз:* 1) заворот тонкой кишки; 2) аппендикулярный инфильтрат; 3) опухоль слепой кишки; 4) периаппендикулярный абсцесс. *Б) Определите основной клинический симптом, который позволил Вам заподозрить заболевание:* 1) симптом Кюммеля; 2) симптом Воскресенского; 3) симптом Курвуазье; 4) симптом Крымова. *В) Выберите синдром, затрудняющий в данной ситуации проведение дифференциальной диагностики:* 1) синдром системной воспалительной реакции; 2) синдром объемного образования брюшной полости; 3) синдром перфорации полого органа; 4) синдром острой кишечной непроходимости.
	Примерные ситуационные задачи 1. Больной К., 34 лет при вызове терапевта поликлиники предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, повышение температуры. Из анамнеза выяснено, что заболевание началось 2 дня назад с появления болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область. В течение последующих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, что явилось причиной для вызова участкового специалиста. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания равномерно. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная ригидность в правой подвздошной области, ее усиление при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Кроме того, выявлено усиление болей при перкуссии передней брюшной стенки, повороте и пальпации на левом боку. Перкуторно изменений в брюшной полости не выявлено. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено. **Контрольные вопросы** 1. Выделите ведущий синдром.

	2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Опишите эпонимные симптомы, позволившие установить диагноз. 4. Перечислите возможные модели развития заболевания. 5. Проведите дифференциальную диагностику с двумя наиболее похожими заболеваниями. 2. Больной В., 26 лет при вызове бригады скорой медицинской помощи предъявляет жалобы на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С. Анамнестически прослежено, что около 30 минут назад среди полного здоровья возникли резкие боли в эпигастральной области, которые спустя непродолжительный промежуток времени распространились по правым отделам живота. Около 3 лет назад амбулаторно выявлена язвенная болезнь ДПК. Объективно: состоянии средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (согнувшись, сидя). Уложить пациента на спину достаточно проблематично по причине нарастания болевого синдрома. Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, обращает внимание видимая ригидность мышц правой половины передней брюшной стенки. При пальпации живот болезненный и напряженный в правых отделах брюшной полости, усиление болей при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Перкуторно границ печени определить не удалось. Перистальтика несколько усилена. **Контрольные вопросы** 1. Выделите ведущий синдром. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Опишите эпонимные симптомы, позволившие установить диагноз. 4. Перечислите возможные модели развития заболевания. 5. Проведите дифференциальную диагностику с двумя наиболее похожими заболеваниями.

	Примерный перечень практических навыков 1. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов острого аппендицита и его осложнений. 2. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение клинических симптомов наружных грыж живота и их осложнений. 3. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов острого холецистита, холедохолитиаза, холангита. 4. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. 5. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов острого панкреатита и его осложнений. 6. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов осложненных заболеваний ободочной кишки. 7. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение симптомов желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии. 8. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов острой кишечной непроходимости. 9. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение эпонимных симптомов острого перитонита. 10. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, пальпация, перкуссия при неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовых органов. 11. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, пальпация, перкуссия при мочекаменной болезни и ее осложнениях. 12. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, пальпация, перкуссия при новообразованиях органов мочеполовой системы. 13. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, пальпация, перкуссия при травме органов мочеполовой системы.
ОПК-5	**Примерные контрольные вопросы к экзамену** **(№44 по №58 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 44. Лабораторно-инструментальные признаки заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера. 45. Лабораторно-инструментальная диагностика острого аппендицита и его осложнений. 46. Лабораторно-инструментальная диагностика грыж передней брюшной стенки и их осложнениях. 47. Стадии желчнокаменной болезни: лабораторно-инструментальная диагностика. 48. Лабораторно-инструментальная диагностика острого холецистита. **Примерные контрольные вопросы к устному опросу текущего контроля** **(с №58 по №110 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 58. Особенности лабораторно-инструментальной диагностики заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера. 59. Острый аппендицит: лабораторно-инструментальная диагностика. 60. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): лабораторно-инструментальная диагностика. 61. Наружные грыжи живота: лабораторно-инструментальная диагностика. 62. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): лабораторно-инструментальная диагностика.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

1. Первоочередными мероприятиями дополнительной диагностики при аппендикулярном инфильтрате являются:
а) взятие общего анализа крови;
б) направление пациента на биохимическое исследование крови;
в) выполнение общего анализа мочи;
г) ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
д) компьютерная томография органов брюшной полости.

2. Признаками острого панкреатита при лабораторно-инструментальной диагностике являются:
а) повышение уровня панкреатической амилазы в биохимическом анализе крови;
б) лейкоцитурия;
в) симптом Гобье при рентгенологической диагностике;
г) симптом Жобера при рентгенологической диагностике;
д) наличие увеличенного желчного пузыря при ультразвуковом исследовании.

3. Рентгенологическими признаками острой тонкокишечной непроходимости являются: а) свободный газ в брюшной полости;
б) чаши Клойбера с широкими горизонтальными уровнями жидкости;
в) симптом «кишечной арки»;
г) симптом «языка пламени»;
д) чаши Клойбера с узкими горизонтальными уровнями жидкости.

4. Абсолютным признаком перфорации полого органа является:
а) симптом Жобера;
б) лейкоцитоз в общем анализе крови;
в) наличие свободной жидкости в брюшной полости при ультразвуковом исследовании;
г) наличие язвенного кратера с «белым дном» в двенадцатиперстной кишке;
д) положительный тест на H.pylori.

5. Ультразвуковыми признаками острого холецистита являются:
а) наличие гиперэхогенных структур с акустической тенью в полости желчного пузыря;
б) размеры желчного пузыря 90х60 мм;
в) перивезикальное наличие свободной жидкости:
г) увеличение диаметра холедоха свыше 10 мм;
д) утолщение и слоистость стенки.

2 уровень:

1. Лабораторные изменения характеризуют следующие состояния:

Лабораторные изменения	*Состояния*
1. Амилаза крови более 300 ед/л	1. Острый панкреатит
2. Содержание в крови СА 19-9 300 ед/мл	2. ЗНО поджелудочной железы
3. Положительная реакция Грегерсена при анализе кала	3. Желудочно-кишечное кровотечение

4.	Отсутствие эритроцитов в общем анализе мочи	4.	Норма
5.	КОЕ в 1 мл перитонеального экссудата – 10^5	5.	Острый перитонит

2. Активности язвенного кровотечения (*Шкала Форрест*) соответствуют следующие эндоскопические признаки

Шкала Форрест	*Эндоскопические признаки*
IA	Струйное кровотечение из язвенного кратера
IB	Язва, прикрытая тромбом, из-под которого подтекает кровь
IIA	Тромбированный сосуд в дне язвенного кратера
IIB	Язва, прикрытая тромбом
III	Чистое дно язвенного кратера

3 уровень:

В участковую больницу к хирургу обратился больной А., 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад. В начале заболевания они локализовались в околопупочной области, спустя 12 часов спустились в правую подвздошную область. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6 градусов. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Здесь пальпируется плотное, болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х6 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

А) В результатах общеклинических анализов возможны следующие изменения:
1) лейкоцитоз;
2) лейкопения;
3) анемия;
4) пиурия.

Б) Определяющим диагностическим исследованием в данной ситуации является:
1) общий анализ крови;
2) общий анализ мочи;
3) ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
4) фиброколоноскопия.

В) Оценка эффективности лечения проводится посредством:
1) компьютерной томографии органов брюшной полости;
2) фиброколоноскопии;
3) пункции объемного образования под контролем ультразвукового исследования;
4) лапароскопии.

Примерные ситуационные задачи

Больной К., 34 лет при вызове терапевта поликлиники предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, повышение температуры.

Из анамнеза выяснено, что заболевание началось 2 дня назад с появления болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область. В течение последующих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, что явилось причиной для вызова участкового специалиста. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания равномерно. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная ригидность в правой подвздошной области, ее усиление при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Кроме того, выявлено усиление болей при перкуссии передней брюшной стенки, повороте и пальпации на левом боку. Перкуторно изменений в брюшной полости не выявлено. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите последовательность проведения диагностических исследований.
2. Перечислите необходимые лабораторные исследования.
3. Ожидаемые результаты назначенных Вами исследований.
4. Перечислите необходимые инструментальные методы диагностики.
5. Ожидаемые результаты назначенных Вами исследований.

Больной В., 26 лет при вызове бригады скорой медицинской помощи предъявляет жалобы на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С. Анамнестически прослежено, что около 30 минут назад среди полного здоровья возникли резкие боли в эпигастральной области, которые спустя непродолжительный промежуток времени распространились по правым отделам живота. Около 3 лет назад амбулаторно выявлена язвенная болезнь ДПК.

Объективно: состоянии средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (согнувшись, сидя). Уложить пациента на спину достаточно проблематично по причине нарастания болевого синдрома. Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, обращает внимание видимая ригидность мышц правой половины передней брюшной стенки. При пальпации живот болезненный и напряженный в правых отделах брюшной полости, усиление болей при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Перкуторно границ печени определить не удалось. Перистальтика несколько усилена.

Контрольные вопросы

1. Установите последовательность проведения диагностических исследований.
2. Перечислите необходимые лабораторные исследования.
3. Ожидаемые результаты назначенных Вами исследований.
4. Перечислите необходимые инструментальные методы диагностики.
5. Ожидаемые результаты назначенных Вами исследований.

Примерный перечень практических навыков

1. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при остром аппендиците и его осложнениях.
2. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при наружных грыжах живота и их осложнениях.
3. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при остром холецистите, холедохолитиазе, холангите.
4. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при остром панкреатите и его осложнениях.
6. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-

	инструментального исследования при осложненных заболеваниях ободочной кишки. 7. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии. 8. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при острой кишечной непроходимости. 9. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при остром перитоните. 10. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при неспецифических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов. 11. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при мочекаменной болезни и ее осложнениях. 12. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при новообразованиях органов мочеполовой системы. 13. Составление плана и оценка полученных результатов лабораторно-инструментального исследования при травме органов мочеполовой системы.
ОПК-7	**Примерные контрольные вопросы к экзамену** **(с №59 по №103 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 59. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при остром аппендиците и его осложнениях. 60. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях. 61. Стадии желчнокаменной болезни: вопросы маршрутизации, хирургическая тактика. 62. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при остром холецистите. 63. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при язвенной болезни и ее осложнениях. **Примерные контрольные вопросы к устному опросу текущего контроля** **(с №111 по №190 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 111. Маршрутизация пациентов с заболеваниями хирургического и урологического профилей ургентного характера. 112. Острый аппендицит и его осложнения: хирургическая тактика. 113. Наружные грыжи живота: хирургическая тактика. 114. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): хирургическая тактика. 115. Желчнокаменная болезнь: хирургическая тактика.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** 1. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает: а) больного можно отпустить домой, а оперировать затем в плановом порядке; б) госпитализацию; в) экстренное грыжесечение; г) экстренную лапаротомию с ревизией кишечника; д) операцию при развитии перитонита. 2. Хирургическая тактика при длительно существующем ущемлении паховой грыжи

предусматривает:
а) введение спазмолитиков;
б) введение наркотических анальгетиков;
в) транспортировка в хирургический стационар;
г) вправление грыжи;
д) экстренная операция.

3. При сомнительных признаках нежизнеспособности ущемленной кишки производят:
а) введение раствора новокаина в брыжейку ущемленного участка;
б) прошивание брыжейки ущемленной кишки и погружение в брюшную полость;
в) интубацию тонкой кишки;
г) обкладывание кишки салфетками, смоченными в теплом физрастворе;
д) резекцию ущемленной кишки.

4. Показаниями для оперативного лечения при остром панкреатите являются:
а) перипанкреатический инфильтрат;
б) панкреатогенный абсцесс;
в) транзиторная полиорганная недостаточность;
г) гнойно-некротическая забрюшинная флегмона;
д) острый отечный панкреатит.

5. С гемостатической целью при язвенных кровотечениях применяют:
а) промывание желудка холодными растворами;
б) октреотид;
в) зонд Блэкмора;
г) транексамовую кислоту;
д) этамзилат натрия.

2 уровень:

1. Выберите показания для проведения оперативных вмешательств (по срокам) при остром холецистите:

Показания и цели операции	*Сроки операции*
1. наличие признаков перитонита	1. экстренная
2. появление желтушности склер и кожи при консервативном лечении острого холецистита	2. срочная
3. частые болевые приступы при наличии холецистолитиаза 4. проводится в сроки до 6 часов с момента выявления заболевания	3. плановая
5. нарастание интоксикации	
6. выполняется с целью профилактики прогрессирования заболевания	

2. Установите последовательность этапов холецистэктомии «от дна»:
   1) оперативный доступ
   2) ревизия брюшной полости
   3) выделение желчного пузыря из печеночного ложа
   4) перитонизация ложа желчного пузыря

5) лигирование и пересечение пузырной артерии
6) пересечение и перевязка пузырного протока
7) удаление желчного пузыря

3 уровень:
В участковую больницу обратился больной А., 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад. В начале заболевания они локализовались в околопупочной области, спустя 12 часов спустились в правую подвздошную область. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6 градусов. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Здесь пальпируется плотное, болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х6 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

А) маршрутизация пациента предусматривает:
1) направление на консультацию хирурга поликлиники в плановом порядке;
2) направление на консультацию онколога;
3) направление в хирургическое отделение в экстренном порядке;
4) направление в терапевтический стационар в экстренном порядке.

Б) лечебная тактика предусматривает:
1) оперативное лечение в экстренном порядке в условиях хирургического стационара;
2) консервативное лечение в условиях терапевтического стационара;
3) назначение амбулаторного лечения с явкой через 3 дня для контрольного осмотра;
4) консервативное лечение в условиях хирургического стационара.

В) неэффективность консервативного лечения оценивается на основании:
1) нарастания клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции;
2) сохранения болевой симптоматики;
3) отсутствия динамики ультразвуковых признаков заболевания;
4) уменьшения в размерах объемного образования брюшной полости.

Примерные ситуационные задачи
Больной К., 34 лет при вызове терапевта поликлиники предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, повышение температуры.
Из анамнеза выяснено, что заболевание началось 2 дня назад с появления болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область. В течение последующих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, что явилось причиной для вызова участкового специалиста. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.
При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания равномерно. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная ригидность в правой подвздошной области, ее усиление при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Кроме того, выявлено усиление болей при перкуссии передней брюшной стенки, повороте и пальпации на левом боку. Перкуторно изменений в брюшной полости не выявлено. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Маршрутизация пациента.
2. Определите и обоснуйте хирургическую тактику.
3. Перечислите мероприятия предоперационной подготовки.
4. Перечислите основные этапы оперативного вмешательства.
5. Составьте план ведения послеоперационного периода.

Больной В., 26 лет при вызове бригады скорой медицинской помощи предъявляет жалобы на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С. Анамнестически прослежено, что около 30 минут назад среди полного здоровья возникли резкие боли в эпигастральной области, которые спустя непродолжительный промежуток времени распространились по правым отделам живота. Около 3 лет назад амбулаторно выявлена язвенная болезнь ДПК.

Объективно: состоянии средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (согнувшись, сидя). Уложить пациента на спину достаточно проблематично по причине нарастания болевого синдрома. Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, обращает внимание видимая ригидность мышц правой половины передней брюшной стенки. При пальпации живот болезненный и напряженный в правых отделах брюшной полости, усиление болей при резком отнятии пальцев пальпирующей кисти. Перкуторно границ печени определить не удалось. Перистальтика несколько усилена.

Контрольные вопросы

1. Маршрутизация пациента.
2. Определите и обоснуйте хирургическую тактику.
3. Перечислите мероприятия предоперационной подготовки.
4. Перечислите основные этапы оперативного вмешательства.
5. Составьте план ведения послеоперационного периода.

Примерный перечень практических навыков

1. Составление лечебной программы при остром аппендиците и его осложнениях.
2. Составление лечебной программы при наружных грыжах живота и их осложнениях.
3. Составление лечебной программы при остром холецистите, холедохолитиазе, холангите.
4. Составление лечебной программы при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Составление лечебной программы при остром панкреатите и его осложнени- ях.
6. Составление лечебной программы при осложненных заболеваниях ободоч- ной кишки.
7. Составление лечебной программы при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.
8. Составление лечебной программы при острой кишечной непроходимости.
9. Составление лечебной программы при остром перитоните.
10. Составление лечебной программы при неспецифических воспалительных заболеваниях мочеполовых органов.
11. Составление лечебной программы при мочекаменной болезни и ее осложнени- ях.
12. Составление лечебной программы при новообразованиях органов мочеполовой системы.
13. Составление лечебной программы при травме органов мочеполовой системы.

Критерии оценки экзаменационного собеседования, устного опроса текущего контроля:

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.

Критерии оценки тестовых заданий:
«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«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, знает основные оперативные вмешательства, применяемые для лечения рассматриваемых заболеваний, принципы их разделения, показания и сроки их выполнения, основные этапы, способы завершения операций, подходы при ведении периоперационного периода, возможные послеоперационные осложнения.

«хорошо» - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседо - вания 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 понима-

ние 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 рентгенограммы; не понимает принципов медикаментозного и оперативного лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

Критерии оценки практических навыков:

«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.

2.2. Примерные контрольные вопросы к экзамену

1. Особенности сбора жалоб и анамнеза при остром аппендиците и его осложнениях.
2. Особенности сбора жалоб и анамнеза при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях.
3. Стадии желчнокаменной болезни: особенности сбора жалоб и анамнеза.
4. Особенности сбора жалоб и анамнеза при остром холецистите.
5. Особенности сбора жалоб и анамнеза при язвенной болезни и ее осложнениях.
6. Острый панкреатит и его осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
7. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
8. Особенности сбора жалоб и анамнеза при различных формах острой кишечной непроходимости.
9. Особенности сбора жалоб и анамнеза при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.
10. Особенности сбора жалоб и анамнеза при остром гнойном перитоните.
11. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
12. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
13. Новообразования органов мочеполовой системы: особенности сбора жалоб и анамнеза.
14. Травма органов мочеполовой системы: особенности сбора жалоб и анамнеза.
15. Особенности физикального обследования при остром аппендиците и его осложнениях.
16. Особенности физикального обследования при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях.
17. Стадии желчнокаменной болезни: особенности физикального обследования.
18. Особенности физикального обследования при остром холецистите.
19. Особенности физикального обследования при язвенной болезни и ее осложнениях.
20. Острый панкреатит и его осложнения: особенности физикального обследования.
21. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: особенности физикального обследования.
22. Особенности физикального обследования при различных формах острой кишечной непроходимости.
23. Особенности физикального обследования при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.
24. Особенности физикального обследования при остром гнойном перитоните.
25. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: особенности физикального обследования.
26. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: особенности физикального обследования.

27. Новообразования органов мочеполовой системы: особенности физикального обследования.
28. Травма органов мочеполовой системы: особенности физикального обследования.
29. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика острого аппендицита и его осложнений.
30. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика грыж передней брюшной стенки и их осложнениях.
31. Стадии желчнокаменной болезни: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
32. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика острого холецистита.
33. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика язвенной болезни и ее осложнений.
34. Острый панкреатит и его осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
35. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
36. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика различных форм острой кишечной непроходимости.
37. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии.
38. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика острого гнойного перитонита.
39. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
40. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
41. Новообразования органов мочеполовой системы: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
42. Травма органов мочеполовой системы: патогенез, клиническая симптоматика.
43. Патогенетические особенности развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера.
44. Лабораторно-инструментальные признаки заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера.
45. Лабораторно-инструментальная диагностика острого аппендицита и его осложнений.
46. Лабораторно-инструментальная диагностика грыж передней брюшной стенки и их осложнениях.
47. Стадии желчнокаменной болезни: лабораторно-инструментальная диагностика.
48. Лабораторно-инструментальная диагностика острого холецистита.
49. Лабораторно-инструментальная диагностика язвенной болезни и ее осложнений.
50. Острый панкреатит и его осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
51. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
52. Лабораторно-инструментальная диагностика различных форм острой кишечной непроходимости.
53. Лабораторно-инструментальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии.
54. Лабораторно-инструментальная диагностика острого гнойного перитонита.
55. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
56. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
57. Новообразования органов мочеполовой системы: лабораторно-инструментальная диагностика.
58. Травма органов мочеполовой системы: лабораторно-инструментальная диагностика.
59. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при остром аппендиците и его осложнениях.
60. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях.
61. Стадии желчнокаменной болезни: вопросы маршрутизации, хирургическая тактика.
62. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при остром холецистите.
63. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при язвенной болезни и ее осложнениях.
64. Острый панкреатит и его осложнения: вопросы маршрутизации, хирургическая тактика.

65. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: вопросы маршрутизации, хирургическая тактика.
66. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при различных формах острой кишечной непроходимости.
67. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.
68. Вопросы маршрутизации, хирургическая тактика при остром гнойном перитоните.
69. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: вопросы маршрутизации, лечебная тактика.
70. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: вопросы маршрутизации, лечебная тактика.
71. Новообразования органов мочеполовой системы: вопросы маршрутизации, лечебная тактика.
72. Травма органов мочеполовой системы: вопросы маршрутизации, лечебная тактика.
73. Основные направления лечебной тактики при остром аппендиците и его осложнениях.
74. Основные направления лечебной тактики при грыжах передней брюшной стенки и их осложнениях.
75. Стадии желчнокаменной болезни: основные направления лечебной тактики.
76. Основные направления лечебной тактики при остром холецистите.
77. Основные направления лечебной тактики при язвенной болезни и ее осложнениях.
78. Острый панкреатит и его осложнения: основные направления лечебной тактики.
79. Заболевания ободочной кишки, их осложнения: основные направления лечебной тактики.
80. Основные направления лечебной тактики при различных формах острой кишечной непроходимости.
81. Основные направления лечебной тактики при желудочно-кишечных кровотечениях неязвенной этиологии.
82. Основные направления лечебной тактики при остром гнойном перитоните.
83. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: основные направления лечебной тактики.
84. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: основные направления лечебной тактики.
85. Новообразования органов мочеполовой системы: основные направления лечебной тактики.
86. Травма органов мочеполовой системы: основные направления лечебной тактики.
87. Особенности медикаментозного ведения периоперационного периода при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера.
88. Показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера.
89. Оперативное лечение острого аппендицита и его осложнений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы, способы заверешения операции.
90. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки и их осложнений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
91. Оперативное лечение желчнокаменной болезни: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
92. Оперативное лечение острого холецистита: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
93. Оперативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
94. Оперативное лечение острого панкреатита и его осложнений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
95. Оперативное лечение заболеваний ободочной кишки и ее осложнений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
96. Оперативное лечение различных форм острой кишечной непроходимости: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
97. Оперативное лечение неязвенных желудочно-кишечных кровотечений: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.

98. Оперативное лечение острого перитонита: показания, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы, способы завершения операции.
99. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: показания к оперативному лечению, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
100. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: показания к оперативному лечению, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
101. Новообразования органов мочеполовой системы: показания к оперативному лечению, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
102. Травма органов мочеполовой системы: показания к оперативному лечению, принципы предоперационной подготовки, виды, этапы операции.
103. Возможные послеоперационные осложнения, причины их развития**.**

Примерные вопросы к устному опросу текущего контроля

1. Особенности сбора жалоб и анамнеза при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера.
2. Острый аппендицит: особенности сбора жалоб и анамнеза.
3. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): особенности сбора жалоб и анамнеза.
4. Наружные грыжи живота: особенности сбора жалоб и анамнеза.
5. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): особенности сбора жалоб и анамнеза.
6. Желчнокаменная болезнь: особенности сбора жалоб и анамнеза на разных стадиях ее течения.
7. Острый холецистит: особенности сбора жалоб и анамнеза.
8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: особенности сбора жалоб и анамнеза.
9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация): особенности сбора жалоб и анамнеза.
10. Острый панкреатит: особенности сбора жалоб и анамнеза.
11. Осложнения острого панкреатита (перипанкреатический инфильтрат, панкреатогенный асцит-перитонит, забрюшинная ферментативно-некротическая флегмона, постнекротическая псевдокиста, оментобурсит, различные варианты инфицированного панкреонекроза): особенности сбора жалоб и анамнеза.
12. Заболевания толстой кишки (дивертикулярная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заболевания онкологического характера), их осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
13. Острая кишечная непроходимость: особенности сбора жалоб и анамнеза при различных формах ее течения.
14. Острый перитонит: особенности сбора жалоб и анамнеза.
15. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии (синдром Маллори-Вейсса, осложненное течение острых язв, варикозные кровотечения, кровотечениях при опухолевых заболеваниях): особенности сбора жалоб и анамнеза.
16. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов (острый пиелонефрит, острый цистит, гестационный пиелонефрит) и их осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
17. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: особенности сбора жалоб и анамнеза.
18. Новообразования органов мочеполовой системы: особенности сбора жалоб и анамнеза.
19. Травма органов мочеполовой системы: особенности сбора жалоб и анамнеза.
20. Особенности физикального обследования при заболеваниях хирургического и урологического профилей ургентного характера.
21. Острый аппендицит: особенности физикального обследования.

22. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): особенности физикального обследования.
23. Наружные грыжи живота: особенности физикального обследования.
24. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): особенности физикального обследования.
25. Желчнокаменная болезнь: особенности физикального обследования на разных стадиях ее течения.
26. Острый холецистит: особенности физикального обследования.
27. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: особенности физикального обследования.
28. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация): особенности физикального обследования.
29. Острый панкреатит: особенности физикального обследования.
30. Осложнения острого панкреатита (перипанкреатический инфильтрат, панкреатогенный асцит-перитонит, забрюшинная ферментативно-некротическая флегмона, постнекротическая псевдокиста, оментобурсит, различные варианты инфицированного панкреонекроза): особенности физикального обследования.
31. Заболевания толстой кишки (дивертикулярная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заболевания онкологического характера), их осложнения: особенности физикального обследования.
32. Острая кишечная непроходимость: особенности физикального обследования при различных формах ее течения.
33. Острый перитонит: особенности физикального обследования.
34. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии (синдром Маллори-Вейсса, осложненное течение острых язв, варикозные кровотечения, кровотечениях при опухолевых заболеваниях): особенности физикального обследования.
35. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов (острый пиелонефрит, острый цистит, гестационный пиелонефрит) и их осложнения: особенности физикального обследования.
36. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: особенности физикального обследования.
37. Новообразования органов мочеполовой системы: особенности физикального обследования.
38. Травма органов мочеполовой системы: особенности физикального обследования.
39. Особенности эпонимной симптоматики заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера.
40. Острый аппендицит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
41. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
42. Наружные грыжи живота: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
43. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
44. Желчнокаменная болезнь: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
45. Острый холецистит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика
46. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
47. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация): этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
48. Острый панкреатит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
49. Осложнения острого панкреатита (перипанкреатический инфильтрат, панкреатогенный асцит-перитонит, забрюшинная ферментативно-некротическая флегмона, постнекротическая псевдокиста, оментобурсит, различные варианты инфицированного панкреонекроза): этиология, патогенез, клиническая симптоматика.

50. Заболевания толстой кишки (дивертикулярная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заболевания онкологического характера), их осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
51. Острая кишечная непроходимость: этиология, патогенез, клиническая симптоматика различных форм.
52. Острый перитонит: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
53. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии (синдром Маллори-Вейсса, осложненное течение острых язв, варикозные кровотечения, кровотечениях при опухолевых заболеваниях): этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
54. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов (острый пиелонефрит, острый цистит, гестационный пиелонефрит) и их осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
55. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
56. Новообразования органов мочеполовой системы: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
57. Травма органов мочеполовой системы: этиология, патогенез, клиническая симптоматика.
58. Особенности лабораторно-инструментальной диагностики заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера.
59. Острый аппендицит: лабораторно-инструментальная диагностика.
60. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): лабораторно-инструментальная диагностика.
61. Наружные грыжи живота: лабораторно-инструментальная диагностика.
62. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): лабораторно-инструментальная диагностика.
63. Желчнокаменная болезнь: лабораторно-инструментальная диагностика.
64. Острый холецистит: лабораторно-инструментальная диагностика.
65. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: лабораторно-инструментальная диагностика.
66. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация): лабораторно-инструментальная диагностика.
67. Острый панкреатит: лабораторно-инструментальная диагностика.
68. Осложнения острого панкреатита (перипанкреатический инфильтрат, панкреатогенный асцит-перитонит, забрюшинная ферментативно-некротическая флегмона, постнекротическая псевдокиста, оментобурсит, различные варианты инфицированного панкреонекроза): лабораторно-инструментальная диагностика.
69. Заболевания толстой кишки (дивертикулярная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заболевания онкологического характера), их осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
70. Острая кишечная непроходимость: лабораторно-инструментальная диагностика различных форм.
71. Острый перитонит: лабораторно-инструментальная диагностика.
72. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии (синдром Маллори-Вейсса, осложненное течение острых язв, варикозные кровотечения, кровотечениях при опухолевых заболеваниях): лабораторно-инструментальная диагностика.
73. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов (острый пиелонефрит, острый цистит, гестационный пиелонефрит) и их осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
74. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: лабораторно-инструментальная диагностика.
75. Новообразования органов мочеполовой системы: лабораторно-инструментальная диагностика.
76. Травма органов мочеполовой системы: лабораторно-инструментальная диагностика.
77. Острый аппендицит и его осложнения: классификация.
78. Наружные грыжи живота: классификация.

79. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): классификация.
80. Желчнокаменная болезнь: классификация.
81. Острый холецистит: классификация.
82. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения: классификация.
83. Острый панкреатит и его осложнения: классификация.
84. Заболевания толстой кишки, их осложнения: классификация.
85. Острая кишечная непроходимость: классификация.
86. Острый перитонит: классификация.
87. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: классификация.
88. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: классификация.
89. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: классификация.
90. Новообразования органов мочеполовой системы: классификация.
91. Травма органов мочеполовой системы: классификация.
92. Лабораторные изменения и инструментальные признаки заболеваний хирургического и урологического профилей ургентного характера.
93. Острый аппендицит: дифференциальная диагностика.
94. Осложнения острого аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости, пилефлебит, перитонит): дифференциальная диагностика.
95. Наружные грыжи живота: дифференциальная диагностика.
96. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): дифференциальная диагностика.
97. Желчнокаменная болезнь: дифференциальная диагностика.
98. Острый холецистит: дифференциальная диагностика.
99. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: дифференциальная диагностика.
100. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация): дифференциальная диагностика.
101. Острый панкреатит: дифференциальная диагностика.
102. Осложнения острого панкреатита (перипанкреатический инфильтрат, панкреатогенный асцит-перитонит, забрюшинная ферментативно-некротическая флегмона, постнекротическая псевдокиста, оментобурсит, различные варианты инфицированного панкреонекроза): дифференциальная диагностика.
103. Заболевания толстой кишки (дивертикулярная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, заболевания онкологического характера), их осложнения: дифференциальная диагностика.
104. Острая кишечная непроходимость: дифференциальная диагностика.
105. Острый перитонит: дифференциальная диагностика.
106. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии (синдром Маллори-Вейсса, осложненное течение острых язв, варикозные кровотечения, кровотечениях при опухолевых заболеваниях): дифференциальная диагностика.
107. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов (острый пиелонефрит, острый цистит, гестационный пиелонефрит) и их осложнения: дифференциальная диагностика.
108. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: дифференциальная диагностика.
109. Новообразования органов мочеполовой системы: дифференциальная диагностика.
110. Травма органов мочеполовой системы: дифференциальная диагностика.
111. Маршрутизация пациентов с заболеваниями хирургического и урологического профилей ургентного характера.
112. Острый аппендицит и его осложнения: хирургическая тактика.
113. Наружные грыжи живота: хирургическая тактика.
114. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): хирургическая тактика.

115. Желчнокаменная болезнь: хирургическая тактика.
116. Острый холецистит: хирургическая тактика.
117. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения: хирургическая тактика.
118. Острый панкреатит и его осложнения: хирургическая тактика.
119. Заболевания толстой кишки, их осложнения: хирургическая тактика.
120. Острая кишечная непроходимость: хирургическая тактика.
121. Острый перитонит: хирургическая тактика.
122. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: хирургическая тактика.
123. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: лечебная тактика.
124. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: лечебная тактика.
125. Новообразования органов мочеполовой системы: лечебная тактика.
126. Травма органов мочеполовой системы: лечебная тактика.
127. Острый аппендицит и его осложнения: принципы неотложной помощи.
128. Наружные грыжи живота: принципы и направления лечебной тактики.
129. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): принципы неотложной помощи.
130. Желчнокаменная болезнь: принципы и направления лечебной тактики.
131. Острый холецистит: принципы неотложной помощи.
132. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения: принципы и направления лечебной тактики.
133. Острый панкреатит и его осложнения: принципы неотложной помощи.
134. Заболевания толстой кишки, их осложнения: принципы и направления лечебной тактики.
135. Острая кишечная непроходимость: принципы неотложной помощи.
136. Острый перитонит: принципы неотложной помощи.
137. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: принципы неотложной помощи
138. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: принципы и направления лечебной тактики.
139. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: принципы и направления лечебной тактики.
140. Новообразования органов мочеполовой системы: принципы и направления лечебной тактики.
141. Травма органов мочеполовой системы: принципы и направления лечебной тактики.
142. Острый аппендицит: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
143. Показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов при осложнениях острого аппендицита.
144. Осложнения наружных грыж живота: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
145. Желчнокаменная болезнь: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
146. Показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов при желчнокаменной болезни.
147. Острый холецистит: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
148. Показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов при остром холецистите.
149. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ее осложнения: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
150. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ее осложнения: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
151. Острый панкреатит и его осложнения: показания к консервативной терапии, особенности ее проведения.

152. Заболевания толстой кишки, их осложнения: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
153. Острая кишечная непроходимость: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности терапии в послеоперационном периоде.
154. Острая кишечная непроходимость: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
155. Острый перитонит: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности лечения в послеоперационном периоде.
156. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
157. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
158. Мочекаменная болезнь: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
159. Новообразования органов мочеполовой системы: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
160. Травма органов мочеполовой системы: показания к консервативной терапии, группы применяемых лекарственных препаратов.
161. Травма органов мочеполовой системы: показания к предоперационной подготовке, ее основные направления, особенности лечения в послеоперационном периоде.
162. Острый аппендицит и его осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы, способы завершения операции.
163. Наружные грыжи живота: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
164. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, флегмона грыжевого мешка, копростаз, самостоятельное вправление): показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
165. Желчнокаменная болезнь: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
166. Острый холецистит: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
167. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
168. Острый панкреатит и его осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
169. Заболевания толстой кишки, их осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
170. Острая кишечная непроходимость: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
171. Острый перитонит: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
172. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
173. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
174. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
175. Новообразования органов мочеполовой системы: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.
176. Травма органов мочеполовой системы: показания к оперативному лечению, принципы ведения предоперационного периода; виды, этапы операции.

177. Острый аппендицит: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
178. Грыжи передней брюшной стенки: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
179. Желчнокаменная болезнь: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
180. Острый холецистит: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
181. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
182. Острый панкреатит: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
183. Заболевания толстой кишки: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
184. Острая кишечная непроходимость: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
185. Острый перитонит: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
186. Желудочно-кишечные кровотечения неязвенной этиологии: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
187. Неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов и их осложнения: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
188. Мочекаменная болезнь и ее осложнения: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
189. Новообразования органов мочеполовой системы: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.
190. Травма органов мочеполовой системы: основные осложнения послеоперационного периода, причины их развития.

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

3.1. Методика проведения тестирования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

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

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа экзамена, 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	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	71

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. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

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 «неудовлетворительно».

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

3.2. Методика проведения приема практических навыков

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

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.

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

Проверка освоения уровня практических навыков у постели больного.

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем дисциплины выдается лист курации пациента. После этого обучающийся получает индивидуального пациента с патологией, изученной в рамках программы оцениваемой дисциплины. Под контролем преподавателя дисциплины обучающий проводит опрос, физикальное обследование индивидуального пациента. По завершению клинического обследования обучающемуся предоставляется дополнительное время для заполнения листа курации. Освоение уровня практических навыков осуществляется преподавателем дисциплины путем заполнения чек-листа, в котором отражаются оценка соблюдения основных норм и правил сбора информации, медицинской этики и деонтологии, этапности проведения физикального обследования, последовательности и правильности заполнения разделов листа курации. При необходимости преподаватель вместе с оцениваемым вправе вернуться к индивидуальному пациенту для уточнения клинической симптоматики.

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 собеседо-

ванию. 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 «неудовлетворительно».

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

3.3. Методика проведения устного собеседования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

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

Требования к банку оценочных средств:

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

Описание проведения процедуры:

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

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). 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.

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