

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 21.06.2018 09:20
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ **«ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ»**

Специальность 31.08.68 Урология

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП: 2 года

Кафедра факультетской хирургии

Рабочая программа дисциплины разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.08.68 Урология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Министерством образования и науки РФ «26» августа 2014 г., приказ №1111
- 2) Учебного плана по специальности 31.08.68 Урология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г., протокол № 5.
- 3) Профессионального стандарта «Врач-уролог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «14» марта 2018г., приказ № 137н.

Рабочая программа дисциплины одобрена:

кафедрой факультетской хирургии «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой Прокопьев Е.С.

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

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

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующий кафедрой Е.С. Прокопьев

Рецензенты

Заведующий кафедрой
госпитальной хирургии
доктор медицинских наук, профессор В.А. Бахтин

Главный внештатный специалист-хирург
Министерства здравоохранения
Кировской области,
кандидат медицинских наук И.А. Попырин

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотношенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	6
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	6
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	7
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	8
3.4. Тематический план лекций	8
3.5.1. Тематический план семинаров	9
3.5.2. Тематический план практических занятий	9
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	10
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	11
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	11
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	11
4.2.1. Основная литература	11
4.2.2. Дополнительная литература	12
4.2.3. Издания электронных библиотечных систем	12
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	13
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	13
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	14
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	14
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	15
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	16

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплин, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины – овладение основными навыками клинико-инструментальной и дифференциальной диагностики, лечебной тактики при заболеваниях органов брюшной полости экстренного характера для выполнения самостоятельной профессиональной деятельности в качестве квалифицированного специалиста-уролога.

1.2. Задачи изучения дисциплины:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- оказание специализированной медицинской помощи;
- рассмотреть клиническую и дополнительную диагностику наиболее частых заболеваний и патологических состояний органов брюшной полости экстренного и неотложного характера;
- изучить закономерности дифференциальной диагностики заболеваний хирургического и урологического профиля;
- рассмотреть принципы оказания медицинской помощи при хирургических заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта, требующих срочного медицинского вмешательства;
- обучить принципам организации оказания медицинской помощи с ургентной абдоминальной патологией в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- рассмотреть особенности ведения учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях при подозрении на жизнеугрожающие хирургические заболевания органов брюшной полости.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Экстренная хирургия» относится к блоку Б 1. Дисциплины вариативной части, обязательные дисциплины.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Урология, Нефрология

Является предшествующей для прохождения производственной практики.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

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

1.5. Виды профессиональной деятельности

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

- диагностическая деятельность;
- лечебная деятельность.

1.6.Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	этиологию, патогенез, патофизиологию, симптоматику и диагностику урологических болезней; нормальную и патологическую анатомию мочеполовой системы	осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов. постоянно анализировать результаты своей профессиональной деятельности, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	навыками сбора, обработки информации ...; навыками выбора методов и средств решения ... профессиональных задач, проведением исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения, навыками формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	Тестирование, ситуационные задачи, проверка правильности заполнения отчетной документации	Тестирование, собеседование, прием практических навыков
2	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской помощи	физические, технические и технологические основы различных методов диагностики, принципы организации и проведения инвазивных процедур, принципы получения, анализа, хранения и пере-	проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	определением необходимости проведения специальных исследований (урографии, компьютерной томографии, ..., магнитно-резонансной томографии, ... ультразвуковой ... диагностики	Тестирование, ситуационные задачи, проверки правильности заполнения отчетной документации	Тестирование, собеседование, прием практических навыков

			дачи диагностических изображений,; основы организации и проведения всех методов ... диагностики) социально значимых заболеваний		ки)		
--	--	--	--	--	-----	--	--

Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетную единицу, 36 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
		№3
1	2	3
Контактная работа (всего)	24	24
в том числе:		
Лекции (Л)	2	2
Практические занятия (ПЗ)	16	16
Семинары (С)	6	6
Самостоятельная работа (всего)	12	12
в том числе:		
Подготовка к занятию, заполнение дневника ординатора	8	8
Подготовка к текущему контролю	2	2
Подготовка к промежуточному контролю	2	2
Вид промежуточной аттестации	зачет	+
Общая трудоемкость (часы)	36	36
Зачетные единицы	1	1

Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам

3.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	ПК-5, ПК-6	«Острый живот» в практике врача-уролога	Актуальность, частота встречаемости. Значимость urgentных заболеваний органов брюшной полости для современного здравоохранения. Причины развития. Трудности клинической и дополнительной диагностики, основы дифференциальной диагностики с урологической патологией. Общие принципы неотложной помощи при жизнеугрожающих хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Вопросы маршрутизации. Так-

			тические подходы к лечению ургентной абдоминальной патологии.
1.1.	ПК-5	«Острый живот»: диагностика	Актуальность. Механизмы развития неотложных заболеваний органов брюшной полости. Особенности клинического течения. Возможности дополнительной диагностики. Критерии дифференциации с патологией органов мочевого выделения. Ошибки и опасности в практике врача-уролога.
1.2.	ПК-6	Принятие решений в экстренной хирургии	Хирургия неотложных состояний: маршрутизация, неотложная помощь. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативной терапии, показания и подходы к хирургическому лечению.
2.	ПК-5, ПК-6	Ургентная хирургия: дифференциальный подход	Механизмы развития, принципы классификации, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики ургентных заболеваний органов брюшной полости и мочевого выделения. Выбор лечебной тактики. Современные подходы к хирургическому лечению: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.
2.1.	ПК-5, ПК-6	Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения	Причины, механизмы развития, классификация острого аппендицита. Особенности клинической, дополнительной и дифференциальной диагностики. Современные подходы к хирургическому лечению.
2.2.	ПК-5, ПК-6	Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита	Этиопатогенез, классификация, клиническая симптоматика, особенности дополнительной и дифференциальной диагностики острого холецистита. Выбор лечебной тактики: показания и принципы консервативной терапии, показания и подходы к хирургическому лечению.
2.3.	ПК-5, ПК-6	Острый панкреатит	Причины и механизмы развития, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого панкреатита. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
2.4.	ПК-5, ПК-6	Острый перитонит в практике врача-уролога	Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной и дифференциальной диагностики острого перитонита. Современные подходы к хирургическому лечению.

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

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих)	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин	
		1	2

	дисциплин		
1	Производственная практика	+	+

3.3. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	«Острый живот» в практике врача-уролога	2	-	-	6	4	12
1.1.	«Острый живот»: диагностика	1	-	-	3	2	6
1.2.	Принятие решений в экстренной хирургии	1	-	-	3	2	6
2.	Ургентная хирургия: дифференциальный подход	-	14	-	-	7	21
2.1.	Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения	-	3	-	-	1,5	4,5
2.2.	Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита	-	3	-	-	1,5	4,5
2.3.	Острый панкреатит	-	4	-	-	2	6
2.4.	Острый перитонит в практике врача-уролога	-	4	-	-	3	7
	Зачетное занятие		2				2
	Вид промежуточной аттестации:	зачет	-				зачет
		экзамен	-				-
	Итого:	2	16		6	12	36

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				3 сем.
1	2	3	4	5
1	1.1.	Актуальные вопросы диагностики «острого живота» в практике врача-уролога	Актуальность, частота встречаемости. Особенности клинического течения ургентных заболеваний органов брюшной полости, принципы лабораторно-инструментальной дифференциации с урологической патологией	1
2	1.2.	Современные подходы к лечебной тактике в ургентной хирургии	Основные понятия в хирургии «острого живота». Организационные подходы к лечению острой хирургической патологии. Предоперационная подготовка: показания, направления. Особенности оперативных доступов, этапов и объемов хирургического вмешательства, способы завершения операции. Принципы оказания неотложной помощи.	1
Итого:				2

3.5.1. Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинарских занятий	Трудоемкость (час)
				3 сем.
1	2	3	4	5
1	1.1.	«Острый живот»: диагностика	Актуальность острых хирургических заболеваний органов брюшной полости современном здравоохранении. Модели развития. Значение анамнеза и физикального обследования в диагностике urgentных заболеваний органов брюшной полости, критерии лабораторно-инструментальной дифференциации с урологической патологией.	3
2	1.2.	Принятие решений в экстренной хирургии	Лечебная тактика при жизнеугрожающих заболеваниях органов брюшной полости: особенности маршрутизации, неотложная помощь, показания и принципы консервативной терапии, показания и подходы к оперативному лечению.	3
Итого:				6

3.5.2. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)
				3 сем.
1	2	3	4	5
1	2.1.	Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения	Анатомические предпосылки к затруднению дифференциации заболеваний. Модели развития, принципы классификации острого аппендицита. Особенности клинического течения, дополнительной диагностики. Ошибки и опасности в практике врача-уролога при остром аппендиците. Лечебная тактика: зависимость от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.	3
2	2.2.	Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита	Этиопатогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной диагностики острого холецистита. Ошибки и опасности в практике врача-уролога при остром холецистите. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицин-	3

			ской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого холецистита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.	
3	2.3.	Острый панкреатит	Основные причины и механизмы развития, классификация, особенности клинического течения, дополнительной диагностики острого панкреатита. Ошибки и опасности в практике врача-уролога при остром панкреатите. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.	4
4	2.4.	Острый перитонит в практике врача-уролога	Этиология и патогенез, классификация, особенности клинического течения, дополнительной диагностики острого перитонита. Ошибки и опасности в практике врача-уролога при перитоните. Особенности лечебной тактики в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи. Современные подходы к хирургическому лечению острого перитонита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.	4
	1-2	Зачетное занятие	Тестирование, собеседование	2
Итого:				16

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1		«Острый живот»: диагностика	Заполнение дневника ординатора, подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
2		Принятие решений в экстренной хирургии	Заполнение дневника ординатора,	2
3		Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения	подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	1,5
4		Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита	Заполнение дневника ординатора, подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	1,5

			станции	
5		Острый панкреатит	Заполнение дневника ординатора, подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	2
6		Острый перитонит в практике врача-уролога	Заполнение дневника ординатора, подготовка к занятию, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	3
Итого часов в семестре:				12
Всего часов на самостоятельную работу:				12

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

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

- электронная база тестовых заданий по всем разделам дисциплины;
- набор ситуационных задач.

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

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Хирургические болезни: учебник в 2-х томах, издание 2-е, переработанное и дополненное	В. С. Савельев, А. И. Кириенко	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	61	Консультант студента
2	Клиническая хирургия: нац. руководство в 3-х томах с компакт-диском	В. С. Савельев, А. И. Кириенко	2009, М.: ГЭОТАР-Медиа	4	Консультант врача
3	Урология: национальное руководство	Н. А. Лопаткин	2013, М.: ГЭОТАР-Медиа	3	Консультант врача
4	Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]	Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь	2015, М.: ГЭОТАР-Медиа	нет	Консультант врача

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство	А.П. Власов, М.В. Кукош, В.В. Сараев	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	1	Консультант студента
2	Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. Иллюстрированное руководство [Электронный ресурс]: учеб. пособие	П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев, Н. А. Григорьев	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	нет	Консультант врача
3	Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах	Н.В. Мерзликин и др.	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	31	Консультант студента
4	Хирургические болезни: руководство к практическим занятиям: учебное пособие для мед. вузов	А.Ф. Чернусов	2012, М.: ГЭОТАР-Медиа	20	Консультант студента
5	Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс]: руководство	М.Ш. Хубутия, П.А. Ярцев	2014, М.: ГЭОТАР-Медиа	1	Консультант студента

4.2.3. Издания электронных библиотечных систем

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Электронный ресурс
1	2	3	4	5
1	Национальные клинические рекомендации: Острый аппендицит у взрослых	А.А. Гуляев и соавт.	2015, Ростов-на-Дону	Библиотека Российского общества хирургов. Режим доступа: http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-appendicit
2	Национальные клинические рекомендации: Острый холецистит	А.Г. Бебуришвили и соавт.	2015, Ростов-на-Дону	Библиотека Российского общества хирургов. Режим доступа: http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-xolecistit
3	Национальные клинические рекомендации: Острый панкреатит	В.А. Кубышкин и соавт.	2015, Ростов-на-Дону	Библиотека Российского общества хирургов. Режим доступа: http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-pankreatit

	ские рекомендации: Острый панкреатит	соавт.	Ростов-на-Дону	щества хирургов. Режим доступа: http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-pankreatit
4	Национальные клинические рекомендации: Острый перитонит	Е.Г. Григорьев и соавт.	2017, Москва	Российское общество хирургов: Национальные клинические рекомендации. Режим доступа: http://общество-хирургов.пф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostryi-peritonit.html

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

- 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/d375208be868f6aacfcf78b56276bbad1668522b/.
- 2) Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.book.surgeons.ru/clinical-guidelines>.
- 3) Образовательный сайт Кировского ГМУ: база учебно-методических материалов дисциплины «Факультетская хирургия, урология» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.student.kirovgma.ru>.

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине, 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) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685B-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
5. 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://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

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

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

- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузomat, отсасыватель послеоперационный, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей, ультразвуковой сканер и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

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

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

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

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

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу (подготовка к занятию, заполнение дневника ординатора, подготовка к текущему и промежуточному контролю).

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 и профилактике хирургических и урологических болезней.

Лекции:

Лекционный материал изложен с позиций проблемной лекции, которая наиболее актуальная в современных условиях. Изложение тематического материала подобным образом обусловлено спецификой профессиональной деятельности обучающихся, 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.

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 неотложных хирургических и урологических заболеваний, подходы к выбору лечебной тактики.

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.

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

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный: «Дифференцированный подход к диагностике «острого живота», «Подходы к лечению «острого живота».

- учебно-ролевая игра по теме: «Острый аппендицит: дифференциальный подход», «Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита», «Острый панкреатит», «Острый перитонит в практике врача уролога».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины и включает подготовку к занятиям, заполнение дневника ординатора, подготовку к текущему контролю, подготовку к промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Экстренная хирургия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют отчетную документацию в виде дневников курации. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, проверки правильности заполнения отчетной документации.

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, собеседования, приема практических навыков.

Для текущего и промежуточного контроля освоения дисциплины используется традиционная система оценивания.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию.

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, ознакомле-

ния 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, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

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

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

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

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

Оценочные средства (ОС) – 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.

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«Экстренная хирургия»**

Специальность 31.08.68 Урология (3+)

Профиль - Урология

Форма обучения *очная*

Кафедра факультетской хирургии

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

На 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. По тексту рабочей программы изменить номер семестра с 3 на 2.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“27” апреля 2024 г. Протокол № 7
Зав. кафедрой Е.С. Прокопьев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
“16” мая 2024 г., протокол № 5

Кафедра факультетской хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Экстренная хирургия»

Специальность 31.08.68 Урология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Семинары

Раздел 1: «Острый живот» в практике врача-уролога

Тема 1.1: «Острый живот»: диагностика

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации дифференциальной диагностики с экстренными и неотложными заболеваниями органов брюшной полости хирургического профиля.

Задачи:

- 1) ознакомить с основной нормативной документацией, регламентирующей деятельность по профилю «хирургия»;
- 2) изучить порядок клиничко-инструментальной диагностики основных хирургических заболеваний экстренного характера;
- 3) рассмотреть алгоритм дифференциации урологических и хирургических заболеваний.

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- этиопатогенез, патофизиологию, симптоматику урологических болезней и основной ургентной патологии.
- клиническую, лабораторно-инструментальную диагностику урологических заболеваний и патологии органов брюшной полости, угрожающей жизни;
- принципы проведения дифференциальной диагностики.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при подозрении острых абдоминальных хирургических заболеваний;
- выявлять и выделять у пациентов основные клинические симптомы и синдромы;
- определять функциональные, лабораторные признаки основных хирургических заболеваний органов брюшной полости;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и клинических классификаций;
- сформулировать клинический диагноз;

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острой абдоминальной патологии;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клиническими классификациями;
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению причин «острого живота»;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Значение хирургии в современной медицине.
- 2) Организация хирургической службы.
- 3) Актуальность острых хирургических заболеваний органов брюшной полости современном здравоохранении.
- 4) Модели развития жизнеугрожающих заболеваний органов брюшной полости.
- 5) Значение анамнеза и физикального обследования в диагностике ургентных заболеваний органов брюшной полости.
- 6) Характеристика основных синдромов при экстренной и неотложной патологии органов пищеварительного тракта.
- 7) Методы объективной оценки местного статуса у хирургического больного.
- 8) Алгоритм дополнительной диагностики ургентной абдоминальной патологии.

- 9) Критерии клинической и лабораторно-инструментальной дифференциации с урологической патологией.

2. Задания для групповой работы

1. 1. Моделирование клинической ситуации:
- а) алгоритм физикального обследования в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
 - б) диагностический алгоритм при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости;
 - б) диагностическая тактика врача-уролога в случаях подозрения на хирургическую патологию ургентного характера.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся 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) Маршрутизация хирургических пациентов, показания к госпитализации, медицинская эвакуация.
- 3) Этические и деонтологические особенности лечебно-диагностического процесса при экстренных и неотложных заболеваниях.
- 4) Нормативная база хирургической службы.
- 5) Общая синдромология заболеваний органов брюшной полости.
- 6) Особенности сбора жалоб и анамнеза в случаях подозрения на острую хирургическую патологию.
- 7) Эпонимная симптоматика ургентных хирургических заболеваний.
- 8) Основы клинической дифференции урологических и хирургических заболеваний.
- 9) Методы и последовательность дополнительных исследований в хирургической клинике.
- 10) Значение лабораторно-инструментальных исследований в проведении дифференциальной диагностики, порядок и объем дополнительной диагностики.

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-уролог 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

Вопрос №6

Общими признаками системной воспалительной реакции, затрудняющими дифференциальную диагностику, являются:

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

Вопрос №7

Симптомами перфорации полого органа в свободную брюшную полость 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 №8

Наличие свободного газа в брюшной полости характеризуют симптомы:

- 1 Холстеда
- 2 Керкрингера
- 3 Спизарного
- 4 Грюнвальда
- 5 Жобера

Вопрос №9

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- 1 завороте тонкой кишки
- 2 перфорации гастродуоденальной язвы
- 3 обтурации тощей кишки желчным камнем
- 4 остром аппендиците
- 5 остром холецистите

Вопрос №10

Рентгенологическими симптомами, указывающими на нарушение проходимости кишечника, являются

- 1 чаши Клойбера
- 2 свободный газ под правым куполом диафрагмы
- 3 симптом кишечной арки
- 4 синдром Валя
- 5 симптом Цеге-Мантейфеля

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 4	2, 3	2, 4	2, 4	1, 2	1, 4, 5	3, 5	3, 5	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, 2014, М: ГЭОТАР-Медиа.
 2. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, 2009, М.: ГЭОТАР-Медиа.
- Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]: 2013, М.: ГЭОТАР-Медиа.

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Тема 1.2: Принятие решений в экстренной хирургии

Цель: способствовать формированию компетенций по разработке и реализации лечебной программы при подозрении хирургических заболеваний органов брюшной полости ургентного характера.

Задачи:

- 1) изучить структуру оказания медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- 2) ознакомить с основной нормативной документацией, регуливающей лечебную тактику при острой абдоминальной хирургической патологии;
- 3) изучить порядок оказания медицинской помощи основных хирургических заболеваний экстренного характера;
- 4) рассмотреть алгоритм лечебной тактики «острого живота».

Обучающийся должен знать:

- организацию медицинской помощи по профилю «хирургия»;
- заполнять медицинскую документацию в случаях выявления острой хирургической патологии;
- критерии клинической и дифференциальной диагностики «острого живота»;
- клиническую, лабораторно-инструментальную диагностику урологических заболеваний и патологии органов брюшной полости, угрожающей жизни;
- принципы лечебной тактики при экстренной хирургической патологии;
- маршрутизацию пациентов;
- этапы основных хирургических вмешательств.

Обучающийся должен уметь:

- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и клинических классификаций;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания заболевания;
- 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 в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация.

Обучающийся должен владеть:

- 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);
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при «остром животе»;
- принципами назначения лечения в случаях подозрения хирургической патологии ургентного характера;
- навыками маршрутизации пациентов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Организация оказания медицинской помощи при подозрении «острого живота».
- 2) Принципы маршрутизации пациентов.
- 3) Принципы оказания неотложной помощи, основные направления фармакотерапии, препараты.
- 4) Консервативная терапия при заболеваниях ургентного характера: показания, направления, эффективность.
- 5) Принципы предоперационной подготовки.
- 6) Хирургическое лечение: показания к оперативному вмешательству, сроки его проведения.
- 7) Оперативные доступы, этапы и основные оперативные объемы при частых причинах «острого живота».
- 8) Выбор способа завершения операции.

2. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм физикального обследования в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) диагностический алгоритм при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости;

б) диагностическая тактика врача-уролога в случаях подозрения на хирургическую патологию ургентного характера.

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.

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 66 лет обратилась к урологу с жалобами на интенсивные боли постоянного характера в левой паховой области, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза выяснено, что данные жалобы появились в течение последних 6 часов, обратилась в поликлинику.

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 не вздут, в левой паховой области (ближе к области лонного сочленения) определяется напряженное грыжевое выпячивание размерами 5x5x4 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 передней брюшной стенки отмечается болезненность в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно перистальтика не усилена, «шум плеска» не определяется.

Мочеиспускание малыми порциями.

Стул был сегодня утром.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.

2. Определите тактику врача уролога.

3. Какой должна быть хирургическая тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1) Левосторонняя паховая грыжа, ущемление мочевого пузыря?

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

3) Учитывая жизнеугрожающую ситуацию, показано проведение грыжесечения в экстренном порядке.

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 38,5°C, 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 38°C. 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 5x5 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 $10 \times 10^9 / л$. Анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.

2. Перечислите причины возникшей ситуации.

3. Дополнительные методы исследования.

4. Особенности хирургической тактики.

Задача №2.

Больной А., 22 лет, находясь на лечении в отделении урологии, при вызове дежурного уролога предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе постоянного характера с иррадиацией в правое плечо, лопатку.

Из анамнеза заболевания. Находится на стационарном лечении по поводу острого правостороннего гнойного пиелонефрита в течение 3 суток. В течение последних 3-х часов 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 ограничено 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 – $17,4 \times 10^9$ /л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

1. Ваш диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.

3. Действия уролога в создавшейся ситуации.

4. Особенности хирургической тактики.

Задача №3.

Больной М., 68 лет дежурному урологу предъявляет жалобы на слабость, черный жидкий стул.

Из анамнеза. 2 суток назад госпитализирован в урологический стационар с явлениями острой задержки мочи, тогда же произведена троакарная эпицистостомия. В течение 2-х последних часов 2 раза был черный жидкий стул, выраженная слабость. 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.

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.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.

2. Диагностическая тактика уролога в данной ситуации.

3. Неотложная помощь.

4. Дальнейшая лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся по указанной теме:

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

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Порядок оказания медицинской помощи при подозрении «острого живота».

2) Уровни оказания медицинской помощи при острой хирургической патологии.

3) Принципы маршрутизации пациентов.

4) Роль врача-уролога в оказании медицинской помощи при «остром животе».

5) Подходы к осуществлению неотложной помощи при диагностике ургентных заболеваний органов брюшной полости в первичном звене.

6) Неотложная помощь при выявлении «острого живота» в урологическом стационаре.

7) Показания к консервативному лечению, принципы его проведения.

8) Принципы предоперационной подготовки.

9) Показания к оперативному вмешательству, сроки его проведения.

10) Оперативные доступы, этапы и основные оперативные объемы при частых причинах «острого живота».

11) Выбор способа завершения операции.

12) Подходы к ведению послеоперационного периода, основные направления фармакотерапии.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Вопрос №1

Медицинская помощь организуется и оказывается на основе:

- 1 клинических рекомендаций
- 2 учебно-методических пособий
- 3 утверждаемых стандартов медицинской помощи
- 4 научных статей

Вопрос №2

Экстренный порядок проведения хирургического вмешательства предусматривает выполнение операции в сроки:

- 1 спустя 12 часов с момента установления диагноза
- 2 не позднее 2 часов от момента установления диагноза
- 3 через 24 часа с момента установления диагноза
- 4 через 30 минут с момента установления диагноза

Вопрос №3

Во время амбулаторного приема при выявлении у пациента симптомов острого аппендицита врач-уролог 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 №4

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 №5

Пациентам, перенесшим холецистэктомию, назначают:

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

Вопрос №6

Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания:

- 1 эритроцитной массы
- 2 донорской крови
- 3 кристаллоидных растворов
- 4 коллоидных растворов
- 5 свежезамороженной плазмы

Вопрос №7

К ингибиторам протонной помпы относятся:

- 1 ранитидин
- 2 мотилиум
- 3 сорбифер
- 4 омепразол
- 5 контролок

Вопрос №8

Оперативное лечение при язвенной болезни показано в случаях:

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

Вопрос №9

Ульцерогенным действием обладают:

- 1 бутадион
- 2 гастропепин
- 3 преднизолон
- 4 дигиталис
- 5 индометацин

Вопрос №10

С гемостатической целью при язвенных кровотечениях применяют:

- 1 промывание желудка холодными растворами
- 2 октреотид
- 3 зонд Блэкмора
- 4 этамзилат натрия
- 5 викасол

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3	2, 4	2, 4	3, 4	2, 4	3, 4	4, 5	1, 4	1, 3, 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, 2014, М.: ГЭОТАР-Медиа.
 2. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, 2009, М.: ГЭОТАР-Медиа.
- Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации [Электронный ресурс]: 2013, М.: ГЭОТАР-Медиа.

Дополнительная:

1. Мерзликин Н.В. и др. Хирургические болезни: учебник для мед. вузов в 2-х томах, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Практические занятия

Раздел 2: Ургентная хирургия: дифференциальный подход

Тема 2.1: Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения

Цель: способствовать формированию компетенций по 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 с урологической патологией;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром аппендиците;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита;
- 6) изучить принципы ведения послеоперационного периода.

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;
- лечебную тактику при остром аппендиците;
- стандарты и протоколы при лечении острого аппендицита.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром аппендиците;
- определять клинические, 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 и клинических классификаций,
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания острого аппендицита;
- сформулировать показания к избранному методу лечения.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных патологических симптомов острого аппендицита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом (МКБ) и клинических классификаций;
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого аппендицита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром аппендиците.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Значение острого аппендицита в разделе «урология».
- 2) Модели развития острого аппендицита.
- 3) Варианты расположения червеобразного отростка.
- 4) Классификация острого аппендицита по МКБ, В.С. Савельеву (2009).
- 5) Основные симптомы острого аппендицита: Кохера, Волковича, Кюммеля, Воскресенского, Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др.
- 6) Алгоритм диагностики при подозрении острого аппендицита.
- 7) Изменения лабораторных показателей и при остром аппендиците, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 8) Специальные диагностические мероприятия урологического профиля для исключения острого аппендицита.
- 9) Основные дифференциальные критерии с урологическими заболеваниями.
- 10) Особенности лечебно-диагностической тактики при остром аппендиците.
- 11) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация аппендэктомии в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
- 12) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым аппендицитом (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 острого аппендицита.
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 37,3°C. 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 лонем. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Определите объем дополнительных исследований.
3. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

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

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

3. 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 У. 34 лет 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°C, 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. Пульс – 82 удара в минуту, 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 положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови определяется лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$, общий анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больная Ц., 38 лет предъявляет жалобы 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°C.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 78 ударов в минуту, 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 положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул, диурез в норме.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики

4. Лечебная тактика.

Задача №3

Больной Р., 32 лет предъявляет жалобы на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слезью, повышение температуры до 38,5°C, 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 медпомощью 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, частота дыхания 22 в минуту. Пульс – 98 ударов в минуту, 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 положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики
4. Лечебная тактика.

Задача №4

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

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастриальной 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. Пульс – 86 ударов в минуту, 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 положительные.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики
4. Лечебная тактика.

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 отрицательный. Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Алгоритм дополнительной диагностики
4. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита.
- 2) Современные принципы классификации острого аппендицита.
- 3) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого аппендицита.
- 4) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
- 5) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого аппендицита.

- 6) Принципы дифференции урологической патологии с острым аппендицитом.
- 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) Принципы ведения послеоперационного периода.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания репродуктивного уровня (выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Клинические симптомы острого аппендицита:

- 1 симптом Бартомье-Михельсона
- 2 симптом Спигарного
- 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 ниже-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.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

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. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый аппендицит у взрослых, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-appendicit>.

Тема 2.1: Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита

Цель: способствовать формированию компетенций по клинико-инструментальной и дифференциальной 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 особенности дифференциальной диагностики с урологической патологией;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии острого холецистита;
- 5) рассмотреть современные подходы к лечению;
- 6) изучить принципы ведения периоперационного периода.

Обучающийся должен знать:

- определение, причины, основные теории развития, современную классификацию острого холецистита;
- клинические симптомы 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.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять и выделять основные клинические симптомы острого холецистита;
- определять функциональные, лабораторные признаки острого холецистита;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клинических классификаций;
- 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:

- навыками выявления основных симптомов острого холецистита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клинических классификаций;
- навыками дифференциации острого холецистита с заболеваниями мочевыделительной системы;
- назначением основных диагностических мероприятий по выявлению острого холецистита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию медицинской помощи при остром холецистите;
- 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) Модели развития острого холецистита.
- 2) Классификация острого холецистита по МКБ, Б.А. Королеву, В.С. Савельеву.
- 3) Основные симптомы острого холецистита: Ортнера, Кера, Мерфи, Образцова, Мюсси-Георгиевского, Елекера и др.
- 4) Дополнительные методы исследования при остром холецистите.
- 5) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 6) Основные дифференциальные критерии с патологией почек.
- 7) Особенности лечебно-диагностической тактики.
- 8) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
- 9) Оперативное лечение: показания, классификация холецистэктомий в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
- 10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

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;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого холеци-

стита, составлению плана диагностических

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 46 лет 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, мезогастррии. 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. Установите диагноз, обоснуйте его.
2. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
3. Сформулируйте основные положения лечебной тактики на уровне стационара.

Алгоритм разбора клинической задачи.

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

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

3. 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 Л., 72 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 – $3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – $10 \times 10^9/л$, 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 Д., 55 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.

Пациент В., 75 лет 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 ограничено 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. Дифференциальная диагностика.
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. Перистальтика равномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный. Стул был сутки назад, диурез сохранен, моча светлая.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 154 г/л, лейкоциты – $15,4 \times 10^9/л$, 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. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Тактика лечения данной пациентки.
5. Показания к операции.

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 острыми 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.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания репродуктивного уровня (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.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

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. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый холецистит, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-xolecistit>.

Тема 2.3: Острый панкреатит

Цель: способствовать формированию компетенций по диагностике, определению дифференциальной и лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Задачи:

- 1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого панкреатита;
- 2) обучить методам клиничко-инструментальной диагностики острого панкреатита;
- 3) рассмотреть особенности дифференциальной диагностики с урологической патологией;
- 4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром панкреатите;
- 5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению панкреатита.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого панкреатита;
- принципы классификации острого панкреатита;
- клинические проявления основных синдромов различных морфологических форм острого панкреатита;
- дифференциальную диагностику острого панкреатита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого панкреатита;
- лечебную тактику при остром панкреатите;
- стандарты и протоколы при лечении острого панкреатита;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи при остром панкреатите.

Обучающийся должен уметь:

- выполнять основные диагностические мероприятия при остром панкреатите;
- определять клинические, 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 и клинических классификаций;
- 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.

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 МКБ и клинических классификаций;

- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого панкреатита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- основными лечебными мероприятиями по оказанию неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Модели развития, патогенез острого панкреатита.
- 2) Современные подходы к классификации острого панкреатита.
- 3) Основные клинические симптомы острого панкреатита: Воскресенского, Джанелидзе, Дежардена, Кача, Кертэ, Мейо-Робсона, и др.
- 4) Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
- 5) Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
- 6) Основные дифференциальные критерии с урологическими заболеваниями.
- 7) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 8) Показания к консервативному лечению, принципы и направления фармакотерапии.
- 9) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация операций в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.

2. Практическая работа.

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 задачи:*

- 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 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 68 лет 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°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. Дифференциальная диагностика.
3. Дальнейшая тактика.

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°С. Верхние отделы живота в акте дыхания не участвуют. При пальпации в эпигастриальной 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. План лабораторно-инструментальной диагностики.
3. Лечебная тактика.
4. Принципы консервативной терапии.

Задача №3.

Больной К., 47 лет 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. Сформулируйте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе.
3. Хирургическая тактика.
4. Принципы консервативного лечения.

Задача №4

Больной Р. 32 лет предъявляет жалобы 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. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 92 удара 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. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для диагностики заболевания.
3. Дифференциальная диагностика при госпитализации.
4. Определите дальнейшую лечебную тактику.

Задача №5.

В приемное отделение стационара 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 имбибция 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.

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 острого панкреатита, частота его встречаемости.
- 2) Этиопатогенез острого панкреатита, его «пусковые» механизмы.
- 3) Классификация острого панкреатита.
- 4) Критерии тяжести острого панкреатита.
- 5) Дифференциальная диагностика с заболеваниями почек.
- 6) Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
- 7) Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.
- 8) Принципы адекватного интраоперационного дренирования в лечении острого панкреатита.
- 9) Способы афферентной терапии острого панкреатита.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания репродуктивного уровня (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 пантапризол
- 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 фосфатаза

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.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
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. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый панкреатит, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-pankreatit>.

Тема 2.4: Острый перитонит в практике врача-уролога

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике острого перитонита.

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 маршрутизацию, лечебную тактику при остром перитоните;
- 6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;
- 7) изучить принципы периоперационного периода у пациентов с острым перитонитом.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого перитонита;
- принципы классификации острого перитонита;
- клинические проявления основных синдромов острого перитонита;
- дифференциальную диагностику острого перитонита;
- лабораторно-инструментальную диагностику острого перитонита;
- 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.

Обучающийся должен уметь:

- определять клинические, 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 и клинических классификаций;
- 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:

- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов острого перитонита;
- алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клинических классификаций;
- выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению острого перитонита;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Причины и механизмы развития острого перитонита.
- 2) Основные патогенетические процессы, развивающиеся при остром перитоните.
- 3) Современная классификация острого перитонита.
- 4) Основные клинические симптомы острого перитонита.
- 5) Характеристика синдрома системной воспалительной реакции.
- 6) Особенности мочевых перитонитов.
- 7) Алгоритм дополнительной диагностики острого перитонита. методы исследования при остром перитоните.
- 8) Инструментальные критерии острого перитонита.
- 9) Основные дифференциальные критерии.
- 10) Особенности лечебно-диагностической тактики при осложнениях острого панкреатита на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 11) Оперативное лечение осложнений острого панкреатита: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы. Способы завершения операции.
- 12) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая работа.

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.
- б) 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 37,5°C. 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, мочевины, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (K⁺, 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 Н. 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°C. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилились, 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°C.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.
4. Выбор лечебной тактики.

Задача №2.

Больной У. 43 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите основные диагностические мероприятия.
3. Ожидаемые результаты исследований.
4. Лечебная тактика.

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 120x100x80 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 отложенных местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные методы обследования
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

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 положительны симптом Спигарного. 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. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

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. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

- 1) Определение остро перитонита.
- 2) Причины, патогенез остро перитонита.
- 3) Современные принципы классификации остро перитонита.
- 4) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике остро перитонита.
- 5) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
- 6) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии остро перитонита.
- 7) Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.
- 8) Особенности лечебной тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
- 9) Оперативное лечение: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы, способы завершения операции.
- 10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания репродуктивного уровня (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 остро панкреатита
- 3 ВИЧ-инфекции
- 4 остро 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.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

2. Хубутя 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. Российское общество хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый перитонит, 2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostryi-peritonit.html>.

Зачетное занятие.

Цель: оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

Обучающийся должен знать:

- причины и условия, основные теории возникновения, патогенез наиболее частых хирургических заболеваний органов брюшной полости экстренного характера;
- принципы классификации заболеваний органов брюшной полости ургентного характера;
- клинические проявления основных синдромов;
- дифференциальную диагностику хирургических и урологических заболеваний острого и неотложного характера;
- стандарты и протоколы при лечении хирургических заболеваний органов брюшной полости неотложного характера;
- принципы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Обучающийся должен уметь:

- определять клинические, функциональные, лабораторные признаки «острого живота»;
- анализировать клинические, лабораторные и функциональные показатели;
- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клинических классификаций;
- сформулировать клинический диагноз при подозрении на абдоминальную катастрофу;
- разработать план действий, с учетом особенностей выявленного заболевания, его степени тяжести;
- 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:

- навыками выявления основных патологических симптомов и синдромов частых заболеваний органов брюшной полости ургентного характера;
 - алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ и клинических классификаций;
 - выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению «острого живота»;
 - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
- принципами назначения адекватного лечения больных различного возраста в периоперационном периоде.

Типовые задания для самостоятельной внеаудиторной работы дисциплине представлены в приложении Б.

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. Лопаткин Н. А. Урология: национальное руководство, 2009, М.: ГЭОТАР-Медиа.

Дополнительная:

1. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота [Электронный ресурс]: руководство, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

2. Хубутя 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. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый аппендицит у взрослых, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryi-appendicit>.

5. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый холецистит, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal->

[surgery/ostryj-xolecistit.](#)

6. Библиотека Российского общества хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый панкреатит, 2015 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.book.surgeons.ru/urgent-abdominal-surgery/ostryj-pankreatit>.

7. Российское общество хирургов: Национальные клинические рекомендации: Острый перитонит, 2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostryi-peritonit.html>.

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

Кафедра факультетской хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине
«Экстренная хирургия»

Специальность 31.08.68 Урология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

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

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	Уметь	Владеть		
ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	этиологию, патогенез, патофизиологию, симптоматику и диагностику ... болезней; нормальную и патологическую анатомию ...	осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов....., используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	навыками сбора, обработки информации ...; навыками выбора методов и средств решения ... профессиональных задач, проведением исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения, навыками формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	Все разделы дисциплины	3 семестр
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании урологической медицинской	физические, технические и технологические основы различных методов диагностики, принципы организации и проведения инвазивных про-	проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	определением необходимости проведения специальных исследований (урографии, компьютерной томографии, ..., магнитно-	Все разделы дисциплины	3 семестр

	помощи	цедур, принципы получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений,; основы организации и проведения всех методов ... диагностики) социально значимых заболеваний		резонансной томографии, ... ультразвуковой ...диагностики)		
--	--------	---	--	--	--	--

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ПК-5						
Знать	Фрагментарные знания: - этиологии, патогенеза, патофизиологии, симптоматики и диагностики урологических болезней; - нормальной и патологической анатомии мочеполовой системы	Общие, но не структурированные знания: - этиологии, патогенеза, патофизиологии, симптоматики и диагностики урологических болезней; - нормальной и патологической анатомии мочеполовой системы	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания: - этиологии, патогенеза, патофизиологии, симптоматики и диагностики урологических болезней; - нормальной и патологической анатомии мочеполовой системы	Сформированные систематические знания: - этиологии, патогенеза, патофизиологии, симптоматики и диагностики урологических болезней; - нормальной и патологической анатомии мочеполовой системы	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, собеседование,
Уметь	Частично освоенное умение осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	В целом успешное, но не систематически умение осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	Сформированное умение осуществлять диагностику заболеваний и повреждений на основе комплексного применения современных методов, используя все доступные возможности для верификации полученной диагностической информации	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, собеседование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков: - сбора, обработки информации; - выбора методов и средств решения профессиональных задач;	В целом успешное, но не систематическое применение навыков: - сбора, обработки информации; - выбора методов и средств реше-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков: - сбора, обработки информации; - выбора методов	Успешное и систематическое применение навыков: - сбора, обработки информации; - выбора методов и средств реше-	Тестирование, ситуационные задачи, проверка правильно-	Тестирование, собеседование, прием практических навыков

	- проведения исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения; - формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	ния профессиональных задач; - проведения исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения; - формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	и средств решения профессиональных задач; - проведения исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения; - формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	нальных задач; - проведения исследований, навыками диагностики основных заболеваний, соответствующих профилю обучения; - формулировки диагноза в соответствии с МКБ и клиническими классификациями	сти заполнения отчетной документации	
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания: - физических, технических и технологических основ различных методов диагностики; - организации и проведения инвазивных процедур; - принципов получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений; - основ организации и проведения всех методов диагностики социально значимых заболеваний	Общие, но не структурированные знания: - физических, технических и технологических основ различных методов диагностики; - организации и проведения инвазивных процедур; - принципов получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений; - основ организации и проведения всех методов диагностики социально значимых заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания: - физических, технических и технологических основ различных методов диагностики; - организации и проведения инвазивных процедур; - принципов получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений; - основ организации и проведения всех методов диагностики социально значимых заболеваний	Сформированные систематические знания: - физических, технических и технологических основ различных методов диагностики; - организации и проведения инвазивных процедур; - принципов получения, анализа, хранения и передачи диагностических изображений; - основ организации и проведения всех методов диагностики социально значимых заболеваний	Тестирование, ситуационные задачи	Тестирование, собеседование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	Сформированное умение проводить исследования в соответствии со стандартом медицинской помощи	Тестирование, ситуационные задачи, проверки правильности заполнения отчетной документации	Тестирование, собеседование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков определения необходимости проведения специальных	В целом успешное, но не систематическое применение навыков определения необходимости	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков опреде-	Успешное и систематическое применение навыков определения необходимости проведе-	Тестирование, ситуационные задачи,	Тестирование, собеседование, прием практических навы-

исследований (урографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики)	проведения специальных исследований (урографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики)	ления необходимости проведения специальных исследований (урографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики)	ния специальных исследований (урографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики)	проверки правильности заполнения отчетной документации	ков
--	---	---	--	--	-----

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету, собеседованию, критерии оценки (ПК-5, ПК-6)

Тема 1.1: «Острый живот»: диагностика

1. Модели развития острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.
2. Особенности физикального обследования при диагностике urgentных заболеваний органов брюшной полости
3. Критерии лабораторно-инструментальной дифференциации с урологической патологией.
4. Принципы дифференциальной диагностики с заболеваниями урологического профиля.

Тема 1.2: Принятие решений в экстренной хирургии

1. Организация оказания медицинской помощи при подозрении «острого живота».
2. Принципы маршрутизации пациентов.
3. Принципы оказания неотложной помощи, основные направления фармакотерапии, препараты.
4. Консервативная терапия при заболеваниях urgentного характера: показания, направления, эффективность.
5. Принципы предоперационной подготовки.
6. Хирургическое лечение: показания к оперативному вмешательству, сроки его проведения.
7. Оперативные доступы, этапы и основные оперативные объемы при частых причинах «острого живота».
8. Выбор способа завершения операции.

Тема 2.1: Острый аппендицит: трудности диагностики и лечения

1. Острый аппендицит. Этиология, патогенез.
2. Классификация острого аппендицита.
3. Клиника острого аппендицита и его осложнений.
4. Диагностика острого аппендицита и его осложнений.
5. Принципы дифференциальной диагностики острого аппендицита.
6. Современные подходы к лечению.

Тема 2.2: Тактические аспекты дифференциальной диагностики острого холецистита

1. Модели развития острого холецистита.
2. Классификация острого холецистита.
3. Клиническая симптоматика острого холецистита.
4. Дополнительные методы исследования при остром холецистите.
5. Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
6. Основные дифференциальные критерии с патологией почек.
7. Особенности лечебно-диагностической тактики.

Тема 2.3: Острый панкреатит

1. Модели развития, патогенез острого панкреатита.
2. Современные подходы к классификации острого панкреатита.
3. Основные клинические симптомы острого панкреатита.
4. Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
5. Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
6. Основные дифференциальные критерии с урологическими заболеваниями.
7. Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Тема 2.4: Острый перитонит в практике врача-уролога

1. Причины, патогенез острого перитонита.
2. Современные принципы классификации острого перитонита.
3. Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого перитонита.
4. Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.

5. Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого перитонита.
6. Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.
7. Особенности лечебной тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
8. Оперативное лечение: показания, сроки проведения, оперативные доступы, этапы, способы завершения операции.

Критерии оценки:

Оценка **«зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

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

3.1. Примерные тестовые задания, критерии оценки (ПК-5, ПК-6)

1 уровень (выберите комбинацию правильных ответов)

1. Морфологическими формами острого аппендицита являются (контроль компетенции: ПК-5):
 - а) гангренозный аппендицит;
 - б) перфоративный аппендицит;
 - в) некротический аппендицит;
 - г) флегмонозный аппендицит;
 - д) катаральный аппендицит.
2. Клинические симптомы острого аппендицита (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
 - а) симптом Бартомье-Михельсона;
 - б) триада Мондорра;
 - в) симптом Ортнера;
 - г) симптом Раздольского;
 - д) симптом Ровзинга.
3. К развитию острого аппендицита приводят (контроль компетенции: ПК-5):
 - а) обтурация каловым камнем;
 - б) глистная инвазия;
 - в) закупорка инородными телами;
 - г) перекрут аппендикса;
 - д) травма червеобразного отростка.
4. Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
 - а) превалирование общих симптомов над местными;
 - б) быстрое развитие деструктивных форм;
 - в) кровянистые выделения из прямой кишки;
 - г) выраженные диспептические явления;
 - д) быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата.
5. Червеобразный отросток может иметь расположение (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
 - а) ретроуденальное;
 - б) тазовое;
 - в) поддиафрагмальное;
 - г) ретроцекальное;
 - д) левостороннее.
6. Жизнеспособность ущемленной кишки предусматривает оценку:
 - а) цвета кишки;
 - б) наличия перистальтики;
 - в) пульсации сосудов брыжейки;
 - г) выпота в грыжевом мешке;
 - д) вздутия ущемленной кишки.
7. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает (контроль компетенции: ПК-5):
 - 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.
8. Мероприятиями при длительно существующем ущемлении паховой грыжи являются (контроль компетенции: ПК-5):
- введение спазмолитиков;
 - введение наркотических анальгетиков;
 - транспортировка в хирургический стационар;
 - вправление грыжи;
 - экстренная операция.
9. Рихтеровское ущемление характеризуется (контроль компетенции: ПК-5):
- узкими грыжевыми воротами;
 - признаками кишечной непроходимости;
 - ущемлением пряди большого сальника;
 - ущемлением дивертикула Меккеля;
 - ущемлением противобрыжеечного края кишки.
10. Грыжа Литтре характеризуется (контроль компетенции: ПК-5):
- ущемлением дивертикула Меккеля;
 - ущемление аппендикса;
 - ущемлением двух петель тонкой кишки;
 - ущемлением стенки мочевого пузыря;
 - ущемлением противобрыжеечного края стенки кишки.
11. Признаками флегмоны грыжевого мешка являются (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
- свободный газ в брюшной полости;
 - боль в области грыжевого выпячивания;
 - невправимость грыжи;
 - гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием;
 - положительный симптом «кашлевого толчка».
12. При сомнительных признаках нежизнеспособности ущемленной кишки производят (контроль компетенции: ПК-5):
- введение раствора новокаина в брыжейку ущемленного участка;
 - прошивание брыжейки ущемленной кишки и погружение в брюшную полость;
 - интубацию тонкой кишки;
 - обкладывание кишки салфетками, смоченными в теплом физ.растворе;
 - резекцию ущемленной кишки.
13. Клиническими признаками острого холангита являются (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
- высокая температура;
 - боли в правом подреберье;
 - желтуха;
 - боли опоясывающего характера;
 - вздутие живота.
14. Диагностика холангиолитиаза включает (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
- ультразвуковое исследование;
 - клинические методы;
 - эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию;
 - пероральную холецистографию;
 - внутривенную холецистохолангиографию.
15. Показаниями к интраоперационной ревизии желчных протоков являются (контроль компетенции: ПК-5):
- перенесенный панкреатит;
 - частые приступы желчных коликов;
 - признаки воспаления желчного пузыря;
 - увеличение диаметра общего желчного протока;
 - желтуха до операции.
16. Синдрому Курвуазье соответствует сочетание клинических симптомов (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
- увеличенный безболезненный желчный пузырь;
 - видимая желтушность склер и кожи;
 - увеличенный болезненный бугристый край печени;
 - асцит;
 - мышечное напряжение в правом подреберье.
17. Формы острого холецистита (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):
- сосудистый;
 - ферментативный;
 - идиопатический;
 - калькулезный;
 - ятрогенный.

18. Симптомами острого холецистита являются (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):

- а) Мерфи;
- б) Ортнера;
- в) Боткина;
- г) Ровзинга;
- д) Спиджарного.

19. Триада Шарко при осложненном течении острого холецистита включает (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):

- а) боль в правом подреберье;
- б) высокая температура;
- в) признаки желтухи;
- г) неукротимая рвота;
- д) вздутие живота.

20. Признаками перфорации желчного пузыря вследствие острого холецистита являются (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):

- а) внезапное усиление болей;
- б) ригидность мышц по правому флангу;
- в) многократная рвота;
- г) лейкоцитоз;
- д) симптом Щеткина-Блюмберга.

2 уровень (установите соответствие и определите последовательность действий)

1. Выберите показания для проведения оперативных вмешательств (по срокам) при остром холецистите (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):

показания и цели операции	сроки операции
1) наличие признаков перитонита	А) экстренная
2) появление желтушности склер и кожи при консервативном лечении острого холецистита	Б) срочная
3) частые болевые приступы при наличии холецистолитиаза	В) плановая
4) проводится в сроки до 2 часов с момента выявления заболевания	
5) нарастание интоксикации	
6) выполняется с целью профилактики прогрессирования заболевания	

2. Интерпретируйте следующие эпонимные симптомы острого холецистита (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6):

описание симптома	эпоним
1) резкая боль при введении кисти руки в область правого подреберья на вдохе	А) симптом Образцова
2) непровольная задержка дыхания на вдохе при ограничении экскурсии грудной клетки и надавливании на правое подреберье	Б) симптом Мерфи
3) гиперестезия кожи, болезненность в точке Кера	В) симптом Кера
4) болезненность в правом подреберье во время вдоха	Г) симптом Маккензи

3. Выберите оптимальную технологию оперативного вмешательства при остром холецистите (контроль компетенции: ПК-5):

показания	оперативный способ
1. острый холецистит в сочетании с признаками распространенного перитонита	А) традиционная открытая холецистэктомия
2. острый холецистит у пациентов с ранее перенесенными операциями	Б) лапароскопическая холецистэктомия
3. неосложненный острый холецистит	В) открытая холецистэктомия посредством мини-доступа
4. Установите последовательность этапов холецистэктомии «от дна»:	

1. лапаротомия
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

5. Определите интраоперационную последовательность действия хирурга в случае сочетания острого холецистита с механической желтухой (контроль компетенции: ПК-5):

1. выделение, осмотр и пальпация желчных путей и поджелудочной железы
2. холецистэктомия
3. дренирование по Холстеду-Пиковскому
4. интраоперационная холангиография
5. холедохотомия

3 уровень (в каждом из заданий выберите оптимальный ответ на поставленные вопросы)

1. На прием к хирургу поликлиники обратился больной М. 19 лет с жалобами на интенсивную боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту жидкий стул, повышение температуры тела до 38 градусов. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета, живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области.

Выберите предварительный диагноз (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) острый аппендицит;
- 2) острый холецистит;
- 3) правосторонняя почечная колика;
- 4) перфоративная язва ДПК.

Тактика хирурга в сложившейся ситуации предусматривает (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) экстренно направить пациента в хирургический стационар;
- 2) назначить ультразвуковое исследование;
- 3) назначить анализы, назначить антибиотики, анальгетики, осмотр в динамике на следующие сутки при наличии результатов исследования;
- 4) назначить анализы, плановая госпитализация.

Определите наиболее значимый объем диагностических исследований в данном клиническом случае (контроль компетенции: ПК-6):

- 1) общий анализ крови, общий анализ мочи, RW, группа крови, резус-фактор;
- 2) УЗИ брюшной полости;
- 3) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 4) компьютерная томография.

Хирургическая тактика предусматривает (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) консервативная терапия;
- 2) экстренная аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова;
- 3) экстренная лапаротомия, аппендэктомия;
- 4) экстренная аппендэктомия через доступ Бергмана-Израеля.

2. 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, но были не очень интенсивными, к врачам не обращался. Сегодня боли несколько усилились. 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.

Ваш предположительный диагноз (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) заворот тонкой кишки
- 2) аппендикулярный инфильтрат
- 3) опухоль слепой кишки
- 4) периаппендикулярный абсцесс

Дальнейшие врачебные действия предусматривают (контроль компетенции: ПК-6):

- 1) назначение дополнительного обследования, повторную явку с их результатами;
- 2) назначить лечение, повторная явка через 2 дня;
- 3) госпитализация пациента в хирургический стационар;

4) госпитализация пациента в терапевтический стационар.

Выберите тактику лечения (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) консервативная терапия;
- 2) аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова, дренирование брюшной полости;
- 3) аппендэктомия через доступ Волковича-Дьяконова, тампонирование брюшной полости;
- 4) лапаротомия, аппендэктомия, дренирование, тампонирование брюшной полости.

Перечислите возможные показания к операции (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) сохранение болевой симптоматики;
- 2) признаки абсцедирования;
- 3) сохранение субфибрилитета;
- 4) уменьшение образования в размерах.

3. Больной 50 лет вызвал бригаду скорой помощи по поводу сильных болей в паховой области, возникшие 10 часов назад после физической нагрузки. Появилось невправимое образование в паховой области. Боли распространились по всему животу. Со слов страдал паховой грыжей в течение 7 лет, от оперативного лечения отказывался. На данный момент появилась тошнота, икота, многократная рвота. Сначала в рвотных массах определялось желудочное содержимое, затем оно стало темным с примесью желчи. Объективно: температура тела 37,4 градусов, пульс 125 ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст., в правой паховой области определяется невправимое резко болезненное напряженное подкожное выпячивание размерами 5х4см, симптом кашлевого толчка отрицательный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, перистальтика неравномерная.

Ваш предположительный диагноз (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) ущемленная правосторонняя паховая грыжа;
- 2) паховый лимфаденит справа;
- 3) липома правой паховой области;
- 4) водянка оболочек правого семенного канатика.

Выберите определяющий метод дополнительной диагностики (контроль компетенции: ПК-6):

- 1) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 2) ультразвуковое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) контрастная энтерография.

Определите тактику лечения (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) экстренная операция;
- 2) консервативное лечение, при сохранении болей срочная операция;
- 3) попытаться вправить выпячивание, оперировать больного при невозможности вправления;
- 4) бандажирование.

В случае явных признаков некроза участка тонкой кишки необходимо выполнить (контроль компетенции: ПК-5):

- 1) резекцию некротизированного участка кишки, формирование анастомоза «конец в конец»;
- 2) выполнить «реанимацию» кишечного сегмента;
- 3) вправить ущемленный участок в брюшную полость;
- 4) резекцию некротизированного участка, формирование анастомоза «бок в бок».

Критерии оценки:

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

3.2. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки (ПК-5, ПК-6)

Задача №1 (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6)

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°C, 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. Пульс – 82 удара в минуту, 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 положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови определяется лейкоцитоз до 15×10^9 /л, общий анализ мочи без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причины развития данного заболевания.
3. Тактика лечения данного больного.

Задача №2 (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6)

Больная А., 28 лет поступила в экстренное хирургическое отделение 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 окологупочной 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°C.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 78 ударов в минуту, 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 положительные, Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул, диурез в норме.

В общем анализе крови: эритроциты – 4×10^{12} /л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – 10×10^9 /л; в общем анализе мочи: лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Основные этапы оперативного вмешательства.
3. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3 (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6)

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двукратную пищей, слюной, повышение температуры до 38,5°C, 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, частота дыхательных движений – 22 в минуту. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до 18×10^9 /л, общий анализ мочи без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальная диагностика
3. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.

Задача №4 (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6)

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

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. Пульс – 86 ударов в минуту, 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 положительные.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – 13×10^9 /л, в общем анализе мочи: лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

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. Техника определения эпонимных симптомов
3. Дальнейшая интраоперационная тактика.

Задача №5 (контроль компетенции: ПК-5, ПК-6)

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 отрицательный. Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12 \times 10^9/л$; общий анализ мочи: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 в полях зрения.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Алгоритм диагностики.
3. Особенности хирургической тактики.

Критерии оценки:

- **«отлично»** - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

- **«хорошо»** - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

- **«удовлетворительно»** - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

- **«неудовлетворительно»** - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

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

1. Оформление медицинской документации (медицинская карта стационарного больного): контроль компетенции: ПК-5.
2. Основы клинической диагностики: сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация. Определение клинических симптомов urgentных заболеваний органов брюшной полости, абдоминальной травмы): контроль компетенции: ПК-5, ПК-6.
3. Интерпретация результатов лабораторно-инструментальных исследований: общего и биохимического анализа крови, данные ультразвукового и эндоскопических исследований, рентгенограмм, томограмм, результатов биопсии: контроль компетенции: ПК-5, ПК-6.
4. Оказание неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях: контроль компетенции: ПК-5, ПК-6.

Примерное задание к проверке практических навыков

Примерная тематика заданий для проверки практических навыков

1. Острый аппендицит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6,).
2. Острый холецистит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6,).
3. Острый панкреатит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6,).
4. Острый перитонит. (Контроль компетенции – ПК-5, ПК-6,).

Критерии оценки:

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

- **«не зачтено»** - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и

проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

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

4.1. Методика проведения тестирования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которых направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины 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.

Требования к банку оценочных средств:

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

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

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

Их соотношение представлено в таблице 1.

Таблица 1

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

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

Тестирование на бумажном носителе:

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

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

Тестирование на компьютерах:

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

Результаты процедуры:

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

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

Методика проведения приема практических навыков

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии по дисциплине.

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.

Требования к банку оценочных средств:

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

Описание проведения процедуры:

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

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

Результаты процедуры:

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

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

Методика проведения устного собеседования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины в соответствии с расписанием учебных занятий. Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину, 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 или по ситуационной задаче. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме зачета определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачетные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

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