

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 28 мая 2020 г.
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Госпитальная хирургия»**

**Направление подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2019,2020

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине « Госпитальная хирургия»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине « Госпитальная хирургия»

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1.	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
2.	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации
3.	ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем , X пересмотра
4.	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
5.	ПК-10	медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «**Госпитальная хирургия**»

выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей:

4.1 Написание рефератов по темам:

Тема №1 «Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода»

1. Клиника, диагностика и лечение дивертикулов пищевода.
2. Эзофагоспазм и ахалазия кардии.

Тема №2 «Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование (методы, техника, сроки, показания).»

1. Бужирование пищевода – методы, техника, показания и противопоказания.

2. Химические ожоги.

Тема №3 «Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики. Перфорация пищевода.»

1. Особенности хирургического лечения перфорации пищевода.

2. Виды пластики пищевода.

Тема №4 «Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)»

1. Осложнения бронхоэктатической болезни.

2. Оперативное лечение бронхоэктатической болезни.

Тема №5 «Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).»

1. Методы лечения эмпиемы плевры.

2. Острая эмпиема плевры.

Тема №6 «Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.»

1. Острый абсцесс легкого – клиника, диагностика и методы лечения.

2. Флегмона грудной стенки.

Тема №7 «Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.»

1. Виды пневмоторакса.

2. Инородные тела легких.

Тема №8 «Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Болезни оперированного желудка. Гастродуоденальные кровотечения.»

1. Перфоративная язва.

2. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.

Тема №9 «Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолестазный синдром.»

1. Желчекаменная болезнь. Лапароскопическое лечение.

2. РХПГ при холедохолитиазе.

Тема №10 «Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.»

1. Эхинококкоз печени.

2. Методы лечения абсцессов печени.

Тема №11 «Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда-Киари.»

1. Диагностика и лечение портальной гипертензии.

2. Тромбоз воротной вены

Тема №12 «Заболевания селезенки.»

1. Синдром гиперспленизма.

2. Спленэктомия при гематологических заболеваниях.

Тема №13 «Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.»

1. Острый панкреатит – классификация и современная тактика лечения.

2. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.

Тема №14 «Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.»

1. Хирургические осложнения сахарного диабета.

2. Инсулома – клиника, диагностика, лечение.

Тема №15 «Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.»

1. Синдром Золлингера-Эллисона.

2. Феохромоцитома.

Тема № 16 «Заболевания щитовидной железы. Sporадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.»

1. Тиреотоксикоз – тактика лечения.

2. Гиперпаратиреоз.

Тема №17 «Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.»

1. Врожденные пороки сердца.
2. Приобретенные пороки сердца.

Тема №18 «Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.»

1. Хирургическое лечение ИБС.
2. Перикардит.

Тема №19 «Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.»

1. Классификация острой артериальной непроходимости.
2. Профилактика ТЭЛА.

Тема №20 «Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофеморальный тромбоз.»

1. Илеофеморальный венозный тромбоз.
2. Острый поверхностный тромбофлебит вен нижних конечностей.

Тема №21 «Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.»

1. ПТФБ.
2. Современные методы лечения трофических венозных язв.

Тема №22 «Заболевания толстой кишки. Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит. Дивертикулы, дивертикулез. Полипы, полипоз»

1. Болезнь Крона. Особенности диагностики и лечения.
2. Дивертикулы, хирургические осложнения. Тактика лечения.
3. Полипы, полипоз толстой кишки.
4. Принципы консервативной терапии при язвенном колите.
5. Принципы консервативной терапии при болезни Крона.
6. Показания для хирургического лечения ВЗК (воспалительные заболевания кишки)
7. Кишечные осложнения язвенного колита.

Тема №23 «Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы)»

1. Оперативное лечение острой анальной трещины.
2. Малоинвазивные операции при геморрое.

Тема №24 «Рак прямой кишки.»

1. Оперативное лечение рака прямой кишки.
2. Осложнения рака прямой кишки.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

4.2 Решение ситуационных задач.

Тема №1 «Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода.»

Ситуационная задача № 1.

Больная 32 лет жалуется на затрудненное прохождение плотной пищи по пищеводу, чувство давления за грудиной, срыгивание и рвоту съеденной пищей. Пища проходит лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала как пища «проваливалась» в желудок. Больна около 2 лет. Заболевание началось после психической травмы. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки в норме. Больной проведено контрастное исследование пищевода.

Ваш предварительный диагноз?

Опишите изменения на рентгенограмме.

Какие еще дополнительные исследования следует сделать?

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больной ахалазия пищевода.

На рентгенограмме отмечается равномерное сужение пищевода в кардиальном отделе с гладкими контурами и расширением всего пищевода до места сужения. Больной показана эзофагоскопия.

Консервативное лечение (спазмолитики, седативные средства, ганглиоблокаторы, физиотерапевтическое лечение) редко дают эффект даже в начальных стадиях

заболевания. Рекомендуется начать лечение с кардиодилатации аппаратом Штарка, пневмодилататором Плюмера. При неудовлетворительном результате – лечение оперативным путем по методу Геллера в модификации Петровского, Колесова, Березова.

Ситуационная задача №2.

У больного 52 лет полгода назад появились жалобы на боли за грудиной во время приема пищи и почти постоянное чувство сильного жжения в пищеводе, особенно после приема горячей, острой пищи. Появился неприятный запах изо рта. В анамнезе хронический бронхит. Состояние больного удовлетворительное. Температура изредка повышается до субфебрильных цифр. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. В легких единичные сухие хрипы.

Произведено рентгеноконтрастное исследование пищевода, ан. крови.

Ваш предварительный диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме пищевода?

Какие еще дополнительные исследования необходимо провести больному?

Какую тактику лечения следует избрать?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

У больного тракционный дивертикул пищевода, дивертикулит. Больному показана эзофагоскопия, анализ желудочного сока.

Поскольку больной ранее не лечился, ему можно провести курс консервативного лечения: увеличить прием пищи до 4-5 раз, не есть перед сном. Пища должна быть теплой и тщательно прожеванной, необходимо исключить острые продукты и приправы. Перед приемом пищи следует принимать 1 ложку растительного масла, а после еды выпивать стакан минеральной воды. Высокая кислотность желудочного сока должна быть подавлена антацидами, холинолитиками, Н.2 – блокаторами. При отсутствии эффекта консервативного лечения больного следует подвергнуть операции удаления дивертикула с пластикой мышечной стенки пищевода.

Тема №2 «Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование (методы, техника, сроки, показания).»

Ситуационная задача № 1.

Больной 40 лет полгода назад на работе по ошибке выпил несколько глотков аккумуляторной жидкости. Долго лечился в терапевтическом стационаре. Выписался в хорошем состоянии, без явлений дисфагии. В течении последнего месяца стал отмечать, что с трудом проходит твердая и кашицеобразная пища, появились боли за грудиной, чувство жжения. Отмечает слабость, похудел. Произведено рентгенологическое исследование пищевода, ан. крови, мочи.

Ваш диагноз?

Какие изменения отмечаются на рентгенограмме пищевода, анализах крови и мочи?

Какие дополнительные исследования показаны больному?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного рубцовая стриктура пищевода в средней и нижней трети, эзофагит.

На рентгенограмме – значительное сужение пищевода на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные.

Больному показана эзофагоскопия.

Для лечения эзофагита – диета, щелочное питье, противовоспалительные смеси до и после приема пищи (альмагель, гидрогортисон, новокаин и др.), ГБО-терапия.

Для восстановления проходимости по пищеводу – бужирование по проводнику. При невозможности или неудачи бужирования – эзофагопластика.

Ситуационная задача № 2.

Пациент 18 лет год назад выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией пациенту была наложена гастростома для кормления.

При осмотре пациент кахектичен, с трудом глотает слюну.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Тема №3 «Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики. Перфорация пищевода.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 49 лет болен 3 месяца. Жалуется на дисфагию, которая постепенно нарастает. Вначале было ощущение застревания твердой пищи, теперь трудно проходит и жидкая. Снижился аппетит. Больной сильно похудел и ослаб. Кожа сухая, пальпируется лимфатический узел в надключичной области, мягкий, подвижный. Легочная ткань прозрачная, живот мягкий, безболезненный.

Произведено рентгенологическое исследование пищевода, анализ крови.

Ваш предварительный диагноз.

Опишите изменения на рентгенограмме пищевода.

Какие еще необходимые методы исследования следует провести больному?

Ваша тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного инфильтративно-язвенная форма рака средней трети пищевода.

Уточнить диагноз можно фиброэзофагоскопией с биопсией ткани опухоли.

Для определения распространенности опухолевого (стадии) процесса показано УЗИ органов брюшной полости, медиастиноскопия, биопсия надключичного лимфоузла.

При операбельности – радикальная резекция пищевода по Тореку – Добромислову с последующей эзофагопластикой через 6 месяцев.

При неоперабельности (наличие отдаленных метастазов) – гастростомия или интубация пищевода.

Ситуационная задача № 2.

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

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу.

Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

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

Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по хирургии:

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

ФГДС: На уровне С6 – С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 – 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.
2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.
3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.
4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.
5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.
6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.
7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.
8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

Тема №4 «Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)»

Ситуационная задача № 1.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без

особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».

Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены.

Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Ситуационная задача № 2.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2⁰С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Бронхоэктатическая болезнь III А (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах).
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.

Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Тема №5 «Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).»

Ситуационная задача № 1.

Больному Р., 55 лет 3 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого. Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительное время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберье по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой.

Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено влево, купол диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Ваш диагноз? Диагностические исследования для подтверждения диагноза?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

- 1) Хроническая эмпиема остаточной полости. Бронхо-плевро-кожный свищ.
- 2) Бронхоскопия, фистуло- и культеграфия.

Ситуационная задача № 2.

Больной Х., 25 лет марте 1998 года был оперирован по поводу множественных проникающих ножевых ранений грудной клетки справа, ранения правого легкого. В послеоперационном периоде острая послеоперационная эмпиема правой плевральной полости и нагноение одной из ножевых ран раны. На фоне полноценного общего и местного консервативного лечение в течении 3-х месяцев сохранялись явления интоксикации и гнойное отделяемое по дренажу.

При поступлении на грудной клетке справа в проекции 6 м/р рубец от передне-боковой торакотомии, в проекции 4 ребра по парастернальной линии определяется рубец длиной до 3-4 см, в центре которого свищевой ход со скудным гнойным отделяемым, заканчивающийся слепо у 4 ребра, мягкие ткани в этой области пастозны, гиперемированы. Температура тела субфебрильная. На рентгенограмме: признаки отграниченного скопления жидкости в нижних отделах плевральной полости справа.

Ваш диагноз? Что послужило причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую и какие дополнительные методы исследования необходимы?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

- 1) Хроническая отграниченная эмпиема правой плевральной полости.
- 2) Остеомиелит 4 ребра справа. Необходимо выполнить сканирование грудной клетки и фистулографию.

Тема №6 «Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.»

Ситуационная задача № 1.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура тела до 39 град, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась около 8 дней, несмотря на энергичное консервативное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы, больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Какое заболевание Вы заподозрили у больного?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Какое исследование проведено больному, оцените полученные данные.

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного острый абсцесс правого легкого в стадии прорыва. Необходимо исследовать кровь (количество лейкоцитов, СОЭ), мокроту. Решающее значение имеет рентгенологическое исследование, включая томографию.

На представленных снимках отмечается негетогенное затемнение без четких границ. Видна полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной зоной инфильтрации. Нерезко выражена плевральная реакция в виде небольшого выпота в синусе.

При хорошем опорожнении и сухой полости следует продолжить активное консервативное лечение, а при плохом опорожнении полости – дренирование ее через бронх или грудную стенку в зависимости от локализации полости абсцесса.

Ситуационная задача № 2.

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?
6. Возможные осложнения заболевания?
7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Острая внебольничная левосторонняя пневмония, осложненная острым абсцессом левого легкого, дренирующимся в бронхиальное дерево
2. Классификация абсцессов легкого проводится с учетом локализации, размеров, а также по клиническим формам: выделяют острый гнойный, гангренозный и хронический абсцесс легкого
3. Абсцессы и гангрена легкого имеют чаще всего постпневмоническое или аспирационное происхождение. Более редки гематогенно-эмболические, травматические, лимфогенные пути образования абсцессов. Первая фаза развития абсцесса характеризуется острым гнойным воспалением и деструкцией легочной ткани, вторая фаза связана с прорывом его содержимого в просвет бронха. При недостаточном дренировании абсцесса (чаще в средней и нижних долях легкого) через 2 – 3 месяца формируется хронический абсцесс
4. Ведущими методами диагностики являются рентгенография, томография, бронхоскопия, исследование мокроты. В более сложных случаях может выполняться компьютерная томография, плевральная пункция, торакоскопия
5. Основными принципами лечения являются интенсивная борьба с инфекцией, адекватное дренирование гнойника (через бронх, через грудную стенку), повышение сопротивляемости организма, коррекция метаболических нарушений, детоксикация. При абсцессе легкого с бронхоплевральным свищем и эмпиемой плевры производится одномоментная плевропневмонэктомия или лобэктомия с плеврэктомией и декортикацией остающейся части легкого. В последние годы широко внедрены в клиническую практику бронхоскопические и торакоскопические методы лечения данного заболевания
6. Частыми осложнениями являются бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры, пиопневмоторакс, флегмона грудной стенки, легочное кровотечение, метастатический абсцесс головного мозга, септикопиемия, амилоидоз. Переход в хронический абсцесс наблюдается в 20 % случаев.
7. При реабилитации больных существенную роль играют дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, общеукрепляющие мероприятия, полноценное питание, санаторно-курортное лечение

Тема №7 «Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.»

Ситуационная задача № 1.

25-летний больной страдает шизофренией, доставлен в дежурное хирургическое отделение с глубокой резаной грудной клетки, которую нанес себе сам кухонным ножом полчаса назад. Рана кровоточит, возможно, что ранение проникающее. Необходима срочная хирургическая обработка раны, однако больной заявляет, что у него был «рак легкого», что он сам себе сделал «операцию» и категорически отказывается от какого-либо лечения раны и, тем более от ее хирургической обработки. Родственники больного отсутствуют.

Как должны поступить дежурные врачи?
Оперировать ли больного против его воли?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Согласия больного на операцию не требуется, т.к. в данном случае имеются абсолютные, жизненные показания к неотложному вмешательству, больной же страдает психическим заболеванием и не может правильно оценить свое состояние. Однако под показаниями к операции, в истории болезни, должны быть поставлены подписи трех врачей. Кроме того, если есть возможность, больной должен быть осмотрен психиатром с записью в истории болезни о имеющемся психическом заболевании. Никакого грубого насилия над больным не должно быть совершено.

Необходимо прибегнуть к внушению, введению седативных и наркотических средств и в состоянии глубокой заторможенности или сна брать больного в операционную. Под общим обезболиванием необходимо произвести первичную хирургическую обработку раны и уже интраоперационно определить дальнейшую тактику.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт.ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря, шок 1 степени тяжести.
2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.
3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.
4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2,5 литров в сутки.
5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.
6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, закрыть торакотомную рану.

Тема №8 «Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Болезни оперированного желудка. Гастродуоденальные кровотечения.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 32 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на двухкратную обильную рвоту «кофейной гущей», нарастающую слабость, шум в голове, ощущение удушья, жажду. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Беспокоившая больного сильная боль в желудке уменьшилась.

2 месяца назад больному была произведена рентгеноскопия желудка. При осмотре больного отмечается бледность кожных покровов, пульс 96 в 1 мин., АД – 110 и 60 мм.рт.ст., на ЭКГ признаки ишемии миокарда. Срочно взят общий анализ крови.

Какое заболевание и осложнение Вы предположили у больного ?

Какая степень тяжести этого осложнения?

О чем свидетельствуют данные рентгенологического и лабораторного исследования?

Какими дополнительными исследованиями можно подтвердить Ваше предположение?

Каковы будут Ваши действия?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. На рентгенограмме язвенная ниша локализуется в области малой кривизны желудка (бассейн левой желудочной артерии).

На основании гемодинамических показателей и анализа крови (Эритроциты – 3,0.10 г.л., гемоглобин – 60 ед., гематокрит – 27%, дефицит ОЦК – 20%) у больного средняя степень тяжести кровопотери (по Горбашко)

Подтвердить диагноз и решить вопрос о продолжающемся кровотечении можно при фиброгастродуоденоскопии.

Больному с момента поступления необходимо проводить коррекцию гемодинамических нарушений, гемостатическую терапию.

Учитывая локализацию язвы и в случае продолжающегося кровотечения показана экстренная операция на высоте кровотечения.

Ситуационная задача № 2.

У больного 29 лет, 2 часа тому назад внезапно появилась «кинжальная» боль в эпигастриальной области, а затем по всему животу, больше справа. Ранее, в течении 2 лет, беспокоили изжога, боли натощак ночью. Состояние средней тяжести. Больной стонет. Живот втянут, не участвует в акте дыхания. Пальпаторно резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, перкуторно – отсутствие печеночной тупости. Температура тела нормальная. Пульс 56 в 1 мин. Лейкоцитов 8.10 г.л. Для уточнения диагноза произведена обзорная рентгенография брюшной полости.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Как Вы оцените рентгенограмму брюшной полости?

Какая тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу №2.

У больного язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная прободением. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под диафрагмой виден серп газа.

Больному показана неотложная операция. Учитывая отсутствие разлитого перитонита (с момента операции прошло 2 часа), необходимо выполнить иссечение язвы, пилоропластику и стволовую ваготомию.

Тема №9 «Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолецистэктомический синдром.»

Ситуационная задача № 1.

Больная 56 лет поступила в стационар с приступом острого холецистита. Калькулезным холециститом страдает более 20 лет. Год тому назад, во время одного из приступов, отмечала легкую желтуху, которая прошла через 2 суток. Начато консервативное лечение, однако состояние больной не улучшается. Больную решено оперировать. Во время операции, после удаления желчного пузыря, необходимо убедиться в отсутствии камней в общем желчном протоке.

Какими интраоперационными исследованиями можно определить наличие камней в протоках ?

Как называется исследование, представленное на рентгенограмме?

Как проводится данное исследование. Что обнаружено при его проведении ?

Какие Ваши дальнейшие действия, как надо закончить операцию?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больной желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит. Учитывая наличие в анамнезе эпизода желтухи, во время болевого приступа, во время проведения операции необходима ревизия желчных протоков. Наличие камней в протоках можно определить следующими методами: пальпацией, трансиллюминацией, интраоперационным УЗИ, интраоперационной холангиографией.

На представленной интраоперационной холангиограмме, произведенной через культю пузырного протока, определяются дефекты наполнения (камни) в терминальном отделе холедоха. Общий желчный проток расширен, контрастное вещество в 12-перстную кишку не поступает.

Необходимо выполнить холедохотомию, удаление камней, промывание холедоха. Убедиться в

полном удалении камней и хорошей проходимости общего желчного протока можно с помощью интраоперационной фиброхоледохоскопии и зондировании протоков.

Операцию следует закончить дренированием холедоха по Керу или по Вишневному. К Винслову отверстию следует поставить второй дренаж.

Ситуационная задача № 2.

Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. Последняя появилась 3 дня назад на фоне болевого синдрома после погрешности в диете. В анамнезе желчно-каменная болезнь в течение 8 лет, когда при УЗИ были обнаружены мелкие камни в желчном пузыре. Ранее в стационаре не лечилась, в анамнезе желтухи не было. Объективно: состояние больной удовлетворительное, хорошего питания, субиктеричность склер и кожи. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык влажный. Живот симметричный, при пальпации болезненен в эпигастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Пульсация аорты выше пупка не определяется. Перистальтика отчетливая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических и диспептических расстройств не отмечает, кал светлее обычного. Лейкоцитоз – 10 тыс. Диастаза мочи – 256 ед. При УЗИ – отмечено расширение холедоха до 1,4 см, однако конкрементов в последнем не обнаружено, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка – 0,4.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует произвести дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики оперативного вмешательства?

4. Какие оперативные вмешательства могут быть предприняты у больной и их преимущества, недостатки, показания?

5. Рекомендации при выписке?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Острый панкреатит (отечная форма). ЖКБ, Острый калькулезный холецистит или острый холецистопанкреатит.

2. Дифференциальный диагноз в первую очередь необходимо провести с острым холециститом и холедохолитиазом.

3. Обследование: лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, фибриноген, амилаза, билирубин, печеночные пробы.

Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС, при недостаточной информативности УЗИ — компьютерная томография и РХПГ

4. Если в результате проведенных исследований у больной подтвердится диагноз острого панкреатита, то назначается консервативное лечение. Если клиника панкреатита прогрессирует – показано выполнение санационно-диагностической лапароскопии, дренирование брюшной полости. Если по данным УЗИ или лапароскопии присоединится клиника деструктивного калькузного холецистита — показано наложение микрохолецистостомы под УЗ – контролем. При наличии конкрементов в холедохе и билиарной гипертензии – ЭПСФТ.

5. Холецистэктомия в плановом порядке, соблюдение диеты (стол №5), дюспаталин, креон.

Тема №10 «Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.»

Ситуационная задача № 1.

К Вам на поликлинический прием обратился больной 41 года, охотник. Жалуется на чувство дискомфорта, тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. Год назад отмечал у себя беспричинную крапивницу и зуд кожи. При осмотре пальпируется край печени на 3 см ниже реберной дуги, закругленный, плотный и безболезненный. Температура тела нормальная.

О каком заболевании следует подумать?

Какие методы обследования в условиях поликлиники могут помочь поставить диагноз?

Какие изменения Вы находите на представленной рентгенограмме, чем они могут быть вызваны?

Тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Наиболее вероятно у больного гидатинозный эхинококк печени. Для уточнения диагноза необходимо сделать общий анализ крови (эозинофилия), поставить реакцию с эхинококковым антигеном, провести УЗИ печени, обзорную рентгенографию брюшной полости.

На представленной рентгенограмме брюшной полости определяется кольцевидная тень,

обусловленная обывательством эхинококковой кисты.

Больному необходимо оперативное лечение.

Ситуационная задача №2.

В приемное отделение хирургии доставлена больная 28 лет с выраженным болевым синдромом в животе, который развился после физической нагрузки час назад. Через пятнадцать минут после поступления на коже туловища и конечностей у нее появились образования по типу «крапивницы», сопровождающиеся подъемом температуры тела и кожным зудом. Больная - сельский житель, в домашних условиях содержит крупный рогатый скот. Объективно: Кожные покровы бледные с наличием множественных высыпаний. Пульс - 100 уд в мин, АД-90/60 мм рт ст. Язык влажный, обложен. Живот симметричный, при пальпации отмечается выраженная болезненность и мышечное напряжение по всей правой половине; положителен симптом раздражения брюшины. На обзорной R- графии брюшной полости: без патологии. При УЗИ-обследовании в проекции правой доли печени верифицируется образование округлой формы диаметром 10-12 см. Эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,8 \cdot 10^9/л$, эозинофилов - 12. Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика лечения пациента.

Ответ на ситуационную задачу №2.

Эхинококкоз печени прорывом в брюшную полость, перитонит. Экстренное оперативное лечение - лапаротомия.

Тема №11 «Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда- Киари.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогих местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются геморроидальные узлы.

1. Ваш диагноз?
2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз и по какому синдрому?
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?
6. Основные направления консервативной терапии, показания и виды оперативного лечения?
7. Осложнения заболевания и их профилактика?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Алкогольный токсический цирроз печени с синдромом портальной гипертензии.
2. Используется классификация нарушения портального кровообращения (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962)
 - I. Внутривенная блокада (циррозы, опухоли, тромбоз печеночных вен *б-нь Хиари*, стеноз нижней полой вены *с-м Бадд-Хиари*)
 - II. Внепеченочная блокада (рубцовый стеноз, облитерация или тромбоз воротной вены, сдавление ее ствола извне опухолью или инфильтратом, врожденный стеноз)
 - III. Смешанные формы нарушения портального кровообращения
3. Патогенез:
 - Склеротическая трансформация ткани печени
 - Облитерация или сдавление дренирующих печеночных синусоид
 - Повышение давления в системе воротной вены
 - Варикозное расширение вен систем портокавальных анастомозов (варикозное расширение вен пищевода и желудка, геморрой, «голова медузы»)
 - Кровотечения, спленомегалия, асцит
4. Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, сопровождающимися синдромом портальной гипертензии: (опухоль печени, воспалительные заболевания, болезнь Хиари, стеноз

нижней полой вены, тромбоз воротной вены, пилефлебит, сдавление ее ствола извне опухолью или инфильтратом, врожденный стеноз)

5. Клинические лабораторные методы, биохимические методы оценки функции печени, УЗИ, ФЭГДС (состояние вен пищевода), диагностическая лапароскопия, КТ печени и ветвей воротной вены.

6. Гепатопротекторы (липоевая кислота), гормональная терапия (глюкокортикоиды), диета и витамины (В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅), детоксикационная терапия, гемотрансфузионная терапия, диуретики. Оперативное лечение направлено на борьбу с кровотечениями и асцитом.

7. Кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка, геморроидальные кровотечения, прогрессирующий асцит. Профилактика: раннее выявление заболевания, диспансеризация, динамическое наблюдение, своевременная адекватная консервативная терапия.

Ситуационная задача №2.

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 — 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин — 80 г/л, Эритроциты — 3 x 10¹².

1. Ваш диагноз?

2. Этиопатогенез данного заболевания?

3. Классификация заболевания?

4. Объем обследования пациента при данной патологии?

5. Степень кровопотери в данном случае?

6. Основные направления консервативной терапии?

7. Показания к операции и варианты хирургического пособия?

8. Прогноз данного заболевания?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Предварительный диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

2. Портальная гипертензия характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе. Повышение давления в портальной системе ведет к возникновению варикозного расширения гастроэзофагеальных венозных сплетений.

3. Может быть использована классификация (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962). Выделяют 2 степени портальной гипертензии. Варикозные вены пищевода могут быть классифицированы по 4 степеням.

4. Дополнительные методы исследования: Экстренная ФГДС после промывания желудка. По показаниям УЗИ.

5. По гемодинамическим и гемическим показателям кровопотерю следует оценить как средней степени тяжести.

6. Необходима инфузионная и гемостатическая терапия, снижение внутрипортального давления, снижение объема желудочной секреции. Показана постановка зонда Сенгстакена-Блекмора. Может быть использовано эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен.

7. При неэффективности – показано оперативное лечение – прошивание вен пищевода (операция М.Д.Пациоры), пищеводно-желудочная резекция, операция Таннера.

8. Прогноз заболевания неблагоприятный.

Тема №12 «Заболевания селезенки.»

Ситуационная задача № 1.

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% — 1 мл, димедрола 1% — 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого

наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
3. Оказание помощи в районной больнице.
4. Принципы оперативного пособия. Сроки реабилитации.

Ответ на ситуационную задачу №1.

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа.
2. Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Минилапаротомия на операционном столе.
3. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Отмывание живота. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.
4. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

Ситуационная задача №2.

Больная С, 62 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение. На улице внезапно появилась резкая боль в левом подреберье, кратковременно потеряла сознание. АД 90/60 мм. рт.ст. Пульс 100 уд. мин., слабого наполнения. Живот мягкий, умеренно болезненный по левому боковому каналу, там же притупление перкуторного звука и сомнительные симптомы раздражения брюшины. Дополнительно пациентка сообщила, что около 2 недель назад получила травму, ударилась левым боком о кресло в трамвае, после чего отмечала умеренные боли в левом подреберье.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования помогут поставить окончательный диагноз? Ожидаемые результаты.
4. Какова лечебная тактика у данной больной?
5. Назовите принципы лечения в послеоперационном периоде?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Закрытая травма органов брюшной полости. Двухмоментный разрыв селезенки. Внутривнутрибрюшное кровотечение.
2. Закрытая травма печени. Забрюшинная гематома. Перфорация полого органа.
3. УЗИ органов брюшной полости:
 - неровный контур капсулы селезенки,
 - наличие свободной жидкости в полости брюшины. Лапароцентез: наличие крови в брюшной полости. Диагностическая лапароскопия:
 - наличие крови со свертками в брюшной полости,
 - нарушение целостности селезенки.
4. Оперативное лечение под общим обезболиванием по экстренным показаниям. Спленэктомия.

5. Обезболивающие препараты, антибактериальная терапия, растворы кристаллоидов, коллоидов, вливание эритроцитарной массы с целью ликвидации анемии. Принимать пищу после восстановления функции кишечника.

Тема №13 «Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.»

Ситуационная задача №1.

У больного 17 лет интенсивные боли в эпигастриальной области, многократная рвота, которая не приносит облегчения, выражена общая слабость. Объективно: общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные с одиночными фиолетовыми пятнами. Пульс-100 уд./мин., АД-100/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется ригидность брюшной стенки и резкая болезненность в эпигастриальной области на 6 см выше пупка и в левом реберно-позвоночном углу, пульсация аорты в эпигастриальной области не определяется. Ваш диагноз?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Острый панкреатит.

Ситуационная задача №2.

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания? О каком осложнении основного заболевания можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
3. Какие основные направления лечения основного заболевания?
4. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
5. Какое оперативное лечение показано больному? Сроки его выполнения?
6. Исход данного осложнения? Прогноз? Ваши рекомендации при выписке?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.

Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.

3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;

воздействие на местный патологический очаг;

Уменьшение эндоинтоксикации;

коррекция тромбгеморрагического синдрома;

иммунокоррекция;

нутритивная поддержка;

энерготропная терапия;

оперативное лечение по показаниям.

4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
5. Малоинвазивное вмешательство.
6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Тема №14 «Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.»

Ситуационная задача №1.

Больная 64 года, поступила в плановом порядке в хирургическое отделение по поводу хронического калькулезного холецистита с частыми приступами болей. В анамнезе сахарный диабет 2 типа около 10 лет. Составьте перечень необходимых исследований в предоперационном периоде.

Ответ на ситуационную задачу №1.

Перечень обязательных исследований больных сахарным диабетом в предоперационном периоде: группа крови, резус фактор, общий анализ крови, глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин, биохимический анализ крови включая мочевины, креатинин, общий белок с фракциями, активность трансаминаз и щелочной фосфатазы, калий, натрий, хлориды; общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Ситуационная задача № 2.

У больного длительное время страдающего сахарным диабетом, имеется клиника разлитого перитонита аппендикулярного генеза, но боли в брюшной полости отсутствуют, появляются только при пальпации, напряжение мышц передней брюшной стенки определяется нечетко. Какое исследование необходимо сделать до операции с целью уточнения диагноза? Почему не выражен болевой синдром?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Нередко для убедительной диагностики аппендицита, у больных сахарным диабетом, приходится прибегать к лапароскопии. Болевой синдром может быть не выражен из-за развития полинейропатии.

Тема №15 «Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.»

Ситуационная задача №1.

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлоргидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Синдром Золлингера - Эллисона
2. Первый тип. (Гиперплазия G клеток антрального отдела желудка), II тип – опухоль или гиперплазия D клеток ПЖЖ
3. ЯБ, симптоматические язвы, разные типы Золингера- Эллисона

II тип Гастронома – гастрэктомия, I тип – резекция антрального отдела желудка

Ситуационная задача № 2.

Больная Д., 27 лет. Пришла на прием с жалобами на увеличение массы тела: с 60 кг поправилась до 87 кг за 3 месяца, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., приступы учащенного сердцебиения, отсутствие менструаций в течение 3х месяцев. При осмотре: Ожирение с перераспределением подкожно- жировой клетчатки по «кушингоидному» типу, матронизм, пушковые волосы над верхней губой, стрии красно- фиолетового цвета на груди. В анализах: снижение АКТГ до 8 пг\мл. при верхней границе нормы 60 пг\мл, повышение свободный кортизол в суточной моче, гиперхолестеринемия, гипокалиемия, лимфоцитопения. По данным КТ надпочечников: Объемное образование правого надпочечника размером 43x58 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Исследования необходимые для подтверждения диагноза?
3. Немедикаментозное лечение заболевания?
4. Какие препараты применяют для лечения данного заболевания?
5. Возможные осложнения?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Кортикостерома правого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия.
2. Определение суточного ритма секреции кортизола в плазме крови, пробу с дексаметазоном, пробу с десмопрессином.
3. Немедикаментозного лечения не существует.
4. Ингибиторы биосинтеза глюкокортикоидов (аминоглутетемид, кетоконазол)
5. Стероидный диабет, стероидный остеопороз, бесплодие, вторичный поликистоз яичников.

Тема № 16 «Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.»

Ситуационная задача № 1.

У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3 на 3 см. Все годы образование не причиняло беспокойства больной, за последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности.

Какой Вы поставите диагноз?

Как можно его подтвердить?

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Имеются все основания заподозрить у больной малигнизацию зоба. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут исследования крови, УЗИ и данные радиоактивного сканирования щитовидной железы, пункционная биопсия.

Больной показана операция – струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов и последующей лучевой терапией, лечением препаратами щитовидной железы.

Ситуационная задача № 2.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен + 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено.

При рентгенологическом обследовании легочная ткань прозрачна, но в переднем средостении определяется образование.

Что представляет собой это образование и чем оно может оказаться?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ваш диагноз и тактика в лечении больной?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Надо прежде всего думать о наличии aberrантного тиреотоксического зоба.

Помочь постановке диагноза может исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом и ультразвуковое сканирование железы.

Исключить эхинококковую кисту средостения помогут данные анамнеза (контакт с животными), анализ крови (эозинофилия), проба с эхинококковым антигеном (реакция латекс-агглютинации).

Округлое образование может оказаться и опухолью и дермоидной кистой средостения.

В любом случае больная подлежит оперативному лечению.

Тема №17 «Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.»

Ситуационная задача №1.

У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные – в полном объеме. Тактильная и проприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под паупертовой связкой усилена, на остальных уровнях – отсутствует.

1. Какой Ваш диагноз? Этиология и патогенез данной патологии?
2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
4. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?
5. Объем медицинской помощи?
6. Меры профилактики повторения этой патологии?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение — эмболия правой бедренной артерии, стадия Па (В.С.Савельев), субкомпенсированная ишемия (М.Д. Князев).
2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую сердечную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.
3. Классификация острой ишемии по В.С. Савельеву: ОИ I – парестезия, легкая боль; ОИ II – нарушение активных движений; ОИ III - субфасциальный отек, мышечная контрактура; ОИ IV – гангрена.

Классификация по М.Д.Князеву: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОИ.

4. Острый глубокий тромбоз; острый неврит, острый миозит.
5. Тактика – экстренная операция — эмболэктомия.
6. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ — эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полузакрытая фасциотомия голени, детоксикационные мероприятия.
7. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами.

Ситуационная задача № 2.

У пациента, перенесшего инфекционное заболевание, появилась слабо выраженная одышка, утомляемость, тяжесть в правом подреберье. При аускультации: 1-й тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие методы обследования следует предпринять для его уточнения?
3. Охарактеризуйте наиболее информативный из неинвазивных методов обследования.
4. С какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Охарактеризуйте возможные методы лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Митральная недостаточность.
2. Целесообразно выполнить ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентген грудной полости, возможно катетеризацию полостей сердца.
3. Наиболее информативным в данном случае будет ЭхоКГ - дает представление о движении клапанов, величине отверстия, сократительной функции миокарда, применение доплерографии позволяет оценить степень регургитации.
4. Дифференциальный диагноз следует проводить с митральным стенозом и аортальным стенозом.
5. А) Консервативное - лечение сердечной недостаточности по общепринятым схемам. В) Оперативное - вальвулопластика, протезирование митрального клапана.

Тема №18 «Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.»

Ситуационная задача № 1.

У пациента 32 лет, в молодости болевшего туберкулезом легких, появилась и быстро нарастает одышка, имеются цианоз, тахикардия. При осмотре: отсутствие верхушечного толчка сердца, Набухание шейных вен, глухость сердечных тонов, увеличение печени и объема живота, низкое систолическое и малое пульсовое давление. При рентгенологическом исследовании размеры сердца небольшие, пульсация сердца значительно снижена. Патологии легких нет. На ЭКГ – уплощение зубцов.

Вопросы.

1. Предварительный диагноз.
2. Достоверные рентгенологические и эхокардиографические диагностические признаки.
3. Этиология этого заболевания.
4. Лечебная тактика.
5. Результаты лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Констриктивный (слипчивый) перикардит.
2. Рентген признаки – большие размеры сердца, ослабленная пульсация и наличие участков обизвествления. ЭХОКГ – утолщение и плотность структур перикарда, симптомы сдавления сердца.
3. Вирусные, бактериальные, инфекционно-аллергические, специфические, иммунологические, протозойные, грибковые.
4. Лечение основного заболевания, открытая субтотальная перикардэктомия из торакотомного или стернотомного доступа.
5. После хирургического лечения нередко наблюдается быстрый регресс проявлений сердечной недостаточности, однако заболевание может рецидивировать. В стадии хронического перикардита с полиорганной недостаточностью операция менее эффективна.

Ситуационная задача № 2.

Мальчик 12 лет перенес острую двустороннюю стафилококковую пневмонию. На фоне направленной антибиотикотерапии воспалительные проявления начали снижаться, однако усиливалась одышка, появились боли в области сердца, отеки нижних конечностей. При осмотре цианоз губ, частота дыхания 25 в мин., четко контурируются вены шеи. ЧСС 100 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание жесткое, прослушивается по всем полям, тоны сердца глухие. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край ровный. На ЭКГ синусовый ритм, снижен вольтаж зубцов. На рентгенограмме грудной клетки имеется значительное расширение тени сердца в обе стороны со сглаженностью контуров.

1. Дополнительные методы диагностики?
2. Предварительный диагноз, дифференциальный диагноз?
3. Лечебная тактика? Малоинвазивные лечебно-диагностические вмешательства?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. а) рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография сердца в 3 проекциях; б) эхо-кардиография.
2. Экссудативный перикардит. Дифференциальный диагноз с травматическим гемоперикардом, миокардитом, дилатационной кардиомиопатией, проявлениями полиорганной недостаточности при другой патологии.
3. Показана лечебно-диагностическая пункция перикарда, в современных условиях – под контролем УЗИ. При рецидивирующем процессе возможна постановка дренажа в полость перикарда на несколько дней, субтотальная перикардэктомия.

Тема №19 «Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 56 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на протяжении 4 лет. Неоднократно лечился консервативно по поводу этого заболевания, выписывался с периодическими улучшениями. 2 часа назад у больного внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности, отсутствие движений в пальцах правой стопы, потеря чувствительности до нижней трети бедра. Конечность стала холодной до этого уровня. Пульсация бедренной артерии справа сохранена до уровня паупартовой связки, ниже не определяется, слева пульсация сохранена. Какие осложнения развились у больного?

Как подтвердить Ваше предположение?

Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?

Какова лечебная тактика?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии.

Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию.

На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные.

Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутовенозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

Ситуационная задача №2.

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какими исследованиями подтвердите диагноз?

Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?

Какова должна быть лечебная тактика.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- B степени. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и артериография.

На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.

Лечение оперативное – срочная эмболэктомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.

Тема №20 «Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.»

Ситуационная задача №1.

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба.

При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?

2. Этиология и патогенез заболевания?

3. Классификация заболевания?

4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?

5. Осложнения при данном заболевании?

6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.

2. Триада Вирхова — изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы — возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.

3. -по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;

-по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;

-по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.

4. С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.

5. Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).

6. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.

Ситуационная задача №2.

У больной 45 лет 3 дня назад появились острые боли в верхней трети правой голени. К моменту обращения беспокоят боли и в правом бедре. Объективно: гиперемия кожи и резкая болезненность по ходу варикозно расширенных вен голени и нижней трети бедра.

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Классификация ХВН?
4. Этапы флебэктомии?
5. Рекомендации?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. варикозная болезнь правой нижней конечности, осложненная острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены.
2. Показана экстренная кроссэктомия (перевязка сафено-бедренного соустья с коллатеральями большой подкожной вены), стриппинг (удаление из отдельных разрезов) варикозных вен.
3. По Савельеву, СЕАР
4. Стриппинг ствола БПВ, варикозных вен.
5. Эластическое бинтование конечности 2 недели непрерывно, 2 месяца – в дневное время.

Тема №21 «Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв»

Ситуационная задача №1.

Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Клиническая классификация данной патологии?
3. Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи?
4. План обследования больного?
5. Возможности инструментальных методов исследования?
6. Направления консервативной терапии?
7. Этапы хирургического лечения? Возможности малоинвазивных технологий?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.

2. Классификация варикозной болезни (Москва, 2000г.) учитывает форму заболевания, степень ХВН и её осложнения:

— Формы варикозной болезни:

1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса (рефлюкса).
2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам.
3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.
4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

— Хроническая венозная недостаточность: 0 – III степень.

0 - Признаки отсутствуют

I - Синдром «тяжелых ног», преходящий отёк

II - Стойкий отёк, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема

III - Венозная трофическая язва (открытая или зажившая)

— Осложнения: кровотечение, тромбоз, трофическая язва

3. Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.

4. — Функциональные пробы на клиническом этапе обследования.

— Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирование вен, радионуклидная флебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам.

5. Ультразвуковая доплерография, как метод скрининговой диагностики признаков варикозной болезни. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и радионуклидная флебосцинтиграфия дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и перфорантных вен.

6. Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение).

7. Первый этап – ликвидация рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам (эндоскопическая субфасциальная диссекция, эндовазальная лазерная коагуляция, склерозирование). Второй этап – венэктомия, (кроссэктомия, удаление стволов подкожных вен и притоков) после восстановления трофики или заживления язвы.

Ситуационная задача №2.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5⁰С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.

2. Дифференциальный диагноз.

3. Дальнейшая хирургическая тактика.

4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.

5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбоз поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени

2. Рожь, флегмона подкожной клетчатки,

3. Оперативное лечение. (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)

4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики

5. Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

Тема №22. «Заболевания толстой кишки. Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит. Дивертикулы, дивертикулез. Полипы, полипоз»

1. Больной 33 лет, предъявляет жалобы на частый, жидкий стул (до 12 раз в сутки), и в ночное время суток, с примесью крови и слизи, боли схваткообразного характера в левой подвздошной области, периодически по всему животу. Боли усиливаются перед дефекацией и ослабевают после стула. Также жалуется на похудание, снижение аппетита, слабость. Болен около 4 месяцев. Объективно: состояние средней тяжести. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области проекции сигмовидной кишки. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: гемоглобин- 92 г/л, лейкоциты- 11.2 тыс., СОЭ- 26 мм/ч. Общий анализ мочи, биохимический анализ крови- без существенных изменений. Копрологический анализ: макроскопически определяется примесь крови и слизи, многоэпителиальных клеток и лейкоцитов. Наиболее вероятный диагноз. Какие методы исследования необходимы в данном случае? Какое лечение следует назначить данному больному? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? Составить план реабилитации пациента. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами.

Ответ: Неспецифический язвенный колит. Железододефицитная анемия средней степени тяжести. Копрограмма, посев кала на бактериальную флору. Колоноскопия с биопсией. Гистологическое и морфологическое исследование биоптата слизистой толстой кишки. Ирригоскопия. УЗИ органов брюшной полости. Преднизолон 40 мг в сутки с постепенной отменой до купирования симптомов обострения. Месалазин (мезакол, салофальк) до 1-2 мг /сут – длительно (поддержание ремиссии). При необходимости – месалазин в свечах и преднизолон в микроклизмах. Препараты железа. Дизентерия, амебиаз, сальмонеллез; болезнь Крона; новообразования прямой и толстой кишки; хронический колит. «Характерные» изменения стула: частый, неоформленный стул с примесью крови и гноя. Патологические изменения при копрологическом исследовании: скудные, неоформленные испражнения, кровь, слизь, гной в кале, стул типа «малинового желе». Специфические изменения слизистой оболочки: контактная кровоточивость, отсутствие сосудистого рисунка, язвы, псевдополипы. При ирригоскопии: укорочение, сужение, отсутствие гаустрации, кишка в виде «водопроводной трубы». Внекишечные системные проявления.

2. Больная, 25 лет, предъявляет жалобы на чувство дискомфорта в животе, проходящее после акта дефекации, ощущение вздутия живота, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, с примесью слизи, в основном в утреннее время суток, периодически чувство неполного опорожнения кишечника, эмоциональную лабильность, плохой сон, частые головные боли. Жалобы беспокоят около трех лет, после эмоционального стресса. При объективном обследовании: состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, мягкий, небольшая болезненность при пальпации по ходу толстого кишечника. Размеры печени по Курлову в пределах нормы. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без существенных изменений. Копрологический анализ без существенных патологических признаков, однако обнаруживается большое количество слизи. Наиболее вероятный диагноз. Какие методы исследования необходимы в данном случае? Какое лечение необходимо назначить данной пациентке? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания? Составить план реабилитации пациента. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами.

Ответ: Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ. Копрограмма. Анализ кала на бактериальную флору. УЗИ органов брюшной полости. Гастроскопия. Колоноскопия с биопсией. Ирригоскопия. Психотерапия и диета с исключением молочных продуктов и других непереносимых продуктов. Спазмолитики, блокаторы моторики (имодиум). Смекта 3-4 пакетика в день, буферные алюминий-содержащие антациды (маалокс, алмагель, гастрал ит.д.). Также назначается терапия, направленная на нормализацию кишечной микрофлоры. Дизентерия, неспецифический язвенный колит, опухоли кишечника, энтерит. Симптомы, подтверждающие диагноз СРК: частота стула более 3 раз в сутки,

разжиженный иливодянистый кал, императивные позывы на акт дефекации (невозможность задержать опорожнение кишки), ощущение неполного опорожнения кишечника, выделение слизи вовремя акта дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе, отсутствие симптомов в ночное время.

Тема №23 «Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).»

Ситуационная задача №1.

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Каков Ваш диагноз?

1. Клиническая классификация этого заболевания?
2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
4. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
5. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии? Методы лечения данного заболевания?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Диагноз: Тромбоз наружных геморроидальных узлов. Кровопотеря средней степени тяжести.

2. *Классификация:*

I. По этиологии: — врожденный

— приобретенный

— первичный

— вторичный

II. По локализации: — внутренний (подслизистый)

— наружный (подкожный)

— межзудочный (под переходной складкой)

III. По течению: — острый

— хронический

3. Этиопатогенез: возможно появление связано с конституционально-обусловленной слабостью соединительной ткани. Важное значение имеют дисфункция сосудов, усиление притока артериальной крови по улитковым артериям и снижение оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и появлению геморроидальных узлов. Другими факторами являются: повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя и сидя, тяжелого физического труда, беременности, злоупотребление алкоголем и острой пищей.

4. Наружный осмотр, пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия, ректороманоскопия.

5. Тампонада анального жома, свечи с адреналином. При продолжающемся кровотечении показана геморроидэктомия, клипирование геморроидальных узлов, склерозирующая терапия, лигирование латексными кольцами, инфракрасная фотокоагуляция, электрокоагуляция.

Ситуационная задача №2.

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов исследования

4. Определите хирургическую тактику в данном случае
5. Назовите методы оперативного лечения данной патологии

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Полипы прямой кишки.
2. Полипы прямой кишки бывают одиночные, множественные, железисто-ворсинчатые
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, гепатиты, RW, обзорная R-графия органов грудной клетки, ЭКГ, консультация терапевта, аноскопия, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, биопсия.
4. При морфологическом подтверждении показано оперативное лечение (удаление полипа)
5. Эндоскопическая папилэктомия с электрокоагуляцией ножки; Трансанальное иссечение полипов с наложением швов на рану слизистой.

Тема №24 «Рак прямой кишки.»

Ситуационная задача №1.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного). При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрii. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгерса)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

Ситуационная задача №2.

Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования пациента.
3. При каком расстоянии опухоли от анального канала, какие применяются операции?
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Рак прямой кишки
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, гепатиты, RW, обзорная R-графия органов грудной клетки, обзорная R-графия органов брюшной полости, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза крови, мочевины, креатинин), УЗИ органов

брюшной полости, ЭКГ, консультация терапевта, ректороманоскопия с обязательным забором биопсионного материала, колоноскопия, ирригоскопия.

3. Если расстояние от края опухоли до анального канала менее 8 см, показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Если расстояния от края опухоли до анального канала более 8 см, то в этом случае показана брюшно-анальная резекция прямой кишки. Если опухоль расположена в ректосигмоидном отделе прямой кишки, то показана передняя резекция прямой кишки.

4. Брюшноанальная резекция.

4.3. Написание учебной истории болезни по дисциплине «Госпитальная хирургия»:

Алгоритм написания истории болезни - студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дифференциальный диагноз.
28. Дневники.
29. Эпикриз (общее заключение).

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине « Госпитальная хирургия»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-120 часов	
1.	Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
.2	Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
3	Перфорация пищевода. Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
4	Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
5	Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
6	Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
7	Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
8	Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Гастродуоденальные кровотечения. Болезни оперированного желудка.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
9	Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолецистэктомический синдром.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
10	Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
11	Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда- Киари.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
12	Заболевания селезенки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
13	Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни

14	Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
15	Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
16	Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паразитовидных желез.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
17	Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
18	Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
19	Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
20	Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофеморальный тромбоз.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
21	Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
22	Заболевания толстой кишки. Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит. Дивертикулы, дивертикулез. Полипы, полипоз.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
23	Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
24	Рак прямой кишки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
2.	СРС промежуточная аттестация -34 часа	Подготовка к экзамену
3.	СРС (ИТОГО)-154 часов	

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Факультетская хирургия»

Для истории болезни/фрагмента истории болезни:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточно для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Госпитальная хирургия»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «**Госпитальная хирургия**»

- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Госпитальная хирургия»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	СРС (по видам учебных занятий) всего-120 часов	
1.	Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
.2	Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
3	Перфорация пищевода. Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
4	Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
5	Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
6	Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутривнутриплевральное кровоотечение. Флегмона грудной стенки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
7	Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
8	Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Гастродуоденальные кровоотечения. Болезни оперированного желудка.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
9	Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание

	Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолецистэктомический синдром.	истории болезни/фрагмента истории болезни
10	Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
11	Синдром портальной гипертензии. кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда- Киари.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
12	Заболевания селезенки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
13	Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
14	Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
15	Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
16	Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
17	Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
18	Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
19	Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
20	Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
21	Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
22	Заболевания толстой кишки. Болезнь Крона. Неспецифический язвенный колит. Дивертикулы, дивертикулез. Полипы, полипоз.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
23	Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание истории болезни/фрагмента истории болезни
24	Рак прямой кишки.	Написание реферата, решение ситуационных задач, написание

		истории болезни/фрагмента истории болезни
2.	СРС промежуточная аттестация -34 часа	Подготовка к экзамену
3.	СРС (ИТОГО)-154 часов	

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Госпитальная хирургия»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы