

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**УТВЕРЖДАЮ**

**Проректор по учебной работе**

\_\_\_\_\_ **Богомолова Е.С.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **2018 г.**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

По дисциплине \_\_\_\_\_ **Лапароскопическая хирургия** \_\_\_\_\_  
*наименование*  
направление подготовки **31.06.01 Клиническая медицина**

специальность **14.01.17 Хирургия**

Квалификация выпускника:  
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:  
очная / заочная

Н.Новгород  
2018



|  |  |      |   |  |  |
|--|--|------|---|--|--|
|  |  |      | <p>патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  |  | УК-4 | <p><b>Знать:</b><br/>методы и технологии научной коммуникации на государ-ственном и ино-странном языках стилистические особенности представления результатов научной дея-тельности в уст-ной и письмен-ной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b><br/>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p><b>Владеть:</b><br/>навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках<br/>навыками критиче-ской оценки эффек-тивности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении профессиональной деятельности на госу-дарственном и иностранном языках</p>  |  |  |

|   |  |       |   |  |                       |
|---|--|-------|---|--|-----------------------|
|   |  | ОПК-5 | <p><b>Знать:</b> основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, основные клинико-инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием.</p> <p><b>Уметь:</b> соблюдать технику безопасности при прохождении исследовательской практики</p>   |  |                       |
|   |  |       | <p><b>Владеть:</b> приемами лабораторных и/или инструментальных исследований по профилю научного исследования.</p>  |  |                       |
| 2 | Лапароскопическая хирургия желчных путей<br>Лапароскопическая хирургия желудка | УК-1  | <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологию абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) процессов с учетом современных достижений медицинской науки в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• принципы синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• анализировать выявленные в результате</li> </ul> | Собеседование по ситуационным задачам, тестовые задания, экзаменационные вопросы | 3<br><br>10<br><br>10 |

|  |      |  |  |  |
|--|------|--|--|--|
|  |      | <p>обследования пациента хирургического профиля симптомы, синдромы, патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  | УК-4 | <p><b>Знать:</b><br/>методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b><br/>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p><b>Владеть:</b><br/>навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках<br/>навыками критиче-ской оценки эффективности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках<br/>различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении</p>  |  |  |



|  |      |  |  |  |
|--|------|--|--|--|
|  |      | <p>профиля с учетом современных достижений медицинской науки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анализировать выявленные в результате обследования пациента хирургического профиля симптомы, синдромы, патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  | УК–4 | <p><b>Знать:</b></p> <p>методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p><b>Владеть:</b></p> <p>навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках навыками критиче-ской оценки эффективности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и</p>  |  |  |

|   |   |       |   |  |                       |
|---|---|-------|---|--|-----------------------|
|   |   |       | иностранном языках различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении профессиональной деятельности на государственном и иностранном языках .  |  |                       |
|   |   | ОПК–5 | <p><b>Знать:</b> основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, основные клинико-инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием.</p> <p><b>Уметь:</b> соблюдать технику безопасности при прохождении исследовательской практики</p> <p><b>Владеть:</b> приемами лабораторных и/или инструментальных исследований по профилю научного исследования.</p>  |  |                       |
| 4 | Лапароскопическая хирургия грыж<br>Лапароскопическая хирургия поджелудочной железы. | УК–1  | <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологию абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) процессов с учетом современных достижений медицинской науки в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• принципы синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для</li> </ul> | Собеседование по ситуационным задачам, тестовые задания, экзаменационные вопросы | 3<br><br>10<br><br>10 |



|  |      |  |  |  |
|--|------|--|--|--|
|  |      | <p>постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля с учетом современных достижений медицинской науки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анализировать выявленные в результате обследования пациента хирургического профиля симптомы, синдромы, патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  | УК–4 | <p><b>Знать:</b><br/>методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b><br/>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p><b>Владеть:</b><br/>навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках<br/>навыками критиче-ской оценки эффек-</p>   |  |  |



|  |      |   |  |  |
|--|------|---|--|--|
|  |      | <p>процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля с учетом современных достижений медицинской науки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• анализировать выявленные в результате обследования пациента хирургического профиля симптомы, синдромы, патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  | УК–4 | <p><b>Знать:</b><br/>методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b><br/>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p><b>Владеть:</b><br/>навыками анализа научных текстов на</p>   |  |  |

|   |                                     |           |  |                                       |   |
|---|-------------------------------------|-----------|--|---------------------------------------|---|
|   |                                     |           | государственном и иностранном языках навыками критиче-ской оценки эффек-тивности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении профессиональной дея-тельности на госу-дарственном и иностранном языках .   |                                       |   |
|   |                                     | ОПК–<br>5 | <p><b>Знать:</b> основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, основные клинико-инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием.</p> <p><b>Уметь:</b> соблюдать технику безопасности при прохождении исследовательской практики</p> <p><b>Владеть:</b> приемами лабораторных и/или инструментальных исследований по профилю научного исследования.</p>   |                                       |   |
| 6 | Экстренная эндоскопическая хирургия | УК–1      | <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологию абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) процессов с учетом современных достижений медицинской науки в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• принципы синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> | Собеседование по ситуационным задачам | 5 |

|  |      |   |  |  |
|--|------|---|--|--|
|  |      | <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• анализировать выявленные в результате обследования пациента хирургического профиля симптомы, синдромы, патологические изменения с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• синтезировать полученную о состоянии пациента информацию для постановки диагноза и выбора лечения с учетом современных достижений медицинской науки.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методологией абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента хирургического профиля путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов с учетом современных достижений медицинской науки;</li> <li>• методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента хирургического профиля;</li> <li>• методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса.</li> </ul> |  |  |
|  | УК-4 | <p><b>Знать:</b></p> <p>методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p>  |  |  |

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
|       | <p><b>Владеть:</b><br/>         навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках<br/>         навыками критиче-ской оценки эффективности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках<br/>         различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении профессиональной деятельности на государственном и иностранном языках .</p>  |  |  |
| ОПК–5 | <p><b>Знать:</b> основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, основные клинико-инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием.<br/> <b>Уметь:</b> соблюдать технику безопасности при прохождении исследовательской практики<br/> <b>Владеть:</b> приемами лабораторных и/или инструментальных исследований по профилю научного исследования.</p> |  |  |

**Перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС**

| <u>Наименование оценочного средства</u> | <i>Краткая характеристика оценочного средства</i>  | <i>Представление оценочного средства (в фонде)</i> |
|---|--|--|
| <u>Разноуровневые задачи и задания</u>  | <p><i>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</i></p> <p><i>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать</i></p> | <i>Комплект разноуровневых ситуационных задач</i>  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | <p>умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p> |  |
|  | <b><u>Реферат</u></b>                   | <p>Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, исследуемой проблемы, где обучающийся приводит различные точки зрения, в т.ч. собственную.</p>  | Темы рефератов   |
|  | <b><u>Собеседование</u></b>             | <p>Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.</p>   | Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы |
|  | <b><u>Тестовые задания</u></b>          | <p>Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.</p>  | Фонд тестовых заданий  |
|  | <b><u>Экзаменационные материалы</u></b> | <p>Итоговая форма оценки знаний</p>   | Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине                   |

## 2. Критерии и шкала оценивания

| код компетенции   | оценка 5 «отлично»                        | оценка 4 «хорошо»   | оценка 3 «удовлетворительно»                       | оценка 2 «неудовлетворительно»                      |
|-------------------|---|---|--|---|
| УК-1, УК-4, ОПК 5 | глубокое усвоение программного материала, | твердые знания программного материала, допустимы незначительные | знание основного материала, допустимы неточности в | незнание значительной части программного материала, |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  | <p><i>логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i></p> | <p><i>неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</i></p> | <p><i>ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i></p> | <p><i>неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</i></p> |
|--|--|--|--|---|

### 3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

#### 3.1. Текущий контроль

##### 3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины

##### «Лапароскопическая диагностика»

##### Вопросы по темам дисциплины.

- Диагностическая и лечебная лапароскопии при травме
- Лапароскопическая оценка состояния печени
- Роль лапароскопии в диагностике рака поджелудочной железы
- Применение лапароскопического ультразвукового сканирования в различных клинических ситуациях
- Диагностическая лапароскопия при закрытой травме живота

##### Ситуационные задачи.

##### Ситуационная задача № 1.

##### 1. Условие задачи.

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту.



Лейкоцитоз - 12 тыс.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Этиология и патогенез данного заболевания?
- 3 Классификация заболевания?
- 4 С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5 Возможные осложнения данного заболевания?
- 6 Объем обследования пациентки?
- 7 Варианты тактики лечения при данной патологии?
- 8 Направления консервативной терапии?
- 9 Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
10. Показания и противопоказания к лапароскопии?
11. Возможные трудности, с которыми может встретиться хирург при выполнении лапароскопической операции?
12. Осложнения послеоперационного периода?

### Эталон ответа.

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений
8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия
9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
10. Кровотечение, холерия, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

### Ситуационная задача № 2

1. Условие задачи.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты –  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ , Эр –  $3,4 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 24 мм/ч.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

. Предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении.

### Эталон ответа.

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

### Ситуационная задача № 3

#### 1. Условие задачи.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злПКпотреблял алкоголем. Ухудшение после

очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10<sup>9</sup>/л, диастаза мочи – 512 ЕД.

## 2. **Контрольные вопросы или задания.**

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
5. Малоинвазивные операции и возможности лапароскопии.

## **Эталон ответа.**

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
3. Общий анализ крови, диастаза мочи.
4. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:
  - борьба с болью, восполнение ОЦК.
  - воздействие на местный патологический очаг,
  - уменьшение эндоинтоксикации,
  - коррекция тромбогеморрагических осложнений,
  - иммунокоррекция,
  - нутритивная и энергетическая поддержка.
5. При осложнениях кист – оперативное:
  - дренирующие операции,
  - резекция ПЖ.

### **3.1.2. . Контролируемый раздел дисциплины**

#### **«Лапароскопическая хирургия желчных путей. Лапароскопическая хирургия желудка»**

#### **Ситуационные задачи.**

#### **Задача № 1.**

#### **1. Условие задачи.**

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул, 4 года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.
6. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении.

### Эталон ответа.

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.
4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

## Ситуационная задача № 2

### 1. Условие задачи.

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота,  $t$  до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Этиология и патогенез данного заболевания?
- 3 Классификация заболевания?
- 4 С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5 Возможные осложнения данного заболевания?
- 6 Объем обследования пациентки?
- 7 Варианты тактики лечения при данной патологии?
- 8 Направления консервативной терапии?
- 9 Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
- 10 Показания и противопоказания к лапароскопии.
11. Возможные трудности, с которыми может встретиться хирург при выполнении лапароскопической операции
12. Осложнения послеоперационного периода?

### Эталон ответа

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита

2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений
8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия
9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
10. Кровотечение, холера, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

### **Ситуационная задача № 3.**

#### **1. Условие задачи.**

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне.

В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

#### **2. Контрольные вопросы или задания.**

1. Ваш диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Особенности предоперационной подготовки?

6. Принципы оперативных вмешательств.
7. Ранние и поздние осложнения после операций.
8. Особенности послеоперационного ведения больного.
9. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

**Эталон ответа.**

1. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом пилоробульбарной зоны.
2. Необходимо думать о стенозе пилоробульбарной зоны.
3. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Степень выраженности клинических, биохимических, рентгенологических, эндоскопических изменений зависит от стадии стеноза.
4. Лечебная тактика зависит от степени стеноза.
5. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений, водного баланса, нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, промывании желудка в течение 3-5 дней изотоническим раствором хлорида натрия.
6. Выбор метода операции зависит от степени компенсации стеноза. При декомпенсированном стенозе больному показана резекция желудка в плановом порядке.
7. В послеоперационном периоде могут возникнуть осложнения связанные с кровотечением, несостоятельностью гастроэнтероанастомоза. В поздние сроки могут проявиться болезни резецированного желудка.
8. Инфузионная терапия с адекватным парентеральным питанием. Пристальное внимание уделяется восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника. Коррекция обменных нарушений должна продолжаться под контролем биохимических показателей крови.
9. При выписке из стационара рекомендуется лечение в профилактории или санатории гастроэнтерологического профиля.

**Тестовые задания.**

**Выберете один или несколько ответов**

1. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3.

Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

А. Верно 2,3,4,5

Б. Верно 1,2,4,5

В. Верно 1,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,4,5

**Д. Верно 1,2,3,4**

2. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

**Г. Верно 1,2,3,5**

Д. Верно 1,2,3,4,5

3. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-

образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

4. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,5

5. У больных холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. Пролезни стенки протока 5. Рак желчного пузыря

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,2,3,4

6. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

- А. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- Б. Наложить холедоходуоденоанастомоз
- В. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
- Г. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
- Д. Наложить холедохоэнтероанастомоз

7. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:

- А. Диетическое
- Б. Медикаментозное
- В. Хирургическое
- Г. Санаторно-курортное
- Д. Лечение минеральными водами

8. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

- А. Камнем пузырного протока
- Б. Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- В. Вклиненным камнем большого дуоденального соска
- Г. Вентильным камнем холедоха
- Д. Опухолью внепеченочных желчных протоков

9. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия

- А. Верно 1,2,4,5
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,2,3,4

10. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:

- А. Произвести холецистэктомию
- Б. Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
- В. Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
- Г. Наложить холецистостому
- Д. Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

### 3.1.3. Контролируемый раздел дисциплины:

«Лапароскопическая хирургия толстой кишки»

**Ситуационные задачи.**

**Ситуационная задача № 1.**

#### 1. Условие задачи.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злПКпотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты  $14,1 \times 10^9/\text{л}$ , диастаза мочи – 512 ЕД.

#### 2. Контрольные вопросы или задания.

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
5. Малоинвазивные операции и возможности лапароскопии.

#### Эталон ответа.

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
3. Общий анализ крови, диастаза мочи.
4. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:
  - борьба с болью, восполнение ОЦК.
  - воздействие на местный патологический очаг,
  - уменьшение эндоинтоксикации,
  - коррекция тромбогеморрагических осложнений,
  - иммунокоррекция,
  - нутритивная и энергетическая поддержка.
5. При осложнениях кист – оперативное:



- дренирующие операции,
- резекция ПЖ.

### **Ситуационная задач № 2**

#### **1. Условие задачи.**

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин., язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

#### **2. Контрольные вопросы или задания.**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Варианты и возможности лапароскопических операций?

#### **Эталон ответа.**

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.  
Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия

### **Ситуационная задача № 3.**

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание.

Температура – 37,2°С.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.

#### **Эталон ответа.**

1. Можно заподозрить опухоль сигмовидной кишки.
2. Формы рака толстой кишки:
  - интоксикационно-анемическая,
  - энтероколитическая,
  - псевдовоспалительная,
  - обтурационная,
  - бессимптомная.
3. Общий анализ крови – анемия, клинический анализ мочи – без патологии. Ирригоскопия – в сигмовидной кишке определяется дефект заполнения, сужение её просвета без расширения надопухолевого части толстой кишки.  
Фиброколоноскопия с биопсией – одна из гистологических форм рака толстой кишки.
4. Оперативное лечение – резекция сигмовидной кишки в один этап
5. Срединная лапаротомия.
  - Резекция сигмовидной кишки.
  - Наложение колоколоанастомоза, дренирование брюшной полости.
  - Ушивание лапаротомной раны.
6. Инфузионная терапия: вливание кристаллоидов, р-ров глюкозы с инсулином, белковых препаратов, голод до восстановления функции кишечника, антибиотики, антикоагулянты, реолитики и др.

#### **Тестовые задания.**

##### **Выберете один или несколько ответов.**

1. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врождённого или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов
  - А. Верно 1,2,3,4
  - Б. Верно 1,2,4,5
  - В. Верно 2,3,4,5
  - Г. Верно 1,2,3,5
  - Д. Верно 1,2,3,4,5
2. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся:  
1. Удвоения кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма
  - А. Верно 1,2,3,4
  - Б. Верно 1,3,4,5
  - В. Верно 1,2,4,5
  - Г. Верно 2,3,4,5
  - Д. Верно 1,2,3,4,5
3. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищеводе
  - А. Верно 1,2,3,4

- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5**
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

4. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к:  
1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потери жидкости 3. Дополнительной потери белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентеральных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5**
- Д. Верно 1,3,4,5

5. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5**
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

6. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

- А. Верно 1,2,4
- Б. Верно 1,3,4
- В. Верно 2,3,4
- Г. Верно 1,2,3**
- Д. Верно 2,3

7. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

- А. Верно 2,3,4,5**
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,4,5

8. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа

Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

9. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:

- А. При спаечной кишечной непроходимости
- Б. При обтурационной кишечной непроходимости
- В. При странгуляционной кишечной непроходимости
- Г. При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- Д. При спастической форме динамической кишечной непроходимости

201. При раке сигмовидной кишки, осложненной непроходимостью, целесообразна операция:

- А. Левосторонняя гемиколэктомия
- Б. Резекция сигмовидной кишки
- В. Цекостомия
- Г. Операция Гартмана
- Д. Трансверзостомия

10. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:

- А. Ушивание перфорации, наложение двухствольного ануса
- Б. Ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- В. Подведение тампонов к перфорации, наложение одноствольного ануса
- Г. Цекостомия, дренирование брюшной полости
- Д. Ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости

### 3.1.4.

**Контролируемый раздел: «Лапароскопическая хирургия грыж. Лапароскопическая хирургия поджелудочной железы»**

Ситуационная задача № 1.

Больной Ш., 48 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в области опухолевидного образования в левой паховой области. Грыженосительство 5 лет. Боли появились после подъема тяжести 8 часов назад, после чего появилась тошнота, имела место рвота до 6 раз. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C. По всей видимости, у больного наступило ущемление паховой грыжи.

1. Какие исследования необходимо провести такому больному?
2. Какова лечебная тактика при данной клинической картине?
3. Назовите особенности операции в такой ситуации.
4. Назовите критерии жизнеспособности кишки.
5. Укажите границы резекции кишки, если она некротизирована.
6. Перечислите возможные послеоперационные осложнения.

**Эталон ответа.**

1. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, протромбиновый индекс), сахар крови, рентгенография органов грудной и брюшной полости, ЭКГ, осмотр терапевта.
2. Показана экстренная операция.
3. Раскрывается грыжевой мешок, содержимое фиксируется. Затем раскрывается ущемляющее кольцо, в брыжейку кишки вводят раствор новокаина, кишка согревается.
- 4.1. Восстановление нормального цвета кишки.
- 4.2. Сохранение пульсации сосудов брыжейки ущемленного участка кишки.

4.3. Восстановление перистальтики.

5.1. Резецируется 30-40 см приводящего отдела от видимой границы некроза и 15-20 см отводящего отдела.

6.1. Со стороны раны - нагноение, кровотечение.

6.2. Внутрибрюшные – несостоятельность швов анастомоза.

6.3. Спаечная кишечная непроходимость.

6.4. Перитонит.

### **Ситуационная задача № 2**

Больная З., 56 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области пупка. Пять лет назад отметила появление опухолевидного образования в области пупка, которое постепенно увеличивалось в размерах. Сначала образование вправлялось в брюшную полость. Три месяца назад вправляться перестало. Объективно: в области пупка определяется опухолевидное образование 10x10 см, не вправляющееся в брюшную полость, эластическое, малоболезненное. При аускультации над ним выслушивается перистальтика. При клиническом обследовании другой патологии не обнаружено.

1. Каким заболеванием страдает данная больная?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. На основании каких отличительных признаков вы поставили диагноз?
4. Составьте план обследования больной.
5. Какая операция показана данной больной и каковы этапы ее проведения?
6. Назначьте послеоперационное лечение.

#### **Эталон ответа.**

1. Невправимая пупочная грыжа.

2.1. воспаление пупка.

2.2. метастазы рака в пупок.

3.1. Отсутствуют признаки воспаления.

3.2. Опухоль эластической консистенции.

3.3. Выслушивается перистальтика.

4. Анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, ЭКГ, флюорография, осмотр терапевта.

5. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо или с использованием аллотрансплантата.

5.1. Обнажение грыжевого мешка.

5.2. Вскрытие и иссечение грыжевого мешка после вправления содержимого в брюшную полость.

5.3. Ушивание грыжевых ворот.

5.4. Ушивание раны.

6. Анальгезирующая терапия. Принимать воду можно с первых суток, пищу – после восстановления функции кишечника.

### **Тестовые задания**

#### **Выберете один или несколько ответов.**

1. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится: 1. к предварительной водной нагрузке 2. к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1,5 в/кг 3. к введению растворов электролитов с учетом ионограмм 4. к ведению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминокпептид)

**А. Верно 1,2,3,4**

Б. Верно 1,2,3

В. Верно 3,4

Г. Верно 2,3,4

Д. Верно 1,3,4

2. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает: 1. лечение шока и гиповолемии 2. лечение дыхательных нарушений 3. коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС 4. купирование болевого синдрома 5. назначение цитостатиков и антиферментных препаратов 6. локальную гипертермию желудка

А. Верно 1,2,3,4,5,6

Б. Верно 1,2,3

В. Верно 4,5,6

Г. Верно 1,4,6

**Д. Верно 1,2,3,4,5**

3. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

А. Вначале рассечь ущемляющее кольцо

**Б. Вначале рассечь грыжевой мешок**

В. Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

Г. Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

Д. Сделать лапаротомию

4. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,4,5

**Д. Верно 1,2,3,4**

5. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

А. Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

Б. Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

В. Поставить очистительную клизму

Г. Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

Д. Назначить теплую ванну

6. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявления аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

А. Верно 1,2,3,4,5

**Б. Верно 1,3,4,5**

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

7. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 1,2,4,5

Г. Верно 2,3,4,5

**Д. Верно 1,2,3,4**

8. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:
- А. Ограничению патологического процесса в брюшной полости
  - Б. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
  - В. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
  - Г. Улучшению кровоснабжения железы
  - Д. Уменьшению активности протеолитических ферментов**
9. Перечислите возможные осложнения лапароскопии:
- А. Повреждения внутренних органов при введении иглы Вереша
  - Б. Декомпенсация хронической сердечно-легочной недостаточности
  - В. Подкожная эмфизема
  - Г. Все перечисленные ответы верны**
  - Д. Ни один из перечисленных.
10. Перечислите общие недостатки лапароскопии по сравнению с традиционными вмешательствами:
- А. Высокая стоимость
  - Б. Необходимость наркоза
  - В. Необходимость специальных навыков
  - Г. Все перечисленное верно**
  - Д. Ничего из вышеперечисленного.

### **3.1.5. Контролируемый раздел: «Лапароскопическая аппендэктомия»**

#### **Ситуационные задачи.**

#### **Ситуационная задача № 1**

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура — 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты —  $14.5 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Какое обследование необходимо провести для его исключения?
- 4) Какое решение должно быть принято?

#### **Эталон ответа**

- 1) Острый аппендицит.
  - 2) Дифференциальный диагноз с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
  - 3) Обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ.
- После исключения перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки экстренная операция — аппендэктомия.

#### **Ситуационная задача № 2**

Женщина 32 лет. Вторая беременность — 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — 32,7°. Лейкоциты —  $11,6 \times 10^9/\text{л}$ . Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить и как?
- 3) Ваша тактика лечения?

Эталон ответа.

- 1) Острый аппендицит.
- 2) Учитывая анамнез, локализацию болей необходимо исключить острый холецистит. Необходимо выполнить УЗИ.
- 3) Экстренное оперативное вмешательство, если нельзя исключить острый аппендицит.

### **Ситуационная задача №3**

У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 В минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз  $11,2 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Какое осложнение вы заподозрили у больного?
- 2) Чем подтвердите ваше предположение?
- 3) Что следует предпринять?

Эталон ответа.

- 1) Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа
- 2) Метастаз в паховый лимфоузел, сифилис
- 3) Экстренное оперативное вмешательство

## **3.1.6. Контролируемый раздел: «Экстренная лапароскопическая хирургия».**

**Ситуационные задачи.**

### **Ситуационная задача № 1**

У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 В минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз  $11,2 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Какое осложнение вы заподозрили у больного?
- 2) Чем подтвердите ваше предположение?
- 3) Что следует предпринять?

Эталон ответа.

- 1) Внутрибрюшное кровотечение.
- 2) Общий анализ крови (эритроциты, Hb), УЗИ органов брюшной полости на свободную жидкость.
- 3) Экстренная операция — релапаротомия, остановка кровотечения.

### **Ситуационная задача № 2**

К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером  $5 \times 6$  см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?



### 3) Какова тактика лечения

Эталон ответа.

- 1) Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа
- 2) Метастаз в паховый лимфоузел, сифилис
- 3) Экстренное оперативное вмешательство

### **Ситуационная задача № 3.**

У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

- 1) Какова причина перитонита?
- 2) Какая тактическая ошибка была допущена хирургом?
- 3) Тактика дальнейшего лечения

Эталон ответа.

- 1) Ущемление петли тонкой кишки
- 2) Необходимо было выполнить ревизию органов брюшной полости
- 3) Экстренное оперативное вмешательство — лапаротомия, ревизия брюшной полости.

### **Ситуационная задача № 4**

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс — 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз — 12 тыс.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Этиология и патогенез данного заболевания?
- 3 Классификация заболевания?
- 4 С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5 Возможные осложнения данного заболевания?
- 6 Объем обследования пациентки?
- 7 Варианты тактики лечения при данной патологии?
- 8 Направления консервативной терапии?
- 9 Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
- 10 Осложнения послеоперационного периода?

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)

4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений
8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия
9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
10. Кровотечение, холерея, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС.

#### **Ситуационная задача № 5.**

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем  $t$  тела до  $38^{\circ}\text{C}$ .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная  $t$  о. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

#### Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? Послеоперационное ведение больной?

#### Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается

перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.

3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное

Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майделя) и пристеночное (грыжа Рихтера)

4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

## **3.2. Промежуточный контроль**

### **3.2.1. Контролируемый раздел дисциплины «Лапароскопическая хирургия желчных путей Лапароскопическая хирургия желудка»**

#### **Экзаменационные вопросы:**

1. В чем заключается этиопатогенез осложнений язвенной болезни?
2. Опишите клиническую картину прободения в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство; при прикрытой перфорации.
3. Назовите инструментальные методы диагностики, прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Какова тактика хирурга при типичной и прикрытой перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
5. Лапароскопическая холецистэктомия
6. Лапароскопическая оценка состояния печени
7. Осложнения лапароскопической холецистэктомии
8. Лапароскопическая ваготомия. Техника операции
9. Послеоперационный период после лапароскопических операций
10. Технические трудности и нестандартные ситуации при лапароскопической холецистэктомии.

### **3.2.2 Контролируемый раздел дисциплины «Лапароскопическая хирургия грыж. Лапароскопическая хирургия поджелудочной железы»**

#### **Экзаменационные вопросы**

1. Лапароскопическая хирургия паховых грыж.
2. Осложнения лапароскопического лечения грыж
3. Осложнения лапароскопической грыжепластики и герниорафии (ушивание грыжевых ворот)
4. История вопроса лапароскопического лечения грыж
5. Лапароскопическая резекция поджелудочной железы. Показания. Техника операции
6. Лапароскопическое лечение кист поджелудочной железы
7. Роль лапароскопии в диагностике рака поджелудочной железы
8. Основные принципы антибиотикопрофилактики в лапароскопической хирургии
9. Основное оборудование, которое применяется в лапароскопической хирургии
10. Физиологические аспекты лапароскопических операций в общей хирургии

### **3.2.3 Контролируемый раздел дисциплины «Лапароскопическая аппендэктомия»**

#### **Экзаменационные вопросы**

1. Осложнения лапароскопической аппендэктомии.
2. Техника выполнения лапароскопической аппендэктомии
3. История лапароскопической аппендэктомии
4. Показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии
5. Послеоперационный период после лапароскопических операций
6. Применение лапароскопического ультразвукового сканирования в различных клинических ситуациях
7. Предоперационное обследование и отбор больных на лапароскопическую операцию
8. Повреждение внутренних органов во время лапароскопии
9. Основное оборудование, которое применяется в лапароскопической хирургии
10. Физиологические аспекты лапароскопических операций в общей хирургии