

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

Институт ветеринарии и биотехнологий

Кафедра физиологии, хирургии и акушерства

**Методические указания**  
**по выполнению и защите курсовой работы по дисциплине «Общая и частная**  
**хирургия» для студентов очной**  
**и заочной форм обучения направления подготовки**  
**36.05.01**

Ставрополь 2025

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели и задачи работы .....	4
2. Рекомендуемые темы курсовых работ .....	6
3. Требования к структуре работы .....	8
4. Требования к оформлению работы.....	9
5. Список рекомендованных основных и дополнительных источников литературы.....	14
6. Требования к защите работы .....	15
7. Критерии оценки работы.....	16
Приложения.....	18

## **ВВЕДЕНИЕ**

В соответствии с основной целью задачей дисциплины «Общая и частная хирургия» является получение теоретических знаний, практических умений и навыков по профилактике, диагностике и лечению наиболее часто встречающихся хирургических болезней животных.

При изучении дисциплины используются активные и интерактивные формы и методы обучения. Одной из интерактивных форм обучения является курация животных с хирургической патологией. Все действия документируются, в последующем выполняется курсовая работа.

Курсовая работа по общей и частной хирургии – один из видов самостоятельной работы. Это квалификационное исследование, содержащее реферативно-аналитическое освещение степени разработанности научной проблемы по избранной теме.

При оценке курсовой работы учитывается способность к составлению плана и формулированию целей. Материал должен быть изложен в полном объеме, качественно оформлен и иллюстрирован. Оценка за курсовую работу складывается из результатов проверки представленной работы и результатов ее защиты.

## 1. Цели и задачи работы

Целью курсовой работы является систематизация, закрепление и расширение теоретических и практических знаний по конкретной дисциплине, а также применение этих знаний для решения конкретной научной или практической задачи. В процессе выполнения курсовой работы студент должен продемонстрировать умение самостоятельно анализировать научную литературу, проводить исследования, делать выводы и оформлять результаты своей работы в соответствии с установленными требованиями.

Курсовая работа позволяет оценить уровень усвоения студентом учебного материала, его способность к самостоятельной работе, умение логически мыслить и аргументировать свою точку зрения. Она является важным этапом в подготовке будущего специалиста, поскольку формирует навыки, необходимые для успешной профессиональной деятельности.

### Цель курации больных животных:

- закрепление теоретических знаний;
- приобретение навыков обращения с животными и фиксации их;
- закрепление практических навыков по организации и проведению клинических, лабораторных, рентгенологических исследований, а также сбору анамнестических данных;
- отработка методов подготовки инструментов, шовного и перевязочного материалов;
- отработка методов обработки рук хирургов и операционного поля;
- освоение и закрепление навыков применения лекарств, а также овладение методикой их введения (инъекция, припудривание, аппликация);
- овладение методами применения физиотерапии;
- отработка методов патогенетической терапии (новокаиновая блокада, гемотерапия и др.);
- овладение методами лечения заболевших животных с использованием как консервативных, так и оперативных приёмов на фоне различных видов общего и местного обезболивания.

Конкретные задачи, решаемые обучающимися при написании курсовой работы(проекта), состоят в следующем:

- провести анализ научной и технической литературы по выбранной теме;
- изучить этиологию, клинические признаки, методы диагностики, лечения и профилактики;
- рассмотреть современные методы диагностики и лечения;
- описать диагностические и лечебные мероприятия;

В процессе написания курсовой работы студент учится самостоятельно планировать свою деятельность, определять цели и задачи исследования, выбирать методы и инструменты для их достижения. Он приобретает навыки работы с научной литературой, умение отбирать, анализировать и систематизировать информацию, а также оформлять результаты своей работы в соответствии с установленными требованиями.

Курсовая работа позволяет студенту продемонстрировать свои знания и навыки, полученные в ходе изучения учебной дисциплины, а также применить их для решения конкретных практических задач. Успешное выполнение курсовой работы свидетельствует о готовности студента к проведению самостоятельных исследований и решению профессиональных задач в будущем.

В конечном итоге, курсовая работа является не только формой контроля знаний студента, но и важным инструментом его профессионального развития. Она позволяет ему приобрести необходимые навыки и опыт для успешной работы в выбранной сфере деятельности, а также способствует формированию его как компетентного и ответственного специалиста.

## 2. Рекомендуемые темы курсовых работ

1. Средний отит у кошки
2. Отогематома у собаки
3. Перелом ветви нижней челюсти у собаки/лошади (на выбор)
4. Симфизарный перелом нижней челюсти у кошки
5. Вирукозный отит собаки
6. Мегаэзофагус собаки
7. Резекция яремной вены у крупного рогатого скота
8. Трахеостомия (вид животного на выбор)
9. Пневмоторакс (вид животного на выбор)
10. Гемоабдомен (вид животного на выбор)
11. Перитонит (вид животного на выбор)
12. Острое расширение и заворот желудка у собак
13. Опухоль молочной железы у собаки
14. Сужение и заращение сосковой цистерны у крупного рогатого скота
15. Сужение соскового канала у крупного рогатого скота
16. Абсцесс и флегмона вымени у крупного рогатого скота
17. Острая механическая кишечная непроходимость (вид животного на выбор)
18. Выпадение прямой кишки и свищи
19. Атрезия ануса у свищи
20. Переломы хвостовых позвонков у крупного рогатого скота
21. Копростаз (вид животного на выбор)
22. Проникающее ранение живота (вид животного на выбор)
23. Баланопостит (вид животного на выбор)
24. Простатит у собаки
25. Орхит/эпидидимит (вид животного на выбор)
26. Бурсит локтевого сустава (вид животного на выбор)
27. Инвагинация кишечника у собак
28. Промежностная грыжа (вид животного на выбор)

29. Интравагинальная грыжа (вид животного на выбор)
30. Ламинит у лошади
31. Перелом бедренной кости (вид животного на выбор)
32. Перелом большеберцовой кости (вид животного на выбор)
33. Флегмона венчика у крупного рогатого скота
34. Перелом плечевой кости (вид животного на выбор)
35. Перелом лучевой и локтевой кости (вид животного на выбор)
36. Дисплазия тазобедренных суставов у собаки
37. Травматический вывих тазобедренного сустава (вид животного на  
выбор)
38. Травматический вывих локтевого сустава (вид животного на выбор)
39. Актинобациллез крупного рогатого скота
40. Диафрагмальная грыжа (вид животного на выбор)

### 3. Требования к структуре работы

Структура курсовой работы (проекта) должна включать следующие элементы:

- титульный лист (Приложение 1);
- содержание (оглавление);
- введение;
- основную часть;
- заключение с указанием основных результатов работы;
- список использованных источников литературы;
- приложения (при необходимости).

Важным этапом подготовки курсовой работы (проекта) является разработка плана курсовой работы (проекта). Основной задачей плана является структурирование работы, формулировка заголовков глав и разделов курсовой работы. Названия глав формулируются на основании вопросов, подлежащих разработке. Подобный подход обеспечивает выполнение требования к курсовой работе о соответствии ее содержания теме. Аналогичный подход применим к формулировке разделов глав, которые должны раскрывать содержание каждой главы по тому заголовку, в котором они сформулированы. Практика показывает, что наиболее характерными ошибками при разработке плана являются:

1. Совпадение названия глав (разделов) с темой курсовой работы (главы).
2. Названия глав (разделов) не раскрывают реального содержания темы курсовой работы (главы) и относятся к другой области знаний (дисциплине).

Обе ошибки недопустимы, особенно вторая, поскольку она приводит к несоответствию содержания курсовой работы ее теме.

#### 4. Требования к оформлению работы

Курсовая работа (проект) оформляется в соответствии с общими правилами оформления научно-исследовательских работ.

Титульный лист курсовой работы (проекта) содержит следующие элементы: полное наименование вышестоящего органа (Министерство сельского хозяйства Российской Федерации), университета (федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный аграрный университет» института / факультета и кафедры, название дисциплины; тему курсовой работы (проекта); сведения об исполнителе (Ф.И.О. обучающегося, группа, подпись); сведения о преподавателе (Ф.И.О., ученая степень, ученое звание); наименование места и год выполнения; сведения о регистрации на кафедре, количество баллов (по БРС) и оценка (переведенная в пятибалльную систему), даты и подписью ведущего преподавателя.

Содержание (Оглавление) включает порядковые номера и наименование структурных элементов курсовой работы (проекта) с указанием номера страницы, на которой они помещены.

Курсовая работа должна представлять собой результат самостоятельной работы, наблюдений и размышлений студента по конкретно выбранной теме. Все полученные данные анализируются в сопоставлении с учебной, научной литературой и по существующему плану излагаются в курсовой работе. При выполнении курсовой работы по любому из предложенных направлений следует применять элементы научно-исследовательской работы. Необходимо включить материалы, наглядно демонстрирующие результат работы (графики, фотографии, рисунки, раневые мазки-отпечатки, целлофаногаммы и т. п.).

Оперативный метод является ведущим в ветеринарной хирургии. Он должен быть использован при лечении животного только тогда, когда другие методы лечения не могут дать положительного результата или, когда этот метод является наиболее дешевым и быстрым способом излечения животного. При любых болезнях в процесс вовлекается организм как единое целое. Поэтому при осуществлении опе-

ративных методов лечения надо знать, как они отражаются на всем организме, для чего необходимо иметь соответствующую подготовку в области нормальной и патологической физиологии, патологической анатомии, микробиологии, клинической диагностики, общей и частной хирургии и др.

Хирургическая операция должна быть осмыслена анатомически и анатомо-топографически, а при выполнении лечебной операции должны быть рассмотрены аспекты хирургической анатомии. Эти вопросы анализируются в сопоставлении с учебной, специальной литературой и по соответствующему плану излагаются в обзоре литературы и кратко в эпикризе.

Объем курсовой работы – 10 – 15 листов, заполненных с одной стороны печатным текстом, или из 15 – 20 листов, заполненных с одной стороны от руки.

Первая страница курсовой работы – титульный лист. Номер на ней не указывается (см. приложение).

Курсовая работа должна представлять собой клиническую историю болезни с эпикризом.

### ***Курация больного животного***

1. Сбор анамнеза студентом-куратором или ознакомление с диагнозом по данным врача ординатора.
2. Исключение контагиозных болезней, таких как бруцеллез, туберкулез, ящур, чума собак, лишай и др. Больных с этими и подобными заболеваниями изолируют.
3. Клинико-лабораторные исследования (общий или биохимический анализ крови, исследования раневого содержимого, исследование мазков-отпечатков, целлофанограмма и т.п.).
4. Постановка диагноза и выяснение стадии и патогенеза заболевания.
5. Определение прогноза и исхода болезни.
6. Назначение режима содержания, ухода, кормления.
7. Выполнение лечебных процедур.
8. Составление рекомендаций хозяйству или владельцу больного животного по использованию его после лечения и профилактике подобных заболеваний.

9. Ведение истории болезни и другой документации.

10. Составление эпикриза.

11. Заключение по итогам проведенной работы (много ли встречается данной патологии в хозяйстве, процентное соотношение в сравнении с другими патологиями, причины и меры профилактики).

Во время курации студенты-кураторы следят за своевременностью и правильностью кормления, при необходимости чистят и моют животное. Подготавливают все необходимое к лечебной процедуре, перевязке: стерилизуют инструменты, шприцы, перевязочный материал, готовят шовный материал, выписывают рецепты и получают в аптеке лекарственные препараты, готовят антисептические растворы. При выполнении хирургических операций ассистируют врачу или оперируют самостоятельно под контролем врача хозяйства или ординатора. Намечают план послеоперационного лечения животного.

Ежедневно утром и вечером измеряют общую температуру, определяют качество и частоту пульса, дыхательных движений. Оценивают состояние зоны патологического очага, операционной раны. В связи с изменениями, возникшими у больного животного, куратор вносит поправки в разработанную систему лечения, согласуя их с руководителем.

Лабораторные исследования (гематологические, цитологические, гистологические и др.) студенты-кураторы выполняют самостоятельно под контролем старшего лаборанта в начале курации и по ее окончании, а при необходимости и в процессе лечения.

В случаях летального исхода или вынужденного убоя студенты-кураторы участвуют при вскрытии животного и составляют подробный акт вскрытия, который должен быть заверен врачом хозяйства или преподавателем.

С первых дней курации студенты должны изучить всю доступную литературу, касающуюся заболевания и методов лечения курируемого животного, чтобы в процессе курации можно было делать анализ патологических изменений у больного, раскрыть сущность выполненной хирургической операции, сопоставить свои наблюдения с данными литературных источников.

В списке использованных источников литературы должны быть представлены основные источники по теме:

- нормативно-правовые документы (ГОСТы, кодексы, стандарты, законы);
- учебники и учебные пособия;
- отраслевые периодические издания;
- научные статьи, монографии и материалы научных конференций;
- интернет-ресурсы (официальные сайты организаций, базы данных и т.д.)
- материалы лабораторных и полевых исследований;
- данные, собранные во время практик.

Список должен содержать не менее 10 современных источников, изученных обучающимися (преимущественно даты издания не более 5 лет относительно года написания курсовой работы, кроме исторических вопросов).

На основные приведенные в списке источники должны быть ссылки в тексте курсовой работы. Они проставляются в квадратных скобках с указанием номера источника, под которым он значится в списке литературы.

Приложения - вспомогательные иллюстративно-графические, табличные, расчетные и текстовые материалы, которые нецелесообразно (объем более 1 страницы) приводить в основном тексте курсовой работы (проекта).

Курсовая работа должна быть напечатана на стандартном листе писчей бумаги в формате А4 с соблюдением следующих требований:

- поля: левое - 30 мм, правое - 15 мм, верхнее - 20 мм, нижнее - 20 мм;
- шрифт размером 14 пт, гарнитурой Times New Roman;
- межстрочный интервал - полуторный;
- отступ красной строки - 1,25;
- выравнивание текста - по ширине.

Рекомендуемый общий объем курсовой работы не менее 25 страниц. Рекомендуемый объем введения: 2-3 страницы, заключения: 1-2 страницы, остальной объем страниц составляет основная часть работы.

Курсовые работы (проекты), включающие техническую составляющую, должны содержать сопроводительную документацию. Требование к

документации устанавливаются кафедрами в соответствии со спецификой дисциплины и отражаются в методических указаниях по выполнению курсовой работы (проекта).

Использование обучающимся технологий искусственного интеллекта для генерации текста и / или повышения его оригинальности признается некорректным заимствованием за исключением случаев, когда в рамках выбранной темы по согласованию с ведущим преподавателем предусматривается возможность использования технологий искусственного интеллекта при выполнении курсовой работы (проекта). При этом, обучающийся обязан: указать во введении, в каких разделах курсовой работы (проекта) и в связи с чем были использованы технологии искусственного интеллекта; в тексте курсовой работы (проекта) сделаны сноски с указанием, что материал был подготовлен с использованием технологий искусственного интеллекта.

## **5. Список рекомендованных основных и дополнительных источников литературы**

1. Васильев В.К. Общая хирургия: учебное пособие/ В.К. Васильев, А.П. Попов, А.Д. Цыбикжапов. – Санкт-Петербург: Лань, 2022. – 272 с. (ЭБС Лань)
2. Стекольников А.А. Частная хирургия животных: учебник/ А.А. Стекольников, Б.С. Семенов, В.М. Руколь и др. – Санкт-Петербург: Лань, 2021. – 372 с. (ЭБС Лань)

### **Список дополнительной литературы**

1. Семенов Б.С. Практикум по частной хирургии: учебное пособие/ Б.С. Семенов, А.А. Стекольников, О.К. Суховольский, Э.И. Веремей. – Санкт-Петербург: Лань, 2022. – 352 с. (ЭБС Лань)
2. Семенов Б.С. Оперативная хирургия животных: учебник / Б.С. Семенов, В.Н. Виденин, А.Ю. Нечаев и др. - Санкт-Петербург: Лань, 2021. - 704 с. (ЭБС Лань)
3. Шакуров М.Ш. Основы общей ветеринарной хирургии: учебное пособие/ М.Ш. Шакуров. – Санкт-Петербург: Лань, 2020. – 252 с. (ЭБС Лань).
4. Галимзянов И.Г. Новокаиновая терапия при хирургических и акушерско-гинекологических заболеваниях животных: учебное пособие/ И.Г. Галимзянов, С.Р. Юсупов, Ф.В. Шакирова. – Казань: Изд-во Казанская ГАВМ им. Н.Э. Баумана, 2020. – 62 с. (ЭБС Лань)
5. Васильев В.К. Ветеринарная офтальмология и ортопедия: учебное пособие/ В.К. Васильев, А.Д. Цыбикжапов. – Санкт-Петербург: Лань, 2022. – 188 с. (ЭБС Лань)

## 6. Требования к защите работы

В целях выполнения требований по хранению курсовых работ (проектов) законченная и оформленная в соответствии с установленными требованиями курсовая работа (проект) и сопроводительный материал предоставляется преподавателю для защиты в распечатанном виде.

Курсовая работа (проект) допускается к защите при выполнении следующих условий:

- степень оригинальности текста курсовой работы (проекта) не ниже 25% для работ, выполненных обучающимися по образовательным программам бакалавриата и специалитета, не ниже 35% - по образовательным программам магистратуры;
- наличия рецензии преподавателя, принимающего курсовую работу (проект) (Приложение 2).

Защита курсовых работ (проектов) относится к промежуточной аттестации и проводится в конце семестра. Защита курсовых работ (проектов) назначается кафедрой, дирекцией/деканатом вносится в расписание промежуточной аттестации и отражается в расписании учебных занятий.

Защиту курсовых работ (проектов) проводит ведущий преподаватель, а в случае возникновения спорных ситуаций создается комиссия, в состав которой входит заведующий кафедрой и преподаватели кафедры.

Защита работы проходит в форме публичного выступления (5-7 мин.) с представлением результатов работы в виде презентации (5-7 слайдов) и ответов на вопросы преподавателя/комиссии (5 мин).

Для защиты курсовой работы обучающийся готовит текст доклада. В тексте выступления отражается:

- актуальности выбранной темы;
- цели и основные задачи курсовой работы;
- основное содержание курсовой работы;
- основные выводы и практические рекомендации.

## 7. Критерии оценки работы

Выполненная и защищенная курсовая работа (проект) оценивается в соответствии с учетом балльно-рейтинговой системы оценивания и критериями оценки, которые указаны в рабочей программе дисциплины.

В соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценки знаний студентов, обучающихся по образовательным программам высшего образования курсовую работу (проект) необходимо оценить по следующим критериям с учетом установленных максимальных баллов:

Критерий	Максимальное значение в баллах	Набранных баллов
Оформление курсовой работы/проекта	10	
Содержание курсовой работы/проекта	60	
Защита курсовой работы/проекта	30	
<b>ИТОГО</b>	<b>100</b>	

Содержание критериев оценки курсовой работы (проекта):

### 1. Оформление курсовой работы (проекта):

-10 баллов - курсовая работа соответствует всем требованиям к ее оформлению.

При оформлении курсовой работы использовались современные средства визуализации информации.

-5 баллов - курсовая работа частично соответствует требованиям к ее оформлению, представленный материал проиллюстрирован не качественно. При оформлении курсовой работы (проекта) современные средства визуализации информации не использовались.

### 2. Содержание курсовой работы (проекта):

-60 баллов - в курсовой работе подобраны необходимые информационные источники, информация использована корректно, все вопросы и разделы освещены полностью, для выводов приведены достаточные обоснования;

-40 баллов - в курсовой работе подобраны не все необходимые информационные источники, информация использована не везде корректно, не все вопросы и разделы освещены полностью, для выводов не приведены достаточные обоснования;

-20 баллов - в курсовой работе отсутствуют некоторые разделы, или их название

не отвечает содержанию.

### 3. Защита курсовой работы (проекта):

-30 баллов - студент продемонстрировал полное понимание всех положений защищаемой работы, четкость и правильность изложения ответов на все вопросы, заданные преподавателем;

-20 баллов - студент продемонстрировал понимание основных положений защищаемой работы, четкость и правильность изложения ответов на большую часть вопросов, заданных преподавателем;

-10 баллов - студент дал недостаточно полные ответы на вопросы, на некоторые из них дал ошибочные ответы или не ответил.

Перевод оценки из 100-балльной в пятибалльную систему оценки знаний осуществляется следующим образом:

-89-100 - оценка «отлично»,

-77 - 88 баллов - оценка «хорошо»,

-65 - 76 баллов - оценка «удовлетворительно»,

-менее 64 баллов - оценка «неудовлетворительно».

При неудовлетворительной оценке курсовой работы обучающийся имеет право на повторную защиту после доработки и внесения исправлений.

У обучающегося, не сдавшего в установленный срок курсовую работу (проект) и/или не защитившего её по неуважительной причине, образуется академическая задолженность.

Оценка за курсовую работу (проект) фиксируется в зачетной книжке обучающегося и в электронной ведомости. Распечатанный и подписанный оригинал ведомости храниться в деканате факультета/института в соответствии со номенклатурой дел и сроками хранения документов 5 лет.

### **Разделы курсовой работы**

1. *Исследование и описание патологического очага (заполняется в бланке ис-*

*тории болезни):*

- осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация исследуемой области;
- определение глубины раны или залегания патологического очага, его связи с покровными, соседними и подлежащими тканями;
- определение количества, цвета, запаха отделяемого, наличия примесей.

*2. Анатомо-топографическое строение зоны операции:*

- границы;
- послойное строение;
- кровоснабжение;
- иннервация.

*3. Лабораторные и специальные исследования:*

- гематологические исследования (до операции, в процессе лечения и по его завершении);
- анализ мочи и кала (при необходимости);
- анализ экссудата, пунктата;
- исследование мазков-отпечатков;
- определение при необходимости площади раны с помощью целлофановой граммы (на миллиметровой бумаге). Окрашенные мазки крови и мазки-отпечатки датируют и вкладывают в конверт, который вклеивают в историю болезни.

*4. Диагноз.* Должен быть клинически и патогенетически обоснован, написана, развернуто с указанием анатомо-топографической области. Например: «Правосторонняя поверхностная неосложненная посттравматическая гематома» или «Кусанорванная рана в области средней трети холки справа, осложненная гнилостной инфекцией».

*5. План операции:*

- профилактика хирургической инфекции (применяемые антисептические растворы и препараты и обоснование их применения);
- подготовка животного к операции (премедикация, другая специальная терапия и ее обоснование);
- анестезия: обоснование выбранного метода, показания и противопоказания к его применению, возможные осложнения, а также методы их устранения;
- описание местной анестезии с указанием фамилии автора, разработавшего способ, топографической анатомии нервов, подвергаемых воздействию анестезии, техники выполнения;
- фиксация животного (в стоячем, лежачем положении, методы и способы повала и т. д.).

*6. Содержание хирургической операции:*

- оперативный доступ;
- оперативный прием;

- заключительный этап операции.

Студент должен обосновать содержание хирургической операции исходя из показаний к выполняемому вмешательству, отметить достоинства и сравнить с другими типичными операциями, техника которых изложена в доступной литературе. Необходимо описать форму, величину выполняемого разреза и объяснить, от каких факторов зависит их выбор. Изложить способы разъединения тканей при осуществлении оперативного доступа и оперативного приема, методы остановки кровотечения, принципы соединения тканей (виды швов и показания к их применению).

7. *Послеоперационный период.* Оформляется как история болезни.

8. *Обоснование применяемых для лечения препаратов.* Описать механизм действия применяемых в ходе операции и лечения препаратов (на какие звенья патогенеза они воздействуют), а также их эффективность.

9. *Эпикриз* – это суждение о болезни относительно происхождения, течения, лечения и ее окончания. Эпикриз не является литературным обзором данной патологии, он должен составляться по данному конкретному случаю, описываемому в курсовой работе, и содержать в себе сведения в краткой форме о том, когда поступило животное, с каким первоначальным диагнозом, какое было назначено лечение, сколько дней оно длилось, имелись ли осложнения и чем закончилось лечение. Если проводилась операция, то определить классификационную принадлежность операции – с повреждением кожи и слизистых или без таковых; кровавая или некровавая; по показаниям – лечебная, диагностическая, экспериментальная, косметическая, пластическая, хозяйственно-экономическая; по срочности выполнения – экстренная, срочная, плановая; по конечному результату – радикальная или паллиативная; гнойная или асептическая; одно- или двухмоментная. Описать ход операции (поведение животного во время операции согласно стадиям наркоза, осложнения, возникшие в ходе операции и т. д.). Дать краткую характеристику послеоперационного периода, выхода из наркоза, возможные осложнения и их причины, сколько дней проводилось лечение и его исход (если животное пало, приложить акт патологоанатомического вскрытия).

Пример. Кесарево сечение – срочная кровавая лечебная радикальная асептическая абдоминальная операция.

10. *Заключение или выводы.* Историческая справка по частоте встречаемости данного заболевания в хозяйстве, его распространению с указанием экономического ущерба.

11. *Список литературы.*

12. *Приложения.* Включают в себя акты, описи, протоколы, в которых официально зафиксированы основные результаты исследований, а также наглядные пособия, мазки-отпечатки, мазки крови, целлофаногаммы т. п.

## 1.1. Методы исследования раненого животного

Вначале на основании анамнестических данных уточняют время ранения, вид ранившего предмета, характер первой помощи, когда и кем она была оказана. По результату опроса и клинического исследования определяют как фазу заживления раны, так и степень бактериального воздействия на организм раненого животного.

### 1.1.1. Общие методы исследования

При общем исследовании обращают внимание на состояние больного животного (повышенная возбудимость, беспокойство, угнетение и т. д.), а также на характер изменений слизистых оболочек (цианотичность, бледность, желтушность). Измеряют температуру тела, подсчитывают пульс и дыхание. Определяют положение поврежденного органа и выявляют функциональные расстройства. Если животное перевязано, отмечают состояние повязки: правильность ее наложения, возможные смещения, степень пропитывания материала кровью, экссудатом, запах повязки после ее снятия.

*Осмотром раны* устанавливают ее локализацию, форму, размеры, состояние тканей в области поражения и в самой ране, степень зияния, наличие кровотечения, загрязнения, сгустков крови и инородных предметов, припухлость и характер ранных краев. Мерной линейкой измеряют глубину и длину раны.

*Пальпацией ткани* в области раны устанавливают степень болезненности поврежденных тканей или полную потерю кожной чувствительности, плотность инфильтрата, флюктуацию, консистенцию тканей, крепитацию (костную, газовую, фибринозную, воздушную), толщину кожи, сращение ее по отношению подлежащих тканей или подвижность, состояние кровеносных и лимфатических сосудов (тромбофлебит, лимфангит) и лимфатических узлов (лимфанодулит).

В необходимых случаях определяют состав раневого экссудата, который изменяется во время заживления раны или при ее осложнении. Эти данные необходимы для выявления степени местного ацидоза или алкалоза и назначения соответствующего лечения. При исследовании раневого экссудата обращают внимание не только на его количество и характер, но и на цвет, запах, консистенцию и примеси (слиюны, мочи, кормовых масс и т. д.) Это позволяет провести тщательную дифференциальную диагностику и поставить точный диагноз.

### 1.1.2. Специальные методы исследования раны

*Определение рН раневого экссудата* проводят при помощи лакмусовой бумажки, погружая ее в раневое отделяемое. Для более точного определения используют электрический потенциометр. Эти данные необходимы для выявления степени местного ацидоза или алкалоза и назначения соответствующего лечения.

*Целлофанограмма.* Этот метод применяют с целью определения площади раневой поверхности. Регулярное его проведение позволяет изучить динамику заживления раны и определить скорость заживления (закрытие раневого дефекта). Для

проведения целлофаногаммы используют какой-либо прозрачный материал (целлофан, полиэтилен, кальку), его накладывают на поверхность раны, обводят контуры, а затем переносят на миллиметровую бумагу и вычисляют площадь.

*Бактериологическое исследование раневого экссудата* на выявление вида раневой инфекции проводят с целью правильного применения антисептиков, определяя количество населяющих рану микроорганизмов, видовой состав, вирулентность, биологические свойства. Хотя по наличию тех или других микроорганизмов в ране еще нельзя определить характер течения воспалительного процесса, однако бактериологический тест позволяет получить представление о биологических свойствах не только микробов, но и раны, в которой они развиваются. При этом можно судить об иммунобиологических процессах в организме раненого животного, о тех отношениях, которые возникают между микробом и организмом в различные периоды раневого процесса.

В практике хирургической работы наиболее широко используют следующие бактериологические тесты:

- подсчет колоний на агаре после посева раневого отделяемого;
- определение видового состава раневой микрофлоры по морфологическим и биологическим признакам;
- установление степени чувствительности микрофлоры к антибиотикам, что позволяет выбрать наиболее эффективный препарат.

Микроорганизмы вызывают гемолиз эритроцитов, протеолиз и другие патологические процессы. Поэтому с целью быстрой ориентировки в данном вопросе можно воспользоваться методом «диск-мазков» на чашках Петри с кровяным агаром или с другой средой. Платиновой петлей берут с поверхности раны отделяемое и наносят на среду в виде дисков диаметром 0,7 – 0,8 мм. Чашки ставят в термостат на сутки, после чего определяют наличие или отсутствие зон гемолиза или фибринолиза. Результаты исследования по этому методу дополняют данными бактериологического анализа раневого отделяемого.

*Цитологический анализ* раневых отпечатков позволяет определить реактивные, иммунобиологические силы больного животного, следить за динамикой процесса заживления раны. Раневые отпечатки объективно отражают характер внед-

рившейся в организм микрофлоры, напряженность борьбы организма с последней, последовательность очищения ран от микроорганизмов и мертвых тканей, регенеративно-восстановительные процессы, протекающие в ране.

Когда клинически трудно установить фазу раневого процесса, можно использовать метод препаратов-отпечатков. Кроме того, этот метод может быть полезен при решении вопроса о терапевтической ценности того или иного препарата, об эффективности применяемой в конкретном случае обработки ран, о показаниях и противопоказаниях к дальнейшим хирургическим вмешательствам в ране.

*Методика взятия и исследования раневых мазков-отпечатков.*

Хорошо вымытое обезжиренное стерильное предметное стекло прикладывают к исследуемому участку раны (если раневая поверхность обильно покрыта гнойным экссудатом, последний удаляют стерильным ватно-марлевым тампоном, увлажненным физиологическим раствором поваренной соли). Последовательно передвигая стекло, делают на нем 4 – 6 отпечатков с одного и того же участка раны. Сначала в отпечатки попадает отделяемое раны, затем поверхность стекла приходит в непосредственное соприкосновение с тканями раны, снимаются и клетки экссудата, микроорганизмы, клетки поверхностного слоя грануляционной ткани. Отпечатки делают с различных участков раны. Чтобы сохранить в отпечатках точность взаиморасположения клеточных элементов, микроорганизмов и клеток пролиферата, нужно слегка прикоснуться к раневой поверхности стеклом и поднять его вверх строго перпендикулярно.

Приготовленные отпечатки необходимо тотчас же подсушить на воздухе, затем зафиксировать их в этиловом или метиловом спирте (5 – 10 мин) или в спирте-эфире (15 мин). Затем на обратной стороне стекла восковым карандашом ставят дату и номер истории болезни. Фиксированные отпечатки красят по Романовскому-Гимза. Отпечатки со свежих ран красят 45 мин, с поверхности гранулирующих ран – 60 мин. После этого краску удаляют слабой струёй воды, препараты подсушивают фильтровальной бумагой и исследуют под микроскопом с иммерсионной системой.

При усилении воспалительных явлений в ране в первые дни ее нанесения или в период их обострения под влиянием инфекции, интоксикации в раневом отделяемом преобладают погибшие клетки. Для их обнаружения каплю экссудата, взятого из глубины раны, окрашивают по общепринятым цитологическим методикам (по Романовскому-Гимза, по Паппенгейму и т. д.). Краска быстро проникает через цитолемму (плазмолемму) погибших клеток, интенсивно окрашивая их, тогда как живые клетки остаются неокрашенными.

*Анализ полученного результата.* Если вскоре после нанесения раны и в первые сутки после ранения в отпечатках можно обнаружить большое количество эритроцитов, то в последующем их находят только в тех случаях, когда нарушена целостность сосудов грануляционной ткани. При очищении раны от крови раневые

отпечатки содержат большое количество клеток вазогенного происхождения, среди которых почти всегда имеются в значительном количестве нейтрофилы. Последние выполняют функцию фагоцитоза микроорганизмов, а также способны адсорбировать микробные токсины и выделять протеолитические ферменты. Наличие нейтрофилов – один из важнейших показателей активности первой фазы защитной реакции организма. При хорошо выраженных защитных силах организма фагоцитируются все микроорганизмы. Среди фагоцитирующих лейкоцитов встречается большое количество сегментоядерных клеток без признаков фагоцитоза.

Фагоцитирующие нейтрофилы имеют различную по интенсивности окраску, что указывает на активное переваривание микробов и является объективным показателем высокой реактивной способности организма. При слабой сопротивляемости организма и при высокой вирулентности микроорганизмов в отпечатках встречаются нейтрофилы, содержащие огромное количество микроорганизмов, бактериолиз при этом выражен слабо или совсем отсутствует.

Токсические продукты, которые выделяют фагоцитирующие микробы, разрушают цитоплазму фагоцита, микробы освобождаются и вновь осеменяют окружающую среду. Можно наблюдать отсутствие фагоцитоза со стороны нейтрофилов, вокруг них обнаруживается большое количество микроорганизмов. Нейтрофильные клетки подвергаются дегенеративным изменениям или полностью разрушаются.

В препаратах обнаруживают погибшие лейкоциты в различных стадиях их распада:

- пикноз ядра – последнее ярко окрашено и уменьшено в объеме;
- гиперхроматоз – ядерная субстанция лейкоцита располагается сплошным слоем на внутренней поверхности ядерной оболочки;
- кариорексис – ядро лейкоцита различной формы и величины, представлено в форме глыбок;
- клетки, в которых полностью распались ядро и цитоплазма.

Кроме нейтрофилов, в отпечатках встречаются единичные эозинофилы, цитоплазма которых имеет крупную эозинофильную зернистость. Роль этих клеток в ране еще недостаточно изучена. Чаще всего их можно наблюдать в отпечатках из свежих ран.

В большом количестве в первой фазе раневого процесса в отпечатках встречаются лимфоциты и моноциты. Лимфоциты вырабатывают ферменты (трефоны) и антитела, которые нейтрализуют или расцепляют антигены липоидного характера, моноциты принимают активное участие в фагоцитозе и переваривании микробов, эритроцитов и т. п.

В среднем на 4 – 5-й день, когда в ране начинается рост островков грануляционной ткани, количество лимфоцитов и моноцитов увеличивается и появляются полибласты, число которых прогрессивно возрастает к 8 – 12-му дню. Полибласты –

это крупные разной формы клетки, богатые цитоплазмой, с крупным ядром, располагающимся на периферии клетки или эксцентрично. Цитоплазма полибласта окрашивается в голубой или дымчато-голубой цвет. Полибласты принимают активное участие в очищении раневого очага от мертвых тканей. Большое количество фагоцитирующих полибластов в отпечатках (10 – 20 клеток в поле зрения микроскопа) свидетельствует об активной регенерации в ране, о хорошей сопротивляемости организма инфекции и успешном очищении раневого очага от мертвых и нежизнеспособных тканей.

По мере развития грануляций из глубже лежащих камбиальных элементов соединительной ткани, а также из петель образующихся кровеносных капилляров и происходит миграция в поверхностные слои раны недифференцированных клеток – полибластов (гистиоцитов). Они свободно подвижны, активно поглощают различные коллоидные вещества и продукты распада клеток. Такие фагоцитирующие гистиоциты имеют крупные размеры с вакуолями различной величины и глыбками заглоченных переваримых твердых веществ.

Подобного рода макрофаги выявляются в несвежих ранах, хотя и довольно редко. Вакуолизированные нефагоцитирующие гистиоциты встречаются значительно чаще, и число их в некоторых случаях может достигать до 20 – 30 в каждом поле зрения препарата-отпечатка. Поэтому в цитограмме необходимо отмечать отдельно гистиоциты фагоцитирующие и нефагоцитирующие.

В раневом отпечатке количество гистиоцитов составляет: «+» – единичные гистиоциты в различных местах отпечатка; «++» - единичные клетки, но в каждом поле зрения; «+++» - немногочисленные клетки по всему препарату; «++++» - массовые скопления гистиоцитов (по 20 – 30) в поле зрения (по Фенчину).

Другой ряд элементов соединительной ткани на цитограмме составляют фибробласты и их производные. Молодые фибробласты (профибробласты – по Покровской) характеризуются крупными ядрами с мелкими зернами хроматина и хорошо заметными ядрышками; цитоплазма их окрашивается азур-эозином в бледно-розовый цвет. Форма фибробластической клетки веретенообразная, по размерам не уступает гистиоцитам. Деление молодых фибробластов, уменьшение их размеров и все большее их вытягивание в одном направлении приводит к образованию более зрелых фибробластов, слагающихся обычно уже в тканевую структуру.

Постепенно на периферии клеток образуется основное вещество, границы их становятся неясными, а в образующихся в результате переплетения клеток пустотах остаются нейтрофилы. На цитограмме чаще всего фибробласты и более дифференцированные элементы соединительной ткани встречаются одновременно, поэтому учесть их количество можно только ориентировочно, так как обычно в одной и той же ране процесс развития соединительной ткани в разных местах выражен в различной степени, что отражается на отпечатке в виде неравномерного распределения

этих элементов. Если в ряде мест видно хорошее развитие соединительной ткани, то в цитограмме можно учитывать эти элементы как многочисленные (++++, +++). По мере уплотнения рубца количество раневого экссудата уменьшается, и правильная его оценка все более затруднительна.

В конце второй фазы раневого процесса, когда регенерация постепенно затухает и начинается рубцевание грануляционной ткани, количество полибластов в отпечатках несколько уменьшается, часть из них принимает веретеновидную, отросчатую форму и преобразуется в профибробласты. Последние можно обнаружить на 6 – 10-й день после ранения. Количество профибробластов возрастает к моменту перехода раны в фазу рубцевания.

При благоприятном течении регенеративного процесса, кроме полибластов и профибробластов, появляются гигантские многоядерные клетки. Они имеют базофильную цитоплазму и отличаются от других клеток величиной и большим количеством ядер. В период эпидермизации раны обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия с центральным расположением ядра. Цитоплазма по мере ее созревания становится менее базофильной.

Клетки эпителия постепенно наползают с краев раны на рубцующуюся грануляционную ткань. Молодой неокрепший эпителий в зоне нарастания еще однослойный, легко отстает и всегда попадает на отпечаток в виде разрозненных или группами лежащих клеток. При этом попадающие на цитограмму клетки могут быть двух типов:

1) молодые клетки крупных размеров, призматической формы, с гомогенной светлой плазмой и ядром, богатым хроматином. Такие клетки лежат обычно разрозненно и представляют собой как бы отдельные островки эпителия на поверхности грануляций;

2) слущивающийся слоями эпителий краев нарастающей покровной ткани на препарате-отпечатке обычно представлен пластинами небольших размеров. Ядра этих эпителиальных элементов выражены неотчетливо, иногда вовсе отсутствуют, так как представляют собой компоненты верхних слоев ороговевающего эпителия.

Отсутствие эпителиальных клеток отмечается при обширных ранах, когда предметное стекло при взятии отпечатка не задевает ее краев, или же при небольших ранах, по краям которых отсутствует свободно слущивающийся эпителий.

Данная цитограмма дает отчетливое представление о тех процессах, которые происходят на поверхности раны, являясь как бы фотографическим изображением цитологической картины раневой поверхности. Сделанные повторно с одной и той же раны препараты-отпечатки через определенные промежутки времени отображают динамику процессов, которые развиваются в поверхностных, наиболее активных отделах раны, что в значительной степени характеризует течение раневого процесса в целом.

При ослаблении защитных сил организма заживление ран часто задерживает-

ся, и в препаратах-отпечатках можно видеть, кроме распада нейтрофилов, быстрое уменьшение количества полибластов, из которых отдельные подвергаются дегенерации. Гигантские клетки отсутствуют, в этот момент появляются плазматические клетки (при наличии инородных тел в полости раны, при хронических гнойных процессах и т. д.).

На основании обобщения полученных данных характеризуют основные показатели раневого процесса:

1) количество полиморфно-ядерных лейкоцитов и характер дегенеративных изменений в них;

2) наличие и характер неклеточных элементов (зерна, фрагменты ядер, волокнистые образования);

3) количество и дифференцировка новообразованных клеточных элементов.

Эти показатели, изучаемые в комплексе и в динамике, довольно специфичны для различных фаз заживления ран. Руководствуясь ими, всегда можно кратко резюмировать описание цитологической картины поверхности раны. Только совокупность полученных данных может служить основанием для заключения о характере заживления раны и для оценки применяемых методов лечения.

### ***1.1.3. Метод дифференциальной диагностики экссудата и транссудата***

Метод основан на осаждении уксусной кислотой белкового вещества серозомуцина, содержащегося в экссудате и отсутствующего в транссудате.

1. В небольшой прозрачный цилиндр берут 20 мл слабого раствора уксусной кислоты (на 100 мл воды - 2 капли ледяной уксусной кислоты), затем по каплям в него вносят исследуемую жидкость. Если при падении капли образуется помутнение, то это экссудат.

2. К 2 – 3 мл исследуемой жидкости прибавляют несколько капель 5 %-й уксусной кислоты. При наличии серозомуцина образуются муть и осадок.

3. На 3 – 4 мл крепкой соляной кислоты наслаивают исследуемую жидкость. Экссудат дает на границе жидкостей широкое белое кольцо

**КУРСОВАЯ РАБОТА**  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ОБЩАЯ И ЧАСТНАЯ ХИРУРГИЯ»  
(история болезни)

На тему: \_\_\_\_\_

Куратор \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

ФИО и должность преподавателя  
\_\_\_\_\_

Ставрополь, 2025

1. №. в амбулаторном журнале \_\_\_\_\_
2. Дата поступления на амбулаторный приём «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.
3. Дата поступления на стационарное лечение «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г
4. Дата выбытия животного из стационара «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.
5. Количество дней на амбулаторном лечении \_\_дн. На стационарном лечении \_\_\_\_\_ дн.
6. Вид \_\_\_\_\_, пол (самка/самец), кличка \_\_\_\_\_ (инв. № \_\_\_\_\_), порода \_\_\_\_\_ (масть \_\_\_\_\_). Особые приметы \_\_\_\_\_ **(например, ампутированный хвост, конечность и т.д.)** \_\_\_\_\_.
7. Диагноз \_\_\_\_\_ предварительный  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Диагноз \_\_\_\_\_ клинический  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ФИО владельца животного и его адрес  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Причина обращения \_\_\_\_\_ **(например, хромота)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Анамнез болезни \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Анамнез жизни. Вакцинация (дата, вид вакцины). Аллергия:  
*нет/есть* (какая?). Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_.  
Кормление \_\_\_\_\_.  
Содержание \_\_\_\_\_. Обработка от  
гельминтов \_\_\_\_\_. Обработка от эктопаразитов  
\_\_\_\_\_.

# ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖИВОТНОГО

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Время \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

Объективный статус

Общее состояние: **удовлетворительное/средней степени тяжести/тяжелое.**

Скорость наполнения капилляров \_\_\_\_\_ сек. Вес \_\_\_\_\_ кг. Температура \_\_\_\_\_ С. ЧСС \_\_\_\_\_ в мин. ЧДД \_\_\_\_\_ в мин.

Положение тела: **(естественное стоячее, вынужденное лежачее и т.д.)**

*Исследование отдельных систем:*

Кожа \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Слизистые оболочки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Поверхностные лимфатические узлы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Опорно-двигательный аппарат \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Органы дыхания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Органы пищеварения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Органы мочеполовой системы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Неврологический осмотр \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Органы чувств \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Исследование местного процесса (локальный статус) \_\_\_\_\_

**(подробно описывается местный патологически процесс, например:  
образование, рана, аномалия развития и т.д.)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖИВОТНОГО

### Ультразвуковое исследование

(проводилось / не проводилось)

если УЗИ проводилось – загружается протокол УЗИ-исследования

#### **ПРИМЕР**

**Ультразвуковой аппарат:**

**Использованные датчики:** Линейный;

**Описание:** УЗ-признаки на момент исследования: \_\_\_\_\_

**Наличие свободной жидкости:** Не визуализируется;

**Новообразования:** Не визуализируются;

**Кишечник - описание:** Тонкий отдел кишечника: петли округлой формы, наполнены газом, слоистость

стенок петель кишечника сохранена, слизистый слой утолщен, эхогенность стенок петель кишечника

снижена, перистальтика активная. Толстый отдел кишечника: умеренно наполнен анэхогенным

неоднородным по эхоструктуре сод-ым, слоистость стенок петель кишечника не выражена, эхогенность

стенок снижена. Толщина стенок ободочной кишки 2.4 мм.;

**Печень :**

**Визуализация:** Визуализируется; **Месторасположение:** В пределах рёберной дуги; **Контуры:** Ровные;

**Эхоструктура паренхимы:** Крупнозернистая; **Эхогенность паренхимы:** гипозохогенная; **Сосудистый**

**рисунок:** Не выражен; **Новообразования:** Не визуализируется;

**Почка левая :**

**визуализация:** Визуализируется; **Месторасположение:** Типичное; **Форма:** Бобовидная; **Высота(мм):** 31,;

**Длина (мм):** 60,;; **контуры:** Ровные; **Визуализация капсулы:** Визуализируется; **Корково-мозговая**

**дифференциация:** Визуализируется; **Эхогенность коркового слоя:** в пределах нормы; **Эхогенность**

**мозгового слоя:** В пределах нормы; **Лоханка:** Нерасширена; **Новообразования:** Не визуализируется;

**Почка правая :**

**визуализация:** Визуализируется; **Месторасположение:** Типичное; **Форма:** Бобовидная; **Высота(мм):** 33,;

**Длина (мм):** 61,;

**контуры:** Ровные; **Визуализация капсулы:** Визуализируется; **Корково-мозговая**

**дифференциация:** Визуализируется; **Эхогенность коркового слоя:** в пределах нормы; **Эхогенность**

**мозгового слоя:** В пределах нормы; **Лоханка:** Нерасширена; **Новообразования:** Не визуализируется;

**Жёлчный пузырь :**

**визуализация:** Визуализируется; **степень наполнения:** Нормального наполнения; **Форма:** Вытянутая;

**Контуры:** Ровные; **стенка:** Не утолщена; **содержимое:** Анэхогенное; **Эхогенная инклюдия:** Не

визуализируется;

**Селезёнка :**

**Визуализация:** Визуализируется; **Месторасположение:** До левого паха; **Размер:** Увеличена;

**Контуры:** Ровные; **Эхоструктура паренхимы:** Неоднородная, мелкозернистая; **Эхогенность**

**паренхимы:** гипозохогенная; **Сосудистый рисунок:** Не выражен; **Новообразования:** Не визуализируется;

**Мочевой пузырь :**

**в просвете визуализируется:** Хорошо; **степень наполнения:** Нормально наполнен;

**Месторасположение:** типичное; **стенка:** утолщена; **толщина стенки(мм):** 4.0,;; **Дифференциация слоёв**

**стенки:** нечёткая; **слизистая:** гиперэхогенная, неоднородная; **Пристеночные образования:** не выявлены;

**содержимое полости и эхогенность:** анэхогенная;

**примечание:** В полости м.п виз-ся овальное гиперэхогенное образование с неровными нечеткими контурами,

размером 12 x 8.0 мм, испускающее плотную акустическую тень. Также в полости виз-ся умеренное кол-во гипозохогенной мелкодисперсной взвеси.;

**Желудок :**

**Степень наполнения:** Умеренного наполнения, Газы; **Толщина стенки (мм):** 3.5,;; **Дифференциация слоёв**

**стенки:** Выражена; **Слизистая:** Гиперэхогенна, Неоднородна; **Пристеночные образования:** Невыявлены;

**Поджелудочная железа :** **Визуализация:** Не визуализируется;

## Рентгенография

(проводилась / не проводилась)

Если рентгенография проводилась – загружаются изображения рентгенограмм и прилагается описание к рентгеновскому снимку

ПРИМЕР





На рентгенограммах тени органов грудной визуализируются четко. Сердечный силуэт выглядит увеличенным, уменьшение трахео-спинального угла, суперпозиция теней диафрагмы и сердца на рентгенограмме с латеральной проекцией - подозрение на кардиомегалию (низкоспецифичные признаки). Увеличение размера сердечного силуэта в области правых отделов сердца - признаки увеличения левого предсердия и правых отделов сердца. Коэффициент VHS 14.0 (Норма:  $9.7 \pm 0.5$ ). В комплекс АВУ увеличение артерий и вен (признаки ЗСН). Необходимо ЭхоКГ исследование. В легких выявлены затемнения бронхиального типа - признаки бронхита, при отсутствии кашля можно интерпретировать как гериатрические изменения.

**Общий клинический анализ крови***(проводился / не проводился)**если ОКАК проводился – представляются результаты исследования*

Показатель		Результат	Норма
Лейкоциты (x 10 <sup>9</sup> /л)	WBC		
Эритроциты (x 10 <sup>12</sup> /л)	RBC		
Средний объем эритроцитов (фл)	MCV		
Гемоглобин (г/л)	HGB		
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (пг)	MCH		
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (%)	MCHC		
Гематокрит (%)	HCT		
Тромбоциты (x 10 <sup>9</sup> /л)	PLT		
Средний объем тромбоцитов (фл или мкм <sup>3</sup> )	MPV		
Ретикулоциты (%)	RET		

**Лейкограмма**

Базофилы (%)	Эозинофилы (%)	Нейтрофилы (%)		Лимфоциты (%)	Моноциты (%)
		Палочко-ядерные	Сегментоядерные		

Промиелоциты (%): -

Миелоциты (%): -

Метамиелоциты (%): -

Бластные клетки (%): -

### Биохимический анализ сыворотки крови

(проводился / не проводился)

если Б\Х анализ сыворотки крови проводился – представляются результаты исследования

Показатель	Результат	Норма
глюкоза		
мочевина		
креатинин		
билирубин общий		
холестерин		
фосфатаза щелочная		
гамма-глутамилтрансфераза		
креатинкиназа		
общий белок		
АЛТ		
АСТ		
триглицериды		
липаза		
альфа-амилаза		
лактатдегидрогеназа		
кальций		
натрий		
калий		
фосфор		
магний		
хлориды		

### Коагулограмма (исследование системы гемостаза)

(проводилась / не проводилась)

если коагулограмма проводилась – представляются результаты исследования

### Общий анализ мочи

(проводился / не проводился)

если ОАМ проводился – представляются результаты исследования

Показатель	Результат	Норма
МАLB Микроальбумин мочи, мг/л		0–30
PRO Белок, мг/дл		отриц.
ВIL Билирубин, мг/дл		отриц.
UBG Уробилиноген, мг/дл		Следы (отрицательный, мочевыми тест-полосками не определяется)
KET Кетоны, мг/дл		отриц.

ASC Аскорбиновая кислота, мг/дл		0,5–5,0
GLU Глюкоза, мг/дл		отриц.
ERY Эритроциты (реакция на гемоглобин), ед./мкл		отриц.
pH		Кошки: кислая. Собаки: кисл.–слабощелочная
NIT Нитриты		отриц.
LEU Лейкоциты (реакция на эстеразу), ед./мкл		отриц.
SG Удельный вес		Кошки: 1030–1035 (1085) Собаки: 1015–1025 (зависит от объема потребляемой жидкости)
Цвет		Собаки: от почти бесцветного до интенсивно-жёлтого Кошки: от насыщенно жёлтого до оранжевого или даже светло-коричневого
Прозрачность		Собаки: от прозрачной до слабомутной. Кошки: от прозрачной до мутной
Запах		Специфический
Липиды (жир)		Собаки: отриц. Кошки: +, ++

#### Гистологическое исследование

(проводилось / не проводилось)

если гистологическое исследование проводилось – представляются результаты исследования

## ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Степень анестезиологического риска по ASA: **1-5**

Способ обогрева: **эндогенный / экзогенный**

Премедикация: \_\_\_\_\_

Способ реализации анестезиологического пособия: \_\_\_\_\_ **(описывать только с учетом мультимодального подхода!)**

Вводный наркоз (препараты и дозировки): \_\_\_\_\_

Путь введения анестетика: \_\_\_\_\_

Интубация: \_\_\_\_\_

Интубационная трубка номер: \_\_\_\_\_

Газовый состав дыхательной смеси: \_\_\_\_\_; испаряемый анестетик (название) \_\_\_\_\_, об. % \_\_\_\_\_

Наркозный аппарат: \_\_\_\_\_

Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ): дыхательный объем (ДО), мл. \_\_\_\_\_; минутный объем дыхания (МОД), л/мин. \_\_\_\_\_; пиковое давление, см. водного столба \_\_\_\_\_; особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): \_\_\_\_\_

### Мониторинг жизненно-важных параметров организма:

Интраоперационное обследование:		Послеоперационное обследование	
Чсс	<b>150</b>	Чсс	<b>140</b>
Чдд	<b>28</b>	Чдд	<b>26</b>
SpO2	<b>90</b>	SpO2	<b>90</b>
АД		АД	
Вес		Вес	
Temp	<b>38.0</b>	Temp	<b>38.0</b>

**Пробуждение:** *(время, характер, осложнения)*

---

**Проведенная терапия:** *(например, инфузионная терапия: р-р рингера-локка 20 мл/час, объем 100 мл и т.д.)*

---

**Рекомендации в послеоперационном периоде:**

**Статус пациента:** *выписан на домашнее лечение / госпитализирован*

**Примечания:**

## ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

Подготовка хирурга:

Подготовка рук \_\_\_\_\_

Комплект хирургической одежды \_\_\_\_\_

Подготовка животного:

Способ фиксации и положение на операционном столе \_\_\_\_\_

Подготовка операционного поля \_\_\_\_\_

Наименование операции: \_\_\_\_\_

Техника операции: \_\_\_\_\_ (подробно описывается техника операции, а по тексту загружаются иллюстрации этапов операции)

Продолжительность операции: \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Статус пациента: выписан на домашнее лечение/госпитализирован

Примечания: \_\_\_\_\_

Состав операционной бригады

Анестезиолог: \_\_\_\_\_ **Ф.И.О.**

Хирург: \_\_\_\_\_ **Ф.И.О.**

Ассистент: \_\_\_\_\_ **Ф.И.О.**

Операционная сестра/санитар: \_\_\_\_\_ **Ф.И.О.**

Куратор: \_\_\_\_\_ **Ф.И.О.**

**ЖУРНАЛ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

(вносятся данные ежедневного стационарного и амбулаторного наблюдения до выписки животного)

	Клинический статус/динамика	Лечение/Назначения
--	-----------------------------	--------------------



## ЭПИКРИЗ

(р-но: 3-4 страницы)

**Определение заболевания** (краткие анамнестические данные, особенности клинического статуса и дополнительного обследования)

Этиология.

Патогенез.

Клинические признаки.

Обоснование диагноза.

Прогноз.

Обоснование лечения и профилактика.

## ОПИСАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

(р-но: 3-4 страницы)

**Изофлуран.** Ингаляционный анестетик содержит в качестве действующего вещества изофлуран – 100 г (99,9 %) на 100 мл лекарственного средства или 250 г (99,9 %) на 250 мл. Вспомогательные вещества отсутствуют. По внешнему виду препарат представляет собой прозрачную, бесцветную, летучую жидкость со слабым эфирным запахом.....

**Перекись водорода.** Антисептическое средство из группы оксидантов. Быстро разлагается на свету, при нагревании, взаимодействии со щелочами и органическими веществами, выделяя кислород. При взаимодействии с тканями (в присутствии белка) перекись водорода под влиянием каталаз расщепляется с выделением молекулярного кислорода.....

## ЛИТЕРАТУРА

(по ГОСТу 2007 /2012 /2018, не менее 10 источников)

1. Ягников, С. Н. Внеочаовый остеосинтез: учебное пособие / С. Н. Ягников. – Москва: РУДН, 2003. – 19 с.
2. Шебиц, Х. Оперативная хирургия собак и кошек / Шебиц Х., Брасс В. / пер. с нем. В. Пулинец, М. Степкина. – Москва: Аквариум Принт, 2012. – 512 с.
3. Johnson, A. L. AO Principles of Fracture Management in the Dog and Cat / A. L. Johnson, J. E. F. Houlton, R. Vannini. – AO Publishing, Switzerland, 2005. – 529 p.
4. Identification of risk factors for recurrent secondary septic peritonitis following initial surgical treatment of secondary septic peritonitis in dogs / O. Fink, A. Buysse, K. J. Drobatz, A. J. Bentley // Vet Emerg Crit Care (San Antonio). – 2020. – Vol. 30, № 2. – P. 213-220.

**ЖЕЛТЫМ ЦВЕТОМ** выделены подсказки и примеры, которые нужно удалить из текста курсовой работы. Также этим цветом выделены варианты на выбор (**экзогенный/эндогенный, есть/нет**), из которых необходимо выбрать нужный вариант.