

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Хирургических болезней №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ

по Госпитальной хирургии
наименование дисциплины

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
утвержденной 30.03.2022г.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ.....	3
ТЕМА: КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПЕРИТОНИТ.....	11
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ.....	18
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА.....	23
ТЕМА: ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.....	28
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	32
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	36
ТЕМА: ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ	40
ТЕМА: ГРЫЖИ ЖИВОТА.....	45
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.....	50
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ	58
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН.....	62

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия прямой кишки.
2. Методы исследования прямой кишки.
3. Этиология и патогенез различных неопухолевых заболеваний прямой кишки.
4. Классификации различных заболеваний прямой кишки.
5. Клиника заболеваний прямой кишки.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Хирургическую анатомию и физиологию прямой кишки. 2. Методы диагностики заболеваний прямой кишки. 3. Современные представления об этиологии и патогенезе неопухолевых заболеваний прямой кишки. 4. Особенности клинического течения заболеваний в зависимости от формы, стадии, наличия осложнений. 5. Дифференциальный диагноз заболеваний прямой кишки 6. Принципы консервативного лечения воспалительных заболеваний прямой кишки. 7. Показания и виды оперативного лечения заболеваний прямой кишки. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование 2 больных с заболеваниями прямой кишки. 3 Обосновать конкретный план обследования 4 больных с заболеваниями прямой кишки.	Литература: Атлас абдоминальной хирургии, Эмилио Итала Том 3 Москва Год издания: 2008 Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2006, 2010. Хирургические болезни,
---	---

5 Правильно проводить опрос больных с 6 Различными заболеваниями прямой кишки. 7 Правильно интерпретировать результаты 8 клинических, лабораторных, инструментальных 9 и других методов обследования. 10 Аргументировать выбор оперативного метода 11 лечения в каждом конкретном случае. 12 Ассистировать на операциях по поводу 13 заболеваний прямой кишки.	Кириенко А. И. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Секреты хирургии Олден Х. Харкен, Эрнст Э. Мур Издательство: БИНОМ Год: 2004 Основы колопроктологии Воробьев Г.И. ред., Ростов-на-Дону Издательство: Феникс. Год издания: 2001 Проктология Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Издательство: Медицина. Год издания: 1984
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Перечислите анатомические отличия толстой кишки от тонкой?
2. К каким осложнениям может привести Болезнь Гиршпрунга?
3. Опишите пальцевое исследование и ректоскопию при идеопатическом мегаколоне.
4. Какова диагностика язвенного колита?

5. Какая операция является операцией выбора при лечении язвенного колита?
6. Перечислите основные методы диагностики заболеваний прямой кишки.
7. Нарисуйте схему формирования дивертикула.
8. Перечислите наиболее частые осложнения дивертикула.
9. Опишите классификацию доброкачественных опухолей ободочной кишки.
10. На основании чего определяется выбор метода лечения полипов и множественного полипоза толстой кишки?

11. Что является специфической особенностью рака ободочной кишки?

12. Какие существуют формы клинического течения рака ободочной кишки? Опишите их.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

13. При какой локализации опухоли ободочной кишки чаще всего возникает кишечная непроходимость? Какие существуют предвестники острой кишечной непроходимости?

14. Какие существуют виды обходных кишечных анастомозов?

15. При какой локализации опухоли ободочной кишки чаще всего возникает кишечная непроходимость? Какие существуют предвестники острой кишечной непроходимости?

16. Опишите классификацию и осложнения геморроя.

17. Какие два заболевания кишечника входят в понятие «воспалительные заболевания кишечника»? Назовите основные клинические, гистологические и рентгенологические различия.

18. Опишите классификацию парапроктитов.

19. Опишите клинические проявления острого и хронического парапроктита.

20. Каковы особенности хирургического лечения парапроктитов.

21. Какой существует наиболее простой и доступный метод, позволяющий установить факт наличия рака прямой кишки. Опишите его.

22. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика рака прямой кишки?

23. Как осуществляется подготовка больных к операциям на ободочной кишке?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

24. Опишите методику резекции ободочной кишки.

25. Клиническая картина эпителиального копчикового хода. Показания к хирургическому лечению анального копчикового хода.

26. Чем опасно лигирование жировых привесков в толстой кишке?

27. С помощью какого образования подвздошная кишка сообщается с ободочной кишкой? Опишите это образование.

28. Знание путей лимфооттока от ободочной кишки необходимо для лечения её злокачественных поражений. Опишите группы лимфоузлов ободочной кишки.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

29. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания прямой и ободочной кишки» по следующему образцу:

К геморрою предрасполагают

- а) тяжелый физический труд
- б) употребление алкоголя
- в) проктосигмоидит
- г) длительные и упорные запоры
- д) все вышеперечисленное

30. Составьте 1 ситуационную задачу по теме по следующему образцу:

На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением.

1) Какое заболевание имеет место у больного?

2) Ваша тактика по отношению к данному больному в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением

- а) назначения обезболивающих препаратов
- б) пресакральной новокаиновой блокады
- в) склеротерапии
- г) противовоспалительного лечения

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ТЕМА: «КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПЕРИТОНИТ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия и физиология кишечника.
2. Этиология и патогенез кишечной непроходимости.
3. Классификация кишечной непроходимости.
4. Клиника кишечной непроходимости.
5. Диагностика кишечной непроходимости.
6. Специальные методы исследования при кишечной непроходимости.
7. Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости.
8. Тактика хирурга при кишечной непроходимости.
9. Лечение кишечной непроходимости.
10. Предоперационная подготовка больных с кишечной непроходимостью.
11. Виды оперативного лечения при кишечной непроходимости.
12. Послеоперационное ведение больных с кишечной непроходимостью.
13. Профилактика и реабилитация больных с кишечной непроходимостью.
14. Отдельные виды кишечной непроходимости.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: • Анатомия и физиология кишечника. • Этиология и патогенез кишечной непроходимости. • Классификация кишечной непроходимости. • Клиника кишечной непроходимости. • Диагностика кишечной непроходимости. • Специальные методы исследования при кишечной непроходимости. • Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости. • Тактика хирурга при кишечной непроходимости. 1 Лечение кишечной непроходимости. 2 Предоперационная подготовка больных с кишечной непроходимостью.	Литература: Обязательная: 1 Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил. 6. 2 Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил 3 Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. - СПб: Питер, 1999. - 448 с. 4 Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989. - 192 с. 5 Кузин Н.М., Кузин М.И., Шкроб О.С. Хирургические болезни. – Москва: Медицина, 2006. - 784 с., 2010. 6 Лекции по хирургическим болезням, 1999-2009 гг. 7 Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – Москва: Триада-Х, 2005. - 640 с.
--	--

3 Виды оперативного лечения при кишечной непроходимости. 4 Послеоперационное ведение больных с кишечной непроходимостью. 5 Профилактика и реабилитация больных с кишечной непроходимостью. 6 Отдельные виды кишечной непроходимости. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование больных с кишечной непроходимостью. 2 Обосновать конкретный план обследования больных с кишечной непроходимостью. 3 Правильно проводить опрос больных с кишечной непроходимостью. 4 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования у больных с кишечной непроходимостью. 5 Правильно формулировать клинический диагноз. 6 Обосновывать тактику лечения при кишечной непроходимости. 7 Аргументировать показания к операции, выбор метода и схему предоперационной подготовки больных. 8 Ассистировать на операциях по поводу кишечной непроходимости.	7 Дополнительная: 8 Абдуллаев Ш.Н. Очерки по неотложной хирургии. - Алмааты, 1986. - 198 с. 9 Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. - Алматы: БiЛiм, 1996. - 256 с. 10 Ашфаров Р.А., Гамидов А.Н. Рентгенконтрастные методы исследования в диагностике острой кишечной непроходимости: Метод. рек. - Баку, 1990. - 12 с. 11 Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. СПб, 2000. - 162 с. 12 Воробьев А.А., Бебуришвили А.Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. - Волгоград: Издатель, 2001. - 240 с. 13 Евтихов Р.М., Шулутко А.М., Путин М.Е. Клиническая хирургия. – Москва: Гэотар-Медиа, 2005. - 864 с. 14 Кузнецов Н.А. Основы клинической хирургии. – Москва: Лист Нью, 2006. - 736 с. 15 Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при ее непроходимости. - СПб.: Росмедполис, 1993. - 237 с. 16 Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. - М.: Медицина, 1991. - С. 240. 17 Розенштраух Л.С., Салита Х.М., Гуцул И.П. Клиническая рентгенодиагностика заболеваний кишечника. - Кишинев: Штиинца, 1985. - 254 с. 18 Чернов В.Н. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии. – Москва: Джангар, 2006. - 280 с.
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему анатомии толстого кишечника.

2. Назовите причины механической кишечной непроходимости.

3. Как устанавливают диагноз механической кишечной непроходимости?

1)

2)

3)

4. Какие выделяют клинические формы спаечной болезни.

1)

2)

3)

4)

5)

4. Что такое синдром Альвареца?

6. Что является показанием к декомпрессии кишки при кишечной непроходимости?

5. Опишите классификацию кишечной непроходимости по Тотикову В.З.

6. Что такое синдром Огилви (Ogilvie)?

7. Что такое токсический мегаколон?

8. Опишите основные синдромы клинической картины распространенного перитонита.
1)

2)

3)

9. Как осуществляется диагностика перитонита?

1) Общие симптомы:

2) Местные симптомы:

3) Лабораторные методы:

10. Опишите схему предоперационной подготовки перед хирургическим лечением распространенного перитонита.

11. Что такое правило «трёх катетеров»?

12. Что значит синдром «реперфузии»

13. Изобразите схему дренирования брюшной полости при перитоните.

14. Изобразите схему перитонеального лаважа.

15. Перечислите преимущества и недостатки лапароскопической санации.

16. Каковы основные принципы интенсивной терапии перитонита в стадии сепсиса?

17. Изобразите и обоснуйте схему резекции кишечника при некрозе кишки.

18. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Кишечная непроходимость» по следующему образцу:

1. Какой вид кишечной непроходимости отсутствует?

- а) динамическая;
- б) спастическая;
- в) паралитическая;
- г) клиническая;
- д) механическая.

19. При невозможности радикального удаления источника перитонита применяют:

- 1) экстрAPERITONEЗАЦИЯ;
- 2) использование марлевых тампонов;
- 3) активное дренирование;
- 4) пассивное дренирование.

22. Адекватность интраоперационной санации брюшной полости определяется следующими факторами возбудителя:

- 1) ассоциативным характером микрофлоры с широким представительством анаэробов;
- 2) высокой степенью бактериальной контаминации перитонеального содержимого;
- 3) быстрой сменой приоритетных возбудителей;
- 4) быстрым развитием резистентности микрофлоры к антибиотикам;
- 5) этиологией возбудителя.

23. Для промывания брюшной полости используют:

- 1) изотонический раствор Рингера с антибиотиками;
- 2) раствор фурациллина 1:5000 и 5% раствор глюкозы;
- 3) 0,2% раствор хлоргексидина биглюконата;
- 4) 0,25% раствор новокаина;
- 5) 10% раствора тиосульфата натрия.

24. Способы завершения операции при перитоните:

- 1) дренирование брюшной полости;
- 2) повторные ревизии и санации брюшной полости;
- 3) ушивание операционной раны;
- 4) лапаростомия;
- 5) перитонеальный диализ.

25. Задачи оперативного вмешательства при перитоните:

- 1) интраоперационная санация;
- 2) устранение источника перитонита;
- 3) условия для пролонгированной санации брюшной полости в послеоперационном периоде;
- 4) декомпрессия ЖКТ;
- 5) удаление большого сальника

Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Кишечная непроходимость» по следующему образцу:

Больной 25 лет поступил в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больной беспокоен, стремится изменить положение тела, пониженного питания.

Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6х8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больной экстренно оперирован. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотно-эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Проводящий отдел резко расширен.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Круг дифференциального диагноза?
- 3) Дополнительные методы исследования?
- 4) Тактика лечения?

26. нет механической кишечной непроходимости:

- а) функциональной;
- б) обтурационной;
- в) странгуляционной;
- г) смешанной;
- д) врожденной.

27. Нет обтурационной кишечной непроходимости:

- а) интраорганный (инородные тела, желчные камни);
- б) интрамуральной (опухоль, рубцовая стриктура);
- в) экстраорганаой (киста, опухоль матки);
- г) интраорганный (глистная инвазия);
- д) экстраорганный (заболевания нервной системы, истерия).

28. Нет странгуляционной острой кишечной непроходимости на почве:

- а) узлообразования;
- б) заворота;
- в) ущемленной грыжи наружной;
- г) ущемленной грыжи внутренней;
- д) тромбоза мезентеральных сосудов.

29. К смешанной кишечной непроходимости относят:

- а) инвагинацию;
- б) болезнь Крона;
- в) недостаточность баугиниевой заслонки;
- г) дискинезию кишечника;
- д) желчный перитонит.

30. По клиническому течению не выделяют механическую острую кишечную непроходимость:

- а) раннюю;
- б) острую;
- в) хроническую;
- г) полную;
- д) частичную.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия легких, плевры и средостения.
2. Классификация заболеваний легких, плевры и средостения.
3. Этиология и патогенез заболеваний легких, плевры и средостения.
4. Клиника заболеваний.
5. Диагностика.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1 Анатомия. 2 Функции брюшины. 3 Классификация перитонита. 4 Этиология перитонита. 5 Патогенез перитонита. 6 Клиника заболевания. 7 Диагностика. 8 Дифференциальная диагностика. 9 Методы хирургического лечения. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование 2 больных 3 Обосновать конкретный план обследования 4 больных с перитонитом 5 Правильно проводить опрос больных с 6 перитонитом. 7 Правильно интерпретировать результаты 8 клинических, лабораторных, инструментальных 9 и других методов обследования. 10 Аргументировать выбор оперативного метода 11 лечения в каждом конкретном случае.	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина, 2006, 2010. Петров С. В. Общая хирургия: Учебник для вузов. — 2-е изд. — 2004. — 768 с. Гангрена легкого и пневмоторакс Колесников И.С., Лыткин М.И., Лесницкий Л.С. Т.Р Харрисон Внутренние болезни. Болезни дыхательных путей. Болезни почек, мочевыводящих путей. / А.И Синопальникова. —
--	---

12 Ассистировать на операциях по поводу 13 перитонита.	Москва: Медицина, 1995. — Т. 6. — 416 р. Гангрена легкого и пиопневмоторакс, Колесников И.С., 1983 г. Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких, Бакулев А.Н., 1981 г. Учебное пособие для студентов. Кафедра хирургических болезней №2. Год издания: 2016
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Нарисуйте схему строения бронхов.

2. Какие существуют доступы при операциях на легких?

3. Как проводится первоначальное лечение плеврального выпота?

4. Какие симптомы свидетельствуют об инфицированном плевральном выпоте?
5. Как лечить эмпиему, осумковавшуюся на множество небольших камер?
6. Что такое декорткация?
7. При каких двух заболеваниях нет необходимости проводить хирургический дренаж эмпиемы?
8. Опишите физикальные и рентгенологические признаки абсцесса лёгких.
9. Какое необходимо проводить лечение при гангрене лёгкого?
10. Какие существуют абсолютные показания к хирургическому лечению хроническому абсцессу лёгких?
11. Какая предоперационная подготовка должна проводиться перед резекцией лёгкого?
12. Нарисуйте способы резекции лёгкого.

13. Какие заболевания относят к специфическим воспалительным заболеваниям лёгких?

14. Какие факторы приводят к развитию бронхоэктатической болезни?

- 1)
- 2)
- 3)

15. В чем заключается хирургическое лечение бронхоэктазов?

16. Опишите клиническую картину карциноидного синдрома.

17. Какие существуют показания и противопоказания к операции при раке лёгких?

18. Составьте 5 тестов по теме «Заболевания лёгких, плевры».

19. Больной болеет 5 месяцев. Жалобы на кашель со значительным количеством зловонной мокроты, температура тела до 38 град. Рентгенологически – полость с горизонтальным уровнем. Ваш предварительный диагноз:

- 1) Острый абсцесс легкого.
- 2) Туберкулезный лоббит
- 3) Эмпиема плевры.
- 4) Междолевой плеврит.
- 5) Хронический абсцесс легкого

20. Больной заболел внезапно. Жалобы на кашель со зловонной мокротой, боль в грудной клетке, повышенную температуру тела. С чего следует начать обследование больного?

- 1) ФЛГ.
- 2) Бронхоскопия
- +3) Рентгеномография
- 4) Обзорная рентгенография грудной клетки
- 5) Компьютерная томография.

21. Больная попала в автомобильную катастрофу. Доставлена в тяжелом состоянии: кровохарканье, одышка, парадоксальное движение правой половины грудной клетки. Рентгенологически выявлен «окончатый» перелом 7-ми ребер справа по среднеключичной и среднеподмышечной линиям с отхождением отломков 4-го ребра, гемопневмоторакс. АД 90/60 мм рт.ст., пульс 112 уд. в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух. Помощь больной будет состоять:

- a. в дренировании плевральной полости
- b. В предварительном дренировании плевральной полости перед торакотомией
- c. в немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе
- d. в повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией
- e. в искусственной вентиляции легких

22. При большом свернувшемся гемотораксе 5-тидневной давности необходимо выполнить:

- a. широкую торакотомию, удаление гемоторакса
- b. дренирование плевральной полости
- c. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса
- d. повторные плевральные пункции
- e. введение антибиотиков в зону свернувшегося пневмоторакса

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

Топографо-анатомические взаимоотношения отделов сердца в норме и при врожденной и приобретенной патологии

Классификацию пороков сердца.

гемодинамические нарушения и патогенез отдельных пороков сердца.

Клиническую симптоматику отдельных пороков сердца.

Диагностическое значение методов объективного осмотра.

Инструментальные методы диагностики пороков сердца: ультразвуковое исследование, ЭхоЭКГ, ангиография, радиоизотопное сканирование, и др.

Основные принципы методов оперативного и консервативного лечения некоторых болезней сердца.

Оперативные вмешательства при пороках сердца.

Профилактика и реабилитация больных с пороками сердца.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Топографо-анатомические взаимоотношения отделов сердца в норме и при врожденной и приобретенной патологии 2. Классификацию пороков сердца. 3. гемодинамические нарушения и патогенез отдельных пороков сердца. 4. Клиническую симптоматику отдельных пороков сердца. 5. Диагностическое значение методов объективного осмотра. 6. Инструментальные методы диагностики пороков сердца: ультразвуковое исследование, ЭхоЭКГ, ангиография, радиоизотопное сканирование, и др. 7. Основные принципы методов оперативного и консервативного лечения некоторых болезней сердца. 8. Оперативные вмешательства при пороках сердца. 9. Профилактика и реабилитация больных с пороками сердца. Студент должен уметь:	Литература: 1. Пороки сердца. В.Х. Василенко, С.Б. Фельдман, Э.Б. Могилевский - М., 2002. 2. Ранения сердца. Булынин В.И., Косоногов Л.Ф., Вульф В.Н. - М., 2004. 3. Сердечно-сосудистая хирургия. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. - М., 2000. 4. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. Банкл Г. - М., 1995. 5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005. 6. Кафедральные лекции.
---	---

1 Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного с хирургическими заболеваниями сердца. 2 На основе оценки полученных клинических данных поставить предварительный диагноз и наметить план целенаправленного обследования больного. 3 Правильно интерпретировать данные инструментальных методов исследований. 4 На основе оценки жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных клинических данных, данных лабораторных и специальных методов исследования сформулировать и обосновать клинический диагноз. 5 Поставить показания к оперативному лечению и определить оптимальный вариант его. Определить принципы консервативного метода лечения.	
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Составьте схему анатомо-физиологических взаимосвязей между различными отделами сердца.

2. Изобразите схемы «синих» и «белых» пороков сердца.

3. Каков патофизиологический механизм митрального стеноза?

4. В чем заключаются положительные и отрицательные стороны открытой хирургической комиссуротомии митрального клапана?

5. Каковы достоинства и недостатки протезирования митрального клапана?

6. Как проводится операция у больных с неосложненными формами недостаточности левого предсердно-желудочкового клапана и при отсутствии выраженного кальциноза створок?

7. С какой целью проводятся катетеризация полостей сердца и ангиография?

8. Нарисуйте схему аортокоронарного шунтирования.

9. В чем заключается лечение постинфарктной аневризмы сердца?

10. Напишите классификацию перикардитов.

11. В чем заключается лечение гнойного перикардита?

12. Какие существуют показания к имплантации водителей ритма при брадикардических формах нарушений ритма?

13. Для диагностики митрального порока сердца, при определении систолического шума на верхушке, наиболее информативным будет:

- а) ЭКГ;
- б) ЭхоКГ;
- в) Р-графия грудной клетки;
- г) все названное;
- д) ни одного из названного.

14. Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области сердца по типу стенокардитических, головокружения, обмороки. При пальпации области сердца над аортой выявляется систолическое дрожание, верхушечный толчок смещен влево. Аускультативно над верхушкой отмечено ослабление I тона, над аортой 2 тон ослаблен, грубый систолический шум над аортой. Какой тип порока следует диагностировать?

- а) недостаточность трехстворчатого клапана;
- б) сочетанный митральный порок;
- в) стеноз устья аорты;
- г) недостаточность аортального клапана;
- д) сужение левого атриовентрикулярного отверстия.

15. Составьте 5 тестов по теме «Заболевания сердца».

16. О ранении сердца свидетельствуют

- а) локализация раны
- б) резкое снижение артериального давления, тахикардия

- в) внешний вид больного
- г) повышение венозного давления
- д) все перечисленное

17. В клинику для оперативного лечения поступил больной П. 46 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больного в дооперационном периоде:

- 1) тромбоэмболия легочных артерий;
- 2) отек легких;
- 3) гемоперикард;
- 4) синдром Бадда-Киари;
- 5) эмболия сосудов большого круга кровообращения.

18. В клинику поступил больной К. 48 лет с ревматическим сочетанным митральным пороком сердца. С целью уточнения диагноза ему проведено рентгенологическое исследование. Укажите рентгеноскопические и рентгенографические признаки, характерные для митрального стеноза в отличие от недостаточности митрального клапана:

- 1) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса;
- 2) отсутствие симптома «коромысла»;
- 3) резкое увеличение левого желудочка;
- 4) отклонение пищевода по дуге большого радиуса;
- 5) отсутствие левого желудочка.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
ТЕМА: «ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»**

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия порто – кавальной системы.
2. Классификация портальной гипертензии.
3. Причины развития синдрома портальной гипертензии (СПГ).
4. Патогенез синдрома портальной гипертензии.
5. Клиника заболевания.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Анатомия порто – кавальной системы. 2. Классификация портальной гипертензии. 3. Причины развития синдрома портальной гипертензии. 4. Патогенез синдрома портальной гипертензии. 5. Клиника заболевания. 6. Диагностика. 7. Дифференциальная диагностика. 8. Методы консервативного и хирургического лечения. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование больных с СПГ. 2 Обосновать конкретный план обследования больных с СПГ. 3 Правильно проводить опрос больных с СПГ. 4 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования. 5 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2010. Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006. Шотт, А. В. Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. Минск : Асар, 2004. С. 272–290. Гарбузенко, Д. В. Лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка / Д. В. Гарбузенко // Анналы хир. гепатол. 2007. Т. 12, № 1. С. 96–103 Лебезев, В. М. Сочетанные
---	---

6.Перечислите главные симптомы портальной гипертензии.

7. Опишите жалобы, которые возникают при обследовании пациента с синдромом портальной гипертензии?

8.Какую роль в лечении портальной гипертензии играет трансплантация печени?

9.Опишите технику постановки хонта по Сенгстейкелу-Блекмору.

10.Как проводится лечение асцита?

11.Как проводится лечение гиперспленизма?

12.Дополните классификацию операций при портальной гипертензии.

1) Операции, способствующие отведению асцитической жидкости:

- А)
- Б)
- В)
- Г)
- Д)

2) Операции, разобщающие связь вен пищевода и желудка с венами портальной системы:

- А)
- Б)
- В)
- Г)
- Д)
- Е)

3) Операции, ограничивающие приток крови в портальную систему:

- A)
- Б)
- В)

4) Операции, создающие новые пути оттока крови из портальной системы.

- A)
- Б)
- В)
- Г)

5) Операции, улучшающие регенерацию печени

- A)
- Б)
- В)

6) Радикальные операции

- A)
- Б)
- В)
- Г)
- Д)
- Е)

11. Какое давление в портальной системе является нормальным:

- а) до 140–160 мм вод. ст.;
- б) до 220–240 мм вод. ст.;
- в) до 280–300 мм вод. ст.?

13. Из слияния каких вен образуется воротная вена:

- а) селезеночной, нижней брыжеечной, нижней полой;
- б) селезеночной, нижней брыжеечной, верхней брыжеечной;
- в) селезеночной, нижней брыжеечной, правой общей подвздошной?

14. Операция Таннера — это:

- а) гастротомия, прошивание кровоточащих вен пищевода и кардиального отдела желудка; б) полное поперечное пересечение кардиального отдела желудка с последующим его сшиванием;
- в) формирование спленоренального анастомоза.

15. Как называется зонд для остановки кровотечения из ВРВП:

- а) зонд Кохера;
- б) зонд Бэбкока;
- в) зонд Сенгстейкена–Блекмора?

16. У пациентки, 56 лет, с длительно кровоточащим геморроем увеличена печень, имеется асцит. Поставьте предполагаемый диагноз и определите дальнейшую тактику.

17. У пациента, 41 год, при спленопортографии обнаружены резкое расширение и «ампутация» селезеночной вены, спленомегалия. Поставьте диагноз и определите последующую тактику.
18. У пациентки, 37 лет, с анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией увеличены печень и селезенка, развился асцит. Поставьте диагноз и определите дальнейшие действия.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия ЩЖ
2. Методы исследования ЩЖ
3. Этиология, патогенез заболеваний ЩЖ
4. Клиническая картина при заболеваниях ЩЖ
5. Методы лечения при заболеваниях ЩЖ

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1 Анатомия ЩЖ 2 Функции ЩЖ 3 Классификация заб.ЩЖ 4 Этиология. 5 Патогенез. 6 Клиника заболевания. 7 Диагностика. 8 Дифференциальная диагностика. 9 Методы хирургического лечения. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование 2 больных с заболеванием ЩЖ 3 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеванием ЩЖ 4 Правильно проводить опрос больных с Заболеванием ЩЖ 5 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных 6 и других методов обследования. 7 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае. 8 Ассистировать на операциях по поводу перитонита.	Литература: 1. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика. Под ред. Шишкин А.Н. 2. Хирургические болезни. М.И. Кузин М.: Медицина, 2006,2010. 3. Хирургические болезни. Под ред. Н.В. Мерзликина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 3. Учебное пособие для студентов, 2016. 4. Кафедральные лекции. Хирургическая эндокринология : рук. / под ред. А. П. Калинина, Н. А. Майстренко, П. С. Ветшева. СПб. : Пите. Хирургическая эндокринология : рук. / под ред. С. С. Харнаса. М. : ГэотарМедиа, 2010. 496 с.р, 2004. 960 с.
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

- 1 По «богатству» кровоснабжения среди перечисленных органов первое место занимает

- а) молочная железа
- б) поджелудочная железа
- в) щитовидная железа
- г) предстательная железа
- д) надпочечники

2. Каковы симптомы гипертиреоза?

Общие :

Психологические:

Сердечно-сосудистые

Дыхательные:

Желудочно-кишечные:

Репродуктивные:

Кости:

Другое:

3.Опишите разновидности тиреотоксикоза

4.Опишите синдромы тиреотоксикоза

5. Что такое триада Базедова

6. Каков объем вмешательства при тиреоидэктомии?

7. Какое лечение необходимо при тиреотоксическом кризе?

8.Изобразите схему анатомии щитовидной железы.

9.В чем заключается лечение при аутоиммунном тиреоидите?

9. Опишите УЗИ-признаки злокачественного новообразования щитовидной железы.

11. Какие существуют послеоперационные осложнения после вмешательств на щитовидной железе?

12. Что приводит к парезу голосовой связки при оперативных вмешательствах на щитовидной железе? Как это состояние проявляется клинически? Каков прогноз?

13. Классическая триада Whipple-Frautz включает:

- a. возникновение приступов гипогликемии натощак
- b. возникновение приступов гипогликемии после еды
- c. падение уровня глюкозы крови ниже 2,5 ммоль/л во время приступа
- d. купирование приступа введением инсулина
- e. купирование приступа введением глюкозы

14. Показаниями к хирургическому лечению узлового коллоидного эутиреоидного зоба являются:

- a. узел ЩЖ, деформирующий контуры шеи
- b. рост узла более 0,25 см за 6 месяцев
- c. рост узла более 0,5 см за 12 месяцев
- d. компрессионный синдром
- e. рост узла более 0,5 см за 6 месяцев

15. Возникновение парестезий и фибриллярных подёргиваний мышц после тиреоидэктомии обусловлено:

- a. повреждением трахеи
- b. тиреотоксическим кризом
- c. послеоперационным кровотечением
- d. послеоперационным гипопаратиреозом
- e. повреждением возвратных гортанных нервов

16. Какие симптомы характерны для тиреотоксического зоба?

- a. сонливость
- b. экзофтальм
- c. снижение массы тела
- d. снижение накопления йода 131 щитовидной железы

- e. тахикардия
- f. тремор конечностей
- g. эмоциональная лабильность
- h. увеличение веса тела

17. Какие факторы играют решающую роль в патогенезе тиреотоксического зоба?

- a. активация тиреоидного стимулятора
- b. нарушение иммунологических процессов
- c. снижение чувствительности адренорецепторов к катехоламинам
- d. снижение активности тканевой дейдазы
- e. нарушение метаболизма тиреоидных гормонов в периферических органах

18. Какие признаки характерны для диффузного токсического зоба?

- a. максимальное накопление радиоактивного йода в щитовидной железе через 24 часа
- b. максимальное накопление препарата через 24 часа
- c. замедленное поглощение и накопление препарата
- d. повышенное содержание йода 131 , связанного с белком
- e. диффузное накопление изотопа на скенограмме
- f. пониженное содержание йода 131 , связанного с белком

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5
КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия молочной железы.
2. Схема разреза МЖ при мастите.
3. Классификация заболеваний МЖ.
4. Этиология заболевания МЖ.
5. Патогенез.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен уметь: 6 Проводить клиническое обследование больных с заболеванием МЖ. 7 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеванием МЖ. 8 Правильно проводить опрос больных с заболеванием МЖ 9 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования. 10 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае. 11 Ассистировать на операциях по поводу Заболевания МЖ.	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2010. Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006. Перитонит Учебное пособие для студентов. Кафедра хирургических болезней № 2. Год издания: 2016
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Какие три метода скринингового обследования обеспечивают раннюю диагностику рака молочной железы?
2. В чем различие между скрининговой и диагностической маммографией?
3. Что такое "тройной отрицательный тест" или "диагностическая триада
4. Каково лечение трещины соска молочной железы?
5. В чем заключается лечение абсцедирующего гнойного мастита?
6. Для какого заболевания характерны втяжение соска, наличие плотного инфильтрата без четких границ и увеличенные лимфоузлы?
7. Какие существуют формы диффузной мастопатии?
8. Какие проводятся операции при раке молочной железы?
9. Чем отличается расширенная радикальная мастэктомия по Урбану от Радикальной мастэктомии по Холстеду?

10. В чем заключается лечение саркомы молочной железы?

11. Рак молочной железы обычно развивается из :

- а) эпителия протоков
- б) альвеол
- в) жировой клетчатки
- г) междольковых соединительнотканых волокон (куперовских клеток)

12. Рак молочной железы чаще всего представляет собой

- а) болезненный узел
- б) безболезненный узел
- в) язва с плотными краями
- г) обширный инфильтрат

13. Регионарными лимфатическими узлами молочной железы являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) подмышечные
- б) надключичные
- в) окологрудные (парастернальные)
- г) подчелюстные

14. У больной рак молочной железы с локализацией в верхне внутреннем квадранте.

Назовите наиболее вероятный путь лимфогенного метастазирования.

- a. подмышечный путь
- b. подключичный путь
- c. парастернальный путь и межреберный путь
- d. путь Герота

15. У больной: имеется опухоль молочной железы диаметром 6 см, над ней положителен симптом «апельсиновой корки», пальпируется односторонний конгломерат подмышечных лимфоузлов, отдаленных метастазов нет.

Назовите стадию рака молочной железы по международной классификации и клинко-морфологической классификации по С.А.Холдину:

- a. T3N2M0 IIIB
- b. T3N1M0 IIIA
- c. T4N1M0 IIIB
- d. T4N3M0 IIIB
- e. T4N2M0 IIIB

16. У женщины 22 года в молочной железе пальпируется плотный узел 4х4см.

Ваши рекомендации:

- a. беременность, роды, вскармливание грудью
- b. гормональная терапия
- c. динамическое наблюдение и осмотр через 1 год
- d. секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием
- e. радикальная мастэктомия

17. У больной А., 21 г., на 14 день после родов появились боли в левой молочной железе, повысилась температура до 38. В левой молочной железе определяется болезненный инфильтрат.

1. Какое заболевание развилось у больной?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования следует провести, ожидаемые результаты?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Какие клинические симптомы укажут на неэффективность назначенной терапии и развитие в железе абсцедирования и каким методом исследования это можно подтвердить?
5. Определите лечебную тактику, метод обезболивания при гнойном мастите.
6. Назовите основные этапы операции.

18. Больная М., 27 л жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку.

1. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить и их результаты, характерные для окончательного диагноза?
4. Сформулируйте окончательный диагноз.
5. Назначьте лечение.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5
КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла.
2. Функции червеобразного отростка.
3. Классификация острого аппендицита (ОА).
4. Этиология острого аппендицита
5. Патогенез острого аппендицита.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика острого аппендицита.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла. 2. Функции червеобразного отростка. 3. Классификация острого аппендицита. 4. Этиология острого аппендицита 5. Патогенез острого аппендицита. 6. Клиника заболевания. 7. Диагностика острого аппендицита. 8. Дифференциальная диагностика. 9. Методы хирургического лечения. Студент должен уметь: 1. Проводить клиническое обследование больных с ОА 2. Обосновать конкретный план обследования больных с ОА 3. Правильно проводить опрос больных с ОА 4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования. 5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае. 6. Ассистировать на операциях по поводу ОА.	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2010. Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006. Перитонит Учебное пособие для студентов. Кафедра хирургических болезней № 2. Год издания: 2016. Секреты хирургии Олден Х. Харкен, Эрнст Э. Мур Год издания: 2004
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1) Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла?

2) Функции червеобразного отростка?

3) Классификация острого аппендицита?

4) Диагностика острого аппендицита

5) Какова тактика лечения острого аппендицита?

6) Осложнения острого аппендицита?

- 7) После типичной аппендэктомии по поводу простого острого аппендицита у больного без сопутствующих заболеваний в послеоперационном периоде назначают?
- 8) Какие признаки присущи прорыву аппендикулярного абсцесса в свободную брюшную полость?

Тестовый контроль

1. Острый катаральный аппендицит проявляется следующими клиническими

признаками:

1. Симптомом Кохера-Волковича
2. Симптомом Бартомье-Михельсона
3. Повышением температуры тела
4. Симптомом Ровзинга
5. Симптом Щеткина-Блюмберга

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 5
б) 2, 3, 5
в) 1, 4, 5
г) 1, 2, 3, 4
д) 1, 3, 4, 5

.

2. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?

- а) Незначительная боль в правой подвздошной области
- б) Высокая температура тела
- в) Мышечное напряжение в правой подвздошной области
- г) Задержка стула
- д) Умеренный лейкоцитоз

3. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

- а). В первые двое суток с момента заболевания
- б). На 3-4 сутки с момента заболевания
- в). На 7-9 сутки с момента заболевания
- г). В раннем периоде после аппендэктомии
- д). В позднем периоде после операции аппендэктомии

4. Какое из указанных ниже исследований наименее информативно в диагностике острого аппендицита?

- а). Лабораторное исследование / особенно – количество лейкоцитов крови
- б) Лапароцентез
- в) Ректальное исследование
- г) Подмышечная и ректальная термометрия
- д) Клиническое обследование с определением зоны болезненности при пальпации и перкуссии защитного напряжения мышц.:

5 Для диагностики острого аппендицита не применяют:

- а). Пальпацию брюшной стенки
- б). Клинический анализ крови
- в). Пальцевое ректальное исследование
- г). Ирригоскопию
- д). Влагалищное исследование

6 . Для острого аппендицита не характерен симптом:

- а). Ровзинга
- б). Воскресенского
- в) Мерфи
- г) Образцова
- д) Бартомье-Михельсона:

.

7. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

- а). Аппендикулярный инфильтрат
- б). Инфаркт миокарда
- в). Вторая половина беременности
- г). Геморрагический диатез
- д). Разлитой перитонит

.

8. Неверным для острого аппендицита является утверждение, что:

- а) Ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка
- б) Ригидности может не быть при тазовом расположении

- в) Рвота всегда предшествует боли
- г) Боль может начинаться в области пупка
- д) Боль чаще начинается в эпигастральной области

9. Острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем, кроме:

- а). Схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
- б). Быстрого развития разлитого перитонита
- в). Высокой температуры
- г). Выраженной интоксикации
- д). Резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

10. К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:

- а). Воскресенского (синдром "рубашки")
- б). Щеткина-Блюмберга
- в). Раздольского
- г). Все названные симптомы
- д). Ни один из них :

Задача 1

У больной 25 лет во время операции по поводу острого аппендицита патологических изменений со стороны червеобразного отростка не выявлено. При осмотре до операции клиническая картина острого аппендицита не вызывала сомнений.

Вопросы:

1. Какова клиническая картина острого аппендицита?
2. Какое из заболеваний органов брюшной полости может симулировать клинику острого аппендицита?
3. Что следует предпринять в данном конкретном случае?
4. Следует ли производить аппендэктомию при диагностировании другой причины такой клинической картины?

Задача 2

В отделение доставлен больной с диагнозом: разлитой перитонит, причиной которого является острый деструктивный аппендицит. Во время операции диагноз полностью подтвердился.

Вопросы:

1. Какова предполагаемая клиническая картина у больного?
2. Предполагаемая тактика ведения больного?
3. Какой операционный доступ Вы используете в данном случае?
4. Укажите основные направления в лечении перитонита.
5. Что является противопоказанием к проведению операции по поводу разлитого перитонита?

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ГРЫЖИ ЖИВОТА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия передней брюшной стенки.
2. Причины развития грыж живота
3. Классификация грыж живота.
4. Клиника грыж передней брюшной стенки.
5. Диагностика.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Хирургическое лечение при грыжах живота.
8. Осложнения грыж живота
9. Рациональная хирургическая тактика при осложнениях грыж живота.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Анатомия передней брюшной стенки. 2. Причины развития грыж живота 3. Классификация грыж живота. 4. Клиника грыж передней брюшной стенки. 5. Диагностика. 6. Дифференциальная диагностика. 7. Хирургическое лечение при грыжах живота. 8. Осложнения грыж живота 9. Рациональная хирургическая тактика при осложнениях грыж живота. Студент должен уметь: 1 Проводить клиническое обследование 2 больных с грыжами передней брюшной стенки 3 Обосновать конкретный план обследования 4 больных с грыжами передней брюшной стенки 5 Правильно интерпретировать результаты 6 клинических, лабораторных, инструментальных 7 и других методов обследования. 8 Аргументировать выбор оперативного метода 9 лечения в каждом конкретном случае. 10 Ассистировать на операциях по поводу 11 грыж передней брюшной стенки.	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2006, 2010. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, В. С. Савельев Год издания: 2008. Атлас оперативной хирургии грыж, <u>Егиев В.Н., Лядов К.В.,</u>
--	---

	<u>Воскресенский П.К.</u> Грыжи брюшной стенки, К. Д. Токсин, В. В. Жебровский Год издания: 1990. Секреты хирургии Олден Х. Харкен , Эрнст Э. Мур Год издания: 2004
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1) Что такое грыжа? Из чего она состоит?

2) Классификация грыж по происхождению, локализации, клинике.

3) Чем отличается косая и прямая паховые грыжи?

4) Что такое "корона смерти"?

5) Опишите пластику по Лихтенштейну?

6) Когда нельзя выполнить пластику по Лихтенштейну?

7) Принципы предоперационной подготовки и хирургического лечения послеоперационных грыж

8) Какой дефект фасции обычно наблюдают при большой косой и всех прямых паховых грыжах?.

9) При каком типе грыж наиболее эффективна пластика со связкой Купера по Мак-Вею?

10) Что представляет собой пластика по Бассини ?

11) Можно ли при осмотре принять бедренную грыжу за паховую?.

12) Какой орган можно обнаружить в скользящей грыже??

13) Хирургическая тактика при флегмоне грыжевого мешка?

Задача 1

На прием к хирургу обратилась больная 50 лет, которая жаловалась на наличие тупых тянущих болей в левой паховой области, особенно после длительной ходьбы и поднятия

тяжестей. При осмотре в этой области определяется овоидной формы мягкоэластичное образование размером 5х6 см, безболезненное, в горизонтальном положении уменьшающееся, но полностью не исчезающее. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура тела нормальная.

Ваш диагноз?

Какова тактика лечения больной?

Задача 2

Больной, 45 лет, жалуется на боли в эпигастральной области, появляющиеся без определенных причин, и на наличие опухолевидного образования, расположенного на 10 см выше пупка по средней линии. При осмотре образование 2,5 x 1,5 см овоидной формы, эластической консистенции, безболезненное, не меняющее свою форму при перемене положения тела.

Ваш диагноз?

Какие необходимо применить больному дополнительные исследования?

Какова тактика в лечении этого больного?

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия и физиология желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.
3. Этиология и патогенез желчнокаменной болезни.
4. Классификация острого холецистита.
5. Клиника острого холецистита.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.
9. Этиология и патогенез синдрома механической желтухи.
10. Клиника и диагностика синдрома механической желтухи.
11. Дифференциальная диагностика желтух.
12. Методы консервативного и хирургического лечения синдрома механической желтухи

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Хирургическую анатомию билиарного дерева. 2. Нормальную физиологию желчеоттока. 3. Основные лабораторные тесты оценки функции печени. 4. Клинические симптомы ЖКБ и её осложнений (холангит, механическая желтуха, синдром Миризи, синдром Кароли). 5. Методы инструментальной диагностики билиарной патологии. 6. Лечебную тактику при хирургических поражениях билиарного дерева. 7. Показания к хирургическому лечению патологии внепечёночного желчного дерева. Студент должен уметь: 1. Правильно и целенаправленно выявлять жалобы и собирать анамнез для постановки предварительного диагноза, определения оптимального плана	Литература: Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2010. Хирургические болезни, под ред. А.И. Кириенко М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011 Гепатобилиарная хирургия. Майстренко Н.А., Нечай Н.И.
---	---

4) Этиология и патогенез синдрома механической желтухи.

5) Укажите основные клинические симптомы ЖКБ и ее осложнений.

6) Что такое проба Шмидта?

7) Какие существуют симптом рака желчного пузыря?

8) Чем опасен рак желчного пузыря?

9) Какое лечение проводится при раке желчного пузыря?

10) Какие факторы приводят к дискинезии желчно-выводящих путей?

11) Опишите клинику водянки желчного пузыря.

12) Чем опасна полипоз желчного пузыря?

13) Что такое постхолецистэктомический синдром и что для него характерно?

14) Как различают оставленные во время холецистэктомии камни и вновь возникший холе-дохолитиаз?

Тестовый контроль

1. Острый холецистит может развиваться вследствие:
1. Поступления в желчный пузырь инфицированной желчи
 2. Застоя желчи в желчном пузыре
 3. Наличия камней в желчном пузыре
 4. Тромбоза пузырной артерии
 5. Дуодено-гастрального рефлюкса

Правильным будет:

- а) 1 и 3
- б) 1, 2, 3, 4
- в) 2, 4, 5
- г) 3, 4, 5
- д) 4 и 5 .

2. Для желчной колики характерны следующие признаки:
1. Резкая боль в правом подреберье

2. Иррадиация боли в правую лопатку
3. Симптом Щеткина-Блемберга в правом подреберье
4. Симптом Ортнера
5. Повышение температуры тела и лейкоцитов в крови

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4
- б) 1, 3, 4
- в) 3, 4
- г) 4, 5
- д) 1, 3

3. Острый холецистит обычно начинается с:

- а). Повышения температуры
- б). Появления рвоты
- в). Болей в правом подреберье
- г). Расстройства стула
- д). Тяжести в эпигастральной области

4. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:

- а). Внезапно, остро
- б). После продромального периода
- в). Исподволь, постепенно
- г). После длительного голодания
- д). После переохлаждения.

5. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- а). Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
- б). Холедохолитиаз
- в). Рак головки поджелудочной железы
- г). Эхинококке печени
- д). Метастазы в печень опухолей .

6. Какое исследование обладает наибольшей информативностью для диагностики калькулезного холецистита?

- а). Пероральная холецистохолангиография
- б). Лапароскопия
- в). Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
- г). УЗИ
- д). Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

7. Для холангита наиболее характерно сочетание симптомов:

- 1) Желтуха
- 2) Лихорадка
- 3) Анемия
- 4) Лейкоцитоз
- 5) Асцит

Правильным будет:

- а) 1,2,3

- б) 1,2,4
- в) 3,4,5
- г) 2,5
- д) 2,3,5

8. При остром калькулезном холецистите может применяться:
- а). Экстренная операция
 - б). Срочная операция
 - в). Консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция
 - г). Только консервативная терапия
 - д). Все перечисленное

Задача 1

Больная П., 53 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся появлением желтухи и температурой. Жалобы эти появились через 10 дней после операции холецистэктомии, сделанной по поводу хронического калькулезного холецистита. Во время операции холедох шириной 0,9 см, пальпаторно в его просвете камни не определялись. Холангиография не производилась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Кожный покров и

+видимые слизистые слегка желтоватые. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Билирубин крови - 60 мкм-л, больше за счет прямого.

Объясните причину появления болей и температуры и какие исследования проведете для установления причины желтухи?

Задача 2

У пациентки, 72 лет, тучной женщины, в течение 20 лет страдающей желчнокаменной болезнью и холециститом, а также тяжелым диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Одновременно наблюдалась рвота. До 38°C повысилась температура тела. Боли держатся уже 3 суток. Язык у больной сухой, обложен белым налетом. Имеется небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Отмечается резкая болезненность в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Остальные отделы живота безболезненны. Симптом Щеткина—Блюмберга

локализован в правом подреберье. Пульс 96 уд. в мин. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Сахар в крови 4,5 ммоль/л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:	Литература: Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005. Кафедральные лекции.
-----------------------	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему строения аорты и периферических артерий.
2. Какие методы исследования используются для диагностики заболеваний артерий.
3. Какие существуют общие принципы лечения заболеваний артерий.

4. Изобразите схему баллонной ангиопластики и эндоваскулярной установки стента.

5. Какие существуют степени повреждения интимы вследствие тупой травмы артерий?

6. Как формируется атеросклеротическая бляшка?

7. Какие существуют симптомы неспецифического аортоартериита?

8. Опишите 4 степени нарушения мозгового кровообращения.

9. Что необходимо для устранения наружной компрессии чревного ствола при хронической абдоминальной ишемии?

10. Какие существуют методы реконструкции почечной артерии?

11. Опишите пробу Гольдфлама.

12. Какого лечение аневризмы брюшной аорты?

13. Опишите технику эмболэктомии из бедренной артерии с помощью катетера Фогарти.

14. Опишите формы болезни Шенлейна-Геноха.

15. Составьте 5 тестов по теме «Заболевания артерий».

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:	Литература: Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005. Кафедральные лекции.
-----------------------	---

1. Изобразите схему строения вен нижних конечностей.
2. Что помогает определить дуплексное сканирование вен?
3. Опишите пальпацию варикозно-расширенных вен.

4. Опишите пробы Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Пратта, Тальмана и Шейниса.

5. Какие существуют современные способы лечения варикозного расширения вен?

6. Опишите клинику посттромбофлебитического синдрома.

7. Что собой представляет операция Пальма?

8. Что является тяжелым осложнением посттромбофлебитического синдрома?

9. Как диагностировать острый тромбофлебит?

10. В чем состоит лечение острого тромбоза?

11. В чем заключается диагностика острых тромбозов магистральных вен нижних конечностей?

12. Для чего применяется кава-фильтр?

13. Что такое синдром Педжетта-Шреттера?

14. Какие существуют синдромы ТЭЛА?

15. В чем состоит лечение ТЭЛА?

16. Составьте 5 тестов по теме «Заболевания вен».

