

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
« Северо – Осетинская государственная медицинская академия »
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО
ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Владикавказ - 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА: АРТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ	4
ТЕМА: БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА	11
ТЕМА: ГРЫЖИ ЖИВОТА.....	20
ТЕМА: ДИАФРАГМА	25
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДПК	30
ТЕМА: ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ	34
ТЕМА: КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	44
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	54
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА.....	64
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ.....	70
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	75
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	84
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ	92
ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА.....	99
ТЕМА: КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	106
ТЕМА: МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА.....	118
ТЕМА: ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.....	122
ТЕМА: ПЕРИТОНИТ	134
ТЕМА: ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	145
ТЕМА: ТРОМБОФЛЕБИТЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	149
ТЕМА: ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА.....	162
ТЕМА: ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ	178
ТЕМА: ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГРУДИ	180
ТЕМА: ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА.....	184
ТЕМА: ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА.....	188

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ТЕМА: «АРТЕРИАЛЬНЫЕ ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ»

Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия "артериального тромбоза и эмболии".
2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей.
3. Классификация ишемических поражений нижних конечностей.
4. Патогенез ишемического повреждения тканей в условиях нарушенного артериального кровоснабжения.
5. Клиническую симптоматику острой ишемии нижних конечностей.
6. Диагностическое значение методов объективного осмотра.
7. Инструментальные методы диагностики острой артериальной непроходимости: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизиография и др.
8. Тактика хирурга при острой ишемии нижних конечностей.
9. Основные методы оперативного и консервативного лечения артериальных тромбозов и эмболий в до- и послеоперационном периоде.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Определение понятия "артериального тромбоза и эмболии".2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей в норме и патологии.3. Классификацию ишемических поражений нижних конечностей.4. Патогенез ишемического повреждения тканей в условиях нарушенного артериального кровоснабжения.5. Клиническую симптоматику острой ишемии нижних конечностей.6. Диагностическое значение методов объективного осмотра.7. Инструментальные методы диагностики острой артериальной непроходимости: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизиография и др.8. Тактика хирурга при острой ишемии нижних конечностей.9. Основные методы оперативного и консервативного лечения артериальных тромбозов и эмболий в до- и послеоперационном периоде.	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники Белов Ю.В. - М., 2004Экстренная хирургия сердца и сосудов М.Е. Де Бэйки, Б.В. Петровский. - М., 1997Болезни артерий и вен. Справочное руководство для практического врача А.Г. Евдокимов, В.Д. Тополянский - М., 20034. Клиническая ангиология. Покровский А.В. - М., 1994.5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.6. Кафедральные лекции.
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного с острой ишемией нижних конечностей.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 схемы анатомических взаимоотношений различных отделов артериального русла в норме и при патологии.
2. Опишите принципы различных типов операций при острой артериальной непроходимости.
3. Какие причины вызывают острую артериальную непроходимость? — Приведите классификацию степени ишемии.

4. Опишите принципы консервативного лечения острой артериальной непроходимости. В чем состоит хирургическое лечение острой артериальной непроходимости?

5. При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется доступ
- А) нижнесрединная лапаротомия
 - Б) торакофренолапаротомия
 - В) односторонний бедренный
 - Г) двусторонний бедренный
 - Д) забрюшинный доступ по Робу
6. Для острой ишемии конечности 1б степени не характерны
- А) бледность кожи
 - Б) субфасциальный отек
 - В) парестезии
 - Г) чувство онемения и похолодания в конечности
 - Д) боли в покое
7. К субъективным проявлениям острой ишемии конечности относят все перечисленные, кроме
- А) болей в пораженной конечности
 - Б) нарушения активных движений в суставах конечности
 - В) похолодания конечности
 - Г) парестезии
 - Д) чувства онемения
8. Больной страдает комбинированным митральным пороком в течение 15 лет. 6 часов тому назад появились сильные боли в левой ноге. При осмотре левая нога холодная на ощупь, бледная от стопы до н/3 бедра, болезненная при пальпации, пульсация бедренной артерии определяется только под паупертовой связкой, на остальных артериях пульса нет. Каков предварительный диагноз?
- А) Острый тромбоз левой бедренной артерии.
 - Б) Острый тромбофлебит поверхностной вены левого бедра.

- В) Острый тромбоз глубокой вены левого бедра.
 - Г) Острый лимфо-венозный стаз левой ноги.
 - Д) Аневризма левой бедренной артерии.
9. Больной поступил в клинику спустя 3 часа с момента появления болей в правой ноге. Болеет 10 лет страдает облитерирующим атеросклерозом. Конечность холодная на ощупь, бледная, с синеватым оттенком на стопе и голени. Пульсация на правой бедренной артерии отсутствует.
Каков предварительный диагноз?
- А) Острый тромбангиит правой ноги.
 - Б) Острый тромбоз глубокой вены правой ноги.
 - В) Острый спазм правой бедренной артерии.
 - Г) Острый тромбоз правой бедренной артерии.
 - Д) Острый лимфостаз, лимфедема.
10. Мужчина жалуется на боль в левой руке, боль при сгибании в локтевом и лучезапястном суставах. Боли появились 12 часов назад после тяжелой физической нагрузки. Объективно: выражен отек левой кисти, предплечья, плеча. Кожные покровы на левой конечности синюшные, снижена болевая и тактильная чувствительность. Пульс на кисти, предплечье и на плече не определяется.
Сформулируйте предварительный диагноз:
- А) Острый тромбоз подключичной вены
 - Б) Острый тромбоз плечевой артерии.
 - В) Синдром Рейно.
 - Г) Болезнь Рейно.
 - Д) Разрыв подмышечной артерии.
11. У больного диагностирована аневризма брюшного отдела аорты с распространением процесса на обе подвздошные артерии. Какой из перечисленных методов оперативного вмешательства Вы будете рекомендовать?
- А) Линейное протезирование аорты
 - Б) Бифуркационное аорто-подвздошное протезирование
 - В) Бифуркационное аорто-бедренное протезирование
 - Г) Линейное аорто-бедренное
 - Д) Подключично-бедренное шунтирование
12. У больного диагностирован разрыв аневризмы брюшного отдела аорты. Какое лечение Вы будете рекомендовать больному?
- А) Консервативное
 - Б) Операция в плановом порядке
 - В) Экстренная операция
 - Г) Наблюдение за больным
 - Д) Транслумбальная ангиография
13. При транслумбальной аортографии выявлены сегментарные стенозы и окклюзия аорты и подвздошных артерий с изъеденностью внутренних контуров сосудов и неравномерными сужениями. Дистальное артериальное русло не изменено. О каком процессе можно думать?
- А) Тромбангиит
 - Б) Посттравматические окклюзии
 - В) Наружная компрессия артерий
 - Г) Неспецифический аорто-артериит
 - Д) Атеросклероз
14. Условия необходимые для возникновения артериальных тромбозов
- а) нарушение целостности сосудистой стенки
 - б) ускорение кровотока
 - в) изменение системы гемостаза
 - г) все перечисленное
 - д) верно а и в
15. Тромбоз возникает у лиц страдающих:
- а) тромбангиитом

- б) облитерирующим атеросклерозом
- в) сердечно сосудистыми заболеваниями
- г) сахарным диабетом
- д) все перечисленное

16. Симптомы острой артериальной непроходимости наиболее выражены при:

- а) тромбозах
- б) эмболиях

17. К ангиографическим признакам эмболии относят:

- а) отсутствие контрастирования пораженного участка магистральной артерии
- б) неровные контуры магистральной артерии
- в) сильно выраженная сеть коллатералей

18. Наиболее эффективный антикоагулянт

- а) гепарин
- б) синкумар
- в) неодикумарин

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ТЕМА: «БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия "болезни оперированного желудка".
2. Топографо-анатомические взаимоотношения органов после различных видов оперативных вмешательств на желудке (гастроэнтеростомии, резекции желудка в модификациях первого и второго способов Бильрота, ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу и Жабулею, селективной проксимальной ваготомии).
3. Классификацию болезней оперированного желудка.
4. Патогенез отдельных болезней оперированного желудка (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза).
5. Клиническую симптоматику болезней оперированного желудка.
6. Основные методы оперативного и консервативного лечения некоторых болезней оперированного желудка.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Определение понятия "болезни оперированного желудка".2. Топографо-анатомические взаимоотношения органов после различных видов оперативных вмешательств на желудке (гастроэнтеростомии, резекции желудка в модификациях первого и второго способов Бильрота, ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу и Жабулею, селективной проксимальной ваготомии).3. Классификацию болезней оперированного желудка.4. Патогенез отдельных болезней оперированного желудка (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза).5. Клиническую симптоматику болезней оперированного желудка.6. Основные методы оперативного и консервативного лечения некоторых болезней оперированного желудка. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного, перенесшего операцию на желудке.2 На основе оценки полученных клинических данных поставить предварительный диагноз и наметить план целенаправленного обследования больного.3 На основе оценки жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных клинических данных, данных лабораторных и специальных методов исследования сформулировать и обосновать клинический диагноз.4 Поставить показания к оперативному лечению и определить оптимальный вариант его. Определить принципы консервативного метода лечения.	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ермолов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни и 12-п кишки. - Рига, 1983.2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, 1982.3. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.И. Курс оперативной хирургии в топографической анатомии. - Курск, 1994.4. Черноусов А.Ф. с соавт., Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ПК. - М.: Медицина, 1996.5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.6. Кафедральные лекции.
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Составьте схему физиологической взаимосвязи между желудком, двенадцатиперстной кишкой, печенью, поджелудочной железой.

2. Составьте схемы резекций желудка.

3. Составьте схемы реконструктивных операции на желудке.

4. Больной, 39 лет, был оперирован по поводу перфоративной стенозирующей язвы 12- п кишки - выполнена резекция желудка. Через 6 месяцев после операции на улице больной почувствовал "кинжальную боль" в животе, вынудившую больного присесть, больной покрылся холодным потом.

Через час в клинике при обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружен газ под правым куполом диафрагмы.

КЛИНИКА БОЛЕЗНИ И РЕНТГЕНОСКОПИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПЕРФОРАЦИИ

5. СОСТОЯНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ВСАСЫВАНИЯ ПИЩИ, НАЗЫВАЕТСЯ

6. ЖАЛОБЫ НА ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, ТОШНОТУ, СРЫГИВАНИЕ, РВОТУ, УРЧАНИЕ В ЖИВОТЕ, НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

7. Больной, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, отрыжку с небольшим количеством (до 100 мл) желчи, 1-2 раза в месяц. Указанные симптомы стали возникать после приема пищи, спустя пять месяцев после перенесенной резекции желудка. Больной так описывает свои ощущения: "После приема пищи появляется тяжесть в подложечной области, затем вздутие и боли. Потом в правой половине все куда-то с урчанием проваливается, возникает отрыжка желчью".

КЛИНИКА БОЛЕЗНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА

8. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

1. I степень синдрома приводящей петли
2. II степень синдрома приводящей петли

- а) рвота желчью 2-3 раза в неделю
- б) рвота желчью 1-2 раза в месяц
- в) диспептические явления отсутствуют
- г) общее состояние удовлетворительное
- д) появление чувства тяжести в правом подреберье
- е) снижение трудоспособности
- ж) потеря веса

9. УКАЖИТЕ ОШИБКИ!!!

ПРИЧИНАМИ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1-резекция желудка по Бильрот-I
- 2-резекция желудка по Бильрот-II
- 3-перегиб приводящей петли
- 4-воспалительные сращения в области приводящей петли
- 5-воспаление слизистой приводящей петли в желудок или отводящую петлю

10. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ (РАННИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ), ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ПОЗДНИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ), АГАСТРАЛЬНАЯ АСТЕНИЯ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ В КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____

11. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!
МЕХАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА, АНАСТОМОЗИТЫ, ОШИБКИ В ТЕХНИКЕ ОПЕРАЦИЙ В КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____

12. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!
ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ, РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ЯЗВА, РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ АНАСТОМОЗА, РАК И ПОЛИПЫ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА В КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ _____

13. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!
К СРЕДСТВАМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ ОТНОСЯТСЯ

1-соляная кислота

2-пепсин

3-панкреатин

4-нерабол

14. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!
К МЕХАНИЧЕСКИМ (ОРГАНИЧЕСКИМ) ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, ОТНОСЯТСЯ

1-длинная приводящая петля без броуновского соустья

2-ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси

3-пептическая язва анастомоза

4-сдавление приводящей петли спайками или инфильтратом

15. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ!

1. причины развития функционального синдрома приводящей петли

2. причины развития механического синдрома приводящей петли без брауновского соустья

а) спазм приводящей петли

б) спазм сфинктера 12-перстной кишки

в) длинная приводящая петля

г) дооперационный дуоденостаз

д) ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси

е) сдавление приводящей петли спайками или инфильтратом

16. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!

РАЗВИТИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЗОНЫ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА, ВЫСОКАЯ ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ (ОСОБЕННО НОЧНАЯ), НАЛИЧИЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ ОСТРОВКОВОЙ ТКАНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА _____ - _____

17. Больному, 46 лет, 4 года тому назад была выполнена резекция 2/3 желудка по поводу стенозирующей язвы 12-перстной кишки. Через 8 месяцев после операции у больного возник болевой синдром в эпигастрии, а вскоре возникло гастроудоденальное кровотечение. Было диагностировано наличие пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Консервативное лечение было неэффективно. Выполнена субтотальная резекция желудка. Однако спустя некоторое время у больного вновь возник подобный симптомокомплекс и были выявлены высокие показатели кислотности. Он был вновь оперирован (гастрэктомия). После операции больной 1,5 года чувствовал себя хорошо.

Какое заболевание имело место у данного больного?

КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА _____ - _____

18. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Болезни оперированного желудка» по следующему образцу:

ЗАДАЧА 1

Больной, 67 лет, шесть месяцев тому назад был оперирован по поводу субкомпенсированного стеноза привратника, развившегося на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В связи с общим неудовлетворительным состоянием больного ему был наложен задний позадиободочный анастомоз по Петерсону. Некоторое время чувствовал себя хорошо, а затем появились боли, которые были значительно сильнее прежних. При исследовании желудочного сока были установлены высокие цифры содержания свободной соляной кислоты.

1. Какой ваш предполагаемый диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить у этого больного?

Ответ:

1. У больного пептическая язва анастомоза.
2. Необходимы рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия.
3. Учитывая общее неудовлетворительное состояние, необходимо выполнить поддиафрагмальную стволовую ваготомию.

19. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Болезни оперированного желудка».

20. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Болезни оперированного желудка».

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия передней брюшной стенки.2. Причины развития грыж живота3. Классификация грыж живота.4. Клиника грыж передней брюшной стенки.5. Диагностика.6. Дифференциальная диагностика.7. Хирургическое лечение при грыжах живота.8. Осложнения грыж живота9. Рациональная хирургическая тактика при осложнениях грыж живота. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование2 больных с грыжами передней брюшной стенки3 Обосновать конкретный план обследования4 больных с грыжами передней брюшной стенки5 Правильно интерпретировать результаты6 клинических, лабораторных, инструментальных7 и других методов обследования.8 Аргументировать выбор оперативного метода9 лечения в каждом конкретном случае.10 Ассистировать на операциях по поводу11 грыж передней брюшной стенки.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, В. С. Савельев Год издания: 2008.</p> <p>Атлас оперативной хирургии грыж, <u>Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К.</u></p> <p>Грыжи брюшной стенки, К. Д. Токсин, В. В. Жебровский Год издания: 1990.</p>
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Наружные грыжи живота формируются через:

- а) дефекты кожи;
- б) дефекты в п/к фасции;
- в) дефекты в париетальной брюшине брюшной стенки;
- г) дефекты в висцеральной брюшине;
- д) дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки.

2. Внутренние грыжи живота не формируются и не образуются:

- а) в брюшинных карманах;
- б) в складках париетальной брюшины;
- в) через расширенное пупочное кольцо;
- г) через естественные отверстия в диафрагме;
- д) через приобретенное отверстие в диафрагме.

3. Грыжи живота встречаются чаще в возрасте:

- а) 11-20 лет;
- б) 21-30;
- в) 31-40;
- г) 41-50;
- д) старше 50 лет.

4. Чаще встречаются грыжи:

- а) паховые;
- б) бедренные;
- в) пупочные;
- г) послеоперационные (вентральные);
- д) диафрагмальные;
- е) запирающего отверстия.

5. Необязательным этиологическим моментом образования грыж является:

- а) истончение и утрата эластичности тканей;
- б) операция лапаротомия;
- в) расширение отверстий брюшной стенки;
- г) повышение внутрибрюшного давления;
- д) дефект в апоневрозе.

6. Слабость какой стенки характерна для прямой паховой грыжи?

7. Что является нижней стенкой пахового канала?

8. Что является латеральной стенкой бедренного кольца (грыжевых ворот при бедренной грыже)?

9. Чем образован грыжевой мешок врожденной паховой грыжи:

10. Что чаще всего ущемляется при паховой грыже.

11. Что такое грыжа Литтре?

12. Какие осложнения возможны при операции по поводу паховой грыжи?

13. Опишите воспаление грыжи.

14. В чем особенности ретроградного ущемления кишки?

15. Могут ли быть противопоказания для хирургического лечения ущемленной грыжи?

16. Составьте 1 задание по самостоятельной подготовке по теме.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: ДИАФРАГМА

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия диафрагмы.
2. Диафрагмальные грыжи (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
3. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
4. Релаксация диафрагмы.
5. Повреждения диафрагмы.
6. Воспалительные заболевания.
7. Опухоли и кисты диафрагмы.
8. Методы исследования заболеваний диафрагмы.
9. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p style="text-align: center;">Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Анатомия диафрагмы.2 Диафрагмальные грыжи (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).3 Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).4 Релаксация диафрагмы.5 Повреждения диафрагмы.6 Воспалительные заболевания.7 Опухоли и кисты диафрагмы.8 Методы исследования заболеваний диафрагмы.9 Методы хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование больных с заболеваниями диафрагмы.2. Проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний диафрагмы.3. Обосновать конкретный план обследования больным с заболеванием диафрагмы.4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.	<p style="text-align: center;">Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина, 2008.2. Атлас оперативной хирургии грыж, Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К.3. Клиническая хирургия под ред. Ю.М. Панцырева, М.-Медицина, 1988 г.4. Энциклопедия клинической онкологии под ред. М.И. Давыдова М. – 2004г.5. Атлас онкологических операций под ред. Б.Э. Петерсон, В.И. Чиссов, А.И. Пачесс М. – 1987г.
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Частым проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
 - а) дисфагия
 - б) отрыжка
 - в) изжога
 - г) опоясывающие боли
 - д) схваткообразные боли
2. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы опасна прежде всего:
 - а) кровотечением
 - б) малигнизацией
 - в) появлением варикозно расширенных вен в пищеводе
 - г) появлением полипов в желудке

- д) развитием хронического атрофического гастрита
3. При параэзофагальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы без нарушения функции кардии производят операцию:
- эзофагофундорафию
 - крурорафию
 - фундопликация по Ниссену
4. В каком межреберье необходимо сделать разрез при локализации патологического процесса в области бокового отдела реберно-диафрагмального синуса:
- в IX межреберье
 - в VII межреберье
 - в V-VI межреберье
 - в VII межреберье
5. Какую операцию проводят при злокачественных новообразованиях диафрагмы:
- удаление опухоли + лучевая терапия
 - вылущивание опухоли с резекцией узкой полости прилежащих отделов диафрагмы
 - обширная резекция диафрагмы вместе с опухолью
6. Грыжа Богдалека – это:
- сальниковая грыжа
 - кардиофундальная грыжа
 - грыжа пояснично-реберного треугольника
 - врожденная истинная грыжа
7. С каким заболеванием можно дифференцировать релаксацию диафрагмы:
- напряженный пневмоторакс
 - острый гастроэнтероколит
 - пневмоперитонеум
 - ИБС
 - диафрагмальные грыжи
8. Грыжа Ларрея-Морганьи возникает при выходе брюшных органов
- через пояснично-реберное пространство
 - непосредственно в области слаборазвитой грудинной части диафрагмы
 - через грудинно-реберное пространство
9. Скользящие грыжи по этиологическому фактору подразделяются на:
- пульсионные
 - кардиальные
 - тракционные
 - смешанные
 - гигантские
10. Под _____ диафрагмы подразумевают истончение и смещение ее вместе с прилежащими к ней органами брюшной полости в грудную.
11. В диафрагме различают следующие отделы:
- грудинный
 - реберный
 - поясничный
 - лопаточный
 - верно А, Б, В
12. Какого характера боли при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы
- жгучие или тупые боли за грудиной
 - острые боли за грудиной
 - схваткообразные боли за грудиной
 - ноющие боли за грудиной

13. Основным методом исследования повреждений и заболеваний диафрагмы является

- а) УЗИ
- б) КТ
- в) рентгенологическое исследование

14. Истинные грыжи характеризуются:

- а) наличием грыжевого мешка
- б) отсутствием грыжевого мешка
- в) наличием грыжевых ворот

15. Содержимым грыжевого мешка могут быть:

- а) поперечно – ободочная кишка
- б) предбрюшинная жировая клетчатка
- в) сальник
- г) все перечисленное

16. Больной 35 лет, поступил в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в подложечной области и грудной клетке, одышку и сердцебиение, урчание в грудной клетке справа.

Из анамнеза: 2 года назад перенес ДТП, сидел на месте водителя.

Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски.

Легкие: перкуторно – притупление в правых нижних отделах грудной клетки (V ребро и ниже).

Аускультативно – в правых нижних отделах (V ребро и ниже) отсутствие дыхательных шумов, наличие шума плеска. Язык сухой, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Перитониальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается.

1. Каков диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Каков план лечения?

17. Больной 72 года, поступил в клинику с жалобами на тяжесть и боль после еды в желудке, чувство переполнения желудка, тошноту, рвоту, похудание. Из анамнеза: 2 месяца назад проводил рентгенологическое исследование: на фоне газового пузыря желудка определяется округлая тень с нечеткими, неровными контурами. Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Артериальное давление- 150/100 мм.рт.ст., Ps – 85 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, определяется болезненность в области эпигастрия и левом подреберье. Перитониальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Диагностический пневмоперитонеум с томографией: тень отделена плоской газа от легких и брюшных органов.

1. Какое заболевание можно заподозрить.
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Какова тактика лечения.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДПК».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.
 1. Анатомия желудка.
 2. Функции желудка.
 3. Методы исследования.
 4. Инородные тела желудка.
 5. Химические ожоги и рубцовые структуры желудка.
 6. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника.
 7. Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.
 8. Осложнения язвенной болезни желудка.
 9. Острые язвы. Классификация. Острый эрозивный гастрит. Лечение.
 10. Патологические синдромы после операций на желудке.
 11. Опухоли желудка. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Осложнения.

2. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Анатомия желудка.2.Функции желудка.3.Методы исследования.4.Инородные тела желудка.5.Химические ожоги и рубцовые структуры желудка.6.Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника.7.Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.8.Осложнения язвенной болезни желудка.9.Острые язвы. Классификация. Острый эрозивный гастрит. Лечение.10.Патологические синдромы после операций на желудке.11Опухоли желудка. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Осложнения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 -Проводить клиническое обследование больных с заболеванием желудка.2 -Обосновать конкретный план обследования больных.3 -Правильно проводить опрос больных4 -Правильно интерпретировать результаты клинических,лабораторных,инструментальных методов обследования.5 -Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.6 - Ассистировать на операциях.	<p>Литература:</p> <p>Хирургия. И. Ричард. М. Стиллман. С-Пб.- «Ман»-1995г. Клиническая хирургия. Ю.М.Панцеров.М.-1988г. Хирургические болезни. М.И.Кузин М.-«Медицина»-2006г. Энциклопедия клинической онкологии. М.И. Давыдов М.-1986г. Атлас онкологических операций. Б.Э. Петерсон,В.И.Чиссов.А И.Пачесс М.-1987г Неотложная хирургия при онкологических заболеваниях органов брюшной полости. К.М. Лисицин, А.К. Ревская М.-1986Г.</p>
--	---

3. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

- 1 Хронической язвенной болезнью среди взрослого населения:
 - А) 0,1-1%;
 - Б) 2-3%;
 - В) 6-8%;
 - Г) 10-12%;
 - Д) все верно.

- 2 Соляная кислота выделяется железами:
- А) кардиального отдела;
 - Б) тела желудка;
 - В) антрального отдела;
 - Г) всех отделов желудка;
 - Д) все не верно.
- 3 При язвенной болезни желудка:
- А) чаще преобладает усиление факторов агрессии;
 - Б) чаще наблюдается ослабление факторов защиты;
 - В) чаще равновесие факторов защиты и агрессий не нарушено;
 - Г) все верно;
 - Д) все не верно.
- 4 Резекция по Бильрот –II- это резекция желудка с наложением:
- А) гастрогастроанастомоза;
 - Б) гастродуоденоанастомоза;
 - В) гастроеюноанастомоза;
 - Г) все верно;
 - Д) все не верно.
- 5 При оперативном лечении перфоративной язвы менее всего вероятна операция:
- А) ушивание язвы;
 - Б) ушивание с ваготомией;
 - В) лечение язвы с ваготомией;
 - Г) резекция желудка;
 - Д) гастрэктомия.
- 6 При поступлении больного с подозрением на желудочное кровотечение наименее вероятно выполнение дежурным врачом:
- А) ФГДС;
 - Б) анализа крови;
 - В) исследование протромбинового индекса;
 - Г) рентгеноскопии желудка;
 - Д) ректального исследования.
- 7 У 45-летнего больного через 6 месяцев после операции резекции 2/3 желудка по Бильрот- II по поводу язвы 12-перстной кишки диагностирована пептическая язва анастомоза. Какова её возможная причина?
- А) Синдром Золлингера-Эллисона;
 - Б) гиперпаратиреоз
 - В) недостаточный объём резекции при первом вмешательстве;
 - Г) оставлена слизистая антрального отдела;
 - Д) хронический панкреатит.
- 8 Показанием к консервативному лечению демпинг-синдрома является:
- 1. легкие формы;
 - 2. средние формы без прогрессирования процесса;
 - 3. средние формы с прогрессированием;
 - 4. тяжелые формы;
 - 5. во всех случаях показано оперативное лечение.
- 9 При пептической язве анастомоза возможные осложнения:
- 1. Кровотечение;
 - 2. перфорации;
 - 3. пенетрации;
 - 4. образование внутреннего свища;
 - 5. стеноза.
- 10 Наиболее часто перерождаются в рак желудка:
- А) гиперпластические полипы;
 - Б) аденоматозные полипы;

- В) аденопапилломатозные полипы;
- Г) папиллярная аденома;
- Д) все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают повышением одинаковым индексом малигнизации.

11 На уровень заболеваемости раком желудка влияют:

- А) пищевой фактор и режим питания;
- Б) почвенно-климатическая обусловленность;
- В) местные изменения слизистой оболочки желудка;
- Г) фоновые заболевания, наследственный фактор;
- Д) всё перечисленное.

12 Больной Р.43 лет, обратился с жалобами на головокружение, внезапную слабость, обморочное состояние: позже возникла обильная кровавая рвота с цвета «кофейной гущи», а затем черный дегтеобразный стул. При осмотре обращает на себя внимание страх и беспокойство больного. Кожные покровы цианотичные влажные. ПУЛЬС УЧАЩЕН; А/Д снижено; дыхание учащенное. Больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта.

- 1) Каков диагноз данного заболевания?
- 2) Определите лечебную тактику.

13 По гистологическому строению рак желудка чаще является

- а) аденокарциномой
- б) плоскоклеточным раком
- в) смешанным железисто- плоскоклеточным раком
- г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

14 Наиболее редкое осложнение ЯБ ДПК:

- а) пенетрация
- б) малигнизация
- в) кровотечение
- г) перфорация

15 Виды оперативных вмешательств при ЯБ ДПК

- а) гастрэктомия
- б) стволовая ваготомия с пилоропластикой
- в) селективная проксимальная ваготомия
- г) верно а, б
- д) верно а, б, в

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТЕМА: «ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).
2. Методы исследования желудка и ДПК.
3. Этиология и патогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений.
4. Классификации гастродуоденальных кровотечений.
5. Клиника желудочно-кишечных кровотечений.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <p>1. Этиопатогенетическую классификацию гастродуоденальных кровотечений, причины часто и редко встречающихся желудочно-кишечных</p>	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни,</p>
---	--

<p>кровотечений.</p> <p>2. Местные и общие причины возникновения язвенных гастродуоденальных кровотечений.</p> <p>3. Общие и местные симптомы желудочно-кишечных кровотечений.</p> <p>4. Изменения центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее компонентов при гастродуоденальных кровотечениях.</p> <p>5. Значение инструментальных методов исследования (рентгеноскопии, гастродуоденоскопии, ректороманоскопии, фиброколоноскопии и др.) в диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений.</p> <p>6. Патогенез геморрагического шока, состояние центральной гемодинамики (феномен "централизации кровообращения") и органного кровотока при профузных желудочно-кишечных кровотечениях.</p> <p>7. Стадии гемостаза (по данным фиброгастроскопии): устойчивого, неустойчивого гемостаза, продолжающегося кровотечения. Тактика лечения при различных стадиях.</p> <p>8. Показания к переливанию крови и эритроцитарной массы, принципы инфузионной терапии в зависимости от степени кровопотери и длительности кровотечения.</p> <p>9. Лечебную тактику при продолжающемся желудочно-кишечном кровотечении. Методы эндоскопического и оперативного лечения.</p> <p>Студент должен уметь:</p> <p>1. Правильно и целенаправленно выявить и собрать анамнез для постановки диагноза, проведения дифференциального диагноза (в случае неясного источника желудочно-кишечного кровотечения).</p> <p>2. Усвоить основные принципы измерения центрального венозного давления.</p>	<p>2-е издание</p> <p>М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Хирургические болезни, Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005</p> <p>Острая массивная кровопотеря Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулуток Е.М., Васильев С.А. Москва Год издания: 2001.</p>
---	--

<p>3. На основании оценки гемодинамики (пульс, АД, ЦВД и ОЦК) и гематологических показателей (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, коагулограмма и др.) определить степень тяжести кровопотери.</p> <p>4. Усвоить основные принципы выполнения и дать оценку рентгеноскопии желудка, эзофагоскопии, фиброгастродуоденоскопии, фиброколоноскопии, выполняемых при желудочно-кишечном кровотечении.</p> <p>5. Уметь выявить симптомы, указывающие на рецидив кровотечения.</p> <p>6. Определить лечебную тактику при продолжающемся кровотечении, рецидиве или угрозе рецидива гастродуоденального кровотечения.</p> <p>7. Установить показания и усвоить основные принципы выполнения применяющихся оперативных вмешательств при гастродуоденальном кровотечении.</p>	
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Перечислите источники артериального кровоснабжения желудка и 12-п. кишки.

2. Назовите 5 наиболее частых причин гастродуоденальных кровотечений.

3. Укажите типичные клинические проявления гастродуоденального кровотечения.

4. Укажите механизмы компенсации дефицита ОЦК при гастродуоденальном кровотечении.

5. Перечислите методы инструментальной и лабораторной диагностики кровотечений из верхнего отдела ЖКТ.

6. Приведите 3 варианта эндоскопического заключения при гастродуоденальном кровотечении.

7. Определите понятие “неустойчивый гемостаз”.

8. Укажите принципы консервативной терапии при гастродуоденальном кровотечении.

9. Сформулируйте показания к экстренному оперативному лечению кровоточащей гастродуоденальной язвы.

10. Сформулируйте показания к отсроченному оперативному лечению кровоточащей гастродуоденальной язвы.

11. Укажите критерии продолжающегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

12. Назовите виды оперативного пособия при кровоточащей язве желудка.

13. Назовите виды оперативного пособия при кровоточащей дуоденальной язве.

14. Перечислите методы минимально-инвазивной остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ (эндоскопические, эндовазальные).

15. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу:

Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:

А) наличии рыхлого красного тромба

- Б) наличии фиксированного тромба
- В) видимого «пенька» сосуда в дне язвы
- Г) наличии струйного артериального кровотечения
- Д) на фоне кровотечения без видимого источника.

16. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу:

Больной госпитализирован с кровотечением из язвы желудка. Язва до 3 см в диаметре на задней стенке тела желудка. Атипичных клеток при биопсии нет. Анемия купирована.

Выберите способ лечения больного:

- А) Противоязвенное амбулаторное лечение
- В) Противоязвенное стационарное лечение.
- С) Плановая операция.
- Д) Экстренная операция.
- Е) Операция при неэффективности консервативной терапии.

17. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Желудочно-кишечные кровотечения».

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия гастрогепатодуоденальной зоны.
2. Патогенез нарушений гомеостаза при желудочно-кишечных кровотечениях.
3. Методы исследования больных с желудочно-кишечными кровотечениями.
4. Клиника желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии.
5. Диагностика желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Тактика хирурга при данных заболеваниях
8. Основные принципы предоперационной подготовки.
9. Основные методы оперативного и консервативного лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, показания и противопоказания к ним.
10. Профилактика и реабилитация больных после операций.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомию гастрогепатодуоденальной зоны.2. Патогенез нарушений гомеостаза при желудочно-кишечных кровотечениях.3. Методы исследования больных с желудочно-кишечными кровотечениями.4. Клинику желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии.5. Диагностику желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии.6. Дифференциальная диагностика.7. Тактику хирурга при данных заболеваниях8. Основные принципы предоперационной подготовки, методы эндоскопического гемостаза.9. Основные методы оперативного и консервативного лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, показания и противопоказания к ним.10. Профилактику и реабилитацию больных после операций. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование больных с желудочно-кишечными кровотечениями.2 Обосновать конкретный план обследования больных с желудочно-кишечными кровотечениями.3 Правильно проводить опрос больных с желудочно-кишечными кровотечениями.4 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.5 Оказывать первую помощь на госпитальном этапе при с желудочно-кишечными кровотечениями.6 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.7 Ассистировать на операциях верхних отделов ЖКТ.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни,</p> <p>Ермолов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни и 12-п кишки. - Рига, 1983.</p> <p>2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, 1982.</p> <p>3. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.И. Курс оперативной хирургии в топографической анатомии. - Курск, 1994.</p> <p>4. Черноусов А.Ф. с соавт., Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ПК. - М.: Медицина, 1996.</p> <p>5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.</p> <p>6. Кафедральные лекции.</p>
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

- 1 Изобразите схему строения и кровоснабжения верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

2 Изобразите строение желудочной стенки.

3 Осветите классификацию степеней тяжести кровотечения.

4 Осветите классификацию Форреста.

5 Опишите принципы предоперационной подготовки.

6 Составьте 5 тестовых заданий по теме «желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу:

Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:

- А) наличии рыхлого красного тромба
- Б) наличии фиксированного тромба
- В) видимого «пенька» сосуда в дне язвы
- Г) наличии струйного артериального кровотечения
- Д) на фоне кровотечения без видимого источника.

7 Составьте 1 ситуационную задачу по теме «желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу: Больной, 48 лет, поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. 3 года назад перенес болезнь Боткина. Общее состояние больного удовлетворительное. Какие заболевания вам придется дифференцировать? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Что из дополнительных методов исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

8 Венозное кровоснабжение печени

- А -чревный ствол
- Б -нижняя полая вена
- В воротная вена

9 У больного после приема алкоголя появилась многократная рвота, последняя с примесью алой крови. Предположительный диагноз

- А. синдром Мэллори-Вейсса
- Б. -язвенная болезнь желудка
- В болезнь Крона
- Г -острый панкреатит

10 Больной, 48 лет, поступил в стационар по поводу внезапно возникшей у него обильной кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. Считал себя здоровым. 3 года назад перенес болезнь Боткина. Общее состояние больного удовлетворительное. Какие заболевания вам придется дифференцировать? Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного? Что из дополнительных методов исследования можно применить на высоте кровотечения для уточнения диагноза?

11 Больной 58 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 4 лет. Обострения заболевания возникают ежегодно весной и осенью. При гастроскопии обнаружена язва тела желудка диаметром 1,5 см. Биопсия подтвердила доброкачественный характер язвы. Исследование желудочного сока показало нормоацидное состояние секреции. Больному проведено консервативное лечение, однако болевой синдром остается. Ваша дальнейшая тактика? О каких осложнениях ещё, вы можете думать? Укажите признаки малигнизации хронической язвы желудка.

12 У больного, 35 лет, поступившего в приемный покой, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какие назначения вы сделаете больному сразу при поступлении? Какова тактика в лечении данного больного?

13 Больной госпитализирован в крайне-тяжелом состоянии через 12 часов с момента проявления кровотечения. Последнее проявилось рвотой кровью и меленой. Сознание спутанное. АД 60/40 мм рт. ст. Пульс 128 в мин. Эр 2,7 Т/л.

Определите рациональную тактику ведения больного:

- А) Эндоскопический гемостаз, противоязвенное лечение.
- В) Противошоковая терапия, эндоскопия через 2-3 часа.
- С) Экстренная лапаротомия.
- Д) Противошоковая терапия, криотерапия.
- Е) Комплексная противоязвенная терапия.

14 Больной, 38 лет поступил к вам в отделение за два года третий раз по поводу желудочного кровотечения язвенной этиологии. Состояние больного средней степени тяжести. Пульс 96 в минуту, АД 100 и 60 мм рт. ст. Гемоглобин 100 г/л, эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит 38 %. При ФГДС обнаружена язва в области угла желудка размером 10x8 мм с мелкими тромбированными сосудами.

- А) Сформулируйте диагноз и назначьте лечение. Как Вы будете контролировать гемостаз?
- Б) Какова ваша тактика в лечении этого больного?

15 Больная жалуется на общую слабость, головокружение, черный кал. Болеет три дня, когда после психотравмы появились боль в эпигастрии, а затем кал черного цвета. 5 лет назад больная лечилась по поводу острого эрозивного гастрита. До настоящего времени чувствовала себя здоровой. Кожные покровы бледные. На верхушке сердца систолический шум. При пальпации определяется болезненность в эпигастрии.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- В) Язвенная болезнь желудка.
- С) Острая язва желудка.
- Д) Рак желудка.
- Е) Синдром Меллори-Вейсса

16 Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение с язвенным желудочным кровотечением. Кровотечение у него появляется 3-й раз за два года. После применения целого ряда консервативных мероприятий кровавая рвота у него прекратилась, гемоглобин поднялся с 40 до 65 г/л. Общее состояние улучшилось. Через 2—3 часа вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 55 и затем до 35 г/л.

Какова ваша тактика лечения данного больного? Как организовать лечение?

17 Больной страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки на протяжении 12 лет. Неоднократно лечился в гастроэнтерологических отделениях. Во время акта дефекации почувствовал резкую слабость, головокружение, кратковременно потерял сознание. Пульс 100 уд. в мин, АД 100/60 мм рт.ст. Ректально – мелена.

Какое осложнение язвенной болезни 12 п. кишки у больного?

- А) Кровотечение
- В) Пенетрация язвы.
- С) Перфорация.
- Д) Пилородуоденальный стеноз.
- Е) Малигнизация язвы.

18 Больной жалуется на общую слабость, головокружение, боль в эпигастрии, тошноту, кал черного цвета. Заболел две недели назад, когда появилась боль в животе. Три дня назад появились общая слабость, недомогание и дегтеобразный стул. После этого боль несколько-ко уменьшилась. Ранее

отмечалась боль в животе натощак и ночью. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Ваш предварительный диагноз:

- A) Геморрагический гастрит.
- B) Кровотечение из варикозных вен пищевода.
- C) Опухоль желудка, кровотечение.
- D) Кровотечение язвенной этиологии
- E) Синдром Меллори-Вейсса.

19 Наиболее частой причиной массивного кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта является:

- A. Геморрой
- B. Неспецифический язвенный колит
- B. Дивертикулярная болезнь
- Г. Опухоли толстой кишки
- Д. Дивертикул Меккеля

20 Больную периодически беспокоят боли по всему животу, вздутие, урчание в животе. В период обострения, длящегося до 1-1,5 месяцев, частый жидкий стул до 10-14 раз в сутки с примесью слизи и крови. Обострения наступают 2-3 раза в год. Болеет 3 года. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледны. Истощена. При росте 168 см, вес 43 кг. Живот втянут, при пальпации болезнен по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Кожа перианальной области мацерирована. В анализе крови выражена анемия.

Ваш предварительный диагноз:

- A) Хронический энтероколит
- B) Дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита
- C) Рак толстой кишки
- D) Неспецифический язвенный колит
- E) Геморрагический проктосигмоидит

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Правильно и целенаправленно выявлять жалобы и собирать анамнез для постановки предварительного диагноза, определения оптимального плана лабораторного и инструментального обследования.2. Усвоить основные показатели функциональной активности печени и пигментного обмена.3. Усвоить основные принципы выполнения сонографии билиарного тракта, диагностические возможности компьютерной и магниторезонансной томографии, антеградного и ретроградного контрастного	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Хирургические болезни, Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005</p> <p>Гепатобилиарная хирургия. Майстренко Н.А., Нечай Н.И. СПб., Спецлитература, 1999 г.</p> <p>Неотложная абдоминальная хирургия.</p>
---	--

<p>исследования желчных путей.</p> <p>4. Проводить дифференциальный диагноз поражения печени, желчных путей, 12-перстной кишки и поджелудочной железы на основании данных объективного обследования, результатов лабораторного тестирования и методов инструментальной диагностики.</p> <p>5. Определять оптимальную лечебную тактику при хирургической патологии желчного дерева.</p> <p>6. Установить показания и усвоить основные принципы выполнения применяющихся хирургических вмешательств при лечении хирургической патологии желчного дерева.</p>	<p>Гринберг А.А. М., Триада-Х, 2000 г.</p> <p>Болезни печени</p> <p>Подымова С.Д. М., Медицина, 2000 г.</p>
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Опишите анатомию желчного пузыря и желчевыводящих путей.

2. Назовите основные методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.

3. Опишите этиологию и патогенез ЖКБ

4. Укажите основные клинические симптомы ЖКБ и ее осложнений.

5. Приведите классификацию острого холецистита.

6. Назовите основные методы диагностики острого холецистита.

7. Назовите основные виды оперативных вмешательств используемых при остром калькулезном холецистите.

8. Опишите этиологию и патогенез синдрома механической желтухи.

9. Укажите основные клинические проявления синдрома механической желтухи.

10. Проведите дифференциальную диагностику желтух.

11. Назовите методы оперативного лечения синдрома механической желтухи

12. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания желчевыводящих путей» по следующему образцу:

Осложнением ЖКБ не является:

- а) водянка желчного пузыря;
- б) эмпиема желчного пузыря;
- в) желтуха;
- г) холангит;
- д) гемангиома печени.

13. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания желчевыводящих путей» по следующему образцу:

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?

14. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания желчевыводящих путей».

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия пищевода.
2. Методы исследования пищевода.
3. Этиология, патогенез заболеваний пищевода.
4. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.
5. Методы лечения при ожогах и рубцовых стриктурах.
6. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, диагностика. Методы лечения.
7. Рефлюкс – эзофагит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.
9. Халазия пищевода.
10. Нарушение моторики пищевода.
11. Опухоли пищевода. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия органов пищевода.2. Методы исследования пищевода.3. Этиология, патогенез заболеваний пищевода.4. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.5. Методы лечения при ожогах и рубцовых стриктурах.6. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, диагностика. Методы лечения.7. Рефлюкс- эзофагит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.8. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.9. Халазия пищевода.10. Нарушение моторики пищевода.11. Опухоли пищевода. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование больных с заболеваниями пищевода.2 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеваниями пищевода.3 Правильно проводить опрос больных с заболеваниями пищевода.4 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и др. методов исследования.5 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.6 Ассистировать на операциях по поводу заболеваний пищевода.	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Энциклопедия клинической онкологии под ред. М.И. Давыдова. М.-2004г.2. Клиническая хирургия под ред. Ю.М. Панцырева. М.-1988г.3. Хирургия. Ричард М.Стилман. С.П.б. - МАПО 1995г.4. Атлас онкологических операций под ред. Б.Э. Петерсона, В.И. Чиссов, А.И. Пачесса.М.-1987г.5. Хирургические болезни под ред. М.И. Кузина, 20066. Рак пищевода. Ю.Э. Березов, М.- 1979г.
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Тесты для самостоятельного контроля.

1. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано :

- а) промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой,
- б) назначение препаратов морфия, седативных средств,
- в) питье молока,
- г) все верно,
- д) все неверно.

2. При безуспешной консервативной терапии фибринозно–язвенного рефлюкс-эзофагита прибегают к:

- а) резекция желудка по Бильрот- I,
- б) эзофагофундопликация,
- в) селективная проксимальная ваготомия,
- г) стволовая ваготомия,
- д) резекция желудка по Бильрот- II.

3. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

- а) эзофагоскопия;
- б) контрастное рентгеновское исследование;
- в) УЗИ;
- г) радионуклидное исследование;
- д) компьютерная томография.

4. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

- а) в области бифуркации трахеи;
- б) над диафрагмой;
- в) в верхней трети пищевода;
- г) в глоточно-пищеводном переходе;
- д) над кардией.

5. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

- а) дисфагия;
- б) боль за грудиной и в спине;
- в) срыгивание застойным содержимым;
- г) усиленное слюноотделение;
- д) похудание.

6. В диагностике инородных тел пищевода не используют:

- а) сбор жалоб и анамнеза;
- б) зондирование пищевода;
- в) контрастную рентгеноскопию пищевода;
- г) эзофагоскопию пищевода;
- д) ларингоскопию.

7. У больных с извитыми и множественными послеожоговыми стриктурами пищевода отдается предпочтение бужированию:

- а) «слепому» через рот;
- б) под контролем эзофагоскопа;
- в) ретроградному;
- г) полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику;
- д) «бужированию без конца» через гастростому

8. Самые частые осложнения дивертикула пищевода:

- а) дивертикулит;
- б) перфорация;
- в) кровотечение;
- г) озлокачествление;
- д) стриктура пищевода.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1,2,3; б) все верно; в) 1,2,5; г) 1,2,3,4; д) 1,2,4.

9. Ахалазия кардии — это:

- а) спазм кардиального сфинктера при глотании;
- б) зияние кардиального сфинктера;
- в) недоразвитие кардиального отдела желудка;
- г) чрезмерно большие размеры кардиального отдела желудка;
- д) транспозиция кардиального жома в грудную клетку.

10. К симптомам раннего рака пищевода следует отнести:

- а) дисфагию;
- б) боли за грудиной в спине
- в) кашель при приеме пищи;
- г) усиленное слюноотделение;
- д) похудание.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1; б) 2; в) 1,5; г) 2,3,4; д) все неверно.

11. Наиболее частой злокачественной опухолью пищевода является

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) меланома
- г) рабдомиосаркома
- д) рак

12. Первую стадию рака пищевода характеризует размер опухоли

- а) до 3 см
- б) 4-5 см
- в) 6-8 см
- г) более 8

13. Регионарные метастазы при первой стадии рака пищевода

- а) отсутствует
- б) имеются единичные в околопищеводных лимфатических узлах
- в) поражают все группы регионарных лимфатических узлов

14. Термином «дисфагия» называют

- а) нарушение акта глотания
- б) боль при прохождении пищевого комка по пищеводу
- в) ощущение инородного тела в области пищевода
- г) затрудненное прохождение пищи по пищеводу

15. При раке пищевода наблюдаются типы дисфагии (укажите три правильных ответа)

- а) механическая
- б) рефлекторная
- в) смешанная
- г) гормонально обусловленная

16. Наиболее информативным диагностический приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является

- а) цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- б) рентгенологическое исследование
- в) манометрическое исследование пищевода
- г) эндоскопическое исследование пищевода с биопсией

17. Продолжите фразу:

Для ахалазии кардии характерна триада симптомов: боли, дисфагия,

18. Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на изжогу, усиливающуюся при наклоне вперед, отрыжку, ощущение жжения за грудиной.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм сохранен. Ps - 85 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии.

Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается.

ФЭГДС: Слизистая пищевода отечна, гиперемированна. Имеются сливающиеся, но не циркулярные эрозии на слизистой пищевода.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить? Сформулируйте диагноз.
2. Какие симптомы говорят в пользу данного диагноза?

3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Какого лечение данного заболевания?

19. Больной, 62 года, обратился в клинику с жалобами на затруднение глотания, ощущение кома в горле, кашель, неприятный запах изо рта.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен.

Язык суховат, обложен белым налетом по краям. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается.

При отведенной назад голове на шее определяется выпячивание, которое уменьшается при надавливании.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Что нужно попросить сделать больного, чтобы определить какого рода это выпячивание?
3. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какое лечение необходимо провести?

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование больных2 обосновать конкретный план обследования больных с перитонитом3 Правильно проводить опрос больных с перитонитом.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 перитонита.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина.</p> <p><i>Петров С. В.</i> Общая хирургия: Учебник для вузов. — 2-е изд. — 2004. — 768 с.</p> <p>Гангрена легкого и пиопневмоторакс Колесников И.С., Лыткин М.И., Лесницкий Л.С.</p> <p><i>Т.Р Харрисон</i> Внутренние болезни. Болезни дыхательных путей. Болезни почек, мочевыводящих путей. / А.И Синопальникова. — Москва: Медицина, 1995. — Т. 6. — 416 р.</p> <p>Гангрена легкого и пиопневмоторакс, Колесников И.С., 1983 г.</p> <p>Хирургическое лечение гнойных заболеваний легких, Бакулев А.Н., 1981 г.</p>
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. У скотника в течение трех недель кашель с жидкой мокротой, повышение температуры тела до 37,7-37,9 град., слабость, одышка при нагрузках. При рентгенологическом исследовании: в верхней доле правого легкого обнаружена округлая тень с ровными, круглыми, четкими контурами без перифокального воспаления легочной ткани. При исследовании мокроты обнаружены нити хитина.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Рак легкого
- В) Абсцесс легкого

- С) Эхинококк легкого
- Д) Кавернозный туберкулез легкого
- Е) Ателектаз верхней доли легкого

2. Больной болеет неделю. Жалобы на боль в грудной клетке, ознобы, проливные поты, кашель с обильным зловонным отделяемым. Рентгенологически – полость с горизонтальным уровнем.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Острый абсцесс легкого.
- В) Хронический абсцесс легкого.
- С) Острая форма гангрены легкого.
- Д) Туберкулезный лоббит.
- Е) Междолевой плеврит.

3. 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:

- А) Острый абсцесс легкого.
- В) Туберкулезный лоббит.
- С) Эмпиема плевры.
- Д) Междолевой плеврит.
- Е) Хронический абсцесс легкого.

4. Больной заболел внезапно. Жалобы на кашель со зловонной мокротой, боль в грудной клетке, повышенную температуру тела.

С чего следует начать обследование больного?

- А) ФЛГ.
- В) Бронхоскопия.
- С) Рентгеномография.
- Д) Обзорная рентгенография грудной клетки.
- Е) Компьютерная томография.

5. Больная болеет в течение трех недель пневмонией. В течение последних трех суток отмечает ухудшение состояния, повышение температуры тела, одышку, кашель с обильной гнойной мокротой. Рентгенологически – в легочном поле полость с горизонтальным уровнем.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Абсцесс легкого.
- В) Эмпиема плевры.

6. Больной Т., 20 лет, поступил с жалобами на незначительные боли в левой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, иногда с неприятным запахом. Болеет в течение 10 лет.

Состояние удовлетворительное. Пульс 60 в минуту. АД — 115/70 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. На фоне несколько ослабленного везикулярного дыхания сухие и влажные хрипы. Справа в нижних отделах сзади сухие хрипы. Анализ крови: Эр. — 4,6.10¹²/л, Нв — НО г/л, Л — 5,0.10⁹/л, СОЭ — 5 мм/час.

Рентгенологически в нижних и средних полях левого легкого на фоне фиброзно-измененной ткани множественные просветления различной величины. В боковой проекции эти изменения локализируются в нижней доле левого легкого.

Поставьте диагноз. Какие исследования назначите для его уточнения?

Определите лечебную тактику.

7. Больная К., 27 лет, жалуется на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры тела до 38,0°С.

Оперирована 10 дней назад по поводу бронхоэктатической болезни. Удалена нижняя доля левого легкого.

Состояние средней тяжести. Пульс 90 в минуту. АД—110/80 мм рт. ст. Дыхание справа обычное, слева в нижних отделах притупление перкуторного звука, здесь же не прослушивается дыхание. При пункции в VIII межреберье слева по задне-подмышечной линии получен гной.

Какое осложнение наступило в послеоперационном периоде?

Составьте план дальнейшего лечения.

8. Больной Р., 47 лет, поступил с жалобами на повышенную температуру, одышку, похудание. Два месяца назад получил ножевое проникающее ранение левой половины грудной клетки. Была произведена торакотомия, ушита рана перикарда и перевязана внутренняя грудная артерия. Послеоперационный период осложнился гемотораксом. Проводилось дренирование плевральной полости.

Объективно: кожные покровы бледные. Тахикардия — пульс 108 в минуту, тоны сердца приглушены. Дыхание слева значительно ослаблено. Через дренаж выделяется до 600 мл гнойной жидкости.

Поставьте диагноз.

Какое лечение показано больному? Его цель?

9. Больной К., 28 лет, поступил с жалобами на резкое недомогание, слабость, высокую температуру тела. Болеет в течение месяца. Заболевание связывает с переохлаждением.

Состояние средней тяжести. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Пульс 98 в минуту. Отмечается цианоз губ. Температура тела 38,7°C. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии грудной клетки — резкое укорочение легочного звука над всей поверхностью правого легкого, дыхание в этой зоне не проводится.

Рентгенологически (обзорная прямая рентгенограмма грудной клетки): органы средостения смещены влево. Правая половина грудной клетки гомогенно затенена. Легочный рисунок справа не прослеживается. Анализ крови: Эр. — 4,7.10¹²/л, Л — 14.10⁹/л. СОЭ -28 мм/час, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Какое заболевание можно предположить?

Какие методы исследования необходимо провести для его уточнения?

10. Больной П., 54 лет, поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры тела. Болеет в течение 15 лет, когда перенес гнойный левосторонний плеврит. В дальнейшем наблюдались периодические обострения процесса. Рентгенологически постоянно определяется остаточная полость в плевре. Левое легкое коллабировано. Стенки висцеральной и париетальной плевры резко утолщены. В течение последней недели стал откашливать гнойную жидкую мокроту в большом количестве, особенно в положении на правом боку.

Предположительный клинический диагноз.

Какое осложнение возникло у больного?

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

6. Этиологию и патогенез хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.
7. Классификацию хронического панкреатита.
8. Классификацию кист поджелудочной железы.
9. Клиническую симптоматику хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.
10. Диагностическое значение исследований внешней и внутренней секреции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.
11. Инструментальные методы диагностики хронического панкреатита и кист поджелудочной железы: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.
12. Комплексное консервативное лечение хронического панкреатита.
13. Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите: резекцию поджелудочной железы, панкреатодигестивные анастомозы.
14. Методы оперативного лечения кист поджелудочной железы.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Этиологию и патогенез хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.2. Классификацию хронического панкреатита.3. Классификацию кист поджелудочной железы.4. Клиническую симптоматику хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.5. Диагностическое значение исследований внешней и внутренней секреции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.6. Инструментальные методы диагностики хронического панкреатита и кист поджелудочной железы: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.7. Комплексное консервативное лечение хронического панкреатита.8. Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите: резекцию поджелудочной железы, панкреатодигестивные анастомозы.9. Методы оперативного лечения кист поджелудочной железы. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Выявить основные жалобы и собрать анамнез при хроническом панкреатите и кистах поджелудочной железы.2. Провести объективное исследование больного с заболеваниями поджелудочной железы (пальпация живота в позах Гротта).3. Провести лабораторное исследование и дать оценку результатам внешнесекреторной функции поджелудочной железы: а) активности протеолитических ферментов, липазы и амилазы в крови, моче и дуоденальном содержимом; б) копрограммы.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Питер А. Бэнкс. Панкреатит (перевод с английского). - М., 1982.</p> <p>Данилов М.В. с соавт. Заболевания поджелудочной железы. М., 1995.</p> <p>Кафедральные лекции.</p> <p>Заболевания поджелудочной железы. Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии.</p>
--	---

<p>4 Установить основные принципы выполнения и уметь дать оценку результатам: УЗИ, рентгеноскопии, релаксационной дуоденографии, ангиографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, радиоизотопному сканированию поджелудочной железы.</p> <p>5 Выставить показания и определить необходимый объем комплексной консервативной терапии при хроническом панкреатите.</p> <p>6 Выставить показания к хирургическому лечению хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.</p>	<p>Год издания: 2009</p>
--	--------------------------

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Составьте схему операции при кисте поджелудочной железы.

2. УКАЖИТЕ ОШИБКУ !!!

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1-выраженный болевой синдром
- 2-хронический калькулезный панкреатит
- 3-хронический индуративный панкреатит
- 4-вторичный хронический панкреатит с выраженной внутрипротоковой гипертензией

3. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАГНОЗА

- 1 хронический панкреатит
- 2 кисты поджелудочной железы

- а) марсупиализация
- б) цистоеюноанастомоз
- в) резекция ПЖ

- г) цистодуоденоанастомоз
- д) продольная панкреатоеюностомия

4. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1 внешнесекреторные
- 2 внутрисекреторные

- а) жажда
- б) вздутие живота
- в) неустойчивый стул
- г) полиурия
- д) изменение веса
- е) прогрессирующая потеря веса
- ж) чувство тяжести в эпигастрии

5. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1 первичный
- 2 вторичный

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ

- в) стриктуры БСДК
- г) хронический калькулезный холецистит
- д) злоупотребление алкоголем
- е) осложнения язвенной болезни 12-п кишки
- ж) гиперлипидемия
- з) холедохолитиаз

- а) аутоиммунные нарушения
- б) дефицит белкового питания

6. У БОЛЬНОГО, 48 ЛЕТ, С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УМЕРЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЕЕ КОНТУРОВ И ОКРУГЛЫЕ ТЕНИ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ИЛИ ОЧАГОВ ОБЫЗВЕЩЕНИЯ ТКАНИ ЖЕЛЕЗЫ.

ИМЕЮЩИЕСЯ СВЕДЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

7. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ!
ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1 хронический панкреатит
- 2 кисты поджелудочной железы

ВИД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- а) марсупиализация
- б) цистоеюноанастомоз
- в) ККР
- г) цистодуоденоанастомоз
- д) продольная панкреатоеюностомия
- е) ПДР

8. Больной В., 56 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие, временами усиливающиеся боли в правом подреберье и эпигастриальной области, беспокоят также периодическое вздутие живота, частые появления кашецеобразного с резким запахом кала, чередование поносов с запорами. Из анамнеза установлено, что больной 28 лет назад перенес операцию по поводу геморрагического панкреонекроза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Строго соблюдал диету. Неоднократно находился на санаторно-курортном лечении. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Несколько пониженного питания. Гемодинамика не страдает. Язык влажный, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены.

КАКОЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВЫ СЧИТАЕТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?

- 1-хронический панкреатит
- 2-язвенная болезнь желудка
- 3-язвенная болезнь 12-п.к.
- 4-гастрит
- 5-острый аппендицит
- 6-острый холецистит

9. НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ:

- 1-2-8 мг/чмл
- 2-12-32 мг/чмл
- 3-0 мг/чмл
- 4-4 мг/чмл
- 5-8 мг/чмл
- 6-5-17 мг/чмл

10. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ!

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИМПТОМА:

- 1-Воскресенского
- 2-Мейо-Робсона
- 3-Грюнвальда
- 4-Мондора
- 5-Грея-Тернера
- 6-Кохера
- 7-Щеткина-Блюмберга

11. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!

ВЕДУЩИМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1-выраженный болевой синдром
- 2-хронический калькулезный панкреатит
- 3-хронический индуративный панкреатит
- 4-вторичный хронический панкреатит с выраженной внутрипротоковой гипертензией
- 5-рвота
- 6-понос

12. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания поджелудочной железы».

13. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания поджелудочной железы».

14. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания поджелудочной железы» по следующему образцу:

ЗАДАЧА 1

Больной, 53 лет, поступил в больницу с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастральной области, которые носят опоясывающий характер, диспептические расстройства.

Из анамнеза выяснено, что он длительное время злоупотреблял алкоголем. Боли в животе начались постепенно, без острого приступа, 6 лет тому назад. По этому поводу неоднократно лечился стационарно. Однако за последние 1,5 года консервативная терапия неэффективна, болевой синдром почти не купируется.

Больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации определяется болезненность и уплотнение поджелудочной железы. Амилаза крови 7,6 мг, диастаза мочи - 256 ед, сахар крови 5,2 ммоль/л, лейкоцитоз - $8 \cdot 10^9$.

При ультразвуковой сонографии желчные протоки равномерно и умеренно расширены, конкрементов в них нет. При релаксационной дуоденографии и томографии выявлено равномерное увеличение головки поджелудочной железы.

1. Какая клиническая форма хронического панкреатита у данного больного?
2. Какой дополнительный метод диагностики необходим?
3. Какой метод лечения показан больному?

Ответ:

1. Первичный хронический болевой панкреатит.
2. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.
3. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ 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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">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 кишки6. Принципы консервативного лечения воспалительных заболеваний прямой кишки.7. Показания и виды оперативного лечения заболеваний прямой кишки. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование2 больных с заболеваниями прямой кишки.3 Обосновать конкретный план обследования4 больных с заболеваниями прямой кишки.5 Правильно проводить опрос больных с6 различными заболеваниями прямой кишки.7 Правильно интерпретировать результаты8 клинических, лабораторных, инструментальных9 и других методов обследования.10 Аргументировать выбор оперативного метода11 лечения в каждом конкретном случае.12 Ассистировать на операциях по поводу13 заболеваний прямой кишки.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Хирургические болезни, Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005</p> <p>Основы колопроктологии Воробьев Г.И. ред., Ростов-на-Дону Издательство: Феникс. Год издания: 2001</p> <p>Проктология Федоров В.Д., Дульцев Ю.В.</p>
---	--

выпадения узлов.

5. Назовите основные виды операций при геморрое.

6. Опишите классификацию парапроктитов.

7. Опишите клинические проявления острого и хронического парапроктита.

8. Каковы особенности хирургического лечения парапроктитов.

9. Клинические симптомы анальной трещины.

10. Принципы консервативного и оперативного лечения анальной трещины.

11. Клиническая картина эпителиального копчикового хода.

12. Показания к хирургическому лечению анального копчикового хода.

13. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания прямой кишки» по следующему образцу:

К геморрою предрасполагают

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

14. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания прямой кишки» 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

3) В случае госпитализации больного и после стихания острых воспалительных явлений какое лечение показано больному?

15. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания прямой кишки».

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия селезенки.
2. Методы исследования селезенки.
3. Этиология и патогенез различных заболеваний селезенки.
4. Классификации различных заболеваний селезенки.
5. Клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний и повреждений селезенки.
6. Дифференциальная диагностика травматических повреждений селезенки.
7. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Хирургическую анатомию и физиологию селезенки.2 Методы диагностики заболеваний и повреждений селезенки.3 Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний селезенки.4 Особенности клинического течения заболеваний и повреждений селезенки в зависимости от формы, стадии, наличия осложнений.5 Дифференциальный диагноз заболеваний и повреждений селезенки6 Показания и виды оперативного лечения заболеваний селезенки. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование2 больных с заболеваниями и повреждениями селезенки.3 Обосновать конкретный план обследования4 больных с заболеваниями и повреждениями селезенки.5 Правильно проводить опрос больных с различными заболеваниями селезенки.6 Правильно интерпретировать результаты7 клинических, лабораторных, инструментальных8 и других методов обследования.9 Аргументировать выбор оперативного метода10 лечения в каждом конкретном случае.11 Ассистировать на операциях по поводу заболеваний и повреждений селезенки.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Хирургические болезни, Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005</p> <p>Селезенка. Анатомия, физиология, патология и клиника. Барта И. АН Венгрия Год издания: 1996</p>
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

- 1 Опишите анатомию селезенки.

5 Проведите дифференциальную диагностику поражений селезенки при болезнях крови.

6 Составьте таблицу дифференциальной диагностики кист и абсцессов селезенки.

7 Изобразите этапы операции - спленэктомии.

8 Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания селезенки» по следующему образцу:

Какие заболевания могут привести к инфаркту селезенки

- а) бактериальный септический эндокардит
- б) митральный стеноз
- в) синдром портальной гипертензии
- г) брюшной тиф
- д) все вышеперечисленное

- 9 Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания селезенки» по следующему образцу:
Больной М., 54 лет поступил в клинику с жалобами на тупые боли в левом подреберье, усиливающиеся при движении, повышение температуры тела до 39°C, тахикардию. При глубокой пальпации определяется увеличенная селезенка, в проекции нижнего полюса симптом флюктуации. В крови выраженный лейкоцитоз.
- 1) Какое заболевание имеет место у больного?
 - 2) Ваша тактика по отношению к данному больному?
- Ответ: 1- абсцесс селезенки, 2- для подтверждения диагноза необходимо выполнить УЗИ, после чего больному показано оперативное лечение в объеме спленэктомии, дренирования брюшной полости.

10. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания селезенки».

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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:

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.

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.

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. Составьте схемы реконструктивных операций на клапанах сердца при основных их пороках.

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

- а) ЭКГ;
- б) ЭхоКГ;
- в) R-графия грудной клетки;
- г) все названное;

- д) ни одного из названного.
5. 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?
- недостаточность трехстворчатого клапана;
 - сочетанный митральный порок;
 - стеноз устья аорты;
 - недостаточность аортального клапана;
 - сужение левого атриовентрикулярного отверстия.
6. Какие отделы сердца кровоснабжает правая коронарная артерия?
- Правый желудочек.
 - Правое предсердие.
 - Заднюю и частично боковую стенки левого желудочка.
 - Заднюю часть межжелудочковой перегородки.
 - Все вышеперечисленные отделы
7. Ослабление I тона наблюдается при следующих пороках, кроме
- недостаточности митрального клапана;
 - недостаточности 3-х створчатого клапана;
 - недостаточности аортального клапана;
 - митральном стенозе;
 - аортальном стенозе.
8. О ранении сердца свидетельствуют
- локализация раны
 - резкое снижение артериального давления, тахикардия
 - внешний вид больного
 - повышение венозного давления
 - все перечисленное
9. При тампонаде сердца наблюдаются
- снижение артериального давления
 - цианоз лица
 - расширение границ сердца
 - глухость тонов
 - все перечисленное
10. У 22-летнего мужчины с детства систолический шум на основании сердца. АД— 160/100, на R-грамме грудной клетки — увеличение левого желудочка, зазубренные края V-VI ребер с обеих сторон, снижение пульса на ногах. Ваш диагноз?
- стеноз аорты;
 - дефект межпредсердной перегородки;
 - коарктация аорты;
 - дефект межжелудочковой перегородки;
 - открытый артериальный проток.
11. Какие изменения происходят в организме при «синих» пороках сердца: а) гипоксия всех органов; б) гиперволемиа и гипертензия в системе легочной артерии; в) хронический катар верхних дыхательных путей; г) задержка развития; д) гиповолемиа малого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а, б, в, г
 - а, в, г
 - б, в, г, д
 - а, в, г, д
 - в, г, д
12. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют:

- А) одышка и утомляемость при физической нагрузке;
- В) яркий румянец;
- С) частые респираторные заболевания;
- Д) систоло-диастолический шум во 2—3 межреберье слева от груди;
- Е) диастолический шум в 3-м межреберье справа от грудины.

13. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено: смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены вверх и влево, сердечная талия сглажена. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум. Акцент II тона над легочным стволом. При рентгенографии увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз?

- а) сужение левого атриовентрикулярного отверстия;
- б) недостаточность митрального клапана;
- в) подострый затяжной эндокардит;
- г) недостаточность клапана аорты;
- д) стеноз устья аорты.

14. Методами диагностики врожденных пороков сердца являются:

- А) рентгенография органов грудной клетки;
- В) ангиокардиография;
- С) фонокардиография;
- Д) ЭКГ;
- Е) катетеризация полостей сердца;
- Ф) УЗИ.

15. Ослабление I тона наблюдается при следующих пороках, кроме

- а) недостаточности митрального клапана;
- б) недостаточности 3-х створчатого клапана;
- в) недостаточности аортального клапана;
- г) митральном стенозе;
- д) аортальном стенозе.

16. Диастолический шум при митральном стенозе:

- а) иррадирует в левую подмышечную область;
- б) на правом боку выслушивается лучше;
- в) на левом боку выслушивается лучше;
- г) иррадирует в правую подмышечную область;
- д) не определяется.

17. Для митральной недостаточности характерно все, кроме:

- а) «хлопающий» I тон на верхушке;
- б) систолический шум на верхушке;
- в) увеличение границ сердца влево;
- г) снижение сердечного выброса;
- д) ревматическое поражение митрального клапана.

18. Составьте ситуационную задачу по теме «заболевания сердца» по типу:

В клинику поступила больная М., 48 лет, с митральным стенозом. При исследовании выявлен сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, тромбоз левого предсердия. Грубых изменений створок, хорд и сосочковых мышц нет. III функциональный класс заболевания. Ваша хирургическая тактика:

- а) следует отказаться от оперативного лечения и проводить консервативную терапию;
- б) выполнить протезирование митрального клапана;
- в) произвести тромбэктомия из левого предсердия и реконструктивную операцию на митральном клапане;
- г) начать тромболитическую терапию;
- д) прибегнуть к удалению тромба из левого предсердия с помощью баллонного катетера Фогарти»

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ»

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:

<p>Студент должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none">● 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. <ol style="list-style-type: none">1 Лечение кишечной непроходимости.2 Предоперационная подготовка больных с кишечной непроходимостью.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. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">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.	<p>Литература:</p> <p>Обязательная:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. - СПб: Питер, 1999. - 448 с.2 Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989. - 192 с.3 Кузин Н.М., Кузин М.И., Шкроб О.С. Хирургические болезни. – Москва: <u>Медицина</u>, 2006. - 784 с.4 Лекции по хирургическим болезням, 1999-2009 гг.5 Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – Москва: Триада-Х, 2005. - 640 с. <p>Дополнительная:</p> <ol style="list-style-type: none">7 Абдуллаев Ш.Н. Очерки по неотложной хирургии. - Алмааты, 1986. - 198 с.8 Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. - Алматы: БіЛім, 1996. - 256 с.9 Ашфаров Р.А., Гамидов А.Н. Рентгенконтрастные методы исследования в диагностике острой кишечной непроходимости: Метод. рек. - Баку, 1990. - 12 с.10 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.11 Воробьев А.А., Бебуришвили А.Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. - Волгоград: Издатель, 2001. - 240 с.12 Евтихов Р.М., Шулутко А.М., Путин М.Е. Клиническая хирургия. – Москва: Гэотар-Медиа, 2005. - 864 с.13 Кузнецов Н.А. Основы клинической хирургии. – Москва: Лист Нью, 2006. - 736 с.
---	---

<p>5 Правильно формулировать клинический диагноз.</p> <p>6 Обосновывать тактику лечения при кишечной непроходимости.</p> <p>7 Аргументировать показания к операции, выбор метода и схему предоперационной подготовки больных.</p> <p>8 Ассистировать на операциях по поводу кишечной непроходимости.</p>	<p>14 Нечаев Э.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при ее непроходимости. - СПб.: Росмедполис, 1993. - 237 с.</p> <p>15 Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии. - М.: Медицина, 1991. - С. 240.</p> <p>16 Розенштраух Л.С., Салита Х.М., Гуцул И.П. Клиническая рентгенодиагностика заболеваний кишечника. - Кишинев: Штиинца, 1985. - 254 с.</p> <p>17 Чернов В.Н. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии. – Москва: Джангар, 2006. - 280 с.</p>
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему анатомии кишечника.

2. Изобразите схему кровоснабжения кишечника.

3. Изобразите строение кишечной стенки.

4. Опишите классификацию Кочнева.

5. Опишите классификацию Петрова.

6. Опишите классификацию Поповой.

7. Опишите классификацию Чернова.

8. Опишите классификацию Тотикова.

9. Изобразите схему рентгенологической картины при острой кишечной непроходимости.

10. Изобразите схему сонографической картины при острой кишечной непроходимости.

11. Опишите и изобразите симптом Кейси.

12. Составьте алгоритм диагностики и лечения острой кишечной непроходимости.

13. Назначьте лечение больному с острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимостью.

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

15. 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.

Ответ: г.

16. 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 6x8 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?

Ответ:

- 1) Гельминтоз. Обтурация клубков аскарид. Непроходимость кишечника.
- 2) Опухоль кишки, инородное тело (фито-трихолитобезоары).
- 3) Методы исследования, доказывающие жизнеспособность кишки. Ревизия брюшной полости и других отделов кишечника.
- 4) Механическое деление конгломерата гельминтов без вскрытия кишки. Противогельминтное лечение.

17. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Кишечная непроходимость».

18. Нет механической кишечной непроходимости:

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

19. Нет обтурационной кишечной непроходимости:

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

20. Нет странгуляционной острой кишечной непроходимости на почве:

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

21. К смешанной кишечной непроходимости относят:

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

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

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

23. По уровню развития механической острой кишечной непроходимости не выделяют:

- а) высокую;
- б) срединную;
- в) низкую;
- г) тонкокишечную;
- д) толстокишечную.

24. Брыжеечные сосуды всегда сдавливаются при непроходимости кишечника:

- а) паралитической;
- б) спастической;
- в) странгуляционной;
- г) обтурационной;
- д) приобретенной.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

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:

<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование больных с заболеванием МЖ.2 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеванием МЖ.3 Правильно проводить опрос больных с заболеванием МЖ4 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 Заболевания МЖ.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006.</p> <p>Перитонит Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Рак молочной железы обычно развивается из
 - а) эпителия протоков
 - б) альвеол
 - в) жировой клетчатки
 - г) междольковых соединительнотканых волокон (куперовских клеток)
2. Рак молочной железы чаще всего представляет собой
 - а) болезненный узел
 - б) безболезненный узел
 - в) язва с плотными краями
 - г) обширный инфильтрат
3. Регионарными лимфатическими узлами молочной железы являются (отметьте 2 правильных ответа)
 - а) подмышечные
 - б) надключичные
 - в) окологрудные (парастернальные)
 - г) подчелюстные
4. Рак молочной железы метастазирует преимущественно

- а) лимфогенно
 - б) гематогенно
 - в) имплантационно
 - г) все пути метастазирования равнозначны
5. Рак молочной железы чаще всего метастазирует
- а) в средостенье
 - б) в кости
 - в) в почки
 - г) в надпочечники
6. Больную раком молочной железы беспокоит боль в спине. Проведено рентгенологическое обследование. Обнаружена деструкция 4 и 5 поясничных позвонков. Какая у неё стадия заболевания?
- а) 1 стадия
 - б) 2 б стадия
 - в) 3 стадия
 - г) 4 стадия
7. Возникновение рака молочной железы не играет роли нарушения функции
- а) яичников
 - б) печени
 - в) ЖКТ
 - г) гипоталамо-гипофизарной области
8. Болевые ощущения в молочной железе характерны для
- а) кисты молочной железы
 - б) болезни Минца
 - в) фиброаденомы
 - г) рака молочной железы
 - д) диффузная мастопатия
9. Как называется заболевание грудной железы у мужчин, характеризующееся пролиферацией эпителия и проявляющееся набуханием и уплотнением ткани околососкового круга?
- а) аденоз
 - б) геникомастия
 - в) мастопатия
 - г) у мужчин такого заболевания не существует
10. Для лечения диффузной применяют (отметить 3 правильных ответа)
- а) гепатотропные препараты
 - б) витаминотерапия
 - в) секторальную резекцию молочной железы
 - г) микродозы йода
 - д) лучевую терапию
11. При доброкачественных опухолях молочной железы применяется лечение
- а) ампутация молочной железы
 - б) секторальная резекция
 - в) лучевое лечение
 - г) лекарственное лечение
12. Основным симптомом рака молочной железы является
- а) болевые ощущения
 - б) наличие плотного безболезненного образования
 - в) выделение из соска
 - г) кожные симптомы
13. В молочной железе безболезненное уплотнение размером 2х2 см, положительный симптом "втяжения". Каков ваш предварительный диагноз?
- а) фиброаденома
 - б) узловая мастопатия
 - в) киста молочной железы
 - г) рак

14. В левой молочной железе прощупывается безболезненное образование 3х4 см, положительный симптом морщинистости. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз?
- а) фиброаденома
 - б) узловая мастопатия
 - в) липома
 - г) рак молочной железы
 - д) болезнь Минца
15. Проводить самообследование молочных желез один раз в 2 месяца рекомендуется женщинам, начиная с возраста
- а) 18 лет
 - б) 30 лет
 - в) 40 лет
 - г) 60 лет
16. Опишите схему строения молочных желез, кровоснабжение и лимфоотток

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5- 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ПАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия печени.
2. Методы исследования печени.
3. Эндемические районы в РФ.
4. Этиология и жизненный цикл паразитов.
5. Морфологическая характеристика паразитов.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика.
8. Роль серологической диагностики.
9. Дифференциальная диагностика.
10. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия печени.2. Методы исследования печени.3. Эндемические районы в РФ.4. Этиология и жизненный цикл паразитов.5. Морфологическая характеристика паразитов.6. Клиника заболевания.7. Диагностика.8. Роль серологической диагностики.9. Дифференциальная диагностика.10. Методы хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование больных с паразитарными заболеваниями печени.2. Обосновать конкретный план обследования больных с паразитарными заболеваниями печени.3. Правильно проводить опрос больных с паразитарными заболеваниями печени.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 паразитарных заболеваний печени.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций. Монография. Маленков А.Г. , Садыков В.М. , Стреляева А.В. , Чебышев Н.В. , Назыров Ф.Г. , Сабиров Б.У. Москва. Издательство: Медицина. Год издания: 2004</p> <p>Паразитарные заболевания печени. Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему сегментарного строения печени.

8. Изобразите схему идеальной эхинококэктомии.

9. В чем заключаются меры профилактики эхинококкоза?

10. Составьте таблицу, которая отражает различия между эхинококкозом и альвеококкозом печени.

11. Изобразите личиночную форму альвеококка.

12. Изобразите схему жизненного цикла описторхиса.

13. Изобразите схему жизненного цикла аскариды.

14. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Паразитарные заболевания печени» по следующему образцу:

При эхинококкозе наиболее часто поражается:

- а) печень
- б) селезенка
- в) головной мозг
- г) легкие

Ответ: а

15. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Паразитарные заболевания печени» по следующему образцу:

Больной М., 54 года, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, чувство тяжести и давления в правом подреберье, общую слабость, одышку, ухудшение аппетита. Болеет около 2 лет, когда стал отмечать периодически возникающие аллергические реакции в виде крапивницы, нарастающую слабость, чувство тяжести в правом подреберье. На протяжении 15 лет работал егерем. При осмотре отмечается выпячивание передней брюшной стенки, печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 12 см. В общем анализе крови эозинофилия, повышенная СОЭ. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие исследования необходимо провести больному?

Ответ: по всей видимости, у больного эхинококкоз печени. Для уточнения диагноза необходимо выполнить: реакцию латекс-агглютинации, суть которой состоит в сорбции антигенов эхинококка на ионообменной смоле, УЗИ печени, КТ или МРТ.

16. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Паразитарные заболевания печени».

17. Промежуточным хозяином эхинококка является:

- А) собака
- Б) волк
- В) человек
- Д) кошка

18. Возбудителем эхинококкоза является:

- А) *Echinococcus granulosus*
- Б) *Echinococcus alveolaris*
- В) *Opisthorchosis*
- Г) *Tachiosis custicercosis*

19. Возбудителем альвеококкоза является:

- а) *Tachiosis custicercosis*
- б) *Echinococcus granulosus*
- в) *Echinococcus alveolaris*
- д) *Opisthorchosis*

20. Для диагностики эхинококкоза применяются следующие исследования:

- А) серологические реакции
- Б) УЗИ
- В) КТ
- Г) МРТ
- Д) все перечисленное

21. Эхинококкоз печени может осложниться:

- А) нагноением кисты
- Б) механической желтухой
- В) перфорацией кисты в свободную брюшную полость
- В) асцитом
- Д) всем перечисленным

22. В клиническом течении эхинококкоза различают:

- А) две стадии
- Б) три стадии
- В) четыре стадии

23. Оптимальным методом лечения эхинококкоза является:

- а) химиотерапия противопаразитарными средствами
- б) оперативное вмешательство
- в) санаторно-курортное лечение
- г) иммунопрофилактика

24. К противопаразитарным препаратам, используемым при лечении эхинококкоза относятся все, кроме:

- а) мебендазола
- б) вермокса
- в) биспролола
- г) альбендазола
- д) тинидазола

25. Эхинококкоз печени дифференцируют с:

- А) первичным раком печени
- Б) альвеококкозом печени
- В) циррозом печени
- В) идиопатической кистой печени
- Д) всеми перечисленными заболеваниями

26. Рост эхинококкового пузыря происходит за счет:

- А) фиброзной оболочки
- Б) хитиновой оболочки
- В) герминативной оболочки
- Г) все перечисленное

27. Механизм передачи возбудителя эхинококкоза:

- А) фекально - оральный
- Б) контактно - бытовой
- В) трансмиссивный
- Г) воздушно – капельный
- Д) вертикальный

28. Возможные осложнения при разрыве эхинококковой кисты легкого:

- А) анафилактический шок
- Б) гидропневмоторакс
- В) асфиксия
- Г) внутрилегочная диссеминация эхинококкоза
- Д) легочное кровотечение
- Е) все перечисленное

29. В диагностике эхинококкоза на современном этапе наиболее информативными являются следующие иммунологические методы:

- А) реакция непрямой гемагглютинации
- Б) латекс-агглютинации
- В) иммуноферментный метод
- Г) реакция Каццони
- Д) иммуноэлектрофорез

30. Для альвеококкоза характерно:

- а) инфильтрирующий рост
- б) наличие зародышевой и хитиновой оболочки
- в) более легкое, чем при эхинококкозе течение
- г) образование вокруг кисты фиброзной капсулы
- д) многокамерные кисты

31. К клиническим проявлениям эхинококкоза печени относятся:

- а) тупые боли и чувство тяжести в подреберье
- б) увеличение печени
- в) быстрая утомляемость и слабость

- г) аллергические проявления
- д) дисфагия

32. Для эхинококкоза характерны:

- а) инфильтрирующий рост
- б) эозинофилия
- в) повышенная СОЭ
- г) преимущественное поражение печени
- д) быстрое развитие клинических проявлений

33. Для лечения эхинококкоза применяют следующие хирургические вмешательства:

- А) закрытая эхинококкэктомия
- Б) открытая эхинококкэктомия
- В) полуоткрытая эхинококкэктомия
- Г) полужакрытая эхинококкэктомия

34. К осложнениям альвеококкоза относятся:

- А) механическая желтуха
- Б) копростаз
- В) прорыв узла в брюшную полость
- Г) прорастание в соседние органы
- Д) нагноение паразитарных кист

35. В диагностике эхинококкоза печени используются следующие методы:

- А) колоноскопия
- Б) УЗИ
- В) серологические реакции
- Г) ЭГДС
- Д) КТ, МРТ
- Е) сцинтиграфия печени

36. К противопаразитарным препаратам, используемым при лечении эхинококкоза, относятся:

- а) пантенол
- б) мебендазол
- в) вермокс
- г) бисопролол
- д) альбендазол
- е) тинидазол

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ПЕРИТОНИТ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия брюшной полости.
2. Функции брюшины.
3. Классификация перитонита.
4. Этиология перитонита.
5. Патогенез перитонита.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none">• Анатомия брюшной полости.• Функции брюшины.• Классификация перитонита.• Этиология перитонита.• Патогенез перитонита.• Клиника заболевания.• Диагностика.• Дифференциальная диагностика.• Методы хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование больных с перитонитом2. Обосновать конкретный план обследования больных с перитонитом3. Правильно проводить опрос больных с перитонитом.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 перитонита.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006.</p> <p>Перитонит Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему деления брюшной полости на сегменты.

2. Исходя из этой схемы, наглядно обоснуйте классификацию перитонита по распространенности.

3. Приведите полную классификацию перитонита.

4. Перечислите основные методы, применяемые для диагностики перитонита.

5. Опишите принципы предоперационной подготовки.

6. Изобразите схему дренирования брюшной полости при перитоните.

7. Изобразите схему перитонеального лаважа.

8. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Перитонит» по следующему образцу:
Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:
а) перфорации дивертикула Меккеля;
б) болезни Крона;
в) стеноза большого дуоденального соска;
г) рихтеровского ущемления грыжи;
д) острой кишечной непроходимости.
Ответ: в.

9. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Перитонит» по следующему образцу:

Больной Т. 64 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии. Со слов родственников, в последние двое суток, жаловался на боли в животе, тошноту, рвоту. За помощью не обращались. Сегодня состояние ухудшилось, была вызвана бригада скорой помощи и больной был доставлен в хирургическое отделение. В анамнезе хронические запоры, холецистопанкреатит. Состояние тяжелое, гипертермия 38,5 С°. Сознание затуманено, малоcontactен. В легких ослабленное везикулярное дыхание, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, пульс 90 ударов в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот симметричный, напряжен, брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Пальпация резко болезненна, симптомы раздражения брюшины положительные. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ в брюшной полости. На УЗИ свободная жидкость в отлогах местах.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Лечение

Ответ:

1. Острый перитонит.

2. Экстренная операция. Предоперационная подготовка до 2-3 часов.

10. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Паразитарные заболевания печени».

11. Суперсимптом «острого живота» - это:

- а) рвота;
- б) боли в животе;
- в) кровавый стул;
- г) задержка кала и газов;
- д) напряжение мышц брюшной стенки.

12. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

- а) перфорации дивертикула Меккеля;
- б) болезни Крона;
- в) стеноза большого дуоденального соска;
- г) рихтеровского ущемления грыжи;
- д) острой кишечной непроходимости.

13. Более частая причина перитонита:

- а) острый энтероколит
- б) острый аппендицит

14. Живот при перитоните вздут. Притупление определяется

- а) в наивысшей точке живота
- б) в наинизшей точке живота

15. Особенности ограниченного межкишечного перитонита

- а) рвота
- б) позывы на мочеиспускание, тенезмы
- в) обильный жидкий стул, вздутие живота живота
- г) гектическая лихорадка

16. Операция при разлитом гнойном перитоните должна быть выполнена из срединного доступа, потому что только посредством срединной лапаротомии можно осуществить полноценную ревизию и санацию брюшной полости.

- а) да; б) нет.

17. При лечении диффузного гнойного перитонита производят трансназальную продленную интубацию кишечника с аспирацией содержимого главным образом с целью:

- а) учета потерь жидкости через ЖКТ;
- б) профилактики паралитической кишечной непроходимости;
- в) питания больного через зонд;
- г) промывания ЖКТ;
- д) введение лекарственных препаратов.

18. Для перфорации полого органа в свободную брюшную полость не характерно:

- а) острое начало;
- б) доскообразный живот;
- в) коллапс;
- г) полиурия;
- д) тахикардия.

19. Наиболее частая причина перитонита:

- а) послеоперационное осложнение;
- б) острая травма живота;
- в) перфоративный холецистит;
- г) кишечная непроходимость;
- д) перфоративный аппендицит.

20. Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:

- а) вздутия живота;
- б) обезвоживания;
- в) исчезновения кишечных шумов;
- г) гипопроотеинемии;
- д) усиленной перистальтики.

21. Патогномоничным симптомам перфорации полого органа в свободную брюшную полость является:

- а) высокий лейкоцитоз;
- б) отсутствие перистальтических шумов;
- в) свободный газ под куполом диафрагмы;
- г) притупление перкуторного звука в отлогах местах брюшной полости.

22. Диагноз гнойного перитонита на операционном столе ставится на основании всех признаков, кроме:

- а) гиперемия брюшины;
- б) наличие крови в брюшной полости;
- в) наличие фибриновых наложений;
- г) тусклого вида брюшины;
- д) наличие мутного выпота.

23. Как устанавливается диагноз диффузный перитонит до операции?

- а) рентгенологически;
- б) анамнестически;
- в) лабораторно;
- г) клинически;
- д) по уровню секреции пищеварительного сока.

24. Какой способ исследования вы выберете для диагностики абсцесса Дугласова пространства?

- а) ректороманоскопию;
- б) лапароскопию;
- в) перкуссию и пальпацию брюшной полости;
- г) ректальное пальцевое исследование;
- д) рентгеноскопию брюшной полости.

25. Болезненная пальпация печени, боли над правой ключицей, высокое стояние правого купола диафрагмы и гектическая лихорадка говорят за:

- а) дугласов абсцесс;
- б) гангренозный аппендицит;
- в) острый панкреатит;
- г) поддиафрагмальный абсцесс справа;
- д) острый холецистит.

26. Выберите оптимальный вариант лечения поддиафрагмального абсцесса:

- а) массивная антибиотикотерапия;
- б) внебрюшинное вскрытие и дренирование гнойника;
- в) лапаротомия, вскрытие и тампонада полости абсцесса;
- г) пункция гнойника толстой иглой;
- д) всё неверно.

27. Какая стадия перитонита отсутствует?

- а) реактивная;
- б) токсическая;
- в) перитонеальный сепсис;
- г) терминальная;
- д) острая.

28. Более выражена клиника начала заболевания при:

- а) перфоративном перитоните;
- б) воспалительном перитоните.

29. Что не характерно для второй стадии разлитого распространенного перитонита?

- а) усиление болей в животе;

- б) нарастание нареза кишечника;
- в) увеличение лейкоцитоза;
- г) тахикардия;
- д) неотхождение газов.

30. Что не соответствует понятию «ограниченный перитонит»:

- а) может отсутствовать парез кишечника;
- б) всегда лечится путем выполнения лапаротомии;
- в) можно вылечить пункционным и пункционно-дренажным методами под контролем УЗИ;
- г) может отсутствовать высокий лейкоцитоз;
- д) наиболее распространенным параклиническим методом лучевой диагностики является УЗИ.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">7 Проводить клиническое обследование больных с СПГ.8 Обосновать конкретный план обследования больных с СПГ.9 Правильно проводить опрос больных с СПГ.10 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.11 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006.</p>
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Различают все формы портальной гипертензии кроме:
 - а) почечная;
 - б) внутripеченочная;
 - в) смешанная;
 - г) предпеченочная;
 - д) надпеченочная.
2. Предпеченочной причиной портальной гипертензии является:
 - а) тромбоз почечных вен;
 - б) тромбоз почечных артерий;
 - в) тромбоз селезеночной артерии;
 - г) тромбоз печеночной артерии;
 - д) атрезия или тромбоз воротной вены.
3. Синдром портальной гипертензии развивается при всех заболеваниях кроме:
 - а) цирроз печени;
 - б) сдавление опухолью воротной вены;
 - в) тромбоз печеночных вен;
 - г) лямблиоз;
 - д) селезеночные артериовенозные шунты.
4. При внутripеченочной форме портальной гипертензии отсутствует:

- а) повышение давления в воротной вене;
- б) повышение давления в печеночных венах;
- в) ишемия печеночной паренхимы;
- г) повышение давления в селезеночной вене;
- д) повышение давления в верхней брыжеечной вене.

5. При предпеченочной портальной гипертензии наименее часто встречается:

- а) повышение давления в селезеночной вене;
- б) асцит;
- в) повышение давления в нижней брыжеечной вене;
- г) уменьшение портального кровоснабжения печени;
- д) спленомегалия.

6. Какой вид цирроза печени отсутствует?

- а) постнекротический;
- б) билиарный;
- в) врожденный;
- г) токсический;
- д) алкогольный.

7. Классические признаки портальной гипертензии все кроме:

- а) спленомегалии;
- б) пищеводно-желудочные кровотечения;
- в) асцит;
- г) поносы;
- д) расширение подкожных вен передней брюшной стенки.

8. Характерным клиническим проявлением портальной гипертензии является:

- а) геморроидальное кровотечение;
- б) тошнота;
- в) запоры;
- г) геморрагический диатез;
- д) опоясывающая боль.

9. Для гиперспленизма не характерно:

- а) спленомегалия;
- б) анемия;
- в) лейкоцитоз;
- г) лейкопения;
- д) тромбоцитопения.

10. Для диагностики портальной гипертензии нецелесообразно использовать:

- а) УЗИ печени, сосудов;
- б) компьютерную томографию;
- в) магнитно-резонансную томографию;
- г) спленопортографию;
- д) целиакоманометрию.

11. Для диагностики надпеченочного блока целесообразнее всего выполнить:

- а) ваваграфию;
- б) целиакоманометрию;
- в) спленоманометрию;
- г) мезентерикографию;
- д) урографию.

12. При подозрении на портальную гипертензию без пищеводно-желудочного кровотечения какой метод дополнительного исследования амбулаторно нежелателен?

- а) функциональные пробы печени;
- б) изучение белкового состава крови;
- в) рентгенография пищевода с контрастированием;
- г) фиброэзофагогастроскопия;
- д) УЗИ печени и сосудов портальной системы.

13. Что не характерно для кровотечения из вен пищевода и кардиального отдела желудка:

- а) кровавая рвота;
- б) мелена;
- в) брадикардия;
- г) анемия;
- д) гипотония.

14. Что не относится к консервативной терапии кровотечения из варикозных вен пищевода и кардии?

- а) портокавальное шунтирование;
- б) применение зонда Блэкмора;
- в) инъекционная склерозирующая терапия;
- г) гемотрансфузии;
- д) введение гемостатиков.

15. Что не является показанием к оперативному лечению кровотечения из варикозных вен кардии?

- а) падение АД;
- б) гиперволемиа;
- в) неэффективность консервативной терапии;
- г) массивное кровотечение;
- д) нарастание анемии.

16. Что является основным относительным противопоказанием к операции при продолжающемся кровотечении из вен пищевода?

- а) массивное кровотечение;
- б) нарастание анемии;
- в) падение АД;
- г) печеночная недостаточность тяжелой степени;
- д) асцит.

17. В комплекс консервативной терапии кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка не входит:

- а) введение мочегонных;
- б) назначение антикоагулянтов;
- в) применение зонда Блэкмора;
- г) гемотрансфузии;
- д) инъекционная склерозирующая терапия;

18. Какую плановую операцию не выполняют при портальной гипертензии на почве цирроза печени?

- а) эндоскопическая склеротерапия вен пищевода;
- б) трансплантация печени;
- в) портокавальный анастомоз;
- г) спленоренальный анастомоз;
- д) ренокавальный анастомоз.

19. Лечение асцита исключает:

- а) лапароцентез;
- б) запрещение в/в введения альбуминов;
- в) ограничение солей натрия;
- г) мочегонные;
- д) ограничение приема жидкостей.

20. Какое Положение не верно?

- а) цирроз печени излечим медикаментозно;
- б) у 15% хронических алкоголиков возможно, развитие цирроза печени;
- в) около 30% хронических алкоголиков при развитии цирроза печени умирают в течение года;
- г) в 40% при циррозе печени возникает кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка;
- д) при появлении кровотечения из варикозных вен и отсутствии лечения в течение года умирает 66% больных циррозом печени.

21. Изобразите схему портальной системы.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ТРОМБОФЛЕБИТЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия "тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей".
2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей, систем глубоких и поверхностных вен нижних конечностей.
3. Классификация хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
4. Патогенез повреждения тканей в условиях хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
5. Клиническую симптоматику варикозной болезни нижних конечностей.
6. Диагностическое значение методов объективного осмотра и инструментальные методы диагностики варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнений: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизиография и др.
7. Тактика хирурга при различных проявлениях варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнениях:
8. Основные методы оперативного и консервативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
9. Профилактика варикозной болезни и реабилитация больных после операции.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Определение понятия "тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей".2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей, систем глубоких и поверхностных вен нижних конечностей.3. Классификацию хронической венозной недостаточности нижних конечностей.4. Патогенез повреждения тканей в условиях хронической венозной недостаточности нижних конечностей.5. Клиническую симптоматику варикозной болезни нижних конечностей.6. Диагностическое значение методов объективного осмотра и инструментальные методы диагностики варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнений: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизиография и др.7. Тактика хирурга при различных проявлениях варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнениях:8. Основные методы оперативного и консервативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей.9. Профилактику варикозной болезни и реабилитацию больных после операции. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">15. Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного с варикозной болезнью нижних конечностей и ее осложнениях.16. На основе оценки полученных клинических данных поставить предварительный диагноз и наметить план целенаправленного обследования больного.17. Правильно интерпретировать данные инструментальных методов исследований.18. На основе оценки жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных клинических	<p>Литература:</p> <p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Флебология. Под ред. Савельева В.С. - М., 2001.2. Ультразвуковая диагностика болезней вен Чуриков Д.А., Кириенко А.И. - М., 2003.3. Болезни артерий и вен. Справочное руководство для практического врача А.Г. Евдокимов, В.Д. Тополянский - М., 2001.4. Болезни вен и лимфатической системы конечностей Дудярис Й.П. - М., 2000.5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.6. Кафедральные лекции.
--	--

данных, данных лабораторных и специальных методов исследования сформулировать и обосновать клинический диагноз.	
---	--

19. Поставить показания к оперативному лечению и определить оптимальный вариант его. Определить принципы консервативного метода лечения.	
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Какие вены составляют систему оттока нижних конечностей?

2. Изобразите схему венозного оттока из нижних конечностей.

3. Изобразите строение венозной стенки.

4. Опишите и изобразите симптомы Гаккенбруха, Троянова-Тренделенбурга.

5. Дайте определение варикозному расширению вен. Какие факторы могут способствовать варикозному расширению вен.

6. Какие причины способствуют возникновению тромбофлебитов глубоких вен? — Приведите классификацию степени ХВН.

7. Опишите принципы консервативного лечения ХВН.

8. Какие показания к операции при варикозной болезни и хронической венозной недостаточности. В чем состоит принцип хирургического лечения?

9. Составьте алгоритм диагностики, назначьте лечение больному с хронической венозной недостаточности.

10. Дайте определение хроническим нарушениям лимфооттока. Какие различают формы лимфостаза?

11. Больной жалуется на отечность правой стопы и голени, проявившуюся 1,5 месяца назад. Тогда же были боли в правой ноге распирающего характера. Причиной обращения к врачу явились варикозные расширенные вены на голени, отек и пигментация внутренней поверхности голени в нижней трети.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- A) Тромбофлебит поверхностных вен голени.
- B) Острый флеботромбоз сосудов голени.
- C) Флегмона правой голени.
- D) Посттромбофлебитический синдром.
- E) Слоновость правой ноги.

12. Больная диабетом жалуется на наличие язв в нижней трети правой голени по внутренней поверхности и пигментации вокруг язв. Болеет в течение 5 лет, когда впервые появился отек нижней половины голени и стопы с цианотической окраской, боли. В течение указанного срока отек периодически уменьшался, но полностью не проходил. В последний год появились отдельные участки варикозно-измененных вен.

Ваш предварительный диагноз.

- A) Диабетическая полиангиопатия
- B) Варикозная болезнь, язвенная форма
- C) Облитерирующий атеросклероз III ст.
- D) Посттромбофлебитический синдром
- E) Острый тромбофлебит, язвенная форма

13. МИГРИРУЮЩИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- A -синдромом Семба-Гъена-Розенталя
- B раком тела и хвоста поджелудочной железы
- B -псевдокистой поджелудочной железы
- Г -инсуломой
- D -раком головки поджелудочной железы

14. Больного беспокоят боли в левой голени, отек стопы, усиливающийся к вечеру. Болеет 2 года. Варикозно расширенных вен на голени нет.

По внутренней поверхности голени участок индуративного отека и пигментация кожи. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Объем левой голени на 3 см больше в трех измерениях по сравнению с правой.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- A) Посттромбофлебитический синдром левой голени.
- B) Облитерирующий атеросклероз левой голени.
- C) Острый тромбофлебит левой голени.
- D) Оклюзионный синдром левой голени.
- E) Остеомиелит нижней трети левой голени.

15. У больной диагностирован посттромбофлебитический синдром правой ноги, явившийся следствием осложненных родов 3 года тому назад.

Укажите наиболее информативный метод исследования для определения лечебной тактики:

- A) Компьютерная томография.
- B) Антеградная флебография

- С) Ультразвуковая доплерография.
- Д) Маршевая проба.
- Е) Трехжгутовая проба.

16. Больной два месяца назад в частной лечебнице введено в незначительно расширенные вены левой голени 20 мл варикоцида. Сразу после введения возникла сильная боль в голени, которая продолжалась несколько дней. Левая голень и бедро сильно отекают, местная гипертермия. В дальнейшем отек нарастал, появилось диффузное расширение подкожных вен, гиперпигментация и индурация голени.

Ваш диагноз:

- А) Посттромбофлебитический синдром левой ноги.
- В) Острый тромбофлебит левой голени.
- С) Острый тромбоз бедренной артерии слева.
- Д) Хронический тромбофлебит левой ноги.
- Е) Острый флеботромбоз левой ноги.

17. Больной жалуется на постоянные распирающие боли в области правой голени, усиливающиеся после пребывания на ногах. Год тому назад оперирован, произведена аденомэктомия, через 12 часов после операции появилась резкая распирающая боль в правой голени, стопе. Три месяца лечился в стационаре и амбулаторно. Правая голень в трех измерениях на 3-4 см больше левой.

Каков наиболее вероятный диагноз?

- А) Посттромбофлебитическая болезнь.
- В) Облитерирующий атеросклероз правой ноги.
- С) Облитерирующий эндартериит правой ноги.
- Д) Миозит правой ноги.
- Е) Обменный полиартрит правой ноги.

18. Больная жалуется на резкую боль в области правой голени, появившиеся остро сутки тому назад. Ранее подобных болей не отмечала. В течении 5 лет страдает компенсированной формой варикозного расширения вен правой ноги. В средней трети голени участок яркой гиперемии по ходу вены, гипертермия, отмечается уплотнение тканей, резко болезненное и малоподвижное.

Поставьте предварительный диагноз.

- А) Острый лимфангоит правой голени.
- В) Острый тромбофлебит правой голени.
- С) Острый лимфаденит правой голени.
- Д) Слоновость, лимфэдема.
- Е) Острый дерматит правой голени.

19. К осложнениям варикозной болезни относят:

- А) Пигментация кожи
- Б) Индурация подкожной клетчатки
- В) Трофические язвы
- Г) Тромбофлебит
- Д) Слоновость

20. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

- А) склероз артериол
- Б) петлистый артериальный тромбоз
- В) развитие синдрома Лериша
- Г) тромбоз бедренной артерии
- Д) акроцианоз

21. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является

- А) удаление всех окаймлений ложного мешка
- Б) лигирование артерии и вены в четырех местах
- В) широкое рассечение для лигирования коллатералей
- Г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
- Д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

22. К субъективным проявлениям острой ишемии конечности относят все перечисленные, кроме

- А) болей в пораженной конечности
- Б) нарушения активных движений в суставах конечности

- В) похолодания конечности
- Г) парестезии
- Д) чувства онемения

23 В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:

- А) Механическая
- Б) Гормональная
- В) Ангиодисплазий
- Г) Наследственная
- Д) Коллагенозов

24 К симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленное, кроме:

- А. Отека голени и стопы
- Б. Пигментации и индурации кожи голени и стопы
- В. Наличия трофической язвы голени
- Г. Варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей
- Д. Варикозного расширения глубоких вен нижних конечностей

25 Больная 68 лет, поступила в клинику в экстренном порядке с диагнозом острый аппендицит. Показана операция по экстренным показаниям. Больная в течение 35 лет страдает варикозной болезнью обеих ног, от оперативного лечения по поводу варикозной болезни отказывалась. Укажите наиболее вероятное осложнение в послеоперационном периоде:

- А) Тромбоэмболия легочной артерии.
- В) Сепсис.
- С) Острая почечная недостаточность.
- Д) Острая дыхательная недостаточность.
- Е) Инфаркт миокарда.

26 Больной 60 лет, поступившей в клинику в экстренном порядке с диагнозом острый аппендицит, показана операция. У больной декомпенсированная форма варикозной болезни обеих ног. Укажите наиболее простой и эффективный метод профилактики тромбо-эмболического синдрома в данной ситуации:

- А) Эластическая компрессия обеих ног во время и после операции
- В) Гепаринотерапия до и после операции.
- С) Прием курантила до и после операции.
- Д) Прием аспирина до и после операции.
- Е) перевязка больших подкожных вен.

27 Больного беспокоят боли в левой голени, отек стопы, усиливающийся к вечеру. Болеет 2 года. Варикозно расширенных вен на голени нет.

По внутренней поверхности голени участок индуративного отека и пигментация кожи. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Объем левой голени на 3 см больше в трех измерениях по сравнению с правой.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- А) Посттромбофлебитический синдром левой голени.
- В) Облитерирующий атеросклероз левой голени.
- С) Острый тромбофлебит левой голени.
- Д) Оклюзионный синдром левой голени.
- Е) Остеомиелит нижней трети левой голени.

28 У больной диагностирован посттромбофлебитический синдром правой ноги, явившийся следствием осложненных родов 3 года тому назад.

Укажите наиболее информативный метод исследования для определения лечебной тактики:

- А) Компьютерная томография.
- В) Антеградная флебография
- С) Ультразвуковая доплерография.
- Д) Маршевая проба.
- Е) Трехжгутовая проба.

29 Больная 1,5 месяца назад перенесла острый тромбоз глубокой вены правого бедра. Правая голень отечна. При УЗДГ реканализации глубокой вены нет.

Выберите наиболее эффективный и патогенетически обоснованный метод стимуляции реканализации тромба:

- A) Массаж конечности, гепаринотерапия, ЛФК.
- B) Гепаринотерапия, маршевые нагрузки.
- C) Гормонотерапия, маршевые нагрузки, эластическая компрессия конечности.
- D) Строгий постельный режим, массаж конечности, гепаринотерапия.
- E) Маршевые нагрузки под эластической компрессией конечности.

30 У больной на левом бедре и голени определяются узелки мягко-эластической консистенции, увеличивающиеся после статических нагрузок, кожа под ними с пигментными диффузными пятнами. Левая нога на 4 см длиннее правой, увеличена в объеме на 3-4 см в трех измерениях на голени и бедре. Пигментные пятна с сосудистым рисунком родители девочки заметили сразу после рождения ребенка. Оксигенация венозной крови на больной ноге повышена, при ангиографии определяется сброс из артерий в вены.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- A) Дисплазия бедренной артерии слева.
- B) Веновенозная дисплазия.
- C) Варикозная болезнь поверхностных вен.
- D) Аневризма бедренной артерии слева.
- E) Артериовенозная дисплазия.

31 У больной после обследования в отделении сосудистой хирургии установлен диагноз: варикозная болезнь обеих ног; основной причиной которой, по данным ультразвуковой доплерографии, явилась несостоятельность клапанного аппарата вен-коммуникантов.

Укажите место локализации наибольшего количества вен-коммуникантов на нижней конечности:

- A) Нижняя треть бедра по передней поверхности.
- B) Верхняя треть голени по задней поверхности.
- C) Верхняя треть голени по медиальной поверхности.
- D) Нижняя треть голени по медиальной поверхности.
- E) Верхняя треть бедра по передне-медиальной поверхности.

32 Больная жалуется на ноющие боли в обеих голени, отеки, появляющиеся при длительном пребывании на ногах. Болеет с 16 лет, когда впервые на голени появились узлы синюшного цвета, значительно увеличившиеся после родов. В последние 2 года появились отеки обеих голеней, пастозность, мешотчатые и узловатые расширения подкожных вен по внутренней поверхности обеих голеней.

Каков наиболее вероятный диагноз?

- A) Артерио-венозная дисплазия ног.
- B) Облитерирующий эндартериит ног.
- C) Лимфостаз, лимфэдема обеих ног.
- D) Мигрирующий тромбофлебит Бюргера.
- E) Варикозная болезнь обеих ног.

33 Больная жалуется на ноющие боли в обеих голени, отеки, появляющиеся при длительном пребывании на ногах. Болеет с 16 лет, когда впервые на голени появились узлы синюшного цвета, значительно увеличившиеся после родов. В последние 2 года появились отеки обеих голеней, пастозность, мешотчатые и узловатые расширения подкожных вен по внутренней поверхности обеих голеней.

Какой наиболее информативный метод исследования следует применить для установления диагноза?

- A) Ультразвуковая доплерография.
- B) Компьютерная томография.
- C) Антеградная флебография.
- D) Артериография.
- E) Плетизмография.

34 Больная жалуется на боль, отеки, чувство тяжести в левой голени, появляющиеся после длительного пребывания на ногах. Болеет 15 лет. После беременности и родов появились узлообразные расширения подкожных вен, которые постепенно увеличиваются. В н/3 голени в течение последнего года появился конгломерат расширенных вен, отеки увеличились, не проходят после отдыха. Консультирована хирургом – рекомендовано лечение.

Какой вид лечения будете рекомендовать больной?

- A) Склерозирующая терапия.
- B) Поясничная симпатэктомия.
- C) Флебэктомия.
- D) Эластическая компрессия.
- E) Магнитно-резонансная терапия.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия гастрогепатодуоденальной зоны.
2. Основные теории патогенеза язвенной болезни и ее осложнений.
3. Методы исследования функций верхних отделов ЖКТ: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.
4. Клиника язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стенозы пилорического отдела желудка, пенетрации, малигнизации язвы и др.).
5. Патогенез отдельных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Диагностика осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Тактика хирурга при данных заболеваниях
9. Основные принципы предоперационной подготовки.
10. Основные методы оперативного и консервативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
11. Профилактика и реабилитация больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомию гастрогепатодуоденальной зоны.2. Основные теории патогенеза язвенной болезни и ее осложнений.3. Методы исследования функций верхних отделов ЖКТ.4. Патогенез отдельных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.5. Диагностику осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.6. Дифференциальную диагностику.7. Тактику хирурга при данных заболеваниях8. Основные принципы предоперационной подготовки.9. Основные методы оперативного и консервативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки10. Профилактику и реабилитацию больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.2. Обосновать конкретный план обследования больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.3. Правильно проводить опрос больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.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 верхних отделов ЖКТ.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни,</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ермолов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни и 12-п кишки. - Рига, 1983.2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, 1982.3. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.И. Курс оперативной хирургии в топографической анатомии. - Курск, 1994.4. Черноусов А.Ф. с соавт., Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ПК. - М.: Медицина, 1996.5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.6. Кафедральные лекции.
--	--

5. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки».
6. У больного язва двенадцатиперстной кишки, сопровождающаяся диареей. при рентгеновском исследовании в желудке всегда обнаруживали много жидкости при ненарушенной эвакуации, после резекции желудка по поводу перфорации через год развилось желудочное кровотечение. потребовалась новая операция, при этом, кроме язвы отводящей петли гастроэнтероанастомоза, в хвосте поджелудочной железы обнаружена опухоль диаметром 3 см. эта опухоль скорее всего
А -язвенная форма рака с метастазом в поджелудочную железу
Б доброкачественная опухоль поджелудочной железы
В -язва
Г -рак поджелудочной железы с метастазом в тонкую кишку
7. Наиболее информативное исследование при язвенной болезни
А фиброэндоскопия
Б -скорость оседания эритроцитов
В -ультразвуковое исследование
Г -рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного канала
Д –дуктография
8. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска.
Какой диагноз может быть поставлен больному? С чем связано то состояние, в котором он поступил? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

9. Больной 70 лет в течение 5 лет наблюдался по поводу язвы антрального отдела желудка. От оперативного лечения отказывался. В течение последних 3 месяцев боли в эпигастрии приняли постоянный характер, появилось отвращение к мясным продуктам, снизилась работоспособность, похудел. О каком осложнении заболевания можно думать? Как уточнить диагноз? Какова тактика лечения?
10. Демпинг-синдром у предрасположенных к нему здоровых людей вызвать
А - можно
Б - нет
11. Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. Обращало на себя внимание снижение общей кислотности желудочного сока с 90 до 40 т.е. и появление в желудочном соке большого количества молочной кислоты. РОЭ 40 мм/час.
О каком осложнении язвенной болезни можно думать? Какими диагностическими средствами можно воспользоваться для подтверждения вашего предположения? Какова ваша тактика в лечении данного больного?
12. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Сам пришел на прием. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастриальной области небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.
Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования Вы примените для подтверждения Вашего предположения? Куда и как Вы отправите на лечение больного?

13. Больной 58 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 4 лет. Обострения заболевания возникают ежегодно весной и осенью. При гастроскопии обнаружена язва тела желудка диаметром 1,5 см. Биопсия подтвердила доброкачественный характер язвы. Исследование желудочного сока показало нормаацидное состояние секреции. Больному проведено консервативное лечение, однако болевой синдром остается.

Ваша дальнейшая тактика? О каких осложнениях ещё, вы можете думать? Укажите признаки малигнизации хронической язвы желудка.

14. Больному по поводу язвенной болезни выполнена резекция желудка. Нуждается ли он в диспансерном наблюдении в качестве лица с повышенным риском возникновения рака

- а) не нуждается
- б) нуждается в течение первых 5 лет после операции
- в) нуждается в течении первых 10 лет после операции
- г) нуждается по прошествии 10 лет после операции

15. Больной, 36 лет, в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курортах, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не находился. Язва все время прослеживается при рентгенологическом исследовании.

Следует ли больному предлагать операцию?

16. У больного, 42 лет, язва желудка существует в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1—2—3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке вблизи малой кривизны антрального отдела желудка.

Почему изменялся характер болей? Как рекомендуется лечить больного?

17. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастральной области, которое проходит обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ на массаж которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска.

О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

18. Больной 60 лет жалуется на чувство тяжести в эпигастрии, особенно после еды, рвоту съеденной пищей без примеси желчи, приносящую некоторое улучшение. Похудел на 5 кг. При гастроскопии остатки пищи в желудке, выходной отдел которого обтурирован изъязвленной опухолью. Что необходимо для дальнейшей диагностики. С какого элемента консервативной терапии необходимо начать лечение? Какая тактика оперативного лечения?

19. НАИБОЛЬШАЯ ТЕХНИЧЕСКАЯ ТРУДНОСТЬ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ

- А -выраженный гастрит
- Б -пенетрация язвы
- В спаечный процесс

19 ВОЗМОЖНА ЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА

- А - нет
- Б - да

20 БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, НЕДАВНО ЛЕЧИЛСЯ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ, ВОЗНИКШЕГО ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ УШИБЕ. СТРАДАЕТ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А - синдром Штейна-Левенталя
- Б -синдром Золлингера-Эллисона
- В -синдром Мэллори-Вейсса
- Г - гиперпаратиреоз
- Д –гастриному

21 У БОЛЬНОГО ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ДИАРЕЕЙ. ПРИ РЕНТГЕНОВСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ЖЕЛУДКЕ ВСЕГДА ОБНАРУЖИВАЛИ МНОГО ЖИДКОСТИ ПРИ НЕНАРУШЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ, ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАЦИИ ЧЕРЕЗ ГОД РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ПОТРЕБОВАЛАСЬ НОВАЯ ОПЕРАЦИЯ. ПРИ НЕЙ, КРОМЕ ЯЗВЫ ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, В ХВОСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ ДИАМЕТРОМ 3 СМ. ЭТА ОПУХОЛЬ СКОРЕЕ ВСЕГО

- А - язвенная форма рака с метастазом в поджелудочную железу
- Б - доброкачественная опухоль поджелудочной железы
- В - язва
- Г - рак поджелудочной железы с метастазом в тонкую кишку

22 НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- А фиброэндоскопия
- Б -скорость оседания эритроцитов
- В -ультразвуковое исследование
- Г -рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного канала

Д – дуктография

23 ОПТИМАЛЬНАЯ ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА

- А -ваготомия и пилоропластика
- Б -антрумрезекция
- В -селективная проксимальная ваготомия
- Г резекция желудка
- Д -иссечение язвы

24 ДЕМПИНГ-СИНДРОМ У ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ К НЕМУ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ВЫЗВАТЬ

- А - можно
- Б – нет

25 БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ ЯЗВЫ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА. ОТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКАЗЫВАЛСЯ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3 МЕСЯЦЕВ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ПРИНЯЛИ ПОСТОЯННЫЙ ХАРАКТЕР, СНИЗИЛАСЬ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, ПОХУДЕЛ. ЯЗВА

- А - малигнизированная
- Б - кровоточащая
- В – стенозирующая

26 ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ

- А - инсулина
- Б - гастрина
- В - панкреозимина
- Г - эритропоэтина
- Д – глюкагона

27 БОЛЬНАЯ 43 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ И ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ УСИЛИВАЮТСЯ ПОСЛЕ ЕДЫ И В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА. В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛИ И ЖЖЕНИЕ УМЕНЬШАЮТСЯ, В АНАЛИЗАХ КРОВИ ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ. ВЫ ПРЕДПОЛАГАЕТЕ

- А - рак желудка
- Б - эпифренальный дивертикул пищевода
- В - хронический гастрит
- Г - дуоденальная язва
- Д -грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита

28 СИМПТОМЫ ПИЛОРИЧЕСКОГО СТЕНОЗА

- А - рвоты, дегтеобразный стул, шум плеска
- Б - дегтеобразный стул, шум плеска, судороги
- В - рвоты, шум плеска, судороги
- Г - похудение, рвоты, дегтеобразный стул

29 РАННИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН

- А - функциональной недостаточностью верхних отделов кишечника,
- Б - выключением двенадцатиперстной кишки и пилорического жома
- В – гипогликемией

30 БОЛЬНОМУ 46 ЛЕТ, ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕМУ ЖАЛОБЫ НА ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СТИХАЮЩИЕ НА КОРОТКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ЕДЫ, ПОХУДЕНИЕ, ПРОИЗВЕДЕНА РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖЕЛУДКА. НА МАЛОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА В ОБЛАСТИ УГЛА ВЫЯВЛЕНА "НИША" РАЗМЕРОМ 1,5x1 СМ С КОНВЕРГЕНЦИЕЙ СКЛАДОК, СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ЭЛАСТИЧНЫЕ, ПЕРИСТАЛЬТИКА СОХРАНЕНА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- А - язва желудка
- Б -рак желудка
- В -лимфома желудка

31 Больной жалуется на резкую постоянную боль с эпигастрии и в правой половине живота. Язвенный анамнез в течение 5 лет. Живот резко болезненный в эпигастрии, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Острый инфаркт миокарда

- В) Острый перфоративный аппендицит
- С) Перфоративная язва
- Д) Обострение язвенной болезни
- Е) Острый холецистит

32 Больной жалуется на интенсивную, как "удар ножом" боль в эпигастрии. В дальнейшем боль переместилась в правую подвздошную область. Живот резко болезненный в эпигастрии, менее - в правой подвздошной области, выражено защитное напряжение мышц брюшной стенки. При обзорной рентгенографии выявлен газ под правым куполом диафрагмы.

Ваш предварительный диагноз:

- А) Тромбоз мезентериальных сосудов
- В) Перфорация Меккелева дивертикула
- С) Острый перфоративный аппендицит
- Д) Перфоративная язва
- Е) Острый панкреатит

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла.2. Функции червеобразного отростка.3. Классификация острого аппендицита.4. Этиология острого аппендицита5. Патогенез острого аппендицита.6. Клиника заболевания.7. Диагностика острого аппендицита.8. Дифференциальная диагностика.9. Методы хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">7. Проводить клиническое обследование больных с ОА8. Обосновать конкретный план обследования больных с ОА9. Правильно проводить опрос больных с ОА10. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.11. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.12. Ассистировать на операциях по поводу ОА.	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006.</p> <p>Перитонит Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Для характеристики аппендикулярного инфильтрата не подходит:
 - а) он ограничивает воспаленный червеобразный отросток от свободной брюшной полости;
 - б) формируется не ранее 5 дней заболевания;
 - в) определяется пальпаторно;
 - г) может абсцедировать;
 - д) как правило, боли после его формирования тупого характера.
2. Что не соответствует абсцессу маточно-прямокишечного пространства?
 - а) диагностируется пальцевым ректальным исследованием;
 - б) чаще вскрывают лапаротомным доступом;
 - в) дает выраженную интоксикацию;
 - г) возможно вскрытие через стенку прямой кишки;
 - д) вскрывают через задний свод влагалища.
3. Появление болей в подложечной области и их смещение через несколько часов в правую подвздошную называется симптомом:
 - а) Ровзинга;
 - б) Ситковского;

- в) Воскресенского;
- г) Кохера;
- д) Щеткина-Блюмберга.

4. Локализация болей по правому флангу и в правой поясничной области при остром аппендиците характерна для:

- а) типичного расположения червеобразного отростка;
- б) тазового расположения;
- в) подпеченочного расположения;
- г) ретроцекального расположения;
- д) формирования парааппендикулярного абсцесса.

5 Симптом «рубашки» — это:

- а) симптом Воскресенского;
- б) симптом Раздольского;
- в) симптом Ровзинга;
- г) симптом Кохера;
- д) симптом Щеткина-Блюмберга.

6 Болезненность при перкуссии над очагом воспаления — это симптом:

- а) Воскресенского;
- б) Раздольского;
- в) Ровзинга;
- г) Кохера;
- д) Щеткина-Блюмберга.

7 Развитие перитонита менее всего характерно для расположения воспаленного червеобразного отростка:

- а) медиально;
- б) подпеченочно;
- в) в малом тазу;
- г) ретроцекально;
- д) типично у пациентов старше 70 лет.

8. Для перфоративного аппендицита у взрослых не характерен симптом:

- а) внезапного усиления болей в животе;
- б) нарастания клиники перитонита;
- в) Щеткина-Блюмберга;
- г) Воскресенского;
- д) мягкого живота при пальпации.

9. Что неверно для тазовой локализации воспаленного червеобразного отростка?

- а) всегда наблюдается частый, жидкий стул;
- б) возможны дизурические симптомы;
- в) боли выявляются в надлобковой области;
- г) пальпация живота в начале заболевания малоинформативна;
- д) ректальное исследование выявляет болезненность.

10. О вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины более всего свидетельствует:

- а) срок заболевания;
- б) лейкоцитоз;
- в) повышение температуры тела;
- г) появление рвоты;
- д) появление защитного напряжения мышц и симптомов раздражения брюшины

11. Основной симптом острого аппендицита:

- а) боль в животе;
- б) тошнота, рвота;
- в) локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области;
- г) повышение температуры тела;

д) жидкий стул.

12. Появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области — это симптом:

- а) Кохера;
- б) Ровзинга;
- в) Воскресенского;
- г) Ситковского;
- д) Щеткина — Блюмберга.

13. Более всего перитонеальным является симптом:

- а) Кохера;
- б) Раздольского;
- в) Ровзинга;
- г) Бартомье;
- д) Образцова.

14. Что неверно для острого аппендицита у лиц пожилого возраста?

- а) боли в животе выражены всегда значительно;
- б) защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено;
- в) в анализе крови возможен небольшой лейкоцитоз;
- г) быстро развиваются деструкция червеобразного отростка и парез кишечника;
- д) минимальные изменения при объективном обследовании.

15. Пилефлебит никогда не осложняется:

- а) тромбозом ветвей воротной вены;
- б) разлитым перитонитом;
- в) абсцессом печени;
- г) сепсисом;
- д) апостематозным гепатитом.

16. Что неверно для аппендикулярного инфильтрата?

- а) может рассосаться;
- б) может нагноиться;
- в) нагноение диагностируют клинически;
- г) нагноение диагностируют чаще с помощью обзорной рентгенографии;
- д) нагноение диагностируют с помощью УЗИ.

17. В аппендикулярный инфильтрат никогда не входит:

- а) червеобразный отросток;
- б) слепая кишка;
- в) тонкая кишка;
- г) большой сальник;
- д) малый сальник.

18. Основной причиной образования дугласова абсцесса после типичной аппендэктомии в первые сутки заболевания при флегмонозном аппендиците является:

- а) отсутствие антибиотикотерапии;
- б) назначение малых доз антибиотиков;
- в) не подведение марлевого тампона к ложу червеобразного отростка;
- г) ушивание брюшной стенки наглухо, без последующих санаций;
- д) плохая санация брюшной полости во время операции.

19. Что никогда не используют для диагностики аппендикулярного перитонита?

- а) общий анализ крови;
- б) ирригоскопию;
- в) пункцию заднего свода влагалища;
- г) УЗИ;
- д) лапароскопию.

20. Больному 20 лет. Оперирован по поводу острого простого аппендицита, сопутствующих заболеваний нет. Операция прошла гладко. В послеоперационном периоде вы назначите:

- а) камфору и кордиамин подкожно
- б) постоянный зонд в желудок
- в) массивные дозы антибиотиков
- г) парантеральное питание
- д) анальгетики

20. Изобразите анатомию червеобразного отростка и строение его стенки.

21. Составьте алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГРУДИ»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия органов грудной клетки.
2. Классификация открытых и закрытых травм груди.
3. Клиника заболеваний.
4. Диагностика.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия органов грудной клетки.2. Классификация открытых и закрытых травм груди.3. Клиника заболеваний.4. Диагностика.5. Дифференциальная диагностика.6. Методы консервативного и хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование больных с закрытыми и открытыми травмами груди2. Обосновать конкретный план обследования больных с закрытыми и открытыми травмами груди.3. Правильно проводить опрос больных с закрытыми и открытыми травмами груди4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.6. Ассистировать на операциях	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Руководство по неотложной хирургии, В. С. Савельев Год издания: 2008.</p> <p>Хирургия повреждений груди, Вагнер Е.А., 1983</p>
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Лечебное мероприятие, которое следует провести на этапе первой врачебной помощи при клапанном пневмотораксе:

- а) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- б) искусственная вентиляция легких;
- в) торакотомия и бронхотомия;
- г) герметичная повязка на рану;
- д) плевральная пункция.

2. Мероприятие, которое следует применять при открытом пневмотораксе на этапе квалифицированной помощи:

- а) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- б) торакотомия;
- в) ушивание открытого пневмоторакса;
- г) искусственная вентиляция легких;

д) большая окклюзионная повязка.

3. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с :

- а) трахеостомы;
- б) пункции плевральной полости, дренирование плевральной полости для аспирации воздуха;
- в) блокады межреберных нервов;
- г) обездвижения грудной клетки;
- д) вагосимпатической блокады

4. Каких видов бывает пневмоторакс: 1) открытый; 2) закрытый; 3) смешанный; 4) полуоткрытый; 5) полузакрытый; 6) клапанный.

- а) 1, 2 и 3;
- б) 1, 2 и 6;
- в) 3, 4 и 5;
- г) 4, 5 и 6;
- д) 1 и 2.

5. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

- а) пневмоторакс
- б) гемоторакс
- в) свернувшийся гемоторакс
- г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- д) сам факт проникающего ранения

6. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

- а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
- б) передне-боковая торакотомия слева
- в) стернотомия
- г) задне-боковая торакотомия слева
- д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

7. Характерным признаком разрыва легкого является

- а) кровохаркание
- б) гемоторакс
- в) пневмоторакс
- г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- д) гемо-пневмоторакс

8. Б., 30 лет, через 2 ч после осколочного ранения правой половины грудной клетки доставлен к месту квалифицированной медицинской помощи. Состояние тяжелое, сознание спутанное. ЧСС — 130/мин., АД — 80/60 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На 2 см ниже соска видна рана диаметром до 7 мм, умеренно кровоточащая. Второго раневого отверстия нет. Над всей правой половиной грудной клетки при аускультации определяется резко ослабленное дыхание, а при перкуссии — притупление перкуторного звука даже в положении лежа. Кровь, полученная при пункции плевральной полости, быстро свернулась в пробирке. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить на этапе квалифицированной медицинской помощи? В чем особенность шока, возникающего при ранении груди?

9. В стационар доставлен пострадавший с травмой грудной клетки. Пациент жалуется на боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышку, нарастающую с каждым вдохом. Из анамнеза: получил ножевое ранение в драке. Объективно: состояние тяжелое, лицо цианотично, на грудной клетке справа рана размером 2,0х0,5 см, пенящееся кровотечение. Пульс — 100 ударов в минуту, ЧДД — 26 в минуту, АД — 100/70 мм рт.ст., температура 36,8°C. Какое повреждение можно заподозрить? Определите проблемы пациента, выявите приоритетную тактику лечения.

10. Сопоставьте патологию с видом пневмоторакса

повреждение грудной клетки
разрыв легкого в виде клапана
буллезная эмфизема

спонтанный
открытый
напряженный

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
2. Классификация открытых и закрытых травм живота.
3. Клиника открытых и закрытых травм живота.
4. Диагностика.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.2. Классификация открытых и закрытых травм живота.3. Клиника заболеваний.4. Диагностика.5. Дифференциальная диагностика.6. Методы консервативного и хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проводить клиническое обследование2. больных с закрытыми и открытыми травмами живота3. Обосновать конкретный план обследования4. больных с закрытыми и открытыми травмами живота5. Правильно проводить опрос больных с закрытыми и открытыми травмами живота6. Правильно интерпретировать результаты7. клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.8. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.9. Ассистировать на операциях по поводу закрытых и открытых травмам живота	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, В. С. Савельев Год издания: 2008.</p> <p>Повреждения живота при сочетанной травме Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И., 1985</p>
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. При проникающих ранениях брюшной полости следует обязательно выполнить:

- а) ПХО раны;
- б) лапароцентез;
- в) рентгенографию брюшной полости;
- г) лапаротомию;
- д) ЭГДС.

2. При закрытой травме органов брюшной полости наиболее достоверным методом диагностики является:

- а) диагностическая лапаротомия;
- б) рентгенологическое исследование органов брюшной полости;
- в) лапароцентез;
- г) УЗИ брюшной полости;

д) лапароскопия.

3. При закрытой травме органов брюшной полости наиболее достоверным методом диагностики является

- а) диагностическая лапаротомия
- б) рентгенологическое исследование
- в) лапароцентез
- г) клиническое наблюдение
- д) лапароскопия

4. Достоверными признаками проникающего ранения брюшной полости являются:

- а) выпадение сальника из раны;
- б) положительный симптом Щеткина - Блюмберга;
- в) поступление крови из раны;
- г) локализация раны в области передней брюшной стенки.
- д) тахикардия.

5. Травматический разрыв диафрагмы приводит к следующим осложнениям:

- а) ущемлению органа, вышедшего из брюшной полости;
- б) парезу диафрагмального нерва;
- в) кровотечению в брюшную полость;
- г) кровотечению в грудную полость;
- д) всему названному.

6. При проникающих ранениях живота в первую очередь должны быть оперированы раненые

- а) находящиеся в шоке
- б) с разлитым перитонитом
- в) с эвентрацией внутренних органов
- г) с внутрибрюшным кровотечением
- д) находящиеся в бессознательном состоянии

7. Причиной ложно-абдоминального синдрома при сочетанной травме является

- а) перелом грудины и травма органов средостения
- б) вывих тазобедренного сустава
- в) травма груди с переломом ребер в средне-нижней зоне
- г) ушиб шейно-грудного отдела позвоночника
- д) чрезвычайный перелом бедра

8. Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде 3. Что можно заподозрить по операционным находкам

9. Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжелое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки,

деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120l. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить 2. Что можно по ним заподозрить3. Тактика в зависимости от диагностических находок.

10. Больная К., 21 года поступила в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации дефанс, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110l. Hb 140г/л. Ht 47%. Status localis в поясничной области слева имеется колото-резанная рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневой канал идёт сзади наперёд и снизу вверх, пальпаторно конец его не достигаем. 1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить2. Диагноз3. Ваши лечебные мероприятия.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 - 6 КУРСОВ
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
ТЕМА: «ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА»**

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:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Анатомия ЩЖ2 Функции ЩЖ3 Классификация заб.ЩЖ4 Этиология.5 Патогенез.6 Клиника заболевания.7 Диагностика.8 Дифференциальная диагностика.9 Методы хирургического лечения. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none">1 Проводить клиническое обследование2 больных с заболеванием ЩЖ3 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеванием ЩЖ4 Правильно проводить опрос больных с заболеванием ЩЖ5 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных6 и других методов обследования.7 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.8 Ассистировать на операциях по поводу перитонита.	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Внутренние болезни. Распознавание, семиотика, диагностика. Под ред. Шишкин А.Н.2. Хирургические болезни. М.И. Кузин3. Методические рекомендации кафедры
---	--

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 К опухолям АПУД-системы не относятся
 - а) хемодектома
 - б) карциноид
 - в) медуллярный рак щитовидной железы
 - г) фолликулярный рак
 - д) параганглиома

- 3 Рак щитовидной железы среди всех видов рака составляет в среднем
 - а) не более 2 %
 - б) 3-4 %
 - в) 5-6 %
 - г) 7-10 %
 - д) более 10 %

- 4 По возрастным группам рак щитовидной железы имеет следующие пики заболевания

- а) в 7-20 лет
- б) в 21-31 лет
- в) в 40-65 лет
- г) верно А и В
- д) верно Б и В

5 Более 6 % всех случаев рака щитовидной железы составляет

- а) папиллярный
- б) фолликулярный
- в) недифференцированный
- г) плоскоклеточный
- д) медуллярный

6 Папиллярная форма рака щитовидной железы имеет не редко мультицентричный рост, в том числе в противоположной доле

- а) до 10 %
- б) до 20%
- в) до 30 %
- г) до 40 %
- д) более 50 %

7 Дифференцированные формы рака щитовидной железы преимущественно распространяются

- а) по лимфатическим путям
- б) гематогенно
- в) по фасциально-футлярным структурам
- г) по протяжению
- д) одинаково часто

8 Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы

- а) снижается
- б) остается на том же уровне
- в) растет

9 К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся

- а) папиллярная аденокарцинома
- б) фолликулярная аденокарцинома
- в) медуллярный рак
- г) недифференцированный рак

10 Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет

- а) 10 %
- б) 20 %
- в) 50 %
- г) 70 %

11 Под понятием « скрытый рак» щитовидной железы подразумевают

- а) наличие малых размеров опухоли в тканях щитовидной железы без клинических ее проявлений
- б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
- в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
- г) все ответы правильные

12 Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются

- а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
- б) надключичные
- в) паратрахеальные
- г) предтрахеальные
- д) за грудины

13 Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет

- а) 5-10 %
- б) 25-30 %

- в) 55-60 %
- г) 70-75 %
- д) 90-95 %

14 Что из перечисленного не является показанием к операции при узловом зобе:

- а) сдавление трахеи и пищевода
- б) развитие тяжелого тиреотоксикоза
- в) риск тиреоидита
- г) возможность малигнизации
- д) косметический дефект

15 Появление зоба у значительного числа лиц живущих в одной биогеохимической области будет определено вами как

- а) эпидемический зоб
- б) спорадический зоб
- в) острый струмит
- г) эндемический зоб
- д) массовый тиреотоксикоз

16 Определите оптимальный вариант лечения узлового зоба

- а) консервативное лечение тиреоидином
- б) иссечение узла со срочным гистологическим исследованием
- в) выполнить энуклеацию
- г) провести субтотальную струнэктомию
- д) показано гемиструмэктомия или резекция доли щитовидной железы

17 Клиническим признаком загрудинного зоба является

- а) сужение трахеи на рентгенограмме
- б) расширение вен шеи
- в) одышка
- г) одутловатость лица
- д) все названное

18 Что не является интраоперационным осложнением при операциях на щитовидной железе

- а) кровотечение
- б) воздушная эмболия
- в) жировая эмболия
- г) повреждение трахеи
- д) повреждение пищевода

19 Симптомы тиреотоксического криза все кроме

- а) тахикардии
- б) снижения пульсового АД
- в) потери сознания
- г) возбуждения
- д) гипертермии

20 Что не является проявлением тиреотоксикоза?

- а) симптомы Греффе и Мебиуса
- б) тахикардия
- в) экзофтальм
- г) тремор конечностей
- д) увеличение щитовидной железы

21 Изобразите схему анатомии щитовидной железы.

22 Составьте схему дифференциальной диагностики при заболеваниях щитовидной железы.