

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра Хирургических болезней №2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
(ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по Госпитальной хирургии

наименование дисциплины

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,

утвержденной 30.03.2022г.

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 6 курса (11 семестр) лечебного факультета

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

по дисциплине Госпитальная хирургия

Составители:

Зав.учебной частью доцент, к.м.н.



Калицова М.В.

Зав. кафедрой профессор, д.м.н.



Тотиков В.З.

Профессор, д.м.н.



Тотиков З.В.

Доцент, к.м.н.



Медоев В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

Тема: Заболевания поджелудочной железы.

Тема: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Тема: Желудочно-кишечные кровотечения.

Тема: Болезни оперированного желудка.

Тема: Заболевания пищевода и диафрагмы.

Тема: Болезни печени.

Тема: Болезни селезенки.

Тема: Дифференциальная диагностика желтух.

Тема: Кишечные свищи.

Тема: Травмы груди и живота.

Тема: Эндоскопическая и интервенционная хирургия.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: «Заболевания поджелудочной железы».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

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

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

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.

Студент должен уметь:

1. Выявить основные жалобы и собрать анамнез при хроническом панкреатите и кистах поджелудочной железы.

Литература:

Хирургические болезни, 2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008

Питер А. Бэнкс. Панкреатит (перевод с английского). - М., 1982.
Данилов М.В. с соавт. Заболевания поджелудочной железы. М., 1995.

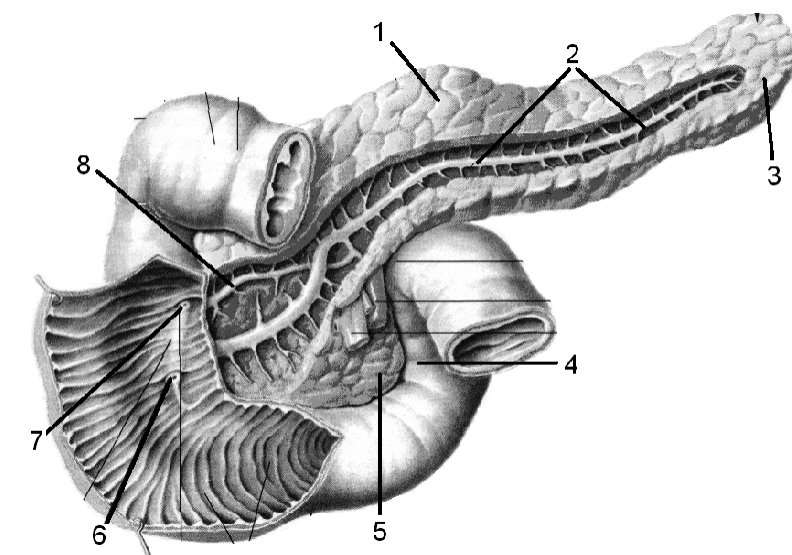
Кафедральные лекции.
Заболевания поджелудочной железы.

Учебно-методическое пособие для студентов.
Кафедра госпитальной хирургии.
Год издания: 2009

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

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



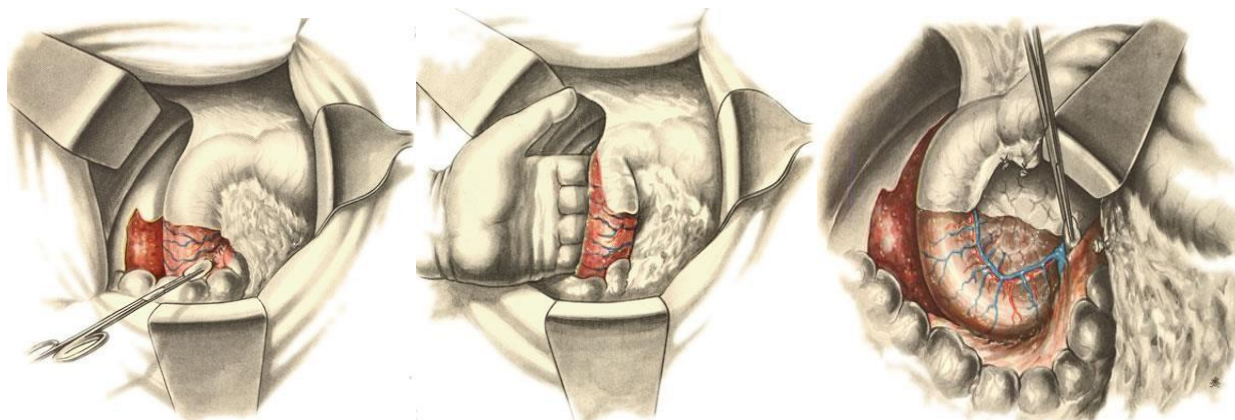
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

2. Классификация злокачественных опухолей ПЖ.

4. Укажите, что изображено на рисунках. Расставьте обозначения.

1.2.

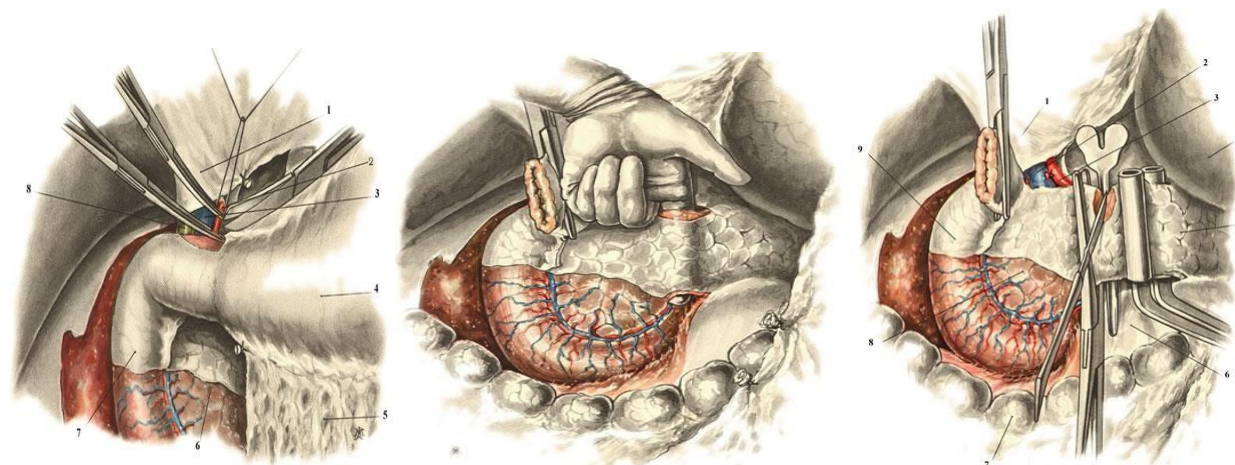
3.



4.

5.

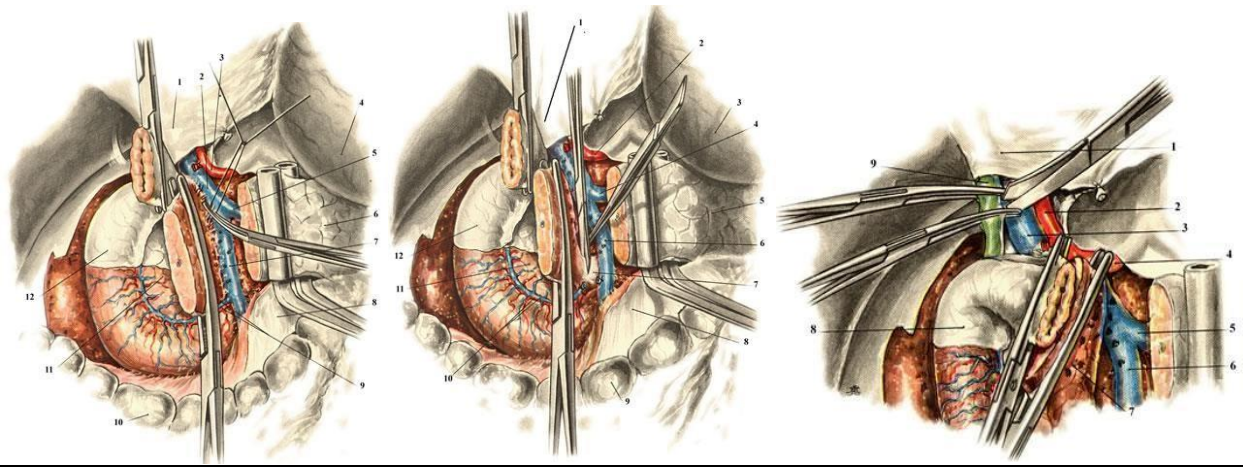
6.



7.

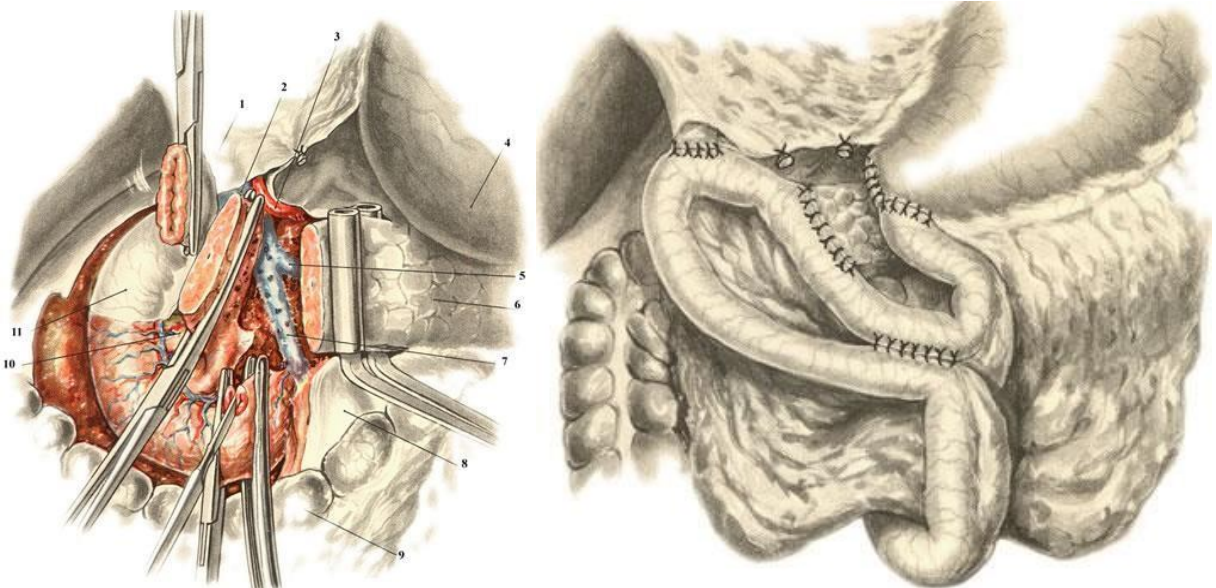
8.

9.



10.

11.



5. Этиопатогенез острого панкреатита.

6. Перечислите осложнения острого панкреатита.

7. Составьте диагностический алгоритм для острого панкреатита.

8. Клиническая картина острого панкреатита.

9. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика острого панкреатита?

10. Перечислите показания к операции при панкреонекрозе:

11. Перечислите типы кистозных образований поджелудочной железы:

12. Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:

1. Острые язвы желудка;
2. Острые язвы 12-перстной кишки;
3. Отек и гиперемия задней стенки желудка;
4. Кровоизлияния на передней стенке желудка;
5. Утолщение складок желудка и 12-перстной кишки

13. Показания к оперативному вмешательству при деструктивном панкреатите:

1. Парапанкреатический инфильтрат;
2. Гнойный парапанкреатит;
3. Отек забрюшинной клетчатки
4. Панкреатогенный перитонит;
5. Тяжелая интоксикация.

14. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

1. Сухость кожных покровов;
2. Диабет;
3. Креато-и стеаторея;
4. Расширение вен передней брюшной стенки;
5. Почечно-печеночная недостаточность.

15. Укажите показатель лабораторного теста исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:

1. Глюкоза крови;
2. Секретин;
3. Панкреозимин крови;
4. Железо;
5. Адреналин крови.

16. У больного 40 лет с хроническим панкреатитом при РПХГ обнаружен стеноз фатерова соска на протяжении 0,8 см. Какой метод лечения Вы предпочтете?

1. Холедоходуоденоанастомоз;
2. Эндоскопическая папиллотомия;
3. Холецистоэнтероанастомоз;
4. Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
5. Наружное дренирование холедоха.

17. По характеру изменений в поджелудочной железе выделяют следующие виды панкреатита:

1. Отечный панкреатит
2. Жировой панкреонекроз
3. Геморрагический панкреонекроз
4. Выпотной панкреатит

18. Выберите правильную комбинацию ответов у больных с осложнениями острого панкреатита: а) шок и острая сердечная недостаточность; б) перфорация желчного пузыря; в) перитонит; г) дивертикул 12-перстной кишки; д) аррозивные кровотечения.

1. а, в, г.
2. б, г, д.
3. а, б, в, г
4. а, в, д

19. 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?

20. Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу жкб. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. Ps 82 уд. В мин., ад 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

При УЗИ имеется умеренное расширение ожп, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ожп выполнена эрпхг. Контрастированы частично гппж и ожп, в просветекоторого определяется конкремент. Выполнена эпт с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови - 72 г/л, мочи - 240 г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?
2. Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на бсдк?
3. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
4. Составьте программу лечения острого панкреатита?
5. Какие возможны исходы заболевания?

Тема: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки».
«Желудочно-кишечные кровотечения.»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия желудка.
2. Функции желудка.
3. Методы исследования.
4. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника.
1. Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Осложнения язвенной болезни желудка.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

- 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. Паталогоанатомическая картина. Клиника.
- 7.Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- 8.Осложнения язвенной болезни желудка.
- 9.Острые язвы. Классификация. Острый эрозивный гастрит. Лечение.

Студент должен уметь:

1. Проводить клиническое обследование больных с заболеванием желудка.
2. Обосновать конкретный план обследование больных.
3. Правильно проводить опрос больных
4. Правильно интерпретировать результаты клинических,лабороторных,инструментальных методов обследования.
5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.
6. Ассистировать на операциях.

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008

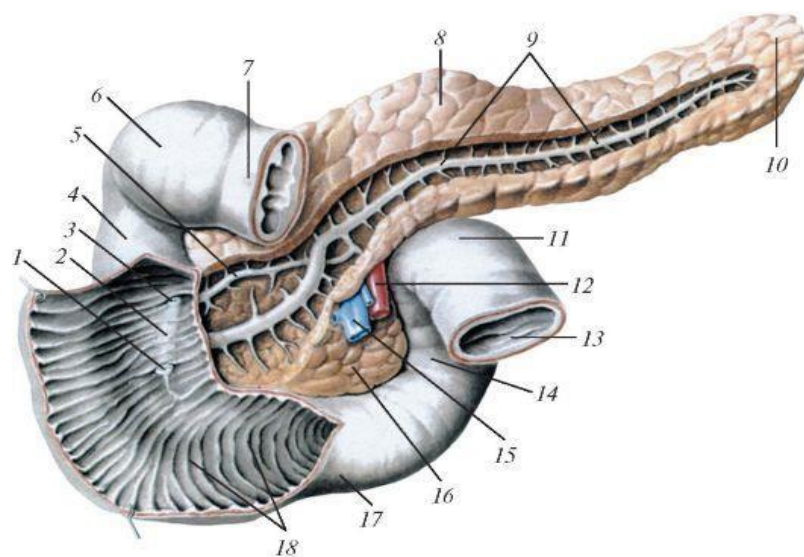
Хирургические болезни,
Савельев В.С., Кириенко А. И.
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2005

Хирургия. И. Ричард. М. Стиллман. С-Пб.-
«Ман»-1995г. Клиническая хирургия.
Ю.М.Панцеров.М.-1988г.
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
заболевания органов брюшной полости. К.М.
Лисицин, А.К. Ревская
М.-1986Г.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Язвенная болезнь –
2. Классификация ЯБ.

3. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



1.	10.
2.	11.
3.	12.
4.	13.
5.	14.
6.	15.
7.	16.
8.	17.
9.	18.

4. Перечислите факторы защиты и агрессии слизистой оболочки желудка.

5. Клиническая картина язвы 12 п.к.:

6. Диагностика язвы 12 п.к.:

7. Заполните таблицу:

ПОКАЗАТЕЛЬ КРОВОПОТЕРИ	СТЕПЕНЬ КРОВОТЕЧЕНИЯ		
	ЛЕГКАЯ	СРЕДНЯЯ	ТЖЕЛАЯ
Снижение систолического артериального давления (мм.рт.ст.)			
Потеря объёма циркулирующей крови (%)			
Частота пульса в 1 минуту			

Уровень гемоглобина (г/л)			
Количество эритроцитов ($\times 10^{12}$)			
Гематокритное число (%)			

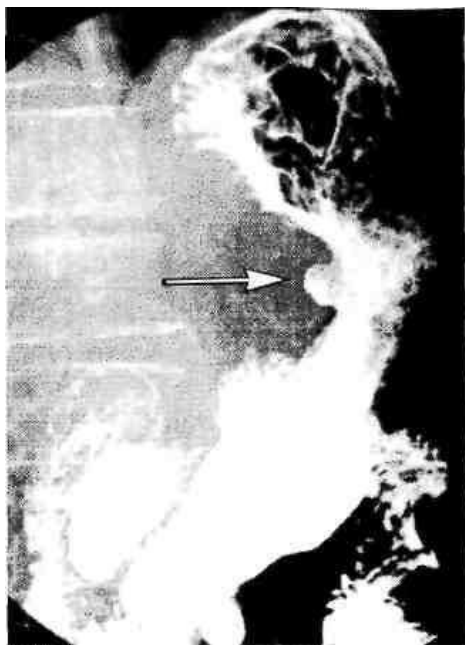
8. Техника пилоропластики по Джадду:

9. Клиническая картина язвенной болезни желудка:

10. Диагностика ЯБЖ. Дифференциальная диагностика.

11. Укажите, что изображено на рисунках.

1.

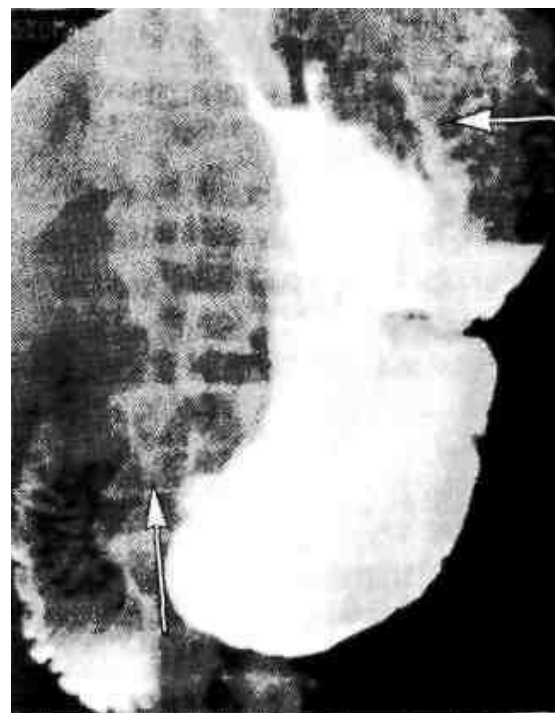


2.



3.

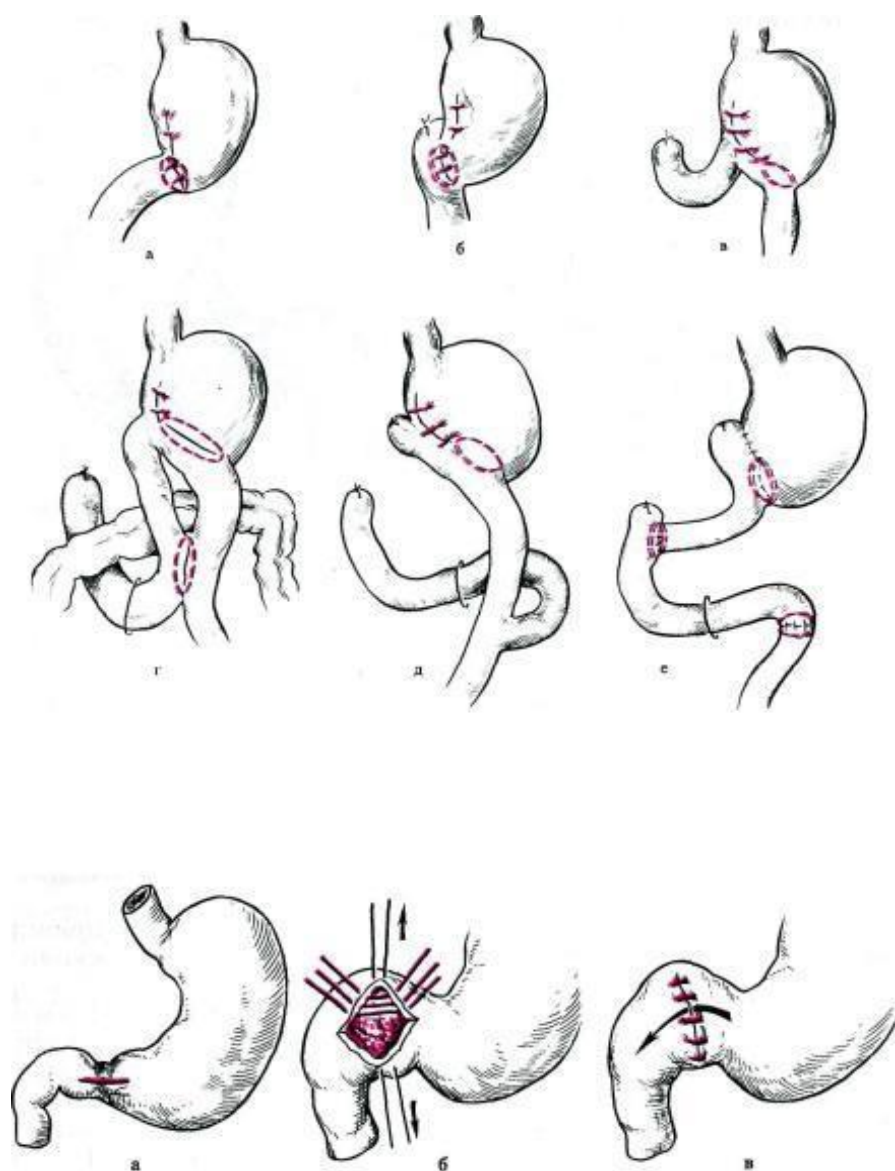
4.



12. Осложнения язвенной болезни желудка:

13. Алгоритм лечения язвы 12 п.к. и язвы желудка.

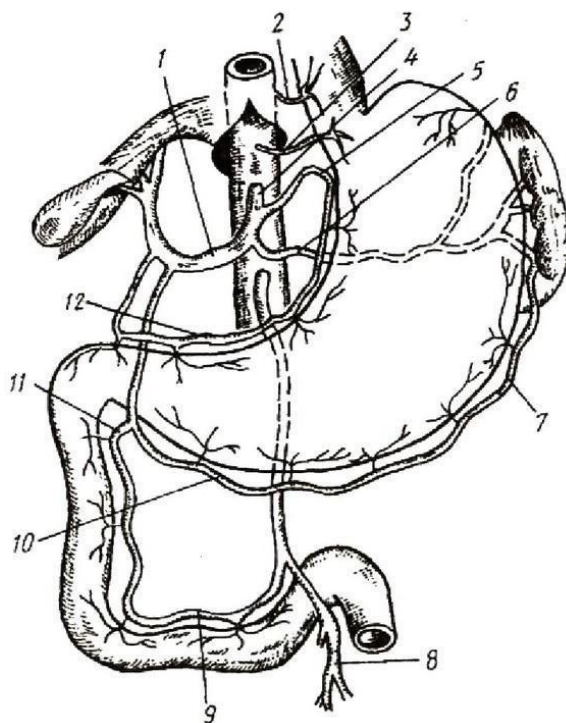
14. Укажите, что изображено на рисунках.



15. Перечислите показания для селективной проксимальной ваготомии. Этапы селективной проксимальной ваготомии

16. В чем суть синдрома Меллори- Вейса?

17. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



1.

7.

2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

18. Назовите 5 наиболее частых причин гастродуоденальных кровотечений:

19. Укажите типичные клинические проявления гастродуоденального кровотечения.

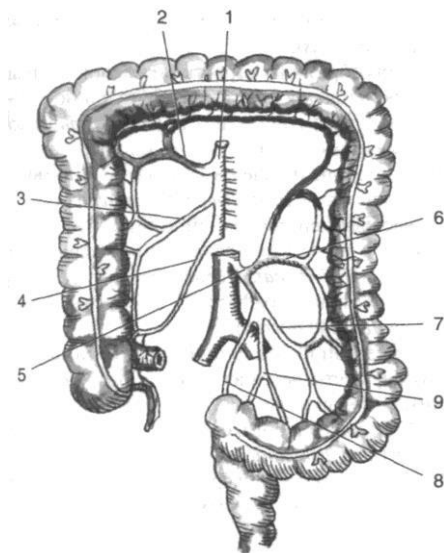
20. Классификация гастродуоденальных кровотечений.

21. Показания к хирургическому лечению при гастродуоденальных кровотечениях по D.Cristofer (1984):

22. Составьте таблицу дифференциальной диагностики кровотечений из верхних и нижних отделов ЖКТ:

23. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.

1.



2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

24. Составьте схему эрадикационной терапии

23. Основными стимуляторами секреции кислоты в желудке являются:

1. Ацетилхолин;
2. Гистамин;
3. Гастрин;
4. Адреналин;
5. Простагландины.

24. Что из перечисленного является наиболее предпочтительным для больного молодого возраста с перфоративной дуоденальной язвой при отсутствии предшествующего язвенного анамнеза и других осложнений, присущих язвенной болезни?

1. Метод Вангенстина-Тейлора;
2. Ваготомия с дренирующей желудок операцией;
3. Резекция желудка;
4. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы;
5. Традиционное ушивание перфоративной язвы.

25. У больного 48 лет сочетанная форма язвенной болезни (выраженная рубцоваяязвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки с субкомпенсированным пилоробульбарным стенозом и хроническая язва угла желудка).

Какая операция показана больному?

26. Больной к. 58 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, рвоту типа "кофейной гущи", черный жидкий стул. Считает себя больным в течение недели, когда появились боли в эпигастрии, изжога, интенсивность которых нарастала. К утру текущего дня, после рвоты, боль уменьшилась, но появился черный жидкий стул. Больной страдает язвенной болезнью дпк в течение 7 лет. Наследственность неотягощена. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 100/65 мм рт ст, ps 110/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал, дегтеобразного цвета. В клиническом анализе крови – hb – 85 г/л, ht – 32%, эритроциты- $2,5 \times 10^{12}/л$

Сформулируйте предварительный диагноз.

1. Назовите методы исследования, которые необходимо выполнить данному больному.
2. Определите лечебную тактику в отношении данного больного. Перечислите показания к оперативному вмешательству.
3. Назовите клинико-лабораторные и эндоскопические показатели вероятности рецидива кровотечения.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА
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:

Студент должен знать: 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. Студент должен уметь:	Литература: 1. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 992 с.: ил. 2. Клиническая хирургия: национальное руководство в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 832 с. 3. Околоков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н. Околоков. – М. «Мед. литература», 2009. – Т.1. – 535с. 4. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Дегтярева. – М. «МИА», 2004. 5. Кафедральные лекции.
---	--

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.	
--	--

1. Классификация болезней оперированного желудка

2. Клинические проявления демпинг- синдрома

3. Заполните таблицу «Характеристика Демпинг- синдрома»:

Характеристика	1 степень	2 степень	3-4 степень
Время продолжения приступов			
Дефицит веса			
Гипергликемический коэффициент			
Трудоспособность			
Стул			
Эвакуация бария			
Эвакуация пищевого завтрака			
Время нахождения бария в тонком кишечнике			

4. Изобразите схемы реконструктивных операций

5. Приведите классификацию синдрома приводящей петли по этиопатогенезу

6. Дифференциальная диагностика пептической язвы анастомоза

7. В настоящее время для исследования желудочной секреции у больных с рецидивными пептическими язвами обширное распространение получил способ

8. По тяжести клинической картины можно выделить _____ степени тяжести СПП. Охарактеризуйте их.

9. Составьте схему лечения гипогликемического синдрома

10. Укажите симптомы желудочно-кишечных свищей

11. К физиологическим расстройствам при болезнях оперированного желудка относят (классификация Б.В. Петровского):

1. Демпинг-синдром
2. Гипогликемический синдром
3. Функциональный синдром приводящей петли
4. Кардиоспазм
5. Синдром Золлингера-Эллисона

12. К механическим расстройствам, приводящим к развитию болезни оперированного желудка относятся все перечисленные, кроме:

1. Механический синдром приводящей петли
2. Рак культи желудка
3. Нарушения функции мешкишечного анастомоза, анастомозиты
4. Пролабирование слизистой в анастомоз
5. Ошибки в технике операции

13. Какие методы исследования можно применить для диагностики болезней оперированного желудка?

1. Рентгенологические (рентгеноскопия желудка, пассаж бария по кишечнику)
2. ФГДС
3. Исследование желудочного сока
4. Внутривентрикулярная pH-метрия
5. Бронхографию
6. УЗИ и компьютерную томографию поджелудочной железы

14. Для объективной оценки степени тяжести демпинг-реакции можно использовать:

1. Биохимический анализ крови на калий, сахар.
2. Определение уровня серотонина в крови.
3. Провокация демпинг-реакции введением глюкозы.
4. ЭКГ (уплощение или инверсия зубца Т, уменьшение интервала ST),
5. Изменения показателей гемодинамики
6. Все ответы правильны

15. В клиническом проявлении пептической язвы после резекции желудка отсутствует, как правило:

1. Выраженная боль в эпигастрии.
2. Усиление боли вскоре после приема пищи
3. Иррадиация болей в спину
4. Ночные боли
5. Субфебрильная температура

16. Наиболее популярная теория развития Демпинг-синдрома:

1. Воспалительная- гастрит
2. Нарушения сахарного обмена
3. Осмолярного регулятора как неадекватного механического раздражения рецепторов кишки, выделения из слизистой оболочки биологически активных веществ
4. Температурных нарушений
5. Нейро-вегетативных расстройств

17. Функциональный синдром приводящей петли развивается в результате:

1. Нарушений эвакуации содержимого из приводящей петли.
2. Наличия «слепого» отдела кишки.
3. Анатомических и функциональных изменений.
4. Нарушения диеты.
5. Рефлекторных нарушений.

18. Какие условно клинические группы можно отметить в классификации постгастрорезекционных нарушений?

1. Функциональных нарушений.
2. Органических нарушений.
3. Сочетание функциональных расстройств и органических нарушений.
4. Сосудистых нарушений.

19. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ образуется в результате:

1. Пенетрации язвы в поджелудочную железу
2. Перфорации язвы в малую сальниковую сумку
3. Пенетрации послеоперационной пептической язвы тощей кишки в поперечно-ободочную кишку
4. Перфорации язвы в свободную брюшную полость
5. Пенетрации язвы в печень

20. К постваготомическим осложнениям относят:

1. Дисфагию
2. Гастростаз
3. Дуоденостаз
4. Диарею
5. **Все перечисленное**

21. У больного после резекции желудка по Бильрот-II через 6 месяцев после операции боли распирающего характера в эпигастрии, ежедневно рвота после каждого приема пищи до 1 литра в сутки. Похудание на 15 кг. Прием антацидов боли не снимает.
Предварительный диагноз?
Какие методы обследования следует провести?
Ваша дальнейшая тактика?

22. Больному 3 года назад выполнена резекция желудка, затем при обследовании установлена пептическая язва анастомоза. Выполнена повторная операция – резекция желудка вместе с гастро-энтероанастомозом по РУ. Через 7 месяцев после второй операции опять образовалась пептическая язва.
Ваш предварительный диагноз?
Какие методы исследования необходимо провести?
Дальнейшая тактика лечения?

23. Больному 32 года, выполнена резекция желудка по Бильрот-II. Через 2 часа после приема пищи богатой углеводами появляется чувство голода, слабость, тошнота, потливость. Физическая нагрузка ухудшает состояние.
Предварительный диагноз?
Дальнейшая тактика

24. Больная 39 лет обратилась к хирургу с жалобами на ощущение тяжести в правом подреберье, чувство распираания после приема пищи, плохой аппетит, тошноту, рвоту, похудание. 1,5 года назад перенесла резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру, послеоперационный период протекал гладко, но через полгода почувствовала значительное ухудшение состояния и была вынуждена перейти на более легкий труд.

Что у больной? Какие дополнительные исследования нужно провести?
Какова лечебная тактика?

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: «Кишечные свищи».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Введение, терминология, трактовки кишечных свищей.
2. Этиология, этиологическая классификация наружных кишечных свищей.
3. Строение кишечных свищей по морфологическому признаку. Патогенез, патофизиологические нарушения у больных с наружными кишечными свищами.
4. Клиника кишечных свищей в зависимости от локализации и периода формирования свища.

5. Диагностика кишечных свищей.

6. Особенности лечения кишечных свищей: общее лечение, местное, оперативное лечение.

7. Хирургическая тактика при тонкокишечных и толстокишечных свищах.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

1. Классификацию свищей желудочно-кишечного тракта.
2. Клиническую картину кишечных свищей.
3. Методы диагностики.
4. Основные методы лечения кишечных свищей.

Студент должен уметь:

7. Провести клиническое обследование больного.
8. Оценить результаты рентгенологического исследования
9. Иметь представление о методике выполнения: фистулографии, ирригографии, фистулоскопии, гастродуоденоскопии, ректороманоскопии, колоноскопии.

Студент должен иметь навыки:

1. Проведения диагностических и лечебных манипуляций при обнаружении или возникновении свища желудочно-кишечного тракта.
2. Дифференциальной диагностики свищей желудочно-кишечного тракта по этиологии, морфологическим признакам, локализации и функции.

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008

Хирургические болезни,
Савельев В.С., Кириенко А. И.
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2005

Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи
желудочно-кишечного тракта. М.:
Медицина, 1986. - 144с.

Дашкевич В.С. Кишечные свищи. Минск:
Беларусь, 1985. - 126с.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Определение понятия «кишечный свищ»:

2. Классификация свищей желудочно-кишечного тракта:

I. По локализации

II. По морфологии.

III. По степени сформированности.

IV. По функции.

V. Смешанные свищи

VI. По осложнениям

VII. По характеру шпоры

VIII. Фон, на котором развивается и протекает свищ.

3. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.

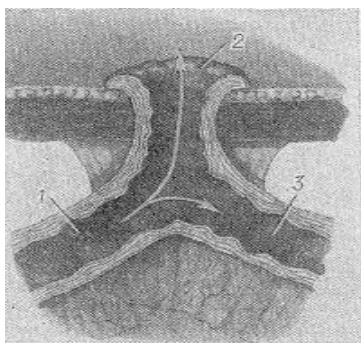


Рис.№1.

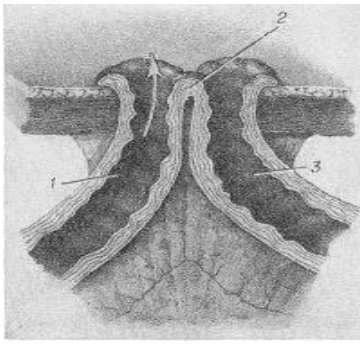


Рис.№2.

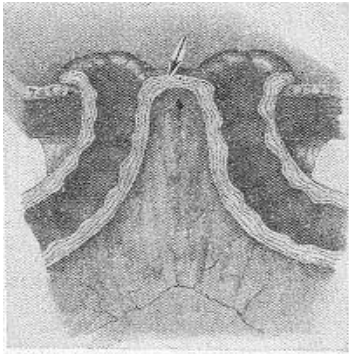


Рис.№3.

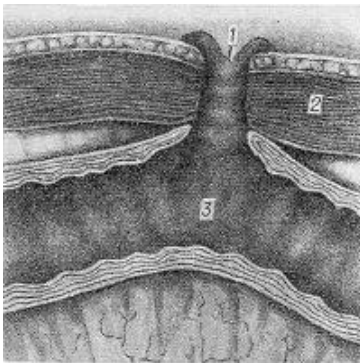


Рис.№4

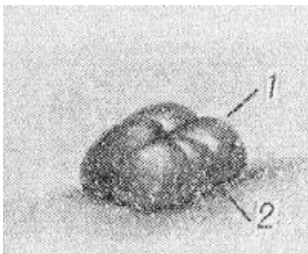


Рис.№5.

4.Перечислите методы обследования больных со свищами ЖКТ:

5. Клиника кишечных свищей в зависимости от локализации и периода формирования свища. (Свищи желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой кишки.)

6. Принципы парентерального питания при свищах желудочно-кишечного тракта.

7. Принципы энтерального питания при свищах желудочно-кишечного тракта.

8. Абсолютные и относительные противопоказания к обтурации.

9. Методы обтурации свищей желудочно-кишечного тракта (внутрикишечные, внекишечные и смешанные).

10.Методика операций предложенные Рокицким, К.П. Сапожковым, Б.А. Вицыным, при внебрюшинных методах закрытия кишечных свищей.

11.Методика операций предложенные А.В. Мельниковым (1947),операция Бильрота,при внутрибрюшинных методах закрытия кишечных свищей.

12. Перечислите основные причины возникновения тонкокишечных свищей

13. Перечислите основные причинами возникновения свищей ДПК

14. Мероприятия по предупреждению и лечению дерматита.

15. Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки.

Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое. Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%. Кожа на всем протяжении передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней линии гнойная рана размером 10х16 см, дном которой являются петли кишечника, имеющие 4 отверстия диаметром от 1 до 3 см. Из раны — обильное гнойно-кишечное отделяемое с примесью желчи. Температура тела 37, 9°C. Анализ крови: эр.— 3,88*10¹², НЬ—100 г/л, л. —6,7-109 Лейкоцитарная формула: э.— 1, п.— 6, с.— 68, лимф.— 15%, мой.— 10%, СОЭ — 28/44 мм/ч. Общий белок крови — 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови — 2502 мл. Объем циркулирующей плазмы — 1400 мл. Хлориды крови — 50 ммоль/л. Проба Квика — 51,2%. Полупериод выделения бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая патологическая.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Ответ:

16. Больной Т., 20 лет, 23/VI 1944 г. получил ранение осколком артиллерийского снаряда в область крестца, проникающее в брюшную полость. Через 9 ч - срединная лапаротомия: удален осколок снаряда, выступающий из стенки прямой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. В левой подвздошной области сделан разрез, и на вершину сигмовидной кишки наложен противоестественный задний проход. В послеоперационном периоде трижды эвентрация кишечника через срединный лапаротомный разрез. Затем нагноение швов, расхождение раны и некроз стенок двух кишечных петель, припаявшихся к дну раны. В левой подвздошной области - не функционирующий, оперативно наложенный

противоестественный задний проход на сигмовидной кишке. На передней брюшной стенке по средней линии, на уровне пупка, рана 20×15 см. Дно раны выстлано слизистой кишечника. В верхнем отделе раны - два открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет - в спавшемся состоянии. В нижнем углу раны - также два кишечных просвета, в спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только слизь. Через задний проход каловые массы не выделяются. Кожа вокруг раны мацерирована в радиусе 10-12 см.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

17. Для кишечных свищей характерно:

- 1) Наличие дефекта в стенке кишки
- 2) Наличие отверстия на передней брюшной стенке с кишечным отделяемым
- 3) Присутствие патологического сообщения между кишечными петлями
- 4) Всегда характерен диффузный перитонит
- 5) Это гнойно-воспалительный процесс

18. Для сформированных кишечных свищей характерно:

- 1) Изолированное сообщение кишки с внешней средой
- 2) Изолированное сообщение между разными петлями кишечника
- 3) Сообщение кишки с гнойной полостью, которая, в свою очередь, сообщается с внешней средой
- 4) Изолированное сообщение с гнойным затеком
- 5) Сообщение со свободной брюшной полостью

19. При несформированном кишечном свище характерно:

- 1) Изолированное сообщение кишки с внешней средой посредством тонкого канала, выстланного эпителием
- 2) Сообщение кишки с внешней средой через гнойную полость
- 3) Сообщение между кишечником и другим полостным органом посредством тонкого канала
- 4) Сообщение между кишечником и другим полостным органом через гнойную полость
- 5) Прогноз для этих свищей хуже, чем при сформированных свищах

20. Составьте 3 тестовых заданий по теме «Кишечные свищи»

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: «Заболевания пищевода и диафрагмы».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия пищевода и диафрагмы.
2. Методы исследования пищевода и диафрагмы.
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
12. Диафрагмальные грыжи (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
13. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
14. Релаксация диафрагмы.
15. Повреждения диафрагмы.

16. Воспалительные заболевания.
17. Опухоли и кисты диафрагмы.
18. Методы исследования заболеваний диафрагмы.
19. Методы хирургического лечения

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

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.
12. Анатомия диафрагмы.
13. Диафрагмальные грыжи (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
14. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
15. Релаксация диафрагмы.
16. Повреждения диафрагмы.
17. Воспалительные заболевания.
18. Опухоли и кисты диафрагмы.
19. Методы исследования заболеваний диафрагмы.
20. Методы хирургического лечения.

Студент должен уметь:

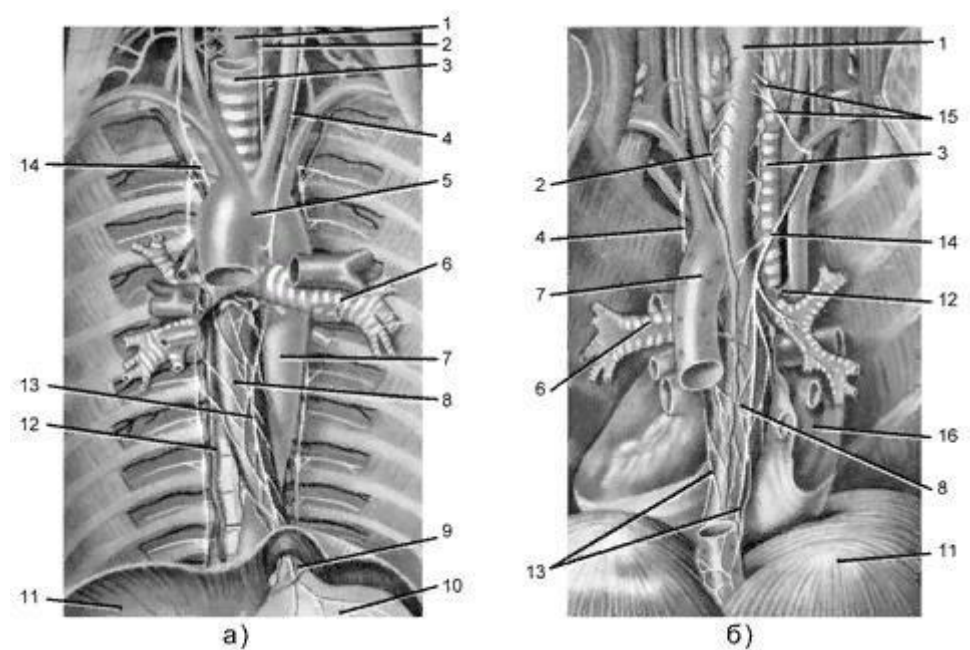
1. Проводить клиническое обследование больных с заболеваниями диафрагмы и пищевода.
2. Проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний диафрагмы и пищевода.
3. Обосновать конкретный план обследования больным с заболеванием диафрагмы и пищевода.
4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.
5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.

Литература:

- Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008
- Хирургические болезни,
Савельев В.С., Кириенко А. И.
Москва
Атлас оперативной хирургии грыж, Егиев
В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К.
Клиническая хирургия под ред. Ю.М.
Панцырева, М.-Медицина, 1988 г.
Энциклопедия клинической онкологии под
ред. М.И. Давыдова М. – 2004г.
Хирургия. Ричард М. Стилман С-Пб, НАПО –
1995г.
Атлас онкологических операций под ред. Б.Э.
Петерсон, В.И. Чиссов, А.И. Пачесс М. – 1987г
- .
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, 2006
 6. Рак пищевода. Ю.Э. Березов, М.-1979г.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



1.	9.
2.	10.
3.	11.
4.	12.
5.	13.
6.	14.
7.	15.
8.	16.

2. Классификация болезней пищевода.

3. Кардиоспазм пищевода. Клиника и диагностика по стадиям.

4. Триада симптомов, характерные для ахалазии пищевода.

5. Классификация повреждений пищевода. Перечислите симптомы повреждения пищевода.

6. Клинически выделяют _____ степени ожога пищевода. Опишите их.

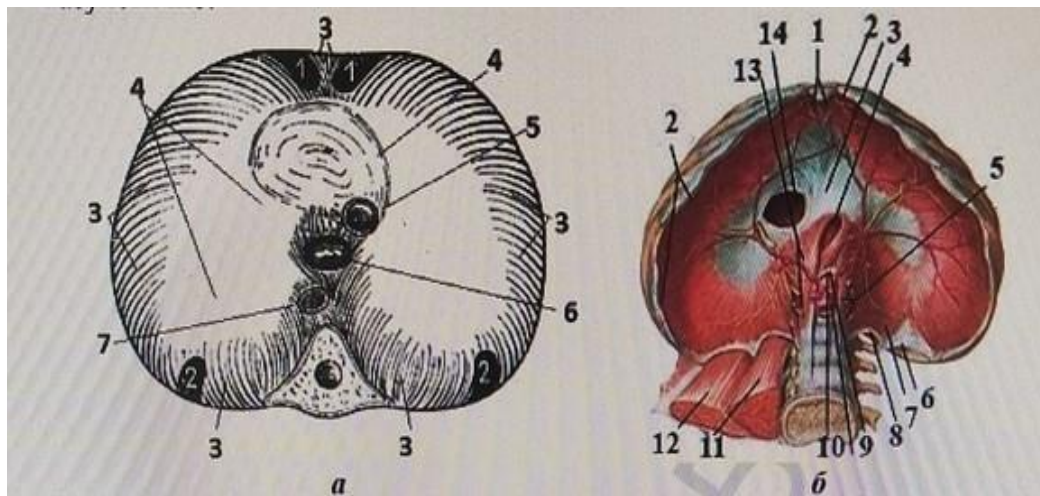
7. В патогенезе химического повреждения пищевода выделяют _____ периода.
Опишите их.

8. Укажите классификацию дивертикулов пищевода и соответствующие клинические проявления.

9. . Виды бужирования пищевода.

10. Открытые и закрытые повреждения пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.

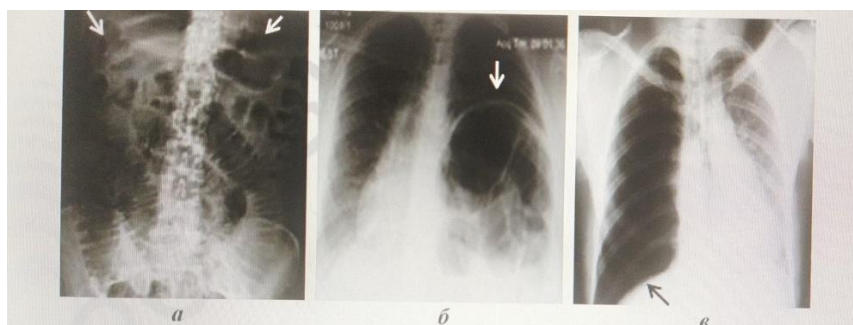
11. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



12. Классификация патологий диафрагмы.

13. Диафрагмальная симптоматика. Осложнения.

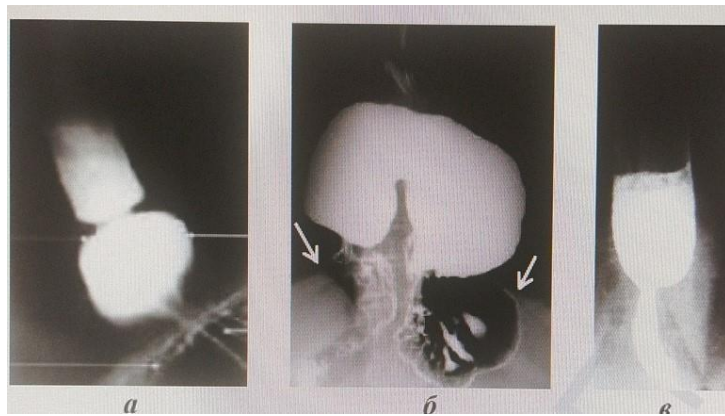
14. Укажите, что изображено на рисунках.



A)

Б)

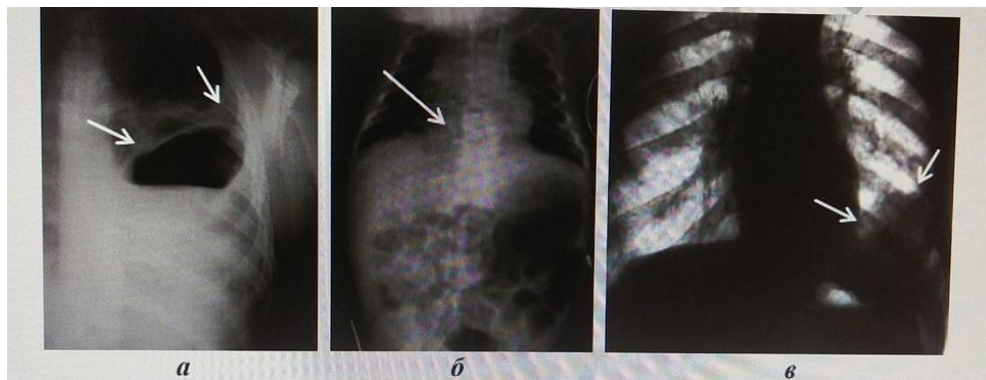
В)



A)

Б)

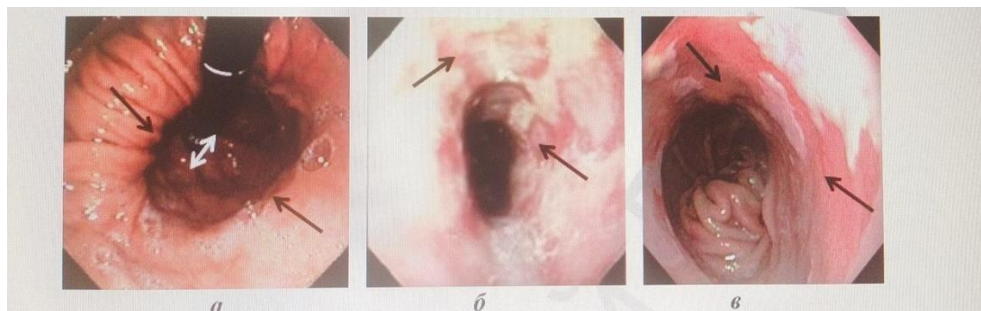
В)



A)

Б)

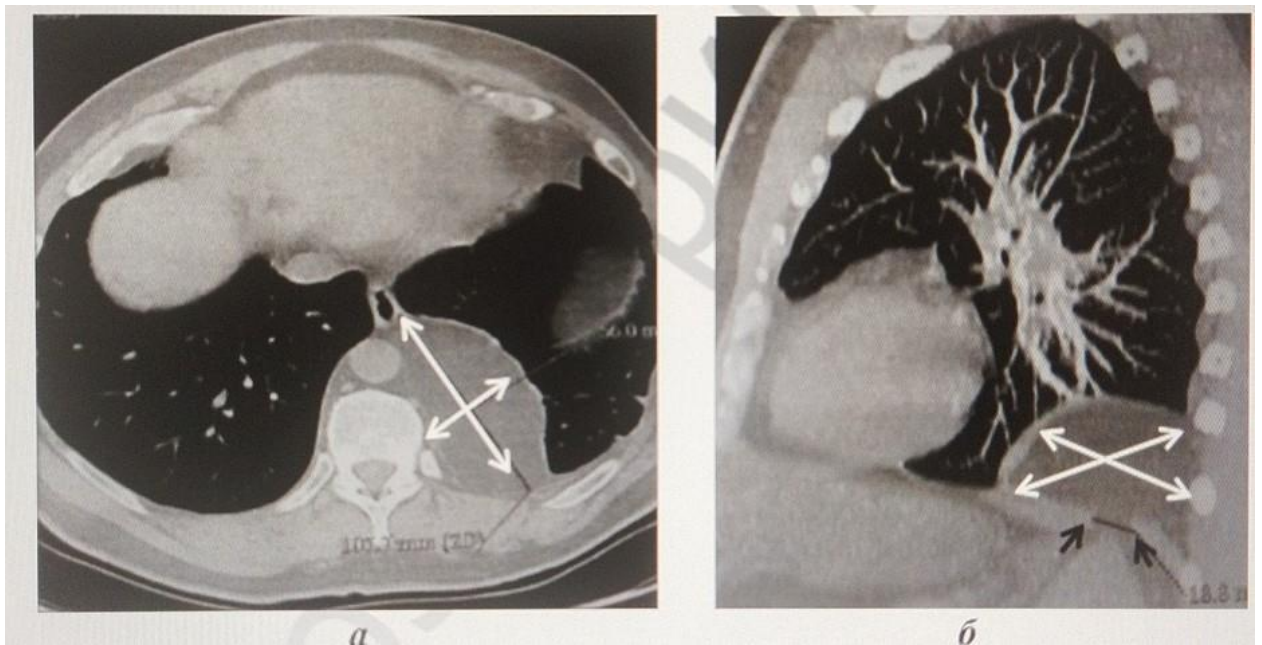
В)



A)

Б)

В)



А)

Б)

15. Показания к оперативным вмешательствам на диафрагме:

16. При пищеводе Барретта в зависимости от степени дисплазии эпителия проводятся:

17. Опишите фундопликацию по Ниссену

17. Задачи оперативного вмешательства при АГПОД:

18. Послеоперационные осложнения операции Ниссена и крурорафии:

19. При каких условиях рентгенологически выявляются скользящие грыжи пищевого отверстия диафрагмы?

1. В положении стоя;
2. В полусидячем положении;
3. В положении Тренделенбурга;
4. Искусственной гипотонии 12-перстной кишки;
5. В положении на боку.

20. Больной 25 лет поступил в экстренном порядке через 5 часов после начала заболевания с жалобами на боли по всему животу схваткообразного характера, вздутие живота, неотхождение газов, задержка стула. В анамнезе ножевое ранение

в области 7-го межреберья слева по среднеподмышечной линии. При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,0С, пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. Число дыхательных движений 20 в минуту. При аускультации в нижних отделах слева ослабленное дыхание. Живот мягкий во всех отделах, болезненный в левом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Анализ крови Hb 120 г/л, лейкоциты – 7.8×10^3 палочки – 5, сегменты – 57.

Ваш предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика лечения.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: «Болезни печени».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомо-физиологические особенности печени.

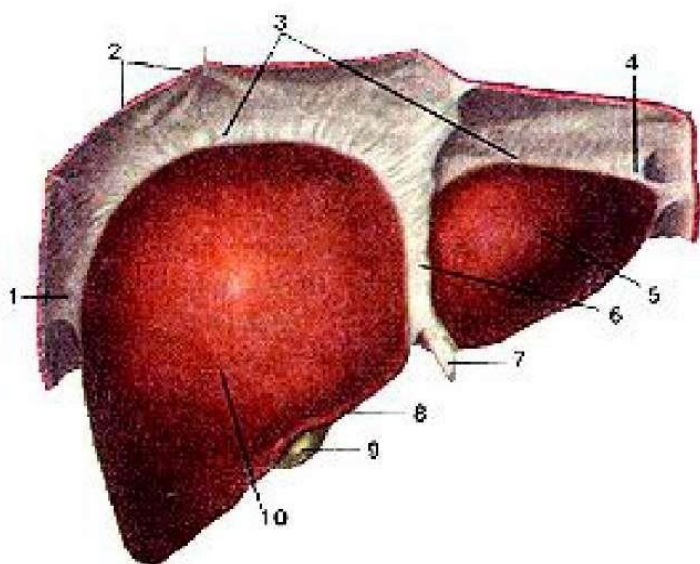
2. Нагноительные заболевания печени.
3. Непаразитарные кисты печени.
4. Паразитарные кисты печени.
5. Доброкачественные опухоли печени.
6. Портальная гипертензия
7. Методы исследования печени.
8. Эндемические районы в РФ.
9. Этиология и жизненный цикл паразитов.
10. Морфологическая характеристика паразитов.
11. Клиника заболевания.
12. Дифференциальная диагностика.
13. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<u>Студент должен знать:</u> 1. Топографоанатомические особенности строения печени. 2. Физиология печени. 3. Метод клинического обследования больных с заболеваниями печени. 4. Хирургическая тактика при различных заболеваниях печени. 5. Методы оперативных вмешательств на печени. <u>Студент должен уметь:</u> 1. Правильно проводить опрос больных с заболеваниями печени, интерпретировать данные анамнеза и объективного осмотра. 2. Интерпретировать данные лабораторного и клинического обследования. 3. Обосновать лечебную тактику. 4. Оценить прогноз заболевания печени.	<u>Литература:</u> Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008 Хирургические болезни, Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005
---	---

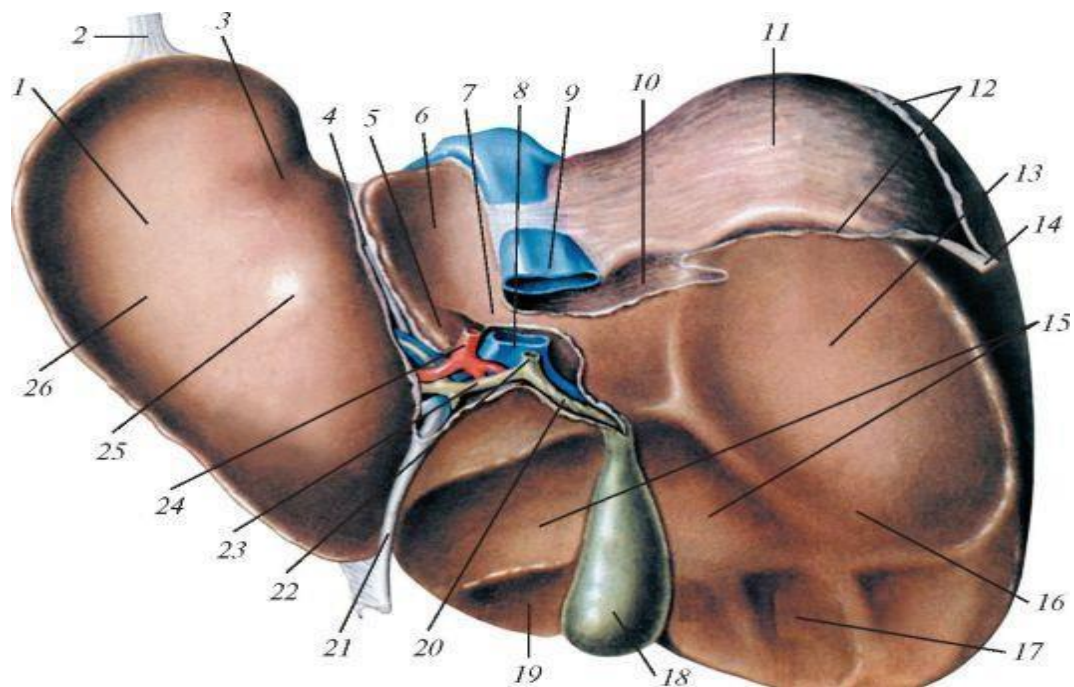
III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

2. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



1.	14.
2.	15.
3.	16.
4.	17.
5.	18.
6.	19.
7.	20.
8.	21.

9.	22.
10.	23.
11.	24.
12.	25.
13.	26.

3. Травматическое повреждение печени. Классификация

I. Закрытые повреждения печени:

1. По механизму травмы:

2. По виду повреждения:

3. По степени повреждения:

4. По локализации:

5. По характеру:

II. Открытые повреждения печени (ранения):

1. Огнестрельные:

2. Нанесенные холодным оружием:

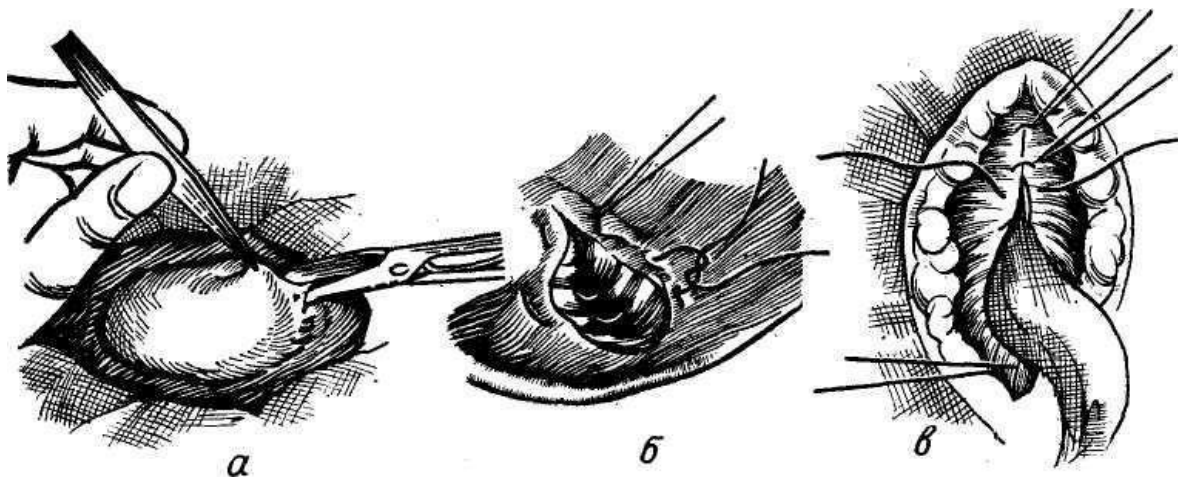
III. Сочетание тупой травмы печени с ранением.

4. Абсцесс печени. Определение. Возбудители. Клиника бактериальных и паразитарных абсцессов печени.

5. Клиническая картина эхинококкоза печени по стадиям заболевания (латентная стадия, стадия клинических проявлений, стадия осложнений).

6. Диагностика эхинококкоза.

7. Укажите, что изображено на рисунке.

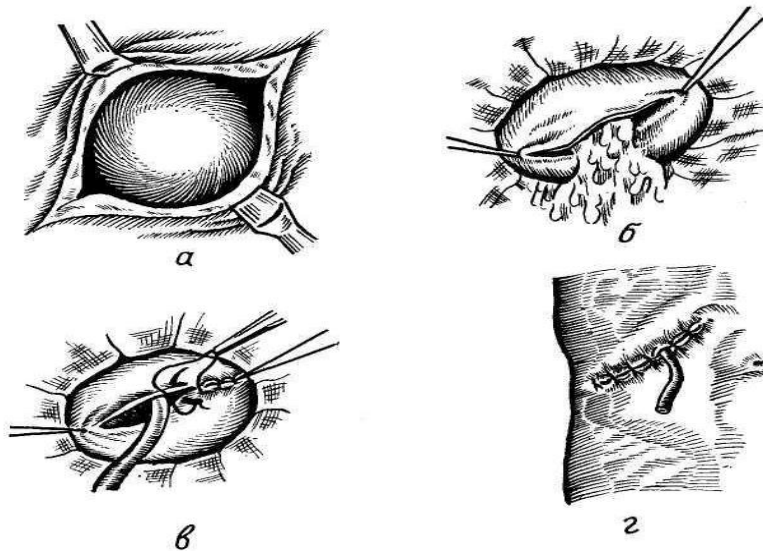


A)

Б)

В)

8. Укажите, что изображено на рисунке.



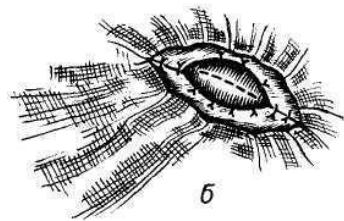
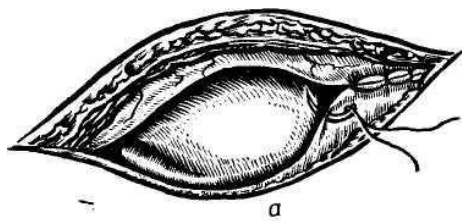
A)

Б)

В)

Г)

9. Укажите, что изображено на рисунке.



А)

Б)

В)

10. Альвеококкоз. Определение. Клиника.

11. Оперативные пособия при альвеококкозе (классификация Брегадзе И.Л. и Дедерера Ю.И.)

12. Заполните таблицу.

<u>Вопрос</u>	<u>Ответ</u>
✓ Классификация непаразитарных кист печени	1. 2. 3. 4.
✓ Характеристика НКП	Врожденные кисты изнутри выстланы; приобретенные —
✓ Чем отличаются солитарные множественные кисты от поликистоза печени	При поликистозе печени обязательно
✓ К истинным кистам относят	
✓ Ложные кисты	
✓ Осложнения НКП	

13. Укажите, что изображено на рисунке.



14. Классификация рака печени по ТНМ:

15. Классификация ПГ.

- ✓ По уровню блока порталной системы различают:

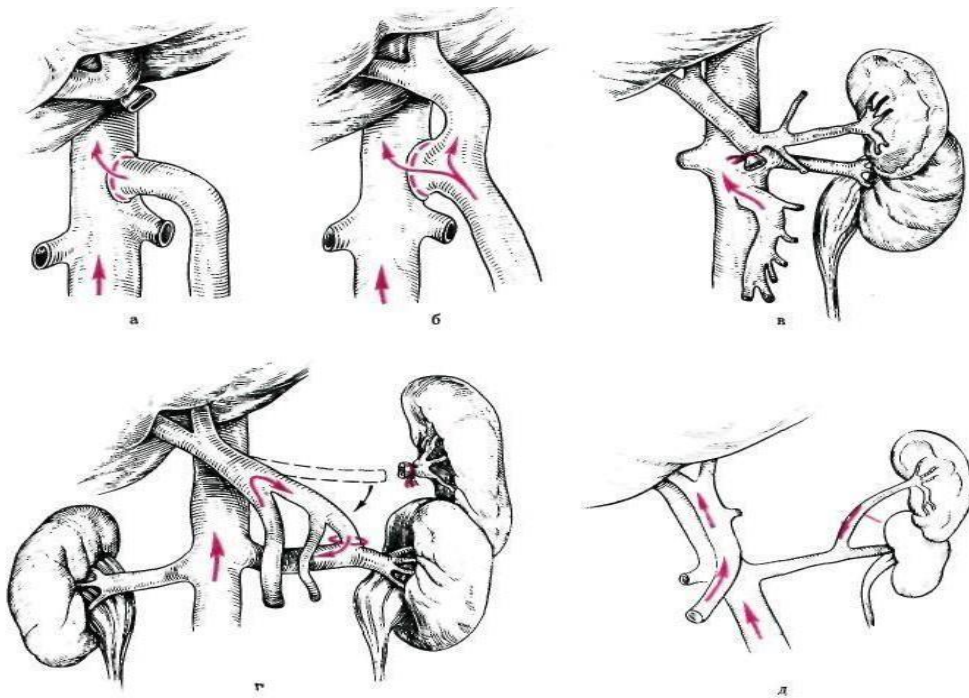
✓ По уровню повышения давления в портальной системе выделяют:

16. Клиническая картина ПГ. (Внутрипеченочная форма, подпеченочная форма, надпеченочная форма, смешанная форма).

17. Перечислите методы, применяемые для диагностики ПГ:

18. Назовите мероприятия, которые проводятся при возникновении кровотечения из ВРВП при ПГ:

19. Укажите, что изображено на рисунке.



А)

Б)

В)

Г)

Д)

20. Больной К., 42 года в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. При осмотре – заметная венозная сеть на животе. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги и плотный край печени у реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: эритроцитов $2,7 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31.

1. Поставьте предварительный диагноз больному.
2. Определите степень кровопотери.
3. Определите лечебную тактику и назначьте лечение.
4. Какая радикальная операция показана больному, и при каких условиях её можно выполнять?

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: Дифференциальная диагностика желтух.

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Обмен билирубина в норме.
2. Нормальные показатели общего билирубина, свободного и связанного.
3. Методы физикального обследования больных с заболеваниями печени.
4. Основные заболевания внутренних органов, сопровождающиеся развитием желтухи.
5. Методы инструментальной и лабораторной диагностики больных с желтухой.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

1. Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения.
2. Изучить клинику и основные методы лечения
3. Ознакомиться с понятием дифференциальной диагностики, а также особенности оперативной техники.

Студент должен уметь:

1. Правильно проводить опрос больных с заболеваниями печени, интерпретировать данные анамнеза и объективного осмотра.
2. Интерпретировать данные лабораторного и клинического обследования.
3. Обосновать лечебную тактику.

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008

Хирургические болезни,
Савельев В.С., Кириенко А. И.
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2005

4.Оценить прогноз заболевания печени.	
---------------------------------------	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Определение понятия «желтуха».

2. Физиология обмена билирубина.

3. Этиология механической желтухи. Причины механической желтухи:

4.Патофизиологическая классификация желтух:

5.Какие выделяют клинические формы механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом?

6. Синдром Мириззи (Mirizzi) I типа –

7. Синдром Мириззи II типа –

8. Триада Шарко –

9. Пентада Рейнольда –

10. Симптом Курвуазье –

11. Заполните таблицу.

Дифференциальная диагностика желтух

<u>Показатели</u>	Желтуха		
	паренхиматозная	механическая	гемолитическая
Анамнез			
Окраска кожи			
Интенсивность желтухи			
Кожный зуд			
Тяжесть в области печени			
Размеры печени			
Боли в области печени			
Размеры селезенки			
Цвет мочи			
Содержание уробилина в моче			
Цвет кала			
Функциональные пробы печени			
Специальные тесты			

12. Установите соответствие:

1. Гемолитическая желтуха.	А. Вторичный билиарный цирроз печени.
2. Паренхиматозная желтуха	Б. Синдром Жильбера.
3. Конституциональная желтуха.	В. Острый алкогольный гепатит.
4. Механическая желтуха.	Г. Талассемия.

Ответ:

13. Перечислите методы, применяемые для диагностики обтурационной желтухи

14. Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи. Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0°C. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал. Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л. 19.

1. Какова предполагаемая причина желтухи?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы дополнительного исследования помогут уточнить диагноз?

15. Паренхиматозная желтуха характеризуется:

1. А. Увеличением печени.
2. Б. Кожным зудом.
3. В. Темным цветом мочи.
4. Г. Нормальным уровнем трансаминаз

16. Холестатическая желтуха характеризуется:

1. А. Бледностью кожных покровов с лимонным оттенком.
2. Б. Желтухой с зеленоватым оттенком, зудом.
3. В. Желтухой с оранжевым оттенком.
4. Г. Серо-землистым оттенком кожных покровов

17. Увеличение 2–3-кратное билирубина после внутривенного введения 2 мл 1%-ного раствора никотиновой кислоты свидетельствует:

1. А. Об аутоиммунном гепатите.
2. Б. Циррозе печени.
3. В. Синдроме Жильбера.
4. Г. Наследственном микросфероцитозе.

18. Лихорадка, признаки общей интоксикации, эпидемиологические данные свидетельствуют о наличии:

1. А. Первичного рака печени.
2. Б. Обтурационной желтухи.
3. В. Инфекционного гепатита.
4. Г. Лекарственного гепатита.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тема: Болезни 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:

Студент должен знать:

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 селезенки
6. Показания и виды оперативного лечения заболеваний селезенки.

Студент должен уметь:

1. Проводить клиническое обследование больных с заболеваниями и повреждениями селезенки.
2. Обосновать конкретный план обследования больных с заболеваниями и повреждениями селезенки.
4. Правильно проводить опрос больных с различными заболеваниями селезенки.
5. Правильно интерпретировать результаты клинических,

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008

Хирургические болезни,
Савельев В.С., Кириенко А. И.
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2005

Селезенка. Анатомия, физиология,
патология и клиника.
Барта И.
АН Венгрия
Год издания: 1996

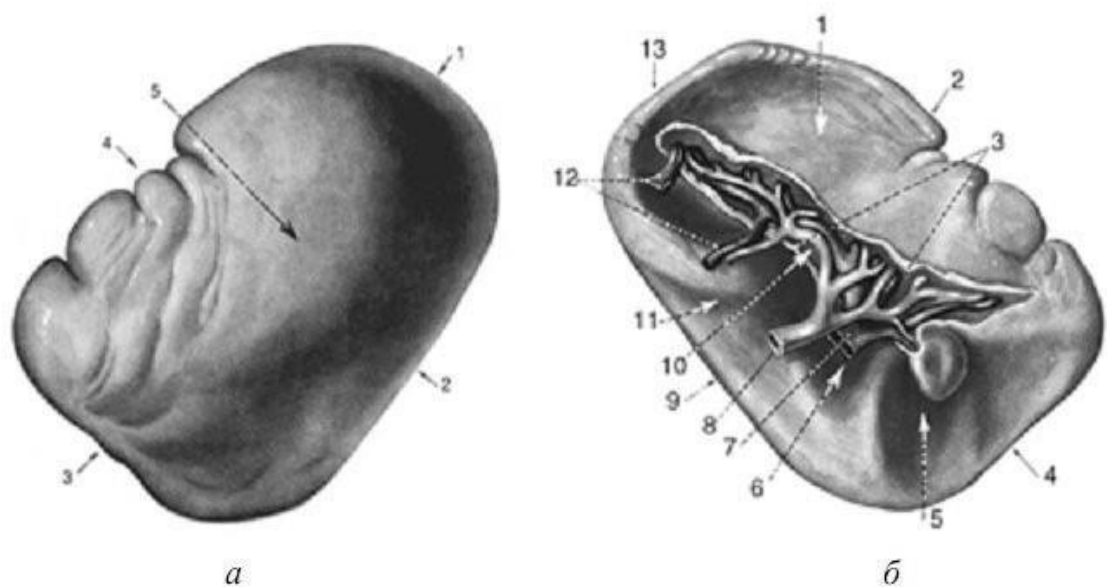
лабораторных, инструментальных и других методов обследования.

6. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.

7. Ассистировать на операциях по поводу заболеваний и повреждений селезенки.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



А)
1.
2.
3.
4.
5.

Б)	7.
1.	8.
2.	9.
3.	10.
4.	11.
5.	12.
6.	13

2. Заполните таблицу.

Связки селезенки и их практическое значение

Связка	Практическое значение
Желудочно-селезеночная (lig. gastrosplenic)	
Диафрагмально-селезеночная (lig.	

phrenicolienale)	
Селезеночно-почечная (lig. lienorenale)	
Диафрагмальноободочная (lig. phrenicocolicum)	

3.Спленомегалия –

4.Застойная спленомегалия –

5.Тромбоз селезеночной вены. Определение. Этиология .Патогенез.

6.Заполните таблицу.

Клиническая картина тромбоза селезеночной вены

Синдром	Клинические проявления
Болевой	
Спленомегалия (один из основных признаков заболевания)	

Геморрагический	
Асцит	
Гиперспленизм	

7. Абсцесс селезенки. Определение. Причины. Клиническая картина.

8. Заполните таблицу.

Хирургические методы лечения абсцессов селезенки

Метод	Показания
Чрескожная пункционная санация полости абсцесса	
Чрескожное дренирование абсцесса	
Спленэктомия	

9. Киста селезенки. Определение. Классификация.

10. Заполните таблицу.

Субъективные и объективные методы обследования при кисте селезенки

Метод исследования	Возможные результаты исследования
Выявление жалоб	
Сбор анамнеза	
Осмотр	
Перкуссия	
Пальпация	

11. Инфаркт селезенки. Определение. Причины. Клиника.

12. Аневризма селезенки. Определение. Этиология. Факторы риска.

13. Заполните таблицу.

Инструментальные методы диагностики аневризм селезеночной артерии

<u>Метод исследования</u>	<u>Возможные результаты исследования</u>
	Округлой формы образование в левом верхнем квадранте брюшной полости, т. к. в 70 % случаев стенки аневризмы кальцифицированы
	Аневризма в виде непульсирующего анэхогенного образования с неоднородной эхогенной стенкой. Турбулентный артериальный кровоток при доплеровском исследовании
	Повышенной плотности образование на фоне ткани поджелудочной железы, которое необходимо дифференцировать с ложной кистой поджелудочной железы. Выявление связи с селезеночной артерией при КТ-ангиографии с 3D-реконструкцией
	Уточнение локализации, размеров аневризмы и выявление осложнений

14. Показаниями к оперативному лечению аневризмы селезеночной артерии являются:

15. Заполните таблицу.

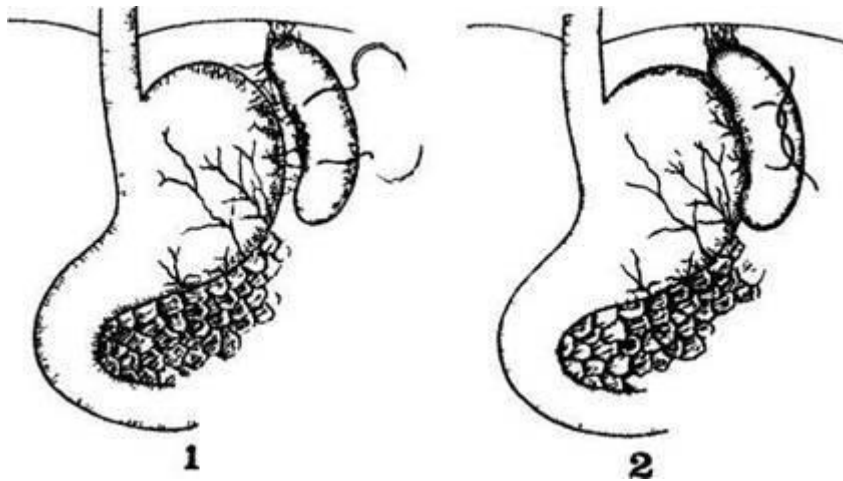
Методы хирургического лечения аневризм селезеночной артерии

Метод	Показания
Эмболизация селезеночной артерии	
Эмболизация аневризмы	
Лигирование аневризмы	

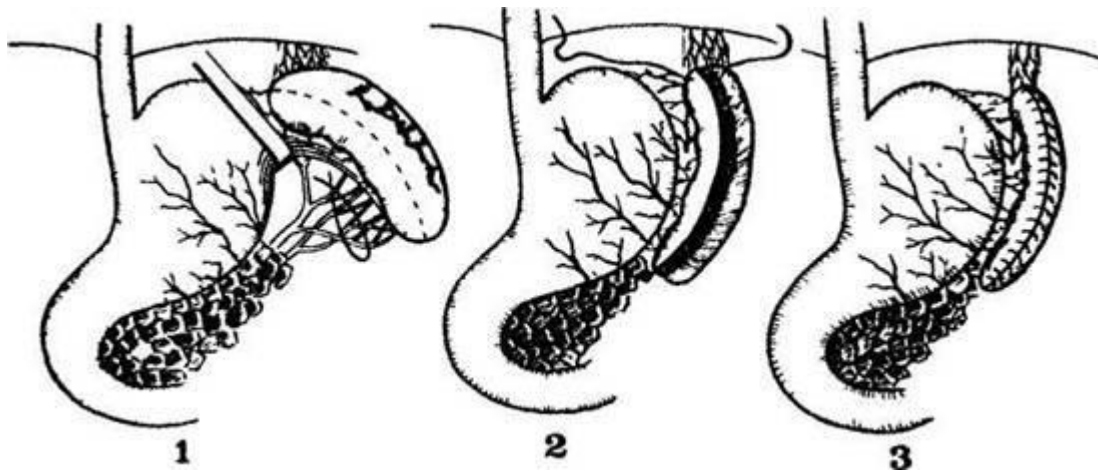
Резекция аневризмы	
Резекция аневризмы со спленэктомией	

16. Перечислите основные методы диагностики заболеваний и повреждений селезенки.

17. Укажите, что изображено на рисунке 1 и 2:



18. Укажите, что изображено на рисунке 1,2,3:



19. Эхинококкоз селезенки. Клиника. Диагностика. Лечение.

20. 1. Во время лапароскопической спленэктомии по поводу идиопатической тромбоцитопенической пурпуры оператор обнаружил в области хвоста поджелудочной железы добавочную селезенку размером 1×1 см.

Какова тактика хирурга?

21. У пациента, 25 лет, перенесшего брюшной тиф, появились боли в левой половине живота, усиливающиеся при движении, иногда после приема пищи. Отмечалась слабость и повышение температуры тела до $37,2-37,4$ °C. При пальпации живота имелась болезненность в левом подреберье, селезенка не пальпировалась. При УЗИ наблюдалось небольшое увеличение селезенки и неоднородность ее структуры. Лабораторно отмечалось умеренное ускорение РОЭ. Назначена противовоспалительная и симптоматическая терапия. Однако на фоне лечения в течение двух суток болевой синдром нарастал, температура тела повысилась до $38,5$ °C и приобрела гектический характер. В левом подреберье сохранялась болезненность, появился дефанс. Перкуторно определялось увеличение селезенки. Появился лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. На УЗИ в ткани селезенки регистрируются полостные структуры.

Каков ваш предварительный диагноз?

Какие еще исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Какова лечебная тактика?

Тема: «Травмы груди и живота».

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.
7. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
8. Классификация открытых и закрытых травм живота.
9. Клиника открытых и закрытых травм живота.
10. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика.

12. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

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.
7. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
8. Классификация открытых и закрытых травм живота.
9. Клиника заболеваний.
10. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика.
12. Методы консервативного и хирургического лечения.

Студент должен уметь:

1. Проводить клиническое обследование больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
2. Обосновать конкретный план обследования больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
3. Правильно проводить опрос больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
4. Правильно интерпретировать результаты 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 травм живота и груди.

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008.

Руководство по неотложной хирургии,
В. С. Савельев
Год издания: 2008.

Хирургия повреждений груди, Вагнер
Е.А., 1983

Повреждения живота при сочетанной
травме
Абакумов М.М., Лебедев Н.В.,
Малярчук В.И., 1985

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Классификация травм грудной клетки по Е.А.Вагнеру.

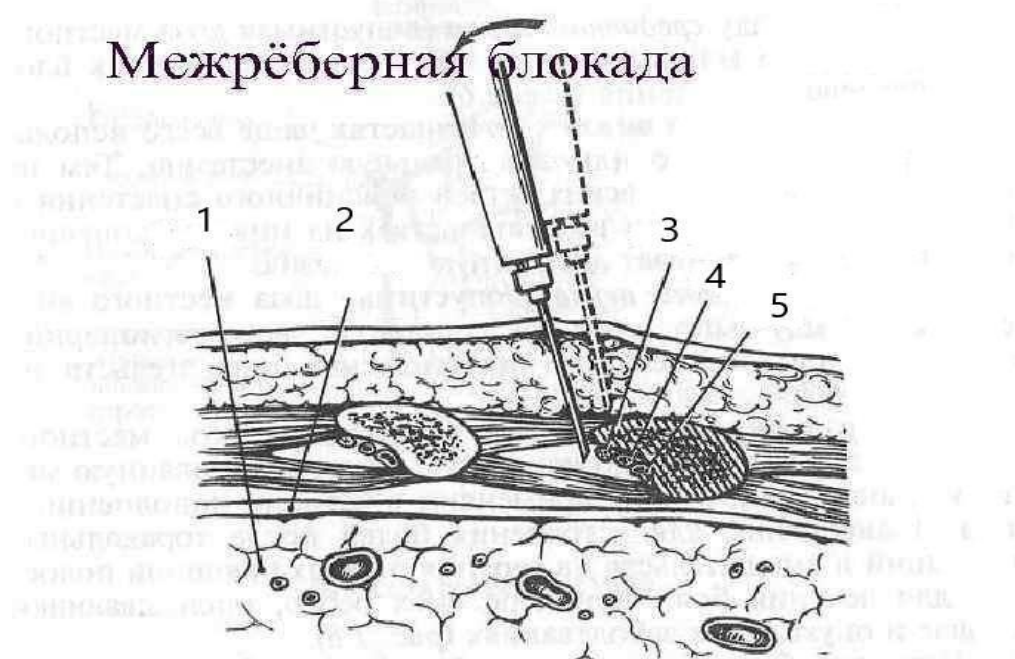
2. Пневмоторакс. Определение. Классификация. Клиника. Лечение.

.

3.Гемоторакс. Определение. Классификация. Клиника. Лечение.

4. Основные лечебные алгоритмы ТГ.

5. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



6. Техника дренирования плевральной полости по Бюлау (Bulau).

7. Способы пункции перикарда:

8. Синдром Клода Бернара-Горнера –

9. Ранения грудной клетки. Классификация. Диагностика. ПХО раны.

10. Характерные признаки проникающего ранения грудной клетки:

11. Огнестрельные ранения груди. Классификация. Диагностика. Лечение.

12. Патоморфология огнестрельной раны.

13. Оперативное вмешательство при повреждении шейного отдела пищевода.

14. Оперативное вмешательство при повреждении грудного отдела пищевода.

15. Виды медиастинотомий

16. Классификация повреждений живота.

17. Особенности обследования при закрытых травмах живота.

18. Лечебные алгоритмы при открытых повреждениях живота, (повреждение печени, поджелудочной железы, селезенки)

19. Перечислите специальные методы исследования при травмах живота.

20. Техника выполнения лапароцентеза.

21. Техника выполнения лапароскопии ОБП. Противопоказания.

22. При проникающих ранениях брюшной полости следует обязательно выполнить:

1. а) ПХО раны;
2. б) лапароцентез;
3. в) рентгенографию брюшной полости;
4. г) лапаротомию;
5. д) ЭГДС.

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

1. а) диагностическая лапаротомия;
2. б) рентгенологическое исследование органов брюшной полости;
3. в) лапароцентез;
4. г) УЗИ брюшной полости;
5. д) лапароскопия.

24. Достоверными признаками проникающего ранения брюшной полости являются:

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

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

1. а) пневмоторакс
2. б) гемоторакс
3. в) свернувшийся гемоторакс
4. г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость

5. д) сам факт проникающего ранения

26. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

1. а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
2. б) передне-боковая торакотомия слева
3. в) стернотомия
4. г) задне-боковая торакотомия слева
5. д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

27. Характерным признаком разрыва легкого является

1. а) кровохаркание
2. б) гемоторакс
3. в) пневмоторакс
4. г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
5. д) гемо-пневмоторакс

28. **Задача.** Больной Б., 46 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость. Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит грузовым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение. Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, правая половина отстаёт в акте дыхания. Определяются множественныессадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким - везикулярное дыхание, над правым – дыхание 43 практически не проводится. Пульс -128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту. На обзорной рентгенограмме ОГП справа определяются переломы У – УІ – УІІ – УІІІ ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на $\frac{1}{2}$, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня УІ ребра с четкой горизонтальной границей. Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц. - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, Гемог. - 86 г/л, Лейк. - $12,8 \cdot 10^9 /л$, П - 10%, Сегм. - 75%, Лимф. - 10%, Мон. - 5%, СОЭ-4 мм/час. Сформулируйте диагноз. Определите лечебную тактику. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

Тема: «Травмы груди и живота».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

13. Анатомия органов грудной клетки.
14. Классификация открытых и закрытых травм груди.
15. Клиника заболеваний.
16. Диагностика.
17. Дифференциальная диагностика.
18. Методы консервативного и хирургического лечения.
19. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
20. Классификация открытых и закрытых травм живота.
21. Клиника открытых и закрытых травм живота.
22. Диагностика.
23. Дифференциальная диагностика.
24. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:

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.
7. Анатомия органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
8. Классификация открытых и закрытых травм живота.
9. Клиника заболеваний.
10. Диагностика.
11. Дифференциальная диагностика.
12. Методы консервативного и хирургического лечения.

Студент должен уметь:

1. Проводить клиническое обследование больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
2. Обосновать конкретный план обследования больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
3. Правильно проводить опрос больных с закрытыми и открытыми травмами груди и живота.
4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.
8. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.

Литература:

Хирургические болезни,
2-е издание
М.И. Кузин ред.,
Москва
Издательство: Медицина.
Год издания: 2008.

Руководство по неотложной хирургии,
В. С. Савельев
Год издания: 2008.

Хирургия повреждений груди, Вагнер
Е.А., 1983

Повреждения живота при сочетанной
травме
Абакумов М.М., Лебедев Н.В.,
Малярчук В.И., 1985

9. Ассистировать на операциях по поводу закрытых и открытых травм живота и груди.	
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

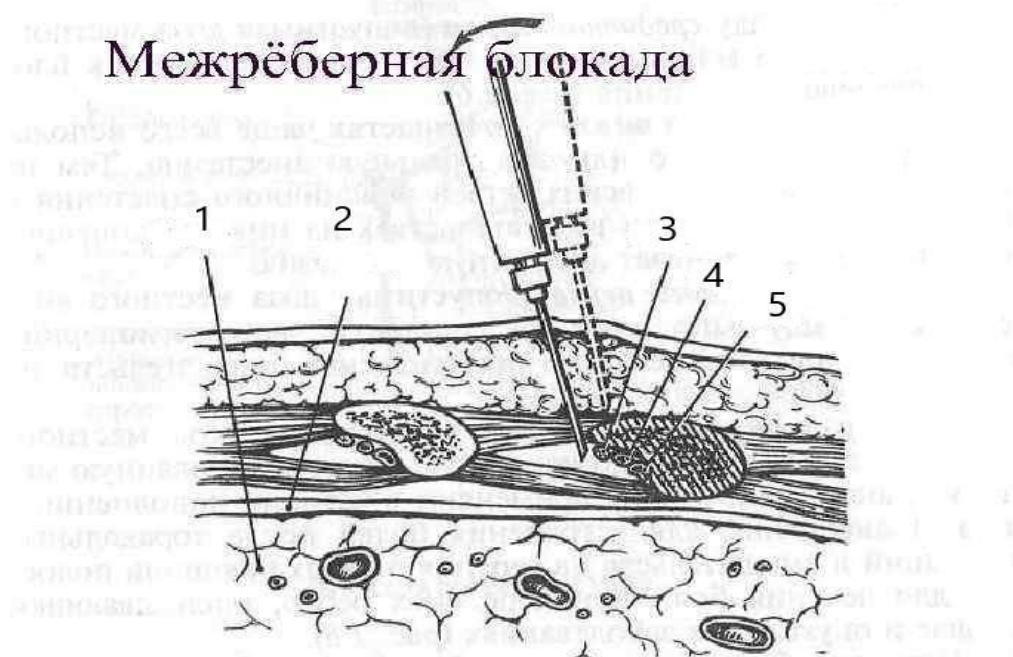
1.Классификация травм грудной клетки по Е.А.Вагнеру.

2.Пневмоторакс. Определение. Классификация. Клиника. Лечение.

3. Гемоторакс. Определение. Классификация. Клиника. Лечение.

4. Основные лечебные алгоритмы ТГ.

5. Укажите, что изображено на рисунке. Расставьте обозначения.



6. Техника дренирования плевральной полости по Бюлау (Bulau).

7. Способы пункции перикарда:

8. Синдром Клода Бернара-Горнера –

9. Ранения грудной клетки. Классификация. Диагностика. ПХО раны.

10. Характерные признаки проникающего ранения грудной клетки:

11. Огнестрельные ранения груди. Классификация. Диагностика. Лечение.

12. Патоморфология огнестрельной раны.

13. Оперативное вмешательство при повреждении шейного отдела пищевода.

14. Оперативное вмешательство при повреждении грудного отдела пищевода.

15. Виды медиастинотомий

16. Классификация повреждений живота.

17. Особенности обследования при закрытых травмах живота.

18. Лечебные алгоритмы при открытых повреждениях живота, (повреждение печени, поджелудочной железы, селезенки)

19. Перечислите специальные методы исследования при травмах живота.

20. Техника выполнения лапароцентеза.

21. Техника выполнения лапароскопии ОБП. Противопоказания.

22. При проникающих ранениях брюшной полости следует обязательно выполнить:

- 6. а) ПХО раны;
- 7. б) лапароцентез;
- 8. в) рентгенографию брюшной полости;
- 9. г) лапаротомию;
- 10. д) ЭГДС.

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

- 6. а) диагностическая лапаротомия;
- 7. б) рентгенологическое исследование органов брюшной полости;
- 8. в) лапароцентез;

- 9. г) УЗИ брюшной полости;
- 10. д) лапароскопия.

24. Достоверными признаками проникающего ранения брюшной полости являются:

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

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

- 6. а) пневмоторакс
- 7. б) гемоторакс
- 8. в) свернувшийся гемоторакс
- 9. г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- 10. д) сам факт проникающего ранения

26. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

- 6. а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
- 7. б) передне-боковая торакотомия слева
- 8. в) стернотомия
- 9. г) задне-боковая торакотомия слева
- 10. д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

27. Характерным признаком разрыва легкого является

- 6. а) кровохаркание
- 7. б) гемоторакс
- 8. в) пневмоторакс
- 9. г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- 10. д) гемо-пневмоторакс

28. **Задача.** Больной Б., 46 лет, жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость. Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит грузовым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение. Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, правая половина отстаёт в акте дыхания. Определяются множественныессадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева - легочный звук;

границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким - везикулярное дыхание, над правым – дыхание 43 практически не проводится. Пульс -128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту. На обзорной рентгенограмме ОГП справа определяются переломы У – УІ – УІІ – УІІІ ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на $\frac{1}{2}$, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня УІ ребра с четкой горизонтальной границей. Дополнительные исследования. Анализ крови: Эритроц. - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, Гемог. - 86 г/л, Лейк. - $12,8 \cdot 10^9 /л$, П - 10%, Сегм. - 75%, Лимф. - 10%, Мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час. Сформулируйте диагноз. Определите лечебную тактику. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

ТЕМА: «Эндоскопическая и интервенционная хирургия»

Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия эндоскопическая хирургия.
2. Виды вмешательств, показания и противопоказания.
3. Техника выполнения
4. Исходы и осложнения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать: 1. Эндоскопическая хирургия - определение, 2. Виды вмешательств, показания и противопоказания 3. Техника выполнения 4. Исходы и осложнения. Студент должен уметь: 1. Проводить отбор хирургических пациентов для эндоскопических вмешательств, 2. Определять вид и объем эндоскопического вмешательства для конкретного пациента, 3. Подготавливать пациента к вмешательству, отслеживать его ход, эффективность и послеоперационное ведение.	Литература: 1. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 992 с.: ил. 2. Клиническая хирургия: национальное руководство в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 832 с. 3. Гастроинтестинальная эндоскопия: практическое руководство / Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. – Донецк, 2007. – 374 с. 4. Околоков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н. Околоков. – М. «Мед. литература», 2009. – Т.1. – 535с. 5. Кафедральные лекции.
---	---

1. Когда была произведена первая лапароскопическая операция?

2. Основные группы аппаратуры и инструментов, необходимые для выполнения любой видеолапароскопической операции.

3. Абсолютные противопоказания к выполнению лапароскопических операций.

4. Относительные противопоказания к выполнению лапароскопических операций.

5. Что представляет собой операция «Адгезиолизис»?

6. Перечислите специфические осложнения лапароскопических операций.

7. Отличие торакоскопических операций от лапароскопической методики.

8. Группы оперативных вмешательств, выполняемые с помощью интервенционной радиологии.

9. Объясните суть метода баллонной дилатации.

10. При каком заболевании используется имплантация Кава-фильтра?

11. Эндоскопически негативная ГЭРБ встречается в:

- 15%
- 45%
- 60%
- 70%

12. Перед колоноскопией премедикация включает:

- Спазмолитики
- Наркотики
- Премедикация не требуется

13. Перед колоноскопией необходимо выполнить:

- Ирригоскопию
- Рентген брюшной полости
- Ректороманоскопию
- УЗИ брюшной полости

14. Осмотр ободочной кишки производится в положении:

- Лежа на живота
- Лежа на спине
- На правом боку
- На левом боку

15. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются:

- Бронхоэктатическая болезнь
- Хронический бронхит
- Стеноз трахеи
- Статус астматикус

16. В последние годы малоинвазивная хирургия развивается по двум основным направлениям:

- Видеоэндоскопическая хирургия
- Видеолапароскопическая хирургия
- Торакоскопическая хирургия
- Интервенционная радиология

17. Оборудование для обеспечения доступа в брюшную полость:

- Инсуффлятор газа
- Троакары различного диаметра
- Инструменты

18. Набор лапароскопических хирургических инструментов:

- Зажимы
- Диссектор
- Крючок для рассечения и коагуляции тканей
- Ножницы, атравматичные иглы и иглодержатель

19. Смысл паховой герниопластики заключается в укрытии:

- Медиальной паховой ямки синтетической сеткой
- Латеральной паховой ямки синтетической сеткой
- Медиальной и латеральной паховых ямок синтетической сеткой

20. Перечислите варианты ваготомии:

- Стволовая
- Селективная проксимальная
- Задняя стволовая в сочетании с передней серомиотомией

21. В хирургическое отделение стационара обратилась больная С. 38 лет, с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, которые распространились на весь живот. Была однократная рвота, t 37.7° С. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости изменений не обнаружено.

Какой метод исследования должен назначить врач в первую очередь? Какова дальнейшая тактика врача?

22. Больной, 42 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились год назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД - 16 в 1 минуту. Пульс - 73 в 1 минуту, ритмичный. АД- 130/85 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

О каком заболевании можно думать?

Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

23. У больной 45 лет 7 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 33 см от резцов размерами 3 x 3 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

24. У больной 26 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?