

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»**

2 кафедра хирургических болезней

С.М. Смотрин  
В.Н. Колоцей  
В.Д. Меламед  
В.И. Русин  
А.И. Ославский

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

методические рекомендации  
для медико-диагностического факультета

Гродно 2019 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
• Занятие № 1. Наружные грыжи живота. Осложнения наружных грыж живота.....	5
• Занятие № 2. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита. Хронический аппендицит. ....	9
• Занятие № 3. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Патологические синдромы после операций на желудке.....	13
• Занятие № 4. Заболевания желчного пузыря и желчных протоков. Механическая желтуха. Постхолецистэктомический синдром.....	18
• Занятие № 5. Острый и хронический панкреатит.....	23
• Занятие № 6. Непроходимость кишечника. Перитониты.....	28
• Занятие № 7. Заболевания тонкой, ободочной и прямой кишок.....	31
• Занятие № 8. Нагноительные заболевания легких и плевры. Заболевания и травмы пищевода.....	36
• Занятие № 9. Облитерирующие заболевания артерий .....	41
• Занятие № 10. Заболевания периферических вен нижних конечностей.....	45
• Занятие № 11 Тромбозы и эмболии в хирургии.....	49
• Занятие № 12. Травмы груди и живота.....	53
• Задание №13. Портальная гипертензия. Болезни печени и селезенки.....	56
• Задание №14. Трансплантация органов и тканей.....	60
• Занятие № 15. Заболевания молочной железы и средостения.....	63
• Занятие № 16. Заболевания щитовидной железы.....	67
• Приложение.....	71

## **ВВЕДЕНИЕ**

Преподавание частной хирургии на 4-5 курсах медико-диагностического факультета построено по классическому варианту. Студенты изучают этиологию, патогенез, типичную клиническую картину наиболее распространенных хирургических заболеваний и их осложнений, современные методы клинического, инструментального и лабораторного обследования, а также современные подходы к их лечению.

Настоящие методические рекомендации составлены на основании типовой программы по хирургии для медико-диагностического факультета и позволят существенно улучшить усвоение теоретического материала при подготовке к практическим занятиям.

## Занятие № 1

### «НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА. ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА»

#### МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Наружные грыжи живота относятся к частым хирургическим заболеваниям. Они ограничивают трудоспособность пациентов и представляют опасность для жизни больного из-за возможного развития осложнений. Современная санация грыженосителей и правильно выбранная тактика при возникновении осложнений является важной задачей практической хирургии.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** На основании знаний анатомии передней брюшной стенки, этиопатогенеза и клиники научиться диагностировать наружные грыжи живота и их осложнения (ущемление, воспаление, копростаз, невраправимость) и определять методы лечения для каждого больного.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия «Наружные грыжи живота».
2. Этиологию наружных грыж живота (предрасполагающие и производящие факторы);
3. Анатомию передней брюшной стенки, пахового, бедренного канала и пупочного кольца;
4. Элементы наружной грыжи живота и их характеристику;
5. Скользящую грыжу;
6. Классификацию наружных грыж живота;
7. Клинику наружных грыж живота;
8. Дифференциальную диагностику наружных грыж живота;
9. Относительные и абсолютные противопоказания к хирургическому лечению наружных грыж живота;
10. Методы хирургического лечения наружных грыж живота;
  - С натяжением мягких тканей:
    - а. Паховых (Жирара, Спасокукоцкого, Кимбаровского, Бассини, Кукуджанова, Постемского);
    - б. Бедренных (Бассини, Руджи);
    - в. Пупочных (Мейо, Сапежко, Лекснера);
    - г. Белой линии живота (Сапежко, Напалкова);
  - Без натяжения мягких тканей:
    - а/ лапароскопические;

б/ с применением сетчатых эндопротезов.

11. Осложнения наружных грыж живота (ущемление, невправимость, воспаление, копростаз);
12. Виды ущемления наружных грыж живота (эластическое, каловое, смешанное, ретроградное, пристеночное);
13. Лечебную тактику при каждом конкретном виде осложнения наружных грыж живота;
14. Основные отличия между ущемленной и невправимой грыжей;
15. Особенности тактики при самостоятельно вправившихся ущемленных грыжах;
16. Основные этапы хирургического вмешательства при ущемленных грыжах;
17. Признаки жизнеспособности ущемленной петли кишки;
18. Этиологию послеоперационных грыж живота;
19. Клинику послеоперационных грыж живота;
20. Выбор метода пластики грыжевых ворот при послеоперационных грыжах живота (апоневротическая, мышечно-апоневротическая, применение эксплантатов);

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и правильно обследовать больного с наружной грыжей живота;
2. Составить план обследования больного;
3. Определить абсолютные и относительные противопоказания к операции грыжесечения;
4. Выбрать метод хирургического лечения больного с наружной грыжей живота.
5. Собрать анамнез у больного с осложнениями грыж;
6. Провести обследование больного и правильно оценить его результаты;
7. Провести дифференциальный диагноз между ущемленной и невправимой грыжей живота;
8. Провести клиническое обследование больного с послеоперационной вентральной грыжей;
9. Составить план обследования больного с послеоперационной грыжей живота.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Какие местные предрасполагающие факторы способствуют возникновению наружных грыж живота?
2. С чем связано возникновение врожденных паховых грыж?
3. Какие отличия существуют между прямой и косой паховой грыжей?
4. Как отличить бедренную грыжу от паховой?
5. Абсолютные и относительные противопоказания к операции грыжесечения.
6. Какие операции применяются для лечения прямых паховых грыж?
7. Какие операции применяются для лечения бедренных грыж?

8. Какие операции применяются для лечения пупочных грыж?
9. Какие симптомы характерны для ущемленной грыжи?
10. Чем обусловлена невправимость грыжи?
11. Какие причины воспаления грыжи Вы знаете?
12. Что чаще всего является содержимым грыжевого мешка при каловом ущемлении?
13. Какой должна быть тактика хирурга при самопроизвольно вправившейся грыже?
14. Какие основные причины возникновения послеоперационных грыж?
15. Назовите основные методы хирургического лечения послеоперационных грыж.
16. Что такое ретроградное ущемление?
17. С какими заболеваниями необходимо диагностировать ущемленную бедренную грыжу?
18. Особенности хирургического лечения ущемленных грыж, осложненных флегмоной оболочек грыжевого мешка?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 5-20.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001, с.591-645.
3. Хирургические болезни (М.И. Кузин, Москва, 2005, с.248-270).

#### **Дополнительная:**

1. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский «Грыжи живота», 1983.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

Больной, 45 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования расположенного 3 см выше пупка по средней линии. При осмотре образование 2,5 x 1,5 см овоидной формы, эластической консистенции, безболезненное, не меняющее свою форму при перемене положения тела.

Ваш диагноз? Какие необходимо применить больному дополнительные исследования с целью дифференциальной диагностики? Каково лечение этого больного?

#### **Задача 2**

У больной 65 лет имеется послеоперационная невправимая вентральная грыжа. Размеры грыжевых ворот 10x6см. Периодически в области грыжевого выпячивания возникают боли. Больная отмечает наличие запоров.

Составьте план предоперационной подготовки и оперативного лечения больной.

### **Задача 3**

У больного, 16 лет, с левосторонней паховой грыжей, во время операции оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа? Какой метод оперативного лечения следует избрать?

### **Задача 4**

У 64-летнего пациента во время операции по поводу невправимой прямой паховой грыжи при вскрытии грыжевого мешка стала выделяться жидкость светло-желтая жидкость с запахом мочи.

Что произошло? Какова причина данного осложнения? Что должен сделать хирург?

### **Задача 5**

Поступил больной, 40 лет, с ущемленной левосторонней паховой грыжей на 5-е сутки от начала заболевания. Имеется резкая гиперемия, отек кожи в месте ущемления, а также признаки острой кишечной непроходимости.

Ваш диагноз и тактика лечения?

### **Задача 6**

У 42-летнего больного, с ущемленной правосторонней паховой при вскрытии грыжевого мешка выделился прозрачный выпот. В грыжевом мешке имеются две кишечные петли нормальной окраски. После рассечения ущемляющего кольца появился мутный выпот.

О чем следует думать хирургу в данной ситуации? Что следует предпринять?

### **Задача 7**

В хирургическое отделение переведена из кардиологического отделения больная с ущемленной левосторонней бедренной грыжей на 5-е сутки после обширного инфаркта миокарда. С момента ущемления прошло 1,5 часа. Признаков перитонита, кишечной непроходимости нет.

Какова тактика хирурга?

### **Задача 8**

При транспортировке больного, 70 лет, с ущемленной левосторонней паховой грыжей в дежурную больницу произошло вправление грыжи. С момента ущемления прошло 3 часа.

Как должен поступить хирург приемного покоя?

### **Задача 9**

У больного через 6 часов после самопроизвольного вправления левосторонней косой паховой грыжи появились разлитые боли в животе. Стало определяться напряжение мышц передней брюшной стенки и синдром Щеткина-Блюмберга.

О чем следует думать хирургу в данной ситуации? Какова тактика лечения?

### **Задача 10**

Больная, 46 лет, с ожирением в течение 5 лет страдает невправимой пупочной грыжей. Неприятных ощущений она не причиняла. Но в течение последних 3-х дней у больной в области выпячивания появились краснота, отечность и резкая болезненность при прикосновении. Поднялась температура до 38°C. Тошноты, рвоты нет. Язык чистый, влажный. Пальпация живота безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение грыжи наступило? Какова Ваша тактика лечения?

## **Занятие № 2. «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Острый аппендицит является одним из распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Диагностика его таит много трудностей, так как это заболевание в своем развитии имеет много общего с рядом острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Несвоевременное поступление больных, поздняя диагностика являются наиболее частыми причинами возникновения осложнений при остром аппендиците. Несмотря на несомненный прогресс в диагностике и лечении острого аппендицита, осложнений острого аппендицита немало, которые и нередко ведут к летальному исходу. Для успешного лечения и профилактики этих осложнений надо помнить триаду: ранняя диагностика, ранняя госпитализация, ранняя операция.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** На основании знаний анатомии илеоцекальной области, клиники острого аппендицита, методов исследования научиться диагностировать острый и хронический аппендицит, а также осложнения острого аппендицита и методы их лечения.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез острого аппендицита;
2. Классификацию острого и хронического аппендицита;



3. Вариантную анатомию червеобразного отростка;
4. Клиническую симптоматику различных форм острого аппендицита и особенности данной симптоматики в зависимости от расположения червеобразного отростка;
5. Особенности течения острого аппендицита у беременных и лиц пожилого возраста;
6. Лабораторную и инструментальную диагностику острого аппендицита;
7. Тактику врача при остром аппендиците;
8. Лечение острого аппендицита.
9. Классификацию осложнений острого аппендицита;
10. Клиническую симптоматику типичных осложнений острого аппендицита (аппендикулярного инфильтрата и аппендикулярного абсцесса);
11. Показания к консервативным и хирургическим методам лечения осложнений острого аппендицита;
12. Принципы хирургического лечения этих осложнений.
13. Диагностику и лечение хронического аппендицита.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного острым аппендицитом;
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального обследования: симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартамье-Михельсона, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Яуре-Розанова и др.
3. Провести дифференциальный диагноз от других заболеваний;
4. Дать правильную оценку результатов лабораторного обследования;
5. Определить показания к дополнительным методам исследования, своевременному оперативному вмешательству и виду обезболивания;
6. Выбрать необходимые специальные методы исследования и правильно оценить их результаты;
7. Определить показания к консервативному и хирургическому лечению конкретного осложнения острого аппендицита.
8. Назначить обследование больному с подозрением на хронический аппендицит;

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Какие симптомы можно наблюдать у больного при остром аппендиците?
2. Что характерно для клинической картины острого гангренозного аппендицита?
3. Какими дополнительными методами можно пользоваться для подтверждения диагноза острый аппендицит?
4. Какая лечебная тактика оправдана при остром аппендиците?
5. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать острый аппендицит?
6. Какие цели преследует ректальное исследование при остром аппендиците?

7. Методы хирургического лечения острого аппендицита.
8. Какие особенности хирургического лечения острого аппендицита у беременных?
9. Что такое аппендикулярный инфильтрат?
10. При каких формах острого аппендицита образуется аппендикулярный инфильтрат?
11. Какие основные причины развития тазового абсцесса при остром аппендиците?
12. Что является противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците?
13. Комплекс каких мероприятий наиболее целесообразен при аппендикулярном инфильтрате в первые 3 дня?
14. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое решение вы примете?
15. Какой из доступов наиболее оптимален при вскрытии поддиафрагмального абсцесса?
16. Каким оперативным доступом вскрывают тазовый абсцесс у женщин и мужчин?
17. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать хронический аппендицит?

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 21-31.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 468 - 484.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 621 – 638.

### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М., 2005 – Т.1. – С. 162 – 174.
2. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум. – СПб: Питер, 2002. – С. 12-44.
3. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – М.: Медпрактика. – М., 2002. – 244 с.

## **Ситуационные задачи к теме занятия**

### **Задача 1**

У пациентки 19 лет около 6 часов назад появились боли в эпигастральной области, тошнота, была однократная рвота. При обследовании определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, лейкоциты крови -  $9,5 \cdot 10^9$ .

Ваш предварительный диагноз? О каких ещё заболеваниях следует думать? Каковы ваши действия?

### **Задача 2**

Пациентка 26 лет, с беременностью 27-28 недель обратилась с жалобами на неинтенсивные, периодически усиливающиеся боли в правой подвздошной области в течение суток. В анамнезе, 4 года назад Кесарево сечение.

Составьте план обследования. Проведите дифференциальную диагностику данного состояния. Какова тактика врача?

### **Задача 3**

Больной 38 лет с болями в правой мезогастральной и правой подвздошной области госпитализирован в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. При обследовании в моче обнаружено значительное количество неизмененных эритроцитов.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в данном случае? Какие дополнительные исследования вам понадобятся?

### **Задача 4**

Больная 55 лет предъявляет жалобы на ноющий боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,5°. Данные жалобы беспокоят её в течение 6-7 дней. При обследовании в правой подвздошной области определяется умеренно болезненное, неподвижное опухолевидное образование без четких границ.

Ваш предварительный диагноз? О каких ещё заболеваниях следует думать? Какова тактика лечения больного?

### **Задача 5**

Больной 43, лет находящийся 4-е сутки на лечении в хирургическом отделении с диагнозом аппендикулярный инфильтрат пожаловался дежурному врачу на усиление болей в правой подвздошной области и повышение температуры тела до 39,0°.

Каковы должны быть действия дежурного врача?

### **Задача 6**

На 10-е сутки после аппендэктомии по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита у больного возникли тупые боли в правом подреберье. Одновременно появились желтуха, асцит и гектическая температура.

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

### **Задача 7**

К концу первых суток после атипичной аппендэктомии у больного внезапно появилась тахикардия, бледность кожных покровов, снизилось АД до

70/50 мм рт.ст. В дренажной трубке появилась кровь.

Какое послеоперационное осложнение возникло у больного? Каковы действия дежурного врача?

### **Задача 8**

У больного на 8-е сутки после аппендэктомии произведенной в связи с острым гангренозным перфоративным аппендицитом из разреза по Волковичу-Дьяконову по ходу тампона в рану начало выделяться кишечное содержимое. Перитонеальных симптомов нет.

Что произошло? Каковы действия врача?

### **Задача 9**

На 7-е сутки после аппендэктомии у больного стал определяться болезненный инфильтрат по ходу послеоперационной раны. Кожа над ним гиперемирована. Одновременно у больного температура тела в течение последних 4-х дней держится в пределах субфебрильных значений.

Какова причина ухудшения состояния больного? Что необходимо предпринять лечащему врачу?

### **Задача 10**

Больная 29 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области в течение нескольких месяцев. Дважды госпитализировалась с подозрением на острый аппендицит.

Какие возможные заболевания следует предполагать у больной? Составьте план обследования и проведите дифференциальную диагностику данного состояния.

## **Занятие № 3**

### **«ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ».**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является распространенным заболеванием. Диагностика и лечение ее - прерогатива терапевтической клиники. Однако, несмотря на успехи консервативного лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, у 30% больных развиваются осложнения язвенного процесса, которые требуют оперативного вмешательства. У половины из них возникают такие грозные осложнения, как язвенное кровотечение и перфорация язвы, которые требуют неотложной диагностики и адекватного применения современных методов лечения. Наряду с этим, встречаются пациенты с резистентными к консервативному лечению язвами. В этих случаях важно своевременно определить сроки операции, которая должна

предшествовать возникновению осложнений. Язва желудка часто перерождается в злокачественную опухоль, поэтому важно знать показания к хирургическому вмешательству при хронических неосложненных язвах. В настоящее время расширились возможности хирургического лечения пациентов с указанными заболеваниями, поэтому знания этих вопросов необходимы каждому практическому врачу.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение осложнений гастродуоденальных язв, научить студентов диагностировать патологические состояния, развивающиеся у больных после резекции желудка или ваготомии, определять методы их лечения и профилактики.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез острых и хронических осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Современные методы лабораторного и инструментального обследования больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
3. Клиническую картину и стадии течения прободной язвы желудка и 12 перстной кишки.
4. Дифференциальную диагностику прободной язвы.
5. Способы хирургического лечения больных с прободными язвами.
6. Клиническую картину язвенных кровотечений.
7. Эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях.
8. Показания к хирургическому лечению язвенных кровотечений.
9. Способы хирургического лечения язвенных кровотечений.
10. Клиническую картину пилородуоденального стеноза.
11. Клиниче пенетрации язвы.
12. Дифференциальную диагностику пилородуоденального стеноза и пенетрирующей язвы.
13. Современные методы лечения пилородуоденального стеноза и пенетрации язвы.
14. Болезни оперированного желудка.
15. Классификацию постгастрорезекционных и постваготомических синдромов.
16. Клиническую картину: демпинг синдрома; пептических язв; синдрома приводящей петли, дуодено-еюно-гастрального рефлюкса; постваготомического синдрома.
17. Лабораторные и инструментальные методы диагностики постгастрорезекционных и постваготомических синдромов.
18. Консервативное лечения болезней оперированного желудка.
19. Показания и варианты хирургических вмешательств при демпинг-синдроме, синдроме приводящей петли, пептических язвах, дуоденостазе,

постваготомическом синдроме и постфундопликационных осложнениях.

20.Профилактики болезней оперированного желудка.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Целенаправленно собирать анамнез у больных с осложнениями язвенной болезни ее осложнениями, у больного с подозрением на наличие постгастрорезекционного или постваготомического синдрома, проводить клиническое обследование и правильно анализировать полученные данные.
2. Составить план лабораторных и инструментальных методов исследования, оценить их результаты, интерпретировать данные эндоскопии и рентгенографии.
3. Сформулировать развернутый клинический диагноз и обосновать его.
4. Определить способ оперативного вмешательства при прободных язвах.
5. Оценить результаты эндоскопической картины при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Этиологию и патогенез прободной гастродуоденальной язвы.
2. Клиника прободной язвы в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство; прикрытой перфорация язвы.
3. Назовите инструментальные методы диагностики прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Какая тактика хирурга при типичной и прикрытой перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
5. Клиническая картина язвенного гастродуоденального кровотечения.
6. Лабораторная и инструментальная диагностика гастродуоденальных кровотечений?
7. Дифференциальная диагностика кровотечений в просвет желудочно-кишечного тракта.
8. Перечислите методы эндоскопического гемостаза при гастродуоденальном кровотечении.
9. Назовите основные принципы консервативного лечения при гастродуоденальном кровотечении.
10. Укажите показания и методы операций при гастродуоденальном язвенном кровотечении.
11. Этиология и патогенез пилородуоденального стеноза.
12. Клиника пилородуоденального стеноза.
13. Инструментальная диагностика пилородуоденального стеноза.
14. Показания и методы операций при пилородуоденальном стенозе.
15. Пенетрация язвы. Клиника диагностика и лечение.
16. Классификация болезней оперированного желудка.
17. Патогенез демпинг-синдрома.
18. Инструментальная диагностика демпинг-синдрома.
19. Способы хирургической коррекции демпинг-синдрома.

20. Диагностика и лечение пептических язв.
21. Синдром приводящей петли. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
22. Способы хирургической коррекции синдрома приводящей петли.
23. Постваготомический синдром.
24. Методы диагностики постваготомического синдрома.
25. Лечение постваготомического синдрома

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 32-74.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 132-168.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С.301-316.

### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М., 2005 – Т.1. – С. 222 – 254.
2. Шотт А.В., Леонович С.И., Кондратенко Г.Г. Гастродуоденальные язвенные кровотечения. - Мн.: БГМУ, 2003. – 140 с.
3. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. Гродно, 1995 г.
4. Иоскевич Н.Н. Болезни ваготомированного желудка (методические рекомендации для студентов, субординаторов, врачей- хирургов) под ред. Н.И. Батвинкова. Гродно, 1994 г.

## **Ситуационные задачи к теме занятия**

### **Задача 1**

У больного, 45 лет, не имевшего каких - либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта внезапно возникла интенсивная боль (по типу кинжальной) в эпигастральной области. Наблюдались тошнота и однократная рвота. Больной бледен, покрыт холодным, липким потом и занимает вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу бедрами. Изменение положения тела пациента приводит к усилению болей. Температура тела 37,2°C. Пульс замедлен до 50-60 уд. в мин. Пальпация живота болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Каковы Ваш диагноз и действия?

### **Задача 2**

У больного, 36 лет, страдавшего в течение последних 5 лет язвенной болезнью 12-перстной кишки внезапно появилась резкая боль в правом

подреберье. В момент ее возникновения пациент покрылся холодным, липким потом. Однако через 30-40 мин после начала болевого приступа интенсивность боли уменьшилась. Больной смог самостоятельно передвигаться. При пальпации живота умеренная болезненность в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости положительный симптом «серпа».

Каковы Ваш диагноз и действия?

### **Задача 3**

Больной, 55 лет, поступил в хирургическое отделение через 2 часа с момента перфорации язвы тела желудка. Длительность «язвенного» анамнеза составляет 10 лет. Пациент неоднократно лечился амбулаторно и стационарно, в том числе один раз в связи с кровотечением из язвы. Со слов больного при исследовании кислотопродуцирующей функции желудка отмечено ее гипоацидное состояние.

Какого объема операцию необходимо применить в данном случае?

### **Задача 4**

Больной, 22 лет, не имеющий язвенного анамнеза, госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «прободная язва 12-перстной кишки». Во время лапаротомии при ревизии брюшной полости установлено наличие прободного отверстия 0,3х0,3 см с мягкими краями, без воспалительной инфильтрации по передней стенке луковицы 12-перстной кишки.

Какую операцию необходимо произвести больному?

### **Задача 5**

У больного, 69 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки и имеющего тяжелую сопутствующую патологию, наступила перфорация язвы. От предлагаемого хирургического лечения он категорически отказался.

Как следует поступить с больным?

### **Задача 6**

У больного, 51 года, длительно страдавшего язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение последнего месяца усилились боли в правом подреберье. За два часа до поступления в дежурную больницу во время выполнения тяжелой физической работы он внезапно почувствовал нарастающую слабость и головокружение. На этом фоне пациент на несколько минут потерял сознание. Больной бледен, покрыт холодным липким потом. Пульс 100 уд. в мин, АД 90/60 мм. рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного? Какие методы исследования нужно применить для уточнения диагноза?

### **Задача 7**

У больного, 54 лет, после многократной, не приносящей облегчения



рвоты, обусловленной приемом алкоголя, возникло желудочное кровотечение. В рвотных массах отмечалась жидкость цвета кофейной гущи с примесью алой крови. При фиброгастроскопии в пищеводно-кардиальной зоне найден линейный разрыв слизистой длиной 1,5 см и глубиной 0,3 см с незначительным подтеканием из него крови.

Что произошло с больным? Как следует поступить с пациентом?

### **Задача 8**

Больной, 47 лет, госпитализирован в хирургическое отделение в 3-й раз по поводу кровотечения из язвы луковицы 12-перстной кишки. Длительность язвенного анамнеза составляет 15 лет, обострение 2-3 раза в год. Кровотечение остановлено проведением комплексного консервативного лечения и эндоскопического гемостаза.

Какова дальнейшая тактика лечения больного?

### **Задача 9**

Больной, 49 лет, жалуется на чувство тяжести в эпигастральной области после еды, упорную рвоту с «тухлым» запахом и примесью давно съеденной пищи, потерю веса, слабость. Болен около 11 лет. Его дефицит веса составляет 15 кг. Пациент бледен, кожа сухая. В верхней половине живота контурируется растянутый желудок, имеется шум плеска натошак. При рентгенологическом исследовании определяется задержка контрастной массы в желудке более чем на 24 ч.

Диагноз? Лечение?

### **Задача 10**

Больной, 50 лет, длительное время страдал болями в животе, вначале с выраженной сезонностью обострений. Последний год боли почти постоянные, усиливаются после еды, беспокоят по ночам, иррадиируют в спину. Имеется резко выраженное гиперацидное состояние желудочной секреции. Рентгенологически отмечается деформация луковицы 12-перстной кишки и глубокая ниша на задней стенке луковицы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена язва на задней стенки луковицы 12-перстной кишки размерами 1,5 на 2 см и глубиной около 1 см с подрывными краями.

Ваш диагноз и тактика?

## **Занятие № 4**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

В настоящее время наблюдается значительный рост числа больных с

заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков. По данным Шалимова А.А., 40% населения после 40 лет подвержено этому недугу. Раннее выявление и санирование таких больных значительно снижает риск грозных осложнений. Одним из них является острый холецистит, который занимает 2 место по частоте в ургентной хирургии. В настоящее время, благодаря внедрению новых технологий, расширились возможности диагностики и оперативных вмешательств, относящихся к числу малоинвазивных:

- ультразвуковое исследование билиарной системы и дренирование по показаниям желчного пузыря под УЗ-контролем;
- эндоскопическая ретроградная холангиография и эндоскопическая ретроградная папиллотомия с возможным удалением конкрементов холедоха;
- диагностическая лапароскопия и лапароскопическая холецистэктомия.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение заболеваний желчного пузыря и желчных протоков, постхолецистэктомического синдрома

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о печени, желчном пузыре и желчных протоках.
2. Классификацию заболеваний и методику обследования больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков.
3. Этиологию и патогенез желчнокаменной болезни (ЖКБ).
4. Клиническую симптоматику различных форм острого холецистита.
5. Лабораторную и инструментальную диагностику острого холецистита и его осложнений.
6. Дифференциальную диагностику осложнений ЖКБ.
7. Показания к операции и принципы хирургического лечения.
8. Этиологию и классификацию механической желтухи.
9. Современные методы диагностики механической желтухи.
10. Современные методы лечения механической желтухи неопухолевого генеза.
11. Виды операций при механической желтухе.
12. Определение понятия «Постхолецистэктомический синдром».
13. Этиологию и классификацию ПХЭС.
14. Клинику, диагностику и лечение холедохолитиаза, рубцовых стриктур желчных путей, стеноза большого дуоденального соска.
15. Клинику, диагностику и лечение ложного желчного пузыря.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков и механической желтухой.
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального

обследования. Выявить симптомы острого холецистита (Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, изменение чувствительности в зонах Захарьина-Геда и т. д.).

3. Провести дифференциальный диагноз острого холецистита с острым панкреатитом, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью;
4. Дать правильную оценку результатов лабораторного и инструментальных методов обследования больного с острым холециститом.
5. Написать лист назначений больному острым холециститом и обосновать показания к оперативному лечению.
7. Обосновать план обследования больных с механической желтухой.
8. Провести дифференциальную диагностику механической желтухи с другими видами желтух.
9. Назначить консервативное лечение больному с механической желтухой.
10. Обосновать показания и определить объем оперативного лечения при механической желтухе.
11. Обосновать план обследования и лечения ПХЭС.
12. Провести дифференциальную диагностику ПХЭС с другими заболеваниями.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите основные причины камнеобразования в желчном пузыре.
2. Назовите механизм возникновения воспалительных явлений в стенке желчного пузыря при остром калькулезном и бескаменном холецистите.
3. Какие симптомы характерны для острого холецистита?
4. Назовите основные инструментальные методы исследования желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов.
5. Дайте характеристику современным малоинвазивным методам лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков.
6. Назовите способы дренирования желчных протоков.
7. Назовите причины, приводящие к развитию механической желтухи.
8. Какая симптоматика характерна для механической желтухи?
9. Назовите современные методы диагностики механической желтухи.
10. Укажите малоинвазивные методы лечения механической желтухи.
11. Назовите причины, приводящие к развитию ПХЭС.
12. Назовите методы исследования больных с ПХЭС.
13. Дифференциальная диагностика ПХЭС?
14. В каких случаях показано консервативное лечение больным с ПХЭС?
15. Укажите малоинвазивные методы лечения ПХЭС.
16. Какие операции выполняются при холедохолитиазе, рубцовых стриктурах желчных путей, стенозе большого дуоденального соска?
17. Какое лечение проводится при установленном диагнозе ложного желчного пузыря?

## ЛИТЕРАТУРА:

### Основная:

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 75-105.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 228-299., С. 274 - 276.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С.376-400.

### Дополнительная:

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М., 2005 – Т.1. – С. 185 – 201, 410-429.
2. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум. – СПб: Питер, 2002. – С. 105-131
3. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР, 1999. – 895 с.
4. Крылов А.Г., Земляной В.А., Михайлович А.И. Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей (2-е изд., перераб. и доп.). – СПб: Питер Пабблишинг, 1997. – С. 286-301.

## Ситуационные задачи к теме занятия

### Задача 1

Больная, 35 лет поступила в хирургическое отделение в связи с выраженной болью в правом подреберье, возникшей после погрешности в диете. После введения спазмолитиков боль полностью купировалась. При обследовании выявлен камень в желчном пузыре.

Ваш диагноз и рекомендации больной?

### Задача 2

У больной, 65 лет, страдающей желчекаменной болезнью, после очередного приступа, на протяжении последующих 2-х месяцев сохранялись неинтенсивные, постоянные, ноющие боли в правом подреберье. При пальпации в правом подреберной области определяется плотноэластическое малоболезненное образование, с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Температура тела у больной нормальная. Лейкоциты в крови  $5,6 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

### Задача 3

У больного, 56 лет, страдающего желчекаменной болезнью возникли

острые боли в правом подреберье, была однократная рвота. После проведенного в течение суток консервативного лечения боли уменьшились. При осмотре определяется болезненность в правом подреберье, положительный симптом Мерфи, температура тела - 38,0°C. Лейкоциты в крови  $13,5 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

#### **Задача 4**

Больной, 46 лет обратился в приемный покой с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела – до 39,0°C. Болеет в течении 5 дней. При обследовании в желчном пузыре обнаружены камни, общий желчный проток расширен до 2 см. Лейкоциты в крови  $17,5 \times 10^9/\text{л}$ . Общий билирубин - 258 мкмоль/л (прямой - 197 мкмоль/л).

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

#### **Задача 5**

Больная, 55 лет, в тяжелом состоянии оперирована на 7-е сутки от начала заболевания по поводу острого деструктивного холецистита, перивезикального абсцесса. Во время операции обнаружено, что желчный пузырь перфорирован. Удалить желчный пузырь не представляется возможным из-за технических трудностей. Наложить надежную холецистостому тоже невозможно, так как стенка пузыря в области шейки некротизирована.

В чем будет заключаться оперативная помощь в данном случае?

#### **Задача 6**

Больная, 34 лет, эмоционально лабильная женщина, в течение 3 лет страдает от периодически появляющихся кратковременных приступов сильных болей в правом подреберье, иррадиирующих в правое плечо и лопатку. Болевой синдром не сопровождается повышением температуры тела и не связан с приемом пищи. Длительность приступов от 1 до 2 ч. Иктеричности кожи и слизистых оболочек никогда не отмечалось. При пальпации области правого подреберья напряжения мышц нет. Выявляется небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Лейкоциты в крови  $6,0 \times 10^9/\text{л}$ . Во всех трех порциях, полученных при дуоденальном зондировании, отклонений от нормы не найдено. При УЗИ камни в желчном пузыре не обнаружены. Пузырь несколько растянут, после приема желчегонных сокращается медленно.

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

#### **Задача 7**

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В 12-перстную кишку

контрастное вещество не поступает.

Как Вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы Ваши дальнейшие действия?

### **Задача 8**

У больной, 48 лет, во время операции по поводу острого холецистита после удаления желчного пузыря обнаружено, что общий желчный проток расширен до 2 см в диаметре. При холедохотомии из протоков удалены 6 камней.

Каким образом хирург должен закончить операцию?

### **Задача 9**

У больной, 46 лет, 3 года назад перенесшей холецистэктомию по поводу желчекаменной болезни возник приступ болей в эпигастрии. Спустя сутки больная пожелтела. При обследовании в терминальном отделе холедоха выявлен камень, диаметром 6 мм.

Ваш диагноз и возможные варианты лечения больной?

### **Задача 10**

У больной, 82 лет, имеющей тяжелые сопутствующие заболевания возник приступ болей в правом подреберье. В течение последующих 3-х суток у больной нарастает желтуха. При обследовании выявлены камни в терминальном отделе холедоха.

Ваш диагноз и тактика лечения больной?

## **Занятие № 5 «ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Острый панкреатит относится к одному из распространенных заболеваний органов брюшной полости и по частоте занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Также отмечен рост количества больных с хроническим панкреатитом, распространенность которого оценивают в пределах от 0,04 до 5%. Деструктивные формы острого панкреатита и осложнения хронического панкреатита представляют одну из трудных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение острого панкреатита, а также клинику, диагностику и лечение хронического панкреатита.

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Основные анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе.

2. Этиологию и патогенез острого панкреатита.
3. Клинико-анатомическую классификацию острого панкреатита.
4. Клиническую симптоматику острого панкреатита (симптомы Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона и т. д.).
5. Лабораторную и инструментальную диагностику острого панкреатита.
6. Клинические и лабораторные критерии тяжелого панкреатита.
6. Консервативное лечение острого панкреатита.
7. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита.
8. Виды оперативных вмешательств при остром панкреатите.
9. Исходы острого панкреатита.
10. Клинику, диагностику и варианты лечения осложнений острого панкреатита.
11. Этиологию и классификацию хронического панкреатита.
11. Клинику, диагностику и варианты лечения хронического панкреатита.

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного острым панкреатитом.
2. Провести клиническое обследование больного острым панкреатитом.
3. Составить план обследования и лечения больного острым панкреатитом.
4. Собрать анамнез у больного хроническим панкреатитом.
5. Провести клиническое обследование больного хроническим панкреатитом.
6. Составить план обследования и лечения больного хроническим панкреатитом.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите основные функции поджелудочной железы.
2. Какие причины могут вызвать нарушение пассажа панкреатического секрета в 12 перстную кишку?
3. Назовите основные периоды течения панкреонекроза.
4. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики острого панкреатита.
5. Какое лечение является эффективным при отечных формах острого панкреатита?
6. Назовите показания к раннему проведению операции при остром панкреатите.
7. Как снять боль у пациента при остром панкреатите?
8. Как проводится форсированный диурез при остром панкреатите?
9. Какие антиферментные препараты могут быть использованы для лечения острого панкреатита?
10. Назовите основные методы хирургического лечения острого панкреатита.
11. Назовите осложнения острого панкреатита.
12. Классификация хронического панкреатита.
13. Какие инструментальные методы исследования применяются для

диагностики хронического панкреатита?

14. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы.

## ЛИТЕРАТУРА:

### Основная:

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 106-126.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 352-379.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С.403-407.

### Дополнительная:

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М., 2005. – Т.1. – С. 202 – 221, 446-472.
2. Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. - СПб., 2000. – 402 с.
3. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум. – СПб: Питер, 2002. – С. 132-156.
4. Козырев М.А., Марковская И.М. Клиническая панкреатология. – Мн., 2006. – 140 с

## Ситуационные задачи к теме занятия

### Задача 1

Больной, 49 лет, после употребления обильной мясной, жирной пищи внезапно ощутил приступ боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Была многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области определялась болезненность. Диастаза мочи составляет 1024 ед. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния больной: интенсивность боли значительно уменьшилась, прекратилась рвота. Симптомы раздражения брюшины были отрицательным. Диастаза мочи уменьшилась до 256 ед.

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

### Задача 2

У больного, 51 года, после употребления алкоголя, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчение. При осмотре живот мягкий болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диастаза в 2048 ед. Консервативные мероприятия к улучшению состояния не привели. На следующие сутки состояние больного



ухудшилось: участился пульс до 120 уд. в мин., АД снизилось до 70/40 мм. рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза мочи составила 8 ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

### **Задача 3**

Больная, 45 лет, поступила в клинику с болями в эпигастральной области опоясывающего характера, многократной рвотой, через 6 часов от начала заболевания. При осмотре кожные покровы желтушны, живот мягкий болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При обследовании в желчном пузыре обнаружены камни, общий желчный проток расширен до 15 мм. Общий билирубин - 164 мкмоль/л (прямой - 112 мкмоль/л). Диастаза мочи 1250 ед.

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

### **Задача 4**

У больного, 45 лет, внезапно возникла интенсивная боль в эпигастральной области. Наблюдалась тошнота и однократная рвота. Больной бледен, покрыт холодным, липким потом. Пульс учащен до 100 уд. в мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ФГДС обнаружен камень, вклиненный в устье Фатерова соска.

Каковы Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения больного?

### **Задача 5**

Больной, 54 лет, оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости содержится около 1,5 л геморрагического выпота. В малом и большом сальнике имеются пятна стеатонекроза. По вскрытии желудочно-ободочной связки установлено, что поджелудочная железа и забрюшинное пространство пропитаны геморрагической жидкостью, дистальная часть тела и хвост железы черного цвета.

С каким заболеванием встретился хирург? Укажите его форму. Каков объем оперативного вмешательства?

### **Задача 6**

Больной, 45 лет, поступил в клинику с диагнозом острого панкреатита. Консервативное комплексное лечение к улучшению состояния не привело. Было принято решение об оперативном лечении. Во время операции в брюшной полости до 1 литра серозного выпота (содержание амилазы в нем 8 тыс. ед.). При ревизии брюшной полости диагностирован отек поджелудочной железы. Желчный пузырь напряжен, не опорожняется, ширина холедоха 12мм.

Какой объем хирургического вмешательства следует предпринять? Ваш

диагноз после операции?

### **Задача 7**

У больного, 46 лет, находящегося на лечении по поводу острого панкреатита, на 4-й день консервативного лечения стал пальпироваться болезненный инфильтрат в эпигастрии и левом подреберье. Через 5 суток появились гипертермия в пределах 38,0-39,0<sup>0</sup>С с ознобами. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию, инфильтрат не уменьшился в размерах. Температура приняла гектический характер. Содержание лейкоцитов в крови увеличилось до 20х10<sup>9</sup>/л.

Какое осложнение вы предполагаете у больного? Как подтвердить ваше предположение? Что должен предпринять хирург в связи с развившимся осложнением?

### **Задача 8**

Больной, 22 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, с иррадиацией в спину, общую слабость, тошноту. При осмотре состояние средней тяжести, ЧСС – 98 уд. в минуту, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье, где пальпируется болезненный инфильтрат. На коже левой боковой стенки живота геморрагические пятна. Из анамнеза удалось выяснить, что 3-е суток назад во время занятий спортом падал на спину.

Ваш предварительный диагноз? Составьте план обследования и лечения больного.

### **Задача 9**

Больная, 38 лет, поступила в клинику с болями в эпигастральной области, субфебрильной температурой. Ухудшение отмечает в течении 3-х суток. Из анамнеза выяснено, что месяц назад в течение 12 дней больная находилась на стационарном лечении по поводу острого панкреатита. При осмотре и пальпации живота в эпигастральной области определяется плотноэластическое малоблезненное образование, с гладкой поверхностью, неподвижное.

Ваш предварительный диагноз? Составьте план обследования и лечения больного.

### **Задача 10**

У больного, 44 лет, неоднократно лечившегося по поводу острого панкреатита, при очередном поступлении определяется желтушность кожных покровов, а также наличие в правом подреберье опухолевидного образования значительных размеров с гладкой поверхностью, умеренно болезненного.

Ваш предварительный диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние. Составьте план обследования и лечения больного.

## Занятие № 6 «НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА. ПЕРИТОНИТЫ»

### МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) - состояние, характеризующееся нарушением прохождения (пассажа) кишечного содержимого по направлению от желудка к заднему проходу. ОКН не представляет собой какую-то отдельную нозологическую форму, являясь осложнением самых различных заболеваний: наружных брюшных грыж, опухолей кишечника, желчнокаменной болезни и т.д. Но, возникнув, это патологическое состояние протекает по единому сценарию, вызывая интоксикацию и водно-электролитные расстройства, сопровождается типичными клиническими проявлениями.

Актуальность проблемы лечения острого разлитого перитонита обусловлена высокой летальностью при тяжелых формах, которая составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности она достигает 85-90%.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение острой кишечной непроходимости и перитонитов.

### СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:

1. Этиологию и классификацию кишечной непроходимости.
2. Клинику различных форм ОКН.
3. Инструментальное обследование больных с непроходимостью кишечника.
4. Основные принципы консервативного и хирургического лечения ОКН.
5. Определение понятия «Острого перитонита».
6. Классификацию перитонитов по этиологии, распространенности, течению, характеру перитонеального экссудата, фазам развития.
7. Патогенез острого перитонита.
8. Клинику распространенного и отграниченных перитонитов.
9. Основные принципы лечения распространенного и отграниченных перитонитов.
10. Корректирующую инфузионную терапию в послеоперационном периоде.
11. Клинику и лечение туберкулезного перитонита.

### СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:

1. Собрать анамнез у больного с ОКН, провести объективное обследование больного и определить необходимый объем инструментального обследования.
2. Провести дифференциальный диагноз кишечной непроходимости с другими заболеваниями органов брюшной полости.
3. Определить лечебную тактику при непроходимости кишечника.
4. Назначить консервативное лечение.

5. Определить объем оперативного вмешательства.
6. Собрать анамнез у больного с перитонитом.
7. Провести клиническое обследование больного с перитонитом и выявить основные симптомы (напряжения мышц передней брюшной стенки, Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского ).
8. Наметить план предоперационной подготовки.
9. Назначить базисную корригирующую терапию в послеоперационном периоде

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Классификация ОКН.
2. Назовите клинические симптомы, характерные для ОКН.
3. Какая лечебная тактика при странгуляционной кишечной непроходимости.
4. Назовите основные принципы консервативной терапии при ОКН.
5. Назовите принципы послеоперационного ведения больных ОКН.
6. Обтурационная непроходимость: этиология, клиника, диагностика, лечение.
7. Странгуляционная непроходимость: клиника, диагностика, лечение.
8. Острая спаечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение.
9. Инвагинация: клиника, диагностика, лечение.
10. Динамическая непроходимость: виды, клиника, диагностика, лечение.
11. Какие причины первичного и вторичного перитонита?
12. Какие фазы (стадии) течения острого перитонита Вы знаете?
13. Какие симптомы характерны для поддиафрагмального абсцесса?
14. Какие симптомы характерны для тазового абсцесса?
15. Какие симптомы характерны для межкишечного абсцесса?
16. Назовите основные методы диагностики абсцессов брюшной полости.
17. Назовите методы лечения поддиафрагмальных и тазовых абсцессов.
18. Какие основные этапы хирургического вмешательства при распространенных перитонитах Вы знаете?
19. Назовите методы детоксикации при лечении перитонитов.
20. Назовите наиболее рациональные схемы использования антибиотиков для лечения перитонитов.
21. Какие существуют показания к хирургическому лечению туберкулезного перитонита?

### **ЛИТЕРАТУРА**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 127-146.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. - Минск, 2001. – С. 550-591.,С. 647-669.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 693-712., С. 712-733.

### **Дополнительная:**

1. Кишечная непроходимость /под ред. Ерюхина И.А. - СПб, 1999. – 356 с.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. Савельева В.С. – М., 2004. – С. 412-434
3. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум. – СПб: Питер, 2002. – С. 205-232.
4. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / под. ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтера, 2006. – С. 14-18, 42-89.

## **Ситуационные задачи к теме занятия**

### **Задача 1**

В приемное отделение доставлен больной, 56 лет, астенического телосложения с жалобами на сильные, схваткообразные боли в животе, многократную рвоту. Боли возникли 2 часа назад. При осмотре: состояние тяжелое, ЧСС – 98 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, отмечается асимметрия, при пальпации болезнен и напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Ваш предварительный диагноз? Что необходимо выполнить для уточнения диагноза? Тактика хирурга?

### **Задача 2**

Больной. 66 лет обратился с жалобами на неинтенсивные, периодически возникающие боли в животе, отсутствие стула в течении 5-и суток. Рвоты не было. За последний месяц похудел на 6 кг. При смотре: живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании ампула прямой кишки расширена, свободна от каловых масс, на перчатке слизь с прожилками крови.

Ваш предварительный диагноз? Составьте план обследования и лечения больного.

### **Задача 3**

На пятые сутки после аппендэктомии у больной 44 лет внезапно возникли схваткообразные боли в животе. Появилась рвота. Живот увеличился в объеме. Газы не отходят.

С чем связано ухудшение состояния больной? Каковы действия хирурга?

### **Задача 4**

У мальчика, 12 лет, поставлен диагноз «илеоцекальная инвагинация». С момента начала заболевания прошло 10 час. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, признаков перитонита нет.

Какова должна быть лечебная тактика?

### **Задача 5**

У больного, 60 лет, госпитализированного в хирургический стационар с признаками острой кишечной непроходимости после проведенного комплекса консервативных мероприятий боли в животе, и рвота прекратились, после клизмы отходили стул и газы.

Примите решение о дальнейшей тактике лечения больного?

### **Задача 6**

У больной, 34 лет, во время операции диагностирован анаэробный перитонит. Как следует ушить брюшную полость?

### **Задача 7**

Во время операции у больного 30 лет диагностирована прободная язва двенадцатиперстной кишки. В брюшной полости до 300,0 мл серозного содержимого с примесью остатков пищи, париетальная и висцеральная брюшина в верхнем этаже брюшной полости и по правому флангу отечна гиперемирована, покрыта фибрином. Укажите диагноз и тактику.

### **Задача 8**

Больной, 49 лет, оперирован по поводу распространенного перитонита аппендикулярного генеза. Укажите и обоснуйте детоксикационную и антибактериальную терапию в послеоперационном периоде.

### **Задача 9**

Пациентка, 43 лет, оперирована неделю назад по поводу гнойного сальпингита. Ухудшение состояния 2 дня назад, боли внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки над лоном, при ректальном исследовании отмечается нависание передней стенки. Выражен интоксикационный и противовоспалительный синдром. Какой Ваш диагноз? Какое лечение показано больной?

### **Задача 10**

Больной, 57 лет, отмечает ноющие боли в животе, гипертермию, наличие асцита. После обследования диагностирована экссудативная форма туберкулезного перитонита. Укажите лечебную тактику.

## **ЗАНЯТИЕ № 7**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ, ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Заболевания тонкой, ободочной и прямой кишок характеризуются длительным, преимущественно рецидивирующим течением. Их консервативное лечение, как правило, приводит к незначительному улучшению состояния, а хирургическое лечение требует выполнения достаточно сложных хирургических

вмешательств. Исходя из этого, важно знать клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, консервативное и хирургическое лечение больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить клинику, диагностику, показания к оперативному лечению больных с заболеваниями тонкой (болезнь Крона, дивертикулы тонкой кишки), ободочной (неспецифический язвенный колит, дивертикулярная болезнь толстой кишки, полипы толстой кишки) и прямой кишок (геморрой, выпадение прямой кишки, трещина анального канала), острым и хроническим парапроктитом.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Клинику, диагностику и лечение дивертикулов тонкого кишечника и их осложнений.
2. Клинику, диагностику и лечение болезни Крона.
3. Принципы консервативного лечения болезни Крона.
4. Показания к оперативному лечению болезни Крона, виды операций.
5. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений.
6. Этиологию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение полипов толстой кишки.
7. Анатомо-физиологические сведения о прямой кишке, классификацию заболеваний прямой кишки.
8. Методы обследования проктологических больных.
9. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику геморроя и его осложнений.
10. Консервативное и оперативное лечение геморроя и его осложнений, варианты оперативных вмешательств.
11. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение анальной трещины.
12. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение острого парапроктита.
13. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение хронического парапроктита.
14. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение выпадения прямой кишки, варианты оперативных вмешательств.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.
2. Составлять план обследования больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.

3. Провести ректальное обследование (под контролем преподавателя).
4. Правильно интерпретировать ирригограммы, фистулограммы.
5. обосновать план обследования больным с острым и хроническим парапроктитом, геморроем, выпадением прямой кишки.
5. Назначить консервативное лечение больным с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.
6. Обосновать показания к оперативному лечению больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Что такое дивертикул Меккеля?
2. Какие осложнения могут быть при дивертикулах тонкой кишки?
3. Какие операции производятся при воспалении дивертикула Меккеля?
4. Укажите основные причины болезни Крона.
5. Какие инструментальные методы исследования применяются для диагностики болезни Крона при поражении тонкого кишечника?
6. Назовите методы исследования при патологии ободочной кишки.
7. Какие отделы кишечника поражаются при неспецифическом язвенном колите?
8. Что является показанием к срочному оперативному лечению неспецифического язвенного колита?
9. Какие методы исследования наиболее информативны при неспецифическом язвенном колите?
10. Какие препараты применяются при консервативном лечении неспецифического язвенного колита?
11. Укажите клинко-анатомическую классификация заболеваний прямой кишки.
12. Перечислите методы инструментального исследования прямой кишки.
13. Что способствует развитию геморроя?
14. Назовите показания к оперативному лечению геморроя.
15. Какие методы консервативного лечения применяются при геморроидальном кровотечении?
16. Какие методы лечения применяются при тромбозе геморроидальных узлов?
17. Перечислите степени выпадения прямой кишки.
18. Какие методы оперативного вмешательства используют при выпадении прямой кишки?
19. Какие симптомы характерны для трещины анального канала прямой кишки?
20. Назовите методы инструментальной диагностики трещин анального канала прямой кишки.
21. Какие симптомы характерны для острого парапроктита?
22. Какие радикальные операции применяют при остром парапроктите?
23. Какие операции выполняют при хронических парапроктитах?

### **ЛИТЕРАТУРА:**



### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 158-203.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 431-425, 446-464, 510-546.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 603-620, 648-692.

### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М., 2005. – Т.1. – С. 534-597.
2. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / под ред. Федорова В.Л., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. – М.: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с.
3. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 632 с.
4. Парфенов А.И. Энтерология. – М.: Триада-Х, 2002. – 724 с.

## **Ситуационные задачи к теме занятия**

### **Задача 1**

Во время операции по поводу острого аппендицита установлено, что червеобразный отросток не изменен. При ревизии подвздошной кишки, на расстоянии 60 см от илеоцекального угла обнаружено образование, конусовидной формы, размерами 6х2см, исходящее из стенки кишки. Верхушка образования гиперемирована, покрыта фибрином.

Ваш диагноз? Какова тактика хирурга?

### **Задача 2**

В приёмный покой доставлена больная, 28 лет с жалобами на боли в животе, частый, до 15 раз жидкий стул с примесью крови, слабость. При осмотре: кожные покровы бледные. ЧСС – 100 уд. в минуту. АД – 90/55 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезнен в проекции отделов ободочной кишки. Общий анализ крови: гемоглобин – 86 г/л, лейкоциты -  $18,4 \times 10^9/\text{л}$ .

Какое заболевание вы предполагаете? Как лечить больную?

### **Задача 3**

У 74-летней пациентки, во время операции по поводу распространенного гнойного перитонита обнаружена перфорация дивертикула сигмовидной кишки. Состояние больного тяжелое.

Определите объём оперативного вмешательства?

#### **Задача 4**

Больной, 42 лет предъявляет жалобы на выделение алой крови из прямой кишки при дефекации, общую слабость. Боле в области заднего прохода, повышения температуры тела нет. В общем клиническом анализе крови содержание гемоглобина 60 г/л.

Ваш диагноз? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Дальнейшая тактика лечения больного?

#### **Задача 5**

Больной, 43 лет, в течение нескольких лет страдает геморроем. В последние два дня появились интенсивные боли в области заднего прохода, боли усиливаются при акте дефекации. Из-за болей пациент не может сидеть и передвигаться. Температура тела 37,2°C. В области ануса пальпируются плотные, болезненные, округлой формы образования, синюшного цвета.

Ваш диагноз? Как лечить больного?

#### **Задача 6**

К вам обратилась больная, 36 лет, с жалобами на резкие боли в области заднего прохода. Боли появляются во время акта дефекации и продолжаются 1,5-2 час после него. В кале - прожилки крови. При пальцевом исследовании определяется резкая болезненность и спазм сфинктера прямой кишки.

Какое заболевание вы предполагаете? Какое исследование нужно произвести для подтверждения диагноза? Как лечить больную?

#### **Задача 7**

Больной 54-х лет предъявляет жалобы на боли в области заднего прохода, имеющие постоянный характер, повышение температура тела до 39°C. Болеет 5-6 дней. При осмотре: кожа в области заднего прохода не изменена. При ректальном исследовании определяется болезненное, флюктуирующее уплотнение стенки кишки на расстоянии 3-4 см от ануса. Лейкоциты крови -  $16,7 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш диагноз? Лечение?

#### **Задача 8**

На прием к хирургу обратился пациент, 22 лет, с жалобами на наличие пульсирующей боли крестцово-копчиковой области. Болеет 3 дня. При объективном осмотре в межъягодичной складке, выше заднего прохода на 4-5 см, ближе к копчику у больного обнаружена припухлость, гиперемия кожи. Образование резко болезненное при пальпации, флюктуирует.

Каковы Ваш диагноз и тактика?

#### **Задача 9**

У больного, 42 лет в области заднего прохода, на коже имеется свищ, с

периодически появляющимся гнойным отделяемым. На фистулограмме установлено, что свищевой ход расположен к наружи от сфинктера прямой кишки.

Ваш диагноз? Какой вариант хирургического вмешательства необходимо использовать?

### **Задача 10**

У больного, 52 лет, грузчика, отмечается выхождение прямой кишки за пределы заднего прохода при дефекации и физической нагрузке с последующим самостоятельным ее вправлением. В последние недели стал замечать, что кишка самостоятельно не вправляется, появилось недержание газов.

Ваш диагноз? Назовите стадию заболевания? Какова тактика хирурга?

## **Занятие № 8**

### **«НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ» ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Хирургия легких и плевры является тем разделом хирургической науки, который, благодаря большому вниманию хирургов к изучению состояния функций органов и систем больного, получил за последние годы бурное развитие и достиг огромных успехов. Это, прежде всего, касается таких заболеваний, как острая и хроническая эмпиема плевры, острые и хронические абсцессы легкого, гангрена легкого, спонтанные пневмотораксы, осложнения свернувшегося гемоторакса.

Большое число различных заболеваний пищевода и его повреждений, сопровождающихся тяжелыми, иногда смертельными осложнениями, требует знания основ клиники и диагностики данной патологии.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиологию и патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение нагноительных заболеваний легких и плевры, заболеваний и травм пищевода

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез нагноительных заболеваний легких и плевры.
2. Клиническую картину острого и хронического абсцессов легкого, острой и хронической эмпиемы плевры, гангрены легкого, бронхоэктатической болезни, кист легкого, бронхиальных свищей.
3. Современные лабораторные и инструментальные методы исследования больных (бронхоскопия, торакоскопия, УЗИ, компьютерная томография, ЯМРТ и другие).
4. Дифференциальную диагностику нагноительных заболеваний легких и

плевры.

5. Методы консервативного лечения нагноительных заболеваний легких и плевры.

6. Малоинвазивные вмешательства в хирургии эмпием плевры, кист легкого, бронхиальных свищей.

7. Способы хирургического лечения больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры.

8. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе.

9. Классификацию заболеваний и травм пищевода.

10. Патологическую анатомию, этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ожогов пищевода.

11. Лечение ожогов пищевода в остром периоде.

12. Осложнения ожогов пищевода (ранние и поздние), клинику, диагностику.

13. Лечение постожоговых стриктур пищевода.

14. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ахалазии кардии (кардиоспазма).

15. Консервативное и оперативное лечение ахалазии кардии (кардиоспазма).

16. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику дивертикулов пищевода.

17. Осложнения дивертикулов пищевода.

18. Консервативное и оперативное лечение дивертикулов пищевода.

19. Клинику, диагностику и лечение инородных тел пищевода.

20. Причины, клинику, диагностику и лечение травматических повреждений пищевода.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез, провести клиническое обследование больных нагноительными заболеваниями легких, плевры, и пищевода.

2. Составить план обследования больного с патологией легких и плевры.

3. Оценивать результаты специальных методов исследования (торакоскопии, бронхоскопии, УЗИ, КТ, ЯМРТ и др.).

4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз при заболеваниях легких, плевры и пищевода.

5. Определить показания к малоинвазивным вмешательствам и традиционному хирургическому лечению при заболеваниях легких, плевры и пищевода.

6. Обосновать необходимость выполнения различных специальных методов исследования и правильно интерпретировать их.

7. Провести дифференциальный диагноз заболеваний пищевода.

8. Обосновать лечебную тактику и варианты операций при заболеваниях пищевода.

9. Определить лечебную тактику при химических ожогах пищевода на догоспитальном этапе и в реанимационном отделении.

10. Определить показания к бужированию пищевода.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Укажите этиологию и патогенез нагноительных заболеваний легких и плевры.
2. Опишите клиническую картину нагноительных заболеваний легких и плевры и их осложнений.
3. Назовите рентгенологическую и эндоскопическую семиотику нагноительных заболеваний легких и плевры.
4. Проведите дифференциальную диагностику указанных заболеваний с другой патологией легких и средостения.
5. Приведите алгоритм хирургического лечения при острых и хронических абсцессах легкого, острой и хронической эмпиемах плевры.
6. Укажите возможности современных малоинвазивных технологий при нагноительных заболеваниях легких и плевры.
7. Укажите особенности ведения послеоперационного периода у больных нагноительными заболеваниями легких и плевры.
8. Назовите причины развития бронхоэктатической болезни, ее клинические стадии.
9. Перечислите основные принципы лечения бронхоэктатической болезни.
10. Укажите топографо-анатомические особенности пищевода.
11. Какие симптомы при заболеваниях пищевода Вы знаете?
12. Какие диагностические методы используют при заболеваниях пищевода?
13. Какой основной метод диагностики при ахалазии кардии (кардиоспазме)?
14. Назовите консервативную терапию при ахалазии кардии (кардиоспазме).
15. Какие показания и объем оперативных вмешательств при ахалазии кардии (кардиоспазме)?
16. Какие показания к оперативному лечению и варианты операций при дивертикулах пищевода?
17. Назовите особенности поражения пищевода при химическом ожоге в зависимости от реагента, глубины и стадии процесса.
18. Когда необходимо начинать бужирование при ожогах пищевода?
19. Какие виды бужирования пищевода Вы знаете?
20. Укажите показания к оперативному лечению стриктур пищевода и способы операций.
21. Назовите объем медицинской помощи при инородных телах и травматических повреждениях пищевода.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 204-259.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. - Минск, 2002. – С. 13-55., С. 189 – 212.

3. Батвинков Н.И. Клиническая хирургия / Н.И. Батвинков, С.И. Леонович, Н.Н. Иоскевич. – Минск, 1998. – С. 288-322.
4. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 134-146, 149-154, 177-185.

#### **Дополнительная:**

1. Торакальная хирургия / под ред. Бисенкова Л.Н.- СПб., 2004. – С. 252- 309.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., 1996. – С. 317-328.
3. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: 2005. – Т. 1. – С. 26 – 55.
4. Черноусов А.Ф., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 22-33, 38-100.
5. Болезни пищевода и желудка (краткое практическое руководство). – М.: Медпрессинформ, 2002. – 144 с.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

Больной, 52 лет, с суицидальной целью выпил 100 мл уксусной эссенции 30 минут назад. Какой объем первой врачебной помощи?

#### **Задача 2**

Женщина, 28 лет, полгода назад с суицидальной целью выпила несколько глотков уксусной эссенции. Длительно лечилась стационарно, при рентгенологическом исследовании проходимость пищевода не была нарушена. Была выписана в удовлетворительном состоянии без явлений дисфагии. В течение последнего месяца у больной появилась постепенно прогрессирующая дисфагия. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечается его значительное сужение на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные, пристальтика усилена. Обоснуйте диагноз и лечение больной.

#### **Задача 3**

У больной, 28 лет, среди полного здоровья на фоне сильного стресса внезапно появилась дисфагия, боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища проходила лучше после запивания ее теплой жидкостью и при повторных глотательных движениях. Обоснуйте диагноз, план обследования и лечения пациентки.

#### **Задача 4**

Больной, 35 лет, час назад случайно проглотил швейную иглу длиной 4 см. При обзорной рентгенографии органов грудной полости в проекции пищевода обнаружено инородное тело, по форме и длине соответствующее проглоченной игле. Какая Ваша дальнейшая тактика в плане обследования и лечения больного?

### **Задача 5**

У пациента, 52 лет, при прохождении фиброэзофагогастродуоденоскопии обнаружен одиночный полип на ножке в средней трети пищевода, при биопсии атипичные клетки не обнаружены. Какое лечение показано больному?

### **Задача 6**

Больной, 33 лет, в течение 1,5 месяцев лечится в терапевтическом стационаре по поводу острого абсцесса верхней доли левого легкого. Однако состояние больного не улучшается: он лихорадит, его беспокоит кашель с отделением большого количества гнойной, зловонной мокроты, особенно в положении на левом боку.

Какие ошибки допущены в лечении больного? Как следует поступить с пациентом в настоящее время?

### **Задача 7**

У больного, 57 лет, с диагностированным острым абсцессом нижней доли правого легкого, внезапно наступило резкое ухудшение состояния: усилились боли в грудной клетке, появилась одышка, повысилась температура тела до 39°C.

С чем связано ухудшение состояния больной? Каковы действия хирурга?

### **Задача 8**

Больная, 28 лет, оперирована по поводу бронхоэктатической болезни. Удалена нижняя доля левого легкого. Через 3 ч после операции состояние больной тяжелое. Она предъявляет жалобы на чувство давления в груди, сердцебиение, одышку. Температура тела нормальная. Слева над всей половиной грудной клетки определяется коробочный звук. Дыхание резко ослаблено.

Какое осложнение возникло у больной? Что могло стать его причиной? Что должен предпринять хирург для диагностики и ликвидации этого осложнения?

### **Задача 9**

29-летняя пациентка предъявляет жалобы на кашель с обильным отхождением мокроты при изменении положения тела по утрам, изредка с прожилками крови. Заподозрена бронхоэктатическая болезнь.

Составьте план обследования и лечения больного.

### **Задача 10**

Больной, 54 лет, оперирован по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Выполнена правосторонняя пульмонэктомия. Через час у больного появилась тахикардия до 140 уд. в мин, пульс малого наполнения. АД снизилось до 60/40 мм рт. ст.

О каком осложнении следует подумать? Чем можно подтвердить развитие осложнения? Какие меры следует предпринять?

### **Задача 11**

Больная, 21 года, отмечает кашель с гнойной мокротой, частые подъемы температуры тела после малейшего переохлаждения. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Отмечается пастозность лица и голеней. При комплексном лабораторно-инструментальном обследовании выставлен диагноз бронхоэктатической болезни с изолированными мешотчатыми бронхоэктазами нижней доли правого легкого.

Какого осложнения бронхоэктатической болезни Вы опасаетесь в данном случае? Какой план лечения больной?

### **Задача 12**

Больному, 42 лет, была произведена пульмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась развитием эмпиемы плевры. Лечение больного на протяжении 8 мес. плевральными пункциями, промыванием плевральной полости и ее дренированием эмпиему не ликвидировало. Общее состояние пациента удовлетворительное. Он не истощен. Признаков амилоидоза внутренних органов нет.

Как дальше лечить больного?

### **Задача 13**

25-летний пациент предъявляет жалобы одышку при малейшей нагрузке, затрудненное дыхание. Указанные жалобы появились 2 часа назад во время занятия спортом. Из анамнеза удалось установить, что 3 года назад при ФОГК у больного выявили кисту правого легкого. При рентгенологическом исследовании в правой плевральной полости обнаружено наличие значительного количества воздуха, правое легкое коллабировано. Средостение смещено влево.

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

## **Занятие № 9**

### **«ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Облитерирующие поражения артерий составляют свыше 50% от всей сердечно-сосудистой патологии. Атеросклероз и возникающие на его почве сердечно-сосудистые заболевания за последние десятилетия стали серьезной общегосударственной проблемой и остаются одной из самых актуальных нерешенных задач медицины и здравоохранения во всех развитых странах мира.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение облитерирующих поражений артерий.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**



1. Определение понятия, этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение облитерирующих заболеваний артерий (облитерирующий атеросклероз, неспецифический аортоартериит, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно).
2. Классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острых и хронических нарушений висцерального кровообращения, а также показания к оперативному лечению и виды операций при этих заболеваниях.
3. Классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику стенозирующих поражений терминального отдела аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей, а также лечение (консервативная терапия, показания к оперативному лечению, виды операций, возможности эндоваскулярной коррекции) при этих заболеваниях.
4. Аневризмы аорты их этиологию, клинику, диагностику и лечение.
5. Синдром диабетической стопы. Этиологию, клинику, диагностику, лечение.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с облитерирующими поражениями артерий (облитерирующий атеросклероз, неспецифический аортоартериит, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно; хроническая ишемия головного мозга; острые и хронические нарушения висцерального кровообращения, стенозирующие поражения терминального отдела аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей).
2. Обосновать необходимость выполнения при облитерирующих поражениях артерий различных специальных методов исследования и правильно интерпретировать их.
3. Сформулировать и обосновать диагноз при облитерирующих поражениях артерий.
4. Провести дифференциальный диагноз облитерирующих поражений артерий.
5. Обосновать консервативную терапию при облитерирующих поражениях артерий.
6. Обосновать показания к оперативному лечению и варианты операций при облитерирующих поражениях артерий

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Какие факторы играют ведущую роль в возникновении облитерирующих поражений артерий (облитерирующий атеросклероз, неспецифический аортоартериит, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно; хроническая ишемия головного мозга; острые и хронические нарушения висцерального кровообращения, стенозирующие поражения терминального отдела аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей)?
2. Какая симптоматика характерна для облитерирующих поражений артерий?

3. Назовите методы инструментального исследования у больных облитерирующими поражениями артерий.
4. Какая консервативная терапия проводится больным облитерирующими поражениями артерий?
5. Укажите возможности эндоваскулярной хирургии при облитерирующих поражениях артерий.
6. Какие показания к оперативному лечению облитерирующих поражений артерий?
7. Какие операции выполняются при облитерирующих поражениях артерий?
8. При каких ситуациях выполняется операция по экстренным показаниям при облитерирующих поражениях артерий?
8. Хирургическое лечение аневризм аорты.
9. Профилактика синдрома диабетической стопы.
10. Лечение синдрома диабетической стопы.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 260-290.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. – Мн., 2002. – С.134-211 .

#### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: 2005. – Т. 2. – С. 179 – 226.
2. Евдокимов А.Г., Тополянский В.Д. Болезни артерий и вен: Справочное руководство для практического врача. – 2-е изд. – М., 2001. - С. 24-149, 204-227.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

Больной, 54 лет, отмечает боли в нижних конечностях, усиливающиеся после непродолжительной ходьбы (до 200 метров), снижение либидо. Укажите план обследования больного.

#### **Задача 2**

Больной, 64 лет, в течение 10 лет беспокоят боли в левой нижней конечности, может пройти без остановки не более 50 метров. Симптомы хронической ишемии выражены отчетливо, периферический пульс отсутствует, больной принимает обезболивающие препараты. Определите стадию заболевания и необходимую тактику.

#### **Задача 3**

Больной, 62 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Жалуется на перемежающуюся хромоту (200 метров), трудоспособность сохранена (работа кабинетная), периферический пульс сохранен, но ослаблен. Определите стадию заболевания. Какое больному показано лечение?

#### **Задача 4**

Больной, 65 лет, отмечает перемежающую хромоту через 25 метров, стали также отмечаться и боли в покое. Определите стадию заболевания. Какое больному показано лечение?

#### **Задача 5**

Больная, 25 лет, жалуется на возникающие обычно в холодную погоду приступы болей и чувство онемения в пальцах рук. Во время приступов отмечается резкое побледнение кожи пальцев и кистей, снижение местной температуры, нарушение кожной чувствительности. Определите диагноз, план обследования и лечения.

#### **Задача 6**

Больной, 26 лет, последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50—60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, прохладные. Активные движения в суставах в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерии — четкая, на артериях стопы не определяется. Укажите диагноз, план обследования и лечения.

#### **Задача 7**

Больной, 32 лет, неоднократно лечился в стационаре по поводу облитерирующего эндартериита нижних конечностей. Консервативная терапия эффекта не имеет, болезнь прогрессирует. Определите план дальнейшего лечения.

#### **Задача 8**

Больной, 42 лет, около 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. В последнее время боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении каждых 150—200 м, отметил снижение половой потенции. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали. Определите диагноз и лечение.

#### **Задача 9**

У больного, 59 лет, высокие показатели АД, плохо купирующиеся приемом гипотензивных средств, в области проекции брюшной аорты и почечных артерий выслушивается систолический шум. При экскреторной урографии и радиоизотопной ренографии выявлено замедление контрастирования сосудов и выведение изотопа правой почкой. На ангиограмме отмечено сужение устья и начального отдела правой почечной артерии. Укажите диагноз и лечение.

### **Задача 10**

Пациентка, 38 лет, страдает неспецифическим аорто-артериитом (синдром Такаясу). Длительное время проводимое консервативное лечение эффекта не имело. Обследована рентгенологически, УЗИ, КТ, МРТ. Определите показания к операции и варианты оперативного лечения.

## **Занятие №10**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей является самой распространенной патологией периферических вен. Согласно эпидемиологических данных, различные формы варикозного расширения вен нижних конечностей встречаются у 26-38% женщин и 10-20% мужчин трудоспособного возраста. Ежегодный прирост выявляемых случаев этой патологии в популяции жителей индустриально развитых стран достигает 2,6% для женщин и 1,9% для мужчин. По данным В.С.Савельева, в России насчитывается 36 млн. пациентов с хронической венозной недостаточностью, а осложнения этого страдания являются причиной инвалидизации 15 млн. больных. В связи с этим данная проблема приобретает большое социальное и экономическое значение.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и лечение варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о строении венозной системы нижних конечностей.
2. Этиологию и патогенез варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.
3. Классификацию варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.
4. Основные методы клинической диагностики варикозного расширения

подкожных вен нижних конечностей (в т.ч. функциональные пробы).

5. Специальные методы исследования венозного русла нижних конечностей (доплерография, флебография).

6. Профилактику и консервативное лечение варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

7. Показания и противопоказания к склеротерапии варикозно расширенных подкожных вен.

8. Методы хирургического лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей в зависимости от стадии заболевания.

9. Малоинвазивные методы лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

10. Осложнения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей (тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен нижних конечностей, трофические язвы нижних конечностей), их клиника и диагностика.

11. Лечение осложнений варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

12. Этиологию ПТФС.

13. Классификацию ПТФС.

14. Современные методы лечения ПТФС.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного, страдающим варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей и ПТФС.

2. Провести клиническое обследование больного варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей и ПТФС.

3. Обосновать необходимость выполнения различных методов исследования и правильно их интерпретировать.

4. Определить показания к хирургическому лечению варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей и составить план оперативного вмешательства.

5. Назначить консервативное лечение при тромбофлебите поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

6. Определить показания к хирургическому лечению тромбофлебитов.

7. Оценить результаты проксимальных и дистальных флебографий.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите особенности флебогемодинамики нижних конечностей.

2. Какие факторы играют ведущую роль в возникновении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей?

3. Назовите основные теории возникновения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

4. Какая симптоматика характерна для варикозного расширения подкожных вен

нижних конечностей?

5. Назовите методы инструментального исследования у больных варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей.
6. Какое лечение проводится больным с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей в зависимости от стадии заболевания?
7. Укажите малоинвазивные методы лечения варикозной болезни.
8. Этиология ПТФС.
9. Классификация ПТФС.
10. Современные методы лечения ПТФС.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 291-315.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. – Мн., 2002. – С. 312-361.
3. Хирургические болезни: Учебник /Под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 565 - 594.

#### **Дополнительная:**

- Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. - М: Медицина, 2001 – С. 438 – 489.
- Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Острый тромбофлебит. – М.: Литтерра, 2006. – 108 с.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

Больная, 48 лет, поступила с жалобами на наличие варикозного расширения вен нижних конечностей, умеренные отеки голеней, тяжесть в ногах. Впервые вышеописанные жалобы появились после родов, около 20 лет назад. При объективном осмотре отмечается варикозное расширение подкожных вен в системе *v. saphena magna et parva*.

Ваш диагноз? Какое лечение следует рекомендовать больной?

#### **Задача 2**

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 27 лет, которая около полугода назад обнаружила расширение поверхностных вен на левой голени. При осмотре в средней трети левой голени выявлены несколько варикозно расширенных узлов, диаметром до 2 см, в стороне от основных венозных магистралей. При доплерографии несостоятельных коммуникантных вен не обнаружено.

Какая стадия варикозной болезни имеется у больной и какое лечение

можно предложить?

### **Задача 3**

У больной, 45 лет имеется варикозная болезнь правой нижней конечности в стадии декомпенсации, осложненная рецидивирующей трофической язвы нижней трети голени. При доплерографическом исследовании выявлены несостоятельные коммуникантные вены на медиальной поверхности нижней трети голени.

Ваш диагноз? Какое лечение следует рекомендовать больной?

### **Задача 4**

Больная оперирована в общехирургическом стационаре 3 года назад по поводу варикозной болезни подкожных вен левой нижней конечности. Произведена удаление большой подкожной вены (операция Троянова - Тренделенбурга, Бэбкока, Нарата, Коккета). В настоящее время имеются умеренно выраженные флебэктазии на задне-медиальной поверхности голени.

С чем связан рецидив заболевания? Какое лечение предпринять?

### **Задача 5**

Больной, 67 лет, с избыточной массой тела показана радикальная операция по поводу злокачественного заболевания матки. Одновременно, около 20 лет, пациентка страдает варикозной болезнью подкожных вен обеих нижних конечностей в стадии субкомпенсации.

Какие рекомендации по поводу сопутствующей патологии необходимо назначить больной при выполнении гинекологической операции?

### **Задача 6**

Вы консультируете больную, 20 лет, с беременностью 30 недель. В течение последнего месяца больная отмечает появление умеренно выраженных флебэктазий в системе большой подкожной вены.

Какое лечение следует назначить больной в течение оставшегося срока беременности?

### **Задача 7**

Больной, 46 лет, в течение ряда лет страдает варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей. 3 дня назад у него появилась болезненность по ходу варикозно расширенной вены на медиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при ходьбе. Температура тела поднялась до 37,8°C. При осмотре ходу подкожной вены определяется резкая гиперемия, при пальпации уплотнение болезненность. Отека голени нет.

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

### **Задача 8**

У больной, 72 лет, на 9-е сутки после развития острого инфаркта миокарда по ходу варикозно расширенных вен верхней трети левой голени и нижней трети левого бедра появились признаки острого тромбоза. Несмотря на проводимое консервативное лечение, заболевание прогрессирует, и по истечении суток уровень тромбоза достиг границы средней и верхней трети левого бедра.

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

### **Задача 9**

Вам пришлось оказывать медицинскую помощь женщине, 58 лет, у которой возникло обильное кровотечение из разорвавшегося расширенного венозного узла на левой голени в проекции большой подкожной вены.

В чем будет заключаться первая помощь?

### **Задача 10**

У пациентки, 55 лет, длительно страдающей варикозной болезнью отмечено развитие острого тромбоза подкожных вен правой нижней конечности с локализацией тромбоза по всей медиальной поверхности голени и бедра. Консервативное лечение заметного улучшения не дало.

Какой вид оперативного вмешательства следует выполнить больной?

## **Занятие № 11 «ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ В ХИРУРГИИ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) представляют серьезную проблему современной медицины. Развившиеся в послеоперационном периоде или осложнившие течение соматического заболевания ТЭО не только отрицательно влияют на качество лечения и прогноз, но и являются существенной причиной смертности и дальнейшей заболеваемости, приводят к развитию посттромботического синдрома, снижающего качество и продолжительность жизни. Лечение таких осложнений порой представляет собой трудновыполнимую задачу в связи с высокой скоростью развития необратимых изменений жизненно важных органов, поэтому основное внимание клиницистов направлено на поиск путей эффективной профилактики тромбоэмболий.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение тромбозов и эмболий артерио-венозной системы.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия, этиопатогенез, клинику, диагностику,



дифференциальную диагностику и лечение тромбозов и эмболий артерий нижних конечностей.

2. Клинику диагностику и лечение острых тромбофлебитов глубоких и поверхностных вен нижних конечностей. Варианты клинического течения илеофemorального венозного тромбоза.

3. Классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острых нарушений мезентериального кровообращения, а также показания к оперативному лечению и виды операций при этих заболеваниях.

4. Классификацию ТЭЛА.

5. Основные принципы профилактики тромбоземболических осложнений в хирургической практике.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с тромбозом и эмболией артерий нижних конечностей, острым тромбофлебитом глубоких и поверхностных вен нижних конечностей.

2. Обосновать необходимость выполнения при тромбозах и эмболиях различных специальных методов исследования и правильно интерпретировать их.

3. Сформулировать и обосновать диагноз при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей, острых тромбофлебитах глубоких и поверхностных вен, нарушении мезентериального кровообращения. Провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.

4. Обосновать консервативную терапию при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей, острых тромбофлебитах глубоких и поверхностных вен, нарушении мезентериального кровообращения.

5. Обосновать показания к оперативному лечению и варианты операций при тромбозах и эмболиях артерио-венозной системы.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите основные симптомы острого тромбофлебита глубоких и поверхностных вен.

2. Каковы принципы консервативного лечения тромбофлебитов?

4. Приведите схемы антикоагулянтной терапии при флеботромбозе глубоких вен нижних конечностей.

5. Перечислите показания к хирургическому лечению тромбофлебитов глубоких вен.

6. Какие показания к установке кава-фильтра?

7. Какой комплекс обследования следует привести для установления уровня, протяженности и характера поражения магистральных артерий нижних конечностей и определения стадии острого нарушения артериального кровообращения в конечностях?

9. Приведите показания и схему консервативного лечения больных с тромбозами

и эмболиями периферических артерий.

10. Назовите показания и противопоказания к реконструктивным операциям при тромбозах и эмболиях периферических артерий.

11. Перечислите методы хирургического лечения тромбозов и эмболий периферических артерий.

12. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика нарушений мезентериального кровообращения.

13. Показания к оперативному лечению и виды операций при тромбозе и эмболии мезентериальных сосудов.

14. Профилактика ТЭЛА в хирургии.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 316-349.

2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии (болезни пищеварительного тракта брюшной стенки и брюшины) (под редакцией Гарелика П.В.) . – Минск, 2001.

### **Дополнительная:**

1. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей; М., 1979.

## **Ситуационные задачи к теме занятия**

### **Задача 1**

Больная, 58 лет, жалуется на сильные боли в левой нижней конечности, отек ее, повышение температуры тела до 39°С. Заболела остро, накануне перенесла грипп. Обследована: левая голень отечная, при пальпации ее определяется резкая болезненность по ходу глубоких вен, на ощупь левая голень теплее правой, пульсация на периферических сосудах левой ноги ослаблена. Ваш диагноз, тактика?

### **Задача 2**

Больной, 65 лет, жалуется на отечность правой ноги и похолодание ее, повышение температуры тела до 38°С, озноб. Обследован: правая нога отечна на всем протяжении от стопы до паховой области, отмечается ее цианоз, пульсация на бедренной артерии ослаблена. В крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. Ваш диагноз, тактика?

### **Задача 3**

У больной, 65 лет, страдающей митральным стенозом, мерцательной аритмией, появились резкие боли в животе, рвота. Состояние больной тяжелое, живот умеренно вздут, болезненный при пальпации возле пупка и в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга и мышечное напряжение выражены слабо. Ваш

диагноз, тактика?

#### **Задача 4**

Больной, 58 лет, страдающий варикозной болезнью нижних конечностей в стадии субкомпенсации, предстоит операция – флебэктомия. Какой алгоритм обследования должен быть выполнен до операции и тактика ведения в послеоперационном периоде?

#### **Задача 5**

Больному, 72 года, выполнена по срочным показаниям холецистэктомия в связи с острым флегмонозным калькулезным холециститом, больной страдает ИБС, мерцательной аритмией, имеется варикозная болезнь нижних конечностей, стадия компенсации. Ваша тактика ведения в послеоперационном периоде?

#### **Задача 6**

У больного, 70 лет, после грыжесечения, в связи с ущемленной бедренной грыжей, на 4-ые сутки после операции диагностирована тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии. Из сопутствующих заболеваний у больного имеется ИБС, кардиосклероз. Ваша тактика, лечение?

#### **Задача 7**

У больной, 64 лет, страдающей митральным стенозом, мерцательной аритмией появились резкие боли в правой нижней конечности. Отмечается бледность правой нижней конечности, нога на ощупь холодная, пульсация на общей бедренной артерии не определяется. Ваш диагноз, тактика лечения?

#### **Задача 8**

Больной, 65 лет, страдающий облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, в течение 15 лет постоянно проходит курс консервативного лечения, год назад при ангиографии обнаружена окклюзия правой поверхностной бедренной артерии. Предлагалось оперативное лечение, но больной не дал согласия на операцию. Около 3-х часов назад появились сильные боли в правой ноге, нога побледнела, пульс на правой бедренной артерии не определяется. Ваш диагноз, тактика лечения?

#### **Задача 9**

У больной, 52 лет, после перенесенного острого тромбофлебита глубоких вен правой нижней конечности, развилось варикозное расширение поверхностных вен и возникло обильное кровотечение из разорвавшегося расширенного венозного узла на левой голени в проекции большой подкожной вены. В чем будет заключаться первая помощь и последующее лечение?

#### **Задача 10**

У пациентки, 45 лет, страдающей ПТФС, варикозная форма, отмечено

развитие острого тромбоза подкожных вен правой голени. Консервативное лечение малоэффективно. Какой вид оперативного вмешательства можно рекомендовать больной?

## **Занятие № 12** **«ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Во всех странах мира наблюдается тенденция к росту травматизма. По данным ВОЗ, от травм во всем мире гибнет ежегодно более 1 млн. 300 тыс. людей, а 8-9 млн. человек получают повреждения различной степени тяжести. Из общего числа умерших вследствие сочетанной травмы около 40% погибают на догоспитальном этапе и в течение первых 3 часов после поступления в реанимационное отделение. Летальность при травмах груди и живота с учетом сочетанной травмы колеблется в пределах от 20 до 68% и зависит от характера и тяжести травмы. Своевременная диагностика и адекватная медицинская помощь как на догоспитальном этапе, так и в стационаре позволяет улучшить результаты лечения пострадавших. Поэтому знание этих вопросов необходимы каждому практическому врачу.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** На основании знаний анатомии и физиологии органов брюшной полости и грудной клетки, основных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования научиться проводить диагностику и дифференциальную диагностику повреждений внутренних органов при закрытой травме груди и живота.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Классификацию закрытых повреждений груди и живота.
2. Клиническую симптоматику закрытых повреждений груди и живота.
3. Методы объективного и инструментального обследования, применяемые для диагностики закрытых повреждениях груди и живота.
4. Тактику лечения при закрытых повреждениях груди и живота.
5. Основные принципы консервативного лечения при закрытых повреждениях груди.
6. Принципы хирургического лечения и послеоперационного ведения больных при повреждении внутренних органов брюшной полости.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с закрытой травме груди и живота.
2. Провести объективное обследование больного.
3. Определить необходимый объем лабораторного и инструментального

обследования.

4. Провести дифференциальный диагноз при подозрении на повреждении внутренних органов брюшной полости и грудной клетки.
5. Правильно определить лечебную тактику и объем оказания медицинской помощи больному.
6. Назначить консервативное лечение и определить критерии перехода к оперативному лечению.
7. Определить объем оперативного вмешательства.
8. Правильно оценить объем лечебной помощи в послеоперационном периоде.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Дайте определение понятий: изолированная, множественная, сочетанная, комбинированная травма.
2. Классификация закрытых повреждений груди и живота
3. Приведите алгоритм обследования больных с закрытой травмой груди и живота.
4. Пневмоторакс: этиология, виды, клиника, диагностика, лечение.
5. Гемоторакс: этиология, виды, клиника, диагностика, лечение.
6. Назовите показания к экстренной торакотомии при закрытой травмой груди.
7. Ушиб легкого и сердца: клиника, диагностика, лечение.
8. Опишите клиническую картину повреждения полых органов брюшной полости при закрытой травме живота.
9. Опишите клиническую картину повреждения паренхиматозных органов брюшной полости при закрытой травме живота.
10. Назовите варианты хирургического вмешательства при различных повреждениях печени, селезенки, поджелудочной железы.
11. Назовите варианты хирургического вмешательства при различных повреждениях желудка, 12-ти перстной кишки, тонкой и ободочной кишки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 350-372.

#### **Дополнительная:**

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред.Савельева В.С.). М., 2004г.
2. Торакальная хирургия (под ред. Бисенкова Л.Н.).- С.-П., 2004г.
3. Хирургия повреждений груди (Вагнер Е.А.), -М.,1982г.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

Больной, 29 лет, поступил в стационар с диагнозом: «Закрытая тупая травма живота». С диагностической целью произведен лапароцентез. Какие результаты этого исследования будут обоснованием для проведения экстренной лапаротомии?

### **Задача 2**

Пациент, 46 лет, получил на улице удар ножом в живот, был одет в шубу. Состояние больного удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Рана 1,5\*0,3 см, расположена на уровне пупка, не кровоточит. Укажите план обследования и лечения.

### **Задача 3**

Пациент, 32 лет, доставлен с жалобами на слабость, головокружение, боли в животе. Из анамнеза - двое суток назад получил удар в живот, за медицинской помощью не обращался. При осмотре бледен, пульс 100 уд. в мин., слабого наполнения, артериальное давление 100 / 60 мм рт.ст. Живот ограничено участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. Укажите диагноз и тактику.

### **Задача 4**

Больная, 23 лет, оперируется по поводу закрытой тупой травмы живота: имеет место разрыв капсулы селезенки 2,0\*1,5 см в области нижнего полюса, гемоперитонеум. Назовите оптимальный объем операции.

### **Задача 5**

У пациента, 52 лет, во время лапаротомии диагностирован разрыв селезенки в области ворот, гемоперитонеум. Укажите рациональную тактику.

### **Задача 6**

У больного, 44 лет, при лапаротомии установлено наличие множественных ран подвздошной кишки, расположенных близко друг от друга, протяженность поврежденной кишки до 20 см. Укажите необходимый объем операции.

### **Задача 7**

Больной, 39 лет, оперируется по поводу закрытой травмы живота, подозрением на разрыв 12-перстной кишки. Какие интраоперационные признаки и приемы позволят установить повреждение этого органа?

### **Задача 8**

У пациента, 18 лет, диагностирован спонтанный пневмоторакс справа. Укажите лечебную тактику.

### **Задача 9**

Больной, 49 лет, упал с высоты 2 метров на правый бок. При рентгенологическом исследовании имеет место перелом 7-8 ребер, коллабировано правое легкое. Обоснуйте диагноз и тактику лечения.

### **Задача 10**

Пациент, 38 лет, упал с высоты 3 метров на правый бок. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки констатировано наличие переломов 6-7-8-9 ребер, жидкость в плевральной полости до уровня 7 ребра, коллабированное легкое. Какой Ваш диагноз? Какая тактика лечения?

## **Занятие № 13 «ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Портальная гипертензия – это патологический синдром, возникающих вследствие затруднения тока крови в портальной системе, приводящих к высокому портальному давлению (свыше 140-160 мм. вод. ст.), спленомегалии, варикозному расширению вен пищевода, желудка, прямой кишки, кровотечениям их них, развитию асцита и печеночной недостаточности. Постоянно увеличивающееся количество пациентов, неблагоприятные в прогностическом отношении осложнения портальной гипертензии обуславливают необходимость глубокого изучения этиопатогенеза, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения этого заболевания.

Заболевания печени и селезенки – это группа заболеваний различной этиологии, нередко протекающая со схожей, зачастую скрытой клинической картиной. Данная патология может встречаться в практике врача любой специальности. Учитывая трудность диагностики, знание особенностей клинической симптоматики, возможностей современных лабораторных и инструментальных методов исследования больных с патологией печени и селезенки необходимы каждому врачу.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение синдрома портальной гипертензии, а также заболеваний печени и селезенки и их осложнений.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия синдрома портальной гипертензии.
2. Классификацию портальной гипертензии.
3. Этиопатогенез портальной гипертензии.

4. Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику портальной гипертензии.
5. Консервативное лечение портальной гипертензии.
6. Осложнения портальной гипертензии (клиника, диагностика, лечение, исходы).
7. Показания к оперативному лечению портальной гипертензии, виды операций.
8. Современные методы лечения портальной гипертензии.
9. Анатомо-физиологические сведения о печени и селезенке.
10. Современные методы обследования больных с заболеваниями печени и селезенки.
11. Этиологию, клинику, возможные осложнения кист печени.
12. Современные подходы к лечению кист печени.
13. Этиологию, клинику, диагностику и лечение абсцессов печени.
14. Современные методы хирургического лечения абсцессов печени.
15. Этиологию, клинику, диагностику и лечение абсцессов и инфарктов селезенки.
16. Этиологию, клинику, диагностику и лечение спленомегалии и гиперспленизма.
17. Методы интервенционной радиологии и малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний печени и селезенки.
18. Клинику диагностику и лечение синдрома Банти.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с синдромом портальной гипертензии.
2. Провести исследование больных с синдромом портальной гипертензии.
3. Обосновать план обследования больных с портальной гипертензией (в т. ч. целиакография, каваграфия, спленопортография).
4. Провести дифференциальную диагностику портальной гипертензии с другими заболеваниями.
5. Назначить консервативное лечение при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
6. Обосновать показания к эндоскопическому гемостазу при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
7. Обосновать показания к оперативному лечению при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
8. Собирайте анамнез у больных с заболеваниями печени и селезенки.
9. Осуществить клиническое обследование больных данной патологией.
10. Произвести интерпретацию результатов лабораторного и инструментального обследования больных.
11. Определить тактику лечения больных с различными заболеваниями печени и селезенки.



## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Какие порто-кавальные анастомозы Вы знаете?
2. Назовите методы диагностики портальной гипертензии.
3. Осложнения портальной гипертензии.
4. Назовите методы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
5. Показания к оперативному лечению пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии.
6. Методы оперативного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии.
7. Диагностика и лечение асцита при портальной гипертензии.
8. Показания к трансплантации печени при портальной гипертензией.
9. Этиология абсцессов печени.
10. Диагностика и лечение абсцессов печени.
11. Непаразитарные кисты печени: этиология, клиника, диагностика, лечение.
12. Инфаркт селезенки. Причины. Методы диагностики и лечения. Исходы.
13. Абсцессы селезенки. Причины. Методы диагностики и лечения.
14. Спленомегалия причины, методы диагностики и лечения.
15. Гиперспленизм. Этиология методы диагностики и лечения.
16. Что такое синдром Банти?
17. Назовите миниинвазивные методы лечения очаговых заболеваний печени.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 373-382.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины. – Мн., 2001. – С. 299 – 317, 318-339.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 366 - 374, 350-363, 441-454

### **Дополнительная:**

1. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. – Ташкент: Медицина, 1984. – 319 с.
2. Руденок В.В., Прохоров А.В. Порто-кавальные анастомозы и их клиническое значение: учебное пособие для студентов медицинских университетов. – МЗ РБ, Минский госмедуниверситет. – Мн., 1997. – 12 с.
3. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией / М. Д. Ханевич и др. -Новосибирск, 2003. – 197с.
4. Хирургия печени и желчных путей / под ред. Альперовича Б.И. Томск, 1997. – С. 511-528

5. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей (2-е изд., перераб. и доп.). – СПб: Питер Пабблишинг, 1997. – С. 328-331

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

У больного, 54 лет, предполагается наличие синдрома портальной гипертензии. Какой необходимо назначить обследования для подтверждения этого диагноза?

#### **Задача 2**

Больной, 45 лет, поступил в хирургический стационар с клиникой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода на фоне портальной гипертензии. Какое исследование несет максимальную информацию и является лечебно-диагностическим?

#### **Задача 3**

У пациента, 44 лет, диагностирован синдром портальной гипертензии. Увеличен в объеме живота за счет асцита, на передней брюшной стенке имеются извитые расширенные вены в виде «головой медузы». Какие еще клинические проявления характерны для этой патологии?

#### **Задача 4**

Больная, 36 лет, страдающая циррозом печени алкогольного генеза, отметила рвоту типа «кофейной гущи», слабость. Анализ крови: гемоглобин – 93 г/л, эритроциты –  $2,76 \times 10^{12}/л$ , гематокрит – 0,33.

Какое осложнение у пациентки?

#### **Задача 5**

У пациента, 60 лет, страдающего циррозом печени, развилось интенсивное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Консервативные мероприятия не эффективны. Какие Ваши дальнейшие действия.

#### **Задача 6**

Больной, 49 лет, в течение 5 лет болен циррозом печени, неоднократно находился в хирургических стационарах по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Настоящее кровотечение из вен кардиального отдела желудка и н/3 пищевода. Консервативная терапия, эндоскопические попытки остановки кровотечения успехом не увенчались. Укажите дальнейшие действия.

#### **Задача 7**

В листе назначений у больного, 34 лет, с кровотечением из варикозно

расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии назначены группы вазоконстрикторов (вазопрессин, соматостатин, октреотид, бетаадреноблокаторы) и вазодилататоров (нитроглицерин, изосорбит-моно). Как Вы объясните такое сочетание фармацевтических препаратов?

### **Задача 8**

Пациент, 29 лет, поступил с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Установлено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода на почве алкогольного цирроза печени. Состояние тяжелое, бледен, пульс 120 в минуту, АД 90 / 50 мм рт.ст. В анализе крови эритроцитов  $1,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 72 г/л, гематокрит 0,36. Укажите необходимую трансфузионную программу у этого больного.

### **Задача 9**

Больная, 46 лет, поступила с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Установлено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода на почве алкогольного цирроза печени. Состояние среднетяжелое, пульс 92 в минуту, АД 100 / 60 мм рт.ст. В анализе крови эритроцитов  $2,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, гематокрит 0,49. Укажите необходимую трансфузионную программу у этой больной.

### **Задача 10**

Пациент, 56 лет, находился в хирургическом отделении по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода на почве алкогольного цирроза печени. Кровотечение остановлено консервативными методами. Ваши рекомендации больному при выписке по медикаментозной терапии. Показано ли оперативное лечение в период ремиссии?

## **Занятие № 14**

### **«ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Трансплантация органов и тканей человека — это замещение отсутствующих у больного или каким-либо образом поврежденных органов или тканей, основанное на заборе органов и тканей у донора или трупа человека, их типировании, консервации и хранении, осуществляемое посредством проведения хирургической операции. Трансплантационная хирургия в мире развивается настолько быстро, что число различных пересадок органов и тканей достигло 40 тысяч в год, и в ближайшие десятилетия, возможно, будет составлять 50% всех операций.

Малоинвазивные технологии в хирургии – это совокупность специальных методик, оборудования и медицинских инструментов, позволяющих уменьшить или исключить хирургическую агрессию. К ним относятся чрескожные

пункционные диагностические и лечебные вмешательства под контролем ультразвука и рентгена; эндовидеохирургия из минидоступов (лапаро-, торако-, артроскопические вмешательства); эндоскопическая хирургия (удаление полипов желудка, толстой кишки и т.д.)

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить современные представления о трансплантации органов и тканей, а также современные малоинвазивные технологии в хирургии.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Исторические аспекты развития трансплантологии.
2. Возможные источники донорских органов.
3. Иммунологические основы пересадки органов.
4. Реакции отторжения пересаженных органов.
5. Вопросы трансплантации тканей (кожа, кости, хрящ) и органов (сердце, легкие, печень, поджелудочная и щитовидная железа).
6. Возможности видеолапароскопической и торакокопической хирургии.
7. Показания и возможности интервенционной радиологии.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Обосновать показания к трансплантации тканей (кожа, кости, хрящ).
2. Обосновать показания к трансплантации органов (сердце, легкие, печень, поджелудочная и щитовидная железа).

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Пересадки каких органов впервые осуществили белорусские трансплантологи в последнее время?
2. Какие источники донорских органов Вы знаете?
3. В чем заключаются правовые аспекты в трансплантологии?
4. В чем смысл реакции отторжения пересаженного органа?
5. Как осуществляется пересадка кожи?
6. Какие результаты пересадки органов в ближайшем и отдаленном посттрансплантационном периодах?
7. Какие препараты используются для иммуносупрессии в посттрансплантационном периоде?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 383-419.
2. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина,

2005. – С. 22 - 39.

3. Трансплантология: руководство для врачей / под ред. В.И.Шумакова. – М., 2006. – 539 с.

#### **Дополнительная:**

1.Рациональные видеоскопические и другие малоинвазивные методы диагностики и лечения в экстренной абдоминальной хирургии / П.В.Гарелик и др.- Гродно: ГрГМУ.- 2006. – 16 с.

2.Пучков К.В., Хубезов Д.А. Малоинвазивная хирургия толстой кишки. – М., 2005. – 2008 с.

3.Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульникова О.М. Трансплантация печени. – М., 2008. – 248 с.

4.Кирпатовский И.Д. Основы оперативной техники пересадки органов. – М., 1972. – 260 с.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

В начале 20 ст. А. Carrel, занимаясь пересадкой органов у животных, отметит, что орган, взятый от другого животного отторгается, а орган, взятый от животного и реплантированный ему же, приживает. Чем обусловлен феномен отторжения?

#### **Задача 2**

Молодому больному, у которого имеется однояйцовый брат близнец, необходима пересадка почки. Брат согласен отдать одну из своих почек. Как называется подобная трансплантация?

#### **Задача 3**

Ребенку, 14 лет, необходима пересадка печени. Мать согласна на пересадку своей левой доли печени сыну. Как называется подобная трансплантация?

#### **Задача 4**

Больному, средних лет, страдающему циррозом печени произведена трансплантация печени от мертвого донора. Печень реципиента удалена. Как называется подобная трансплантация?

#### **Задача 5**

Больному, 41 год, произведена аллогенная трансплантация почки. После операции назначена иммуносупрессивная терапия. Что включает данная терапия и зачем она проводится?

#### **Задача 6**

Пациенту, 44 года, выполнена аллогенная трансплантация печени. Через 4 недели после операции наступила реакция отторжения пересаженного органа. Совместимость тканей по АВО-группам крови и РLA- антигенам соблюдена. В чем причина отторжения? Какой вид реакции отторжения наступил у пациента?

#### **Задача 7**

Больной, 50 лет, страдает тяжелым комбинированным пороком сердца, предполагаемая продолжительность жизни 6 месяцев. Из сопутствующей патологии у пациента имеется инсулин зависимый сахарный диабет. Показано ли больному пересадка сердца?

#### **Задача 8**

Мальчику, 12 лет, получившему глубокие ожоги ног, выполнена пересадка кожи, взятой с его туловища. Как называется данный вид трансплантации?

### **Занятие № 15**

#### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРЕДОСТЕНИЯ»**

##### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Молочную железу справедливо называют зеркалом эндокринной системы. Она как орган в своей деятельности тесно связана с системой желез внутренней секреции. Функцию молочной железы следует рассматривать одновременно с состоянием женской половой сферы, надпочечников, щитовидной железы. Физиологические изменения, происходящие в молочной железе в течение всей активной жизни женщины, протекают в виде процессов пролиферации обратного развития, что контролируется центральной нервной системой.

Заболевания средостения – это группа заболеваний различной этиологии, нередко протекающая со схожей, зачастую скрытой клинической картиной. Данная патология может встречаться в практике врача любой специальности. Учитывая трудность диагностики, знание особенностей клинической симптоматики, возможностей современных лабораторных и инструментальных методов исследования больных с патологией средостения необходимы каждому врачу.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение заболеваний молочной железы и заболеваний средостения.

##### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию, клинику, диагностику и лечение маститов.

2. Этиологию, клинику, диагностику и лечение мастопатий.
3. Этиологию, клинику, диагностику и лечение доброкачественных опухолей молочной железы.
4. Клиническую анатомию средостения.
5. Современные методы обследования больных с заболеваниями средостения.
6. Классификацию заболеваний средостения.
7. Дифференциальную диагностику заболеваний средостения.
8. Этиологию, клинику, диагностику и лечение острого и хронического медиастинита.
9. Этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечение доброкачественных опухолей средостения.
10. Этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечение кист средостения.
11. Методы малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний средостения.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и провести объективное обследование больной с заболеванием молочных желез.
2. Обосновать необходимость выполнения различных специальных методов исследования при мастите, мастопатии и опухолях молочной железы и правильно интерпретировать их.
3. Сформулировать и обосновать диагноз при мастите, мастопатии и опухолях молочной железы.
4. Провести дифференциальный диагноз при мастите, мастопатии и опухолях молочной железы.
5. Обосновать консервативное лечение при заболеваниях молочной железы.
6. Определить тактику и объем хирургического лечения при заболеваниях молочной железы.
7. Собрать анамнез у больных с заболеваниями средостения.
8. Осуществить клиническое обследование больных данной патологией.
9. Составить план лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями средостения, и произвести интерпретацию полученных результатов.
10. Определить тактику лечения больных с различными заболеваниями средостения.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Как связана функция молочной железы с системой желез внутренней секреции?
2. Какие Вы знаете методы диагностики заболеваний молочной железы?
3. Назовите показания к оперативному лечению мастита.

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику мастита и мастопатии?
5. Обоснуйте консервативное и оперативное лечение при мастопатии.
6. Назовите отделы и границы средостения.
7. Какие органы анатомические структуры находятся в различных отделах средостения?
8. Приведите алгоритм обследования больных с подозрением на заболевания средостения.
9. Назовите причины острого и хронического медиастинита, а также методы их диагностики и лечения.
10. Приведите классификацию опухолей средостения.
11. Назовите особенности клинической картины различных опухолей средостения.
12. Какие методы лечения опухолей средостения Вы знаете? Укажите варианты малоинвазивных хирургических вмешательств.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С. 420-449.
2. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 81 - 97., 457-472.
3. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. - Минск, 2002. - С. 85-103.

#### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: 2005. – Т.2. – С. 342 – 371.
2. Терновой С.К. Лучевая маммология: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 127 с.
3. Кушнеров А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний молочных желез: учебно-методическое пособие / МЗ РБ, БелМАПО. – Минск, 2008. – 68 с.
4. Горюшко О.Р. Мастопатия. – СПб., 2000. -108 с.
5. Торакальная хирургия / под ред. Л.Н.Бисенкова - СПб., 2004. – С. 123-164.
6. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., 1996. – С. 98-107

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

При профилактическом медицинском осмотре у молодой здоровой не рожавшей женщины обнаружено опухолевидное образование в правой молочной железе. Обоснуйте план обследования пациентки.

#### **Задача 2**



У 58-летней женщины, находящейся в климактерическом периоде, появились серозно-желтоватые выделения из соска левой молочной железы. Обоснуйте план обследования пациентки.

### **Задача 3**

У пациентки, 16 лет, выявлена добавочная молочная железа, расположенная в правой подмышечной впадине. Какое показано лечение?

### **Задача 4**

Пациентка, 25 лет, неделю назад родила доношенного ребенка. Накануне появились боли в левой молочной железе, субфебрильная температура, уплотнение в субареолярной зоне, где при пальпации отмечается болезненность. Молока достаточно, после кормления ребенка сцеживает до 100 мл. Обоснуйте диагноз и план лечения.

### **Задача 5**

Пациентка, 29 лет, 2 недели назад родила недоношенного ребенка. Молоко сцеживала. 4 дня назад появились боли в правой молочной железе, в момент осмотра - гектическая температура. Правая молочная железа визуально больше, чем левая, в верхне-наружном квадранте – гиперемия надлежащих кожных покровов, пальпаторно определяется болезненность и флюктуация в центре пальпируемого образования. Обоснуйте план обследования, диагноз и лечение больной.

### **Задача 6**

Больной Х., 42 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при быстрой ходьбе и физической нагрузке, сердцебиение. Больным себя считает около 10 лет; указанные признаки заболевания нарастали постепенно. Кашель незначительный; мокроты практически нет. Объективно: состояние удовлетворительное. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости - выраженное интенсивное затемнение с верхним полукруглым контуром. Поставлен предварительный диагноз "Релаксация правого купола диафрагмы"?

Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

### **Задача 7**

Больная Я., 37 лет, поступила в клинику в плановом порядке с жалобами на одышку при быстрой ходьбе, физической нагрузке, сердцебиение. Больной себя считает в течение последних 12 лет. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. На обзорной рентгенограмме в переднем средостении тень 8 см. Что может быть у больного? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза.?

### **Задача 8**

Больная С., 26 лет, поступила в клинику на обследование и уточнение диагноза. При профилактическом осмотре на рентгенограмме справа над куполом диафрагмы обнаружено интенсивное затемнение размерами 9x10 см, сливающееся с тенью диафрагмы.

В каком исследовании нуждается больная?

### **Задача 9**

Больной 47 лет поступил в клинику с жалобами на одышку, озноб, повышение температуры тела до 38 градусов, боли возникающие при отведении головы кзади и разгибании шеи. Из анамнеза известно, что 3 дня назад был избит неизвестными, производилась первичная хирургическая обработка раны передней поверхности грудной клетки в поликлинике. Объективно: состояние больного тяжелое.

Что может быть у больного? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза и тактика лечения?

### **Задача 10**

Пациент 54 лет поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке, озноб, повышение температуры тела до 38,2 градусов. Объективно: состояние больного тяжелое, определяется подкожная эмфизема. Из анамнеза известно, что больной получил 5 дней назад ожог пищевода кислотой.

Что может быть у больного? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза и тактика лечения?

## **Занятие № 16**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Щитовидная железа является как самым крупным эндокринным органом по своей массе и размерам, так и одним из наиболее значимых с позиций оценки для организма секретируемых ею в системный кровоток гормонов – иодтиронинов. Число больных с патологией щитовидной железы, в том числе и рака щитовидной железы, постоянно увеличивается, что особенно важно в свете 23-летней давности аварии на ЧАЭС. Поэтому знание вопросов этиопатогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы необходимы каждому врачу.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение заболеваний щитовидной железы.

**СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе.
2. Классификацию заболеваний щитовидной железы.
3. Методы обследования щитовидной железы.
4. Этиопатогенез, клинику и диагностику эндемического зоба.
5. Консервативные и хирургические методы лечения, профилактику эндемического зоба.
6. Этиопатогенез, клинику и диагностику тиреотоксического зоба.
7. Консервативные методы лечения тиреотоксического зоба.
8. Предоперационную подготовку, показания и методы хирургического лечения тиреотоксического зоба.
9. Послеоперационные осложнения и их профилактику у больных с тиреотоксическим зобом.
10. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение струмитов.
11. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение подострого тиреоидита Де Кервена.
12. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение хронического аутоиммунного тиреоидита (зоб Хашимото).
13. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение хронического фиброзного тиреоидита (тиреоидит Риделя).

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с патологией щитовидной железы.
2. Провести осмотр и пальпацию щитовидной железы.
3. Определять симптомы, характерные для тиреотоксического зоба.
4. Определять степень тяжести тиреотоксикоза.
5. Обосновать необходимость выполнения различных специальных методов исследования при заболеваниях щитовидной железы.
6. Провести дифференциальный диагноз заболеваний щитовидной железы.
7. Назначить консервативное лечение больным с тиреотоксическим зобом.
8. Определить показания и объем оперативного пособия при заболеваниях щитовидной железы.
9. Выбрать метод оперативного лечения при заболеваниях щитовидной железы.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите функции щитовидной железы.
2. Как влияют гормоны щитовидной железы на основной, белковый, углеводный и жировой обмены?
3. Укажите наиболее рациональную последовательность при диагностике заболеваний щитовидной железы.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз диффузного токсического зоба?
5. Какие показания и противопоказания к оперативному лечению токсического

зоба?

6. Какие возможны осложнения во время и после операций на щитовидной железе?
7. Что такое первичная и вторичная йодная недостаточность?
8. Виды йодной недостаточности и ее профилактика?
9. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз зоба Хашимота ?
10. Назовите показания к хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-диагностического факультета / Под общ. ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2017, С.450-482.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки, сосудов, селезенки и эндокринных желез. – Мн., 2002. – С. 408-433.
3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И.Кузина. – М.: Медицина, 2005. – С. 47-70.

#### **Дополнительная:**

1. Щитовидная железа. Фундаментальные аспекты / под ред. А.И.Кубарко – Мн.; Нагасаки, 1998. – 368 с.
2. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. – СПб., 2001. – 197 с.

### **Ситуационные задачи к теме занятия**

#### **Задача 1**

У больной, 48 лет около 10 лет назад был диагностирован диффузный эутиреоидный зоб. Год назад, при УЗИ в правой доле обнаружен узел диаметром 1,5 см. За последние 6 месяцев образование увеличилось вдвое. УЗ картина: контуры образования ровные, консистенция плотная.

Какой Вы поставите диагноз? Составьте план обследования и лечения больной.

#### **Задача 2**

Больная, 41 года, предъявляет жалобы на сердцебиение, повышение АД, периодически возникающее чувство жара, потливость. Стала отмечать появление раздражительности, похудела. Заболевание связывает с переживаниями по поводу недавней смерти мужа. При осмотре заметно наличие экзофтальма и тремора пальцев обеих рук.

Ваш предварительный диагноз? Составьте план обследования больной?

#### **Задача 3**

Больная, 24 лет, поступила с жалобами на раздражительность, потливость, сердцебиение. Щитовидная железа не увеличена. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы 5x5 см с четкими границами.

О каком заболевании следует думать? Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

#### **Задача 4**

Больная, 56 лет, в течение 8 лет наблюдается у эндокринолога по поводу диффузного эутиреоидного зоба. После исследования титра антител к тиреоглобулину и пункционной биопсии железы поставлен диагноз: зоб Хасимото.

Какова дальнейшая тактика лечения?

#### **Задача 5**

После операции по поводу тиреотоксического зоба (произведена субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы) у больной, отмечается тахикардия до 120-140 уд. в мин, повышение температуры тела до 39°C. Пациентка заторможена. Ее АД - 195/110 мм рт. ст.

Какое осложнение операции возникло у больной? С чем связано ее развитие? Что необходимо предпринять?

#### **Задача 6**

Больная, 35 лет, перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, состояние улучшилось. Однако через 2 дня вновь поднялась температура тела до 38°C и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась. Она стала плотной резко болезненной, кожа над ней гиперемирована. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоциты крови -  $12 \times 10^9$ /л.

Ваш диагноз? Как лечить больную?

#### **Задача 7**

Больная, 52 лет перенесшая полгода назад операцию по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы тела. При осмотре: пастозность, одутловатость лица, сухость кожи. Щитовидная железа не увеличена. Послеоперационный рубец в хорошем состоянии.

Что произошло с больной? Как ее нужно лечить?

#### **Задача 8**

После операции субтотальной резекции щитовидной железы у больной возникли судороги в конечностях. Стали определяться симптомы Хвостека, Труссо.

Какие послеоперационные осложнения возникли у пациентки?

### **Задача 9**

Больной, 46 лет, предъявляет жалобы на осиплость голоса, затрудненное дыхание, дисфагию. При осмотре области шеи: отмечается увеличение щитовидной железы, она плотная, спаянна с окружающими тканями. При УЗИ: щитовидная железа увеличена, повышенной эхогенности, капсула утолщена. При пункции в биоптате железы определяется фиброзная ткань.

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

### **Задача 10**

Через 3 часа после операции у больной, оперированной по поводу эутиреоидного зоба (выполнена резекция правой доли щитовидной железы) появились затруднение в дыхании, слабость. При осмотре дежурным хирургом выявлено наличие флюктуирующего образования в области послеоперационной раны.

Какое послеоперационное осложнение возникло у пациентки? В чем его опасность? Что необходимо предпринять?

**П Е Р Е Ч Е Н Ь**  
**ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ**  
**ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**  
**для студентов медико-диагностического факультета**

1. Провести клиническое обследование больных с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями.
2. Уметь интерпретировать данные объективного обследования хирургических больных.
3. Уметь определить перитонеальный синдром, синдром острой и хронической кровопотери.
4. Уметь провести клиническое обследование и функциональные пробы у больных с заболеваниями периферических вен и артерий.
5. Уметь выполнить ректальное исследование, правильно оценить полученные данные.
6. Составить план обследования больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, грудной клетки, сосудов.
7. Правильно оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования хирургических больных.
8. Знать тактику лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости.
9. Знать алгоритм оказания помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями.
10. Знать алгоритм лечения больных с повреждениями органов брюшной полости, грудной клетки, сосудов.
11. Знать правила перевязки чистых и гнойных ран.
12. Знать правила наложения и снятия кожных швов.
13. Знать правила вскрытия гнойных процессов кожи и подкожной клетчатки.
14. Знать правила выполнения плевральной пункции.
15. Знать правила наложения окклюзионных повязок при открытом пневмотораксе.
16. Знать правила постановки «шарящего катетера» и лапароцентеза.