

**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

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

методические рекомендации  
для медико-психологического факультета

Гродно 2019 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

• Введение.....	4
• Занятие № 1. Острый и хронический аппендицит. ....	5
• Занятие № 2. Наружные грыжи живота.....	7
• Занятие № 3. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: прободная и кровоточащая язвы. ....	10
• Занятие № 4. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: пенетрация язвы и пилородуоденальный стеноз. Патологические синдромы после операций на желудке.....	13
• Занятие № 5. Заболевания желчного пузыря и желчных протоков.....	17
• Занятие № 6. Острый и хронический панкреатит.....	19
• Занятие № 7. Механическая желтуха. Постхолецистэктомический синдром.....	22
• Занятие № 8. Непроходимость кишечника.....	25
• Занятие № 9. Перитониты.....	28
• Занятие № 10. Травмы груди и живота.....	30
• Занятие № 11. Заболевания тонкой, ободочной и прямой кишок.....	33
• Занятие № 12. Нагноительные заболевания легких и плевры.....	36
• Занятие № 13. Заболевания и травмы пищевода.....	40
• Занятие № 14. Заболевания щитовидной железы.....	43
• Занятие № 15. Облитерирующие заболевания артерий .....	46
• Занятие № 16. Заболевания периферических вен нижних конечностей.....	48
• Занятие № 17. Тромбозы и эмболии в хирургии.....	52
• Занятие № 18. Заболевания молочной железы и средостения.....	55
• Занятие № 19. Портальная гипертензия. Болезни печени и селезенки.....	59
• Задание № 20. Трансплантация органов и тканей.....	63
• Приложение.....	65

## ВВЕДЕНИЕ

Преподавание частной хирургии на 4-5 курсах медико-психологического 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 новой учебной программы по хирургическим болезням для медико-психологического факультета и позволят существенно улучшить усвоение теоретического материала при подготовке к практическим занятиям.

## **ЗАНЯТИЕ № 1**

### **«ОСТРЫЙ И 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. Поэтому проблема лечения данного заболевания сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Кроме этого правильно выбранная тактика ведения таких больных является одной из основных задач, стоящих перед практическим врачом, так как позволяет своевременно распознать осложнения острого аппендицита.

#### **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. Варианты расположения 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, детей.
6. Лабораторную и инструментальную диагностику острого аппендицита.
7. Тактику врача при остром аппендиците.
8. Лечение острого аппендицита.
9. Клиническую симптоматику типичных осложнений острого аппендицита (аппендикулярного инфильтрата и аппендикулярного абсцесса).
10. Принципы лечения осложнений острого аппендицита.
11. 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, Бартомье-Михельсона, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Яуре-Розанова и др.
3. Провести дифференциальный диагноз от других заболеваний.
4. Дать правильную оценку результатов лабораторного и инструментального 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 осложнений острого аппендицита.

8. Назначить обследование больному с подозрением на хронический аппендицит.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. В чем заключается этиопатогенез острого аппендицита?
2. Какие симптомы можно наблюдать при остром аппендиците?
3. Назовите особенности течения острого аппендицита у беременных, детей?
4. Какими дополнительными методами можно пользоваться для подтверждения диагноза острый аппендицит?
5. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать острый аппендицит?
6. Какая лечебная тактика оправдана при остром аппендиците?
7. Какие доступы могут быть применены при операции аппендэктомия?
8. В чем заключаются основные принципы лечения острого аппендицита?
9. Что такое аппендикулярный инфильтрат, лечение аппендикулярного инфильтрата?
10. Что такое пилефлебит, клиника и лечение пилефлебита?
11. Какие основные причины лечения периаппендикулярного абсцесса?
12. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать хронический аппендицит?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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**

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

Ваш диагноз и тактика лечения больного?

#### **Задача 3**

К концу первых суток после атипичной аппендэктомии у больного внезапно появилась тахикардия, бледность кожных покровов, снизилось АД до 70/50 мм рт.ст.

Каковы действия хирурга?

#### **Задача 4**

У больного при аппендэктомии по поводу острого гангренозного ретроперитонеального аппендицита констатирована самоампутация отростка.

Каковы должны быть действия хирурга? Как завершить операцию?

#### **Задача 5**

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 6**

У больного, 34 лет, после аппендэктомии длительно держалась гектическая температура. Одновременно пальпировался инфильтрат над лобком. Затем внезапно появился обильный зловонный стул с примесью гноя, состояние пациента улучшилось.

Что произошло, какова тактика хирурга?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 22-32.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 467-508.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 621-646.

#### **Дополнительная:**

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 2 «НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ 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. Своевременная диагностика грыж живота и их осложнений, а также правильно выбранная тактика лечения 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, невраивимость) 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. Классификацию наружных грыж живота.
6. Клинику и дифференциальную диагностику наружных грыж живота.
7. Относительные и абсолютные противопоказания к хирургическому лечению наружных грыж живота.
8. Методы хирургического лечения наружных грыж живота.
9. 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.
16. Основные этапы хирургического вмешательства при ущемленных грыжах.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и правильно обследовать больного с наружной грыжей живота.
2. Составить план обследования больного с наружной грыжей живота.
3. Определить абсолютные и относительные противопоказания к операции грыжесечения.
4. Выбрать метод хирургического лечения больного наружной грыжей живота.
5. Собрать анамнез у больного с осложнениями грыж.
6. Провести дифференциальный диагноз между ущемленной и невправимой грыжей живота.
7. Определить лечебную тактику при различных осложнениях наружных грыж 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. Какой должна быть тактика хирурга при самопроизвольно вправившейся грыже?
13. Какие основные причины возникновения послеоперационных грыж?
14. Назовите основные методы хирургического лечения послеоперационных грыж.
15. Что такое ретроградное ущемление?
16. Особенности хирургического лечения ущемленных грыж, осложненных флегмоной оболочек грыжевого мешка?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

У больной 65 лет имеется послеоперационная невправимая вентральная грыжа больших размеров. Составьте план предоперационной подготовки и оперативного лечения больной.

#### **Задача 2**

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?

#### **Задача 3**

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.

Характер ущемления? Действия хирурга?

#### **Задача 4**

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 5**

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 Щетки-на-Блумберга.

Какова тактика хирурга?

#### **Задача 6**

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

Какое осложнение грыжи наступило? Какова Ваша тактика лечения?



## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 6-21.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С.591-645.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С.248-270.

### **Дополнительная:**

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640с.

## **ЗАНЯТИЕ № 3 «ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ПРОБОДНАЯ И КРОВОТОЧАЩАЯ ЯЗВА»**

### **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 язвенное кровотечение и перфорация язвы, которые требуют неотложной диагностики и адекватного применения современных методов лечения. В настоящее время расширились возможности лечения пациентов с указанными заболеваниями, поэтому знания этих вопросов необходимы каждому практическому врачу.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии желудка и двенадцатиперстной кишки, клинической картины заболевания, результатов лабораторных и современных инструментальных методов исследования научиться диагностировать острые осложнения гастродуоденальных язв.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез острых осложнений язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.
2. Современные методы лабораторного и инструментального обследования больных с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.
3. Клиническую картину прободной язвы в зависимости от локализации язвы и варианты течения заболевания.
4. Дифференциальную диагностику прободной язвы.
5. Способы хирургического лечения больных прободными язвами.

6. Клиническую картину при язвенных кровотечениях, ее особенности в зависимости от локализации язвы.
7. Дифференциальную диагностику желудочно-кишечных кровотечений.
8. Методы консервативного лечения, способы эндоскопического гемостаза.
9. Показания к хирургическому лечению при язвенных кровотечениях, варианты радикальных и паллиативных операций.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Целенаправленно собирать анамнез у больных с язвенной болезнью ее осложнениями, проводить клиническое обследование и правильно анализировать полученные данные.
2. Составить план лабораторных и инструментальных методов исследования у больных с язвенной болезнью, оценить их результаты, интерпретировать данные эндоскопии и рентгенографии.
3. Сформулировать развернутый клинический диагноз у больных с осложнениями язвенной болезни, обосновать его.
4. Определить способ оперативного вмешательства при прободных язвах.
5. Определить показания к операции у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, сроки выполнения и объем ее.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. В чем заключается этиопатогенез осложнений язвенной болезни?
2. Опишите клиническую картину прободения в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство; при прикрытой перфорации.
3. Назовите инструментальные методы диагностики, прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Какова тактика хирурга при типичной и прикрытой перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
5. Перечислите заболевания, сопровождающиеся клиникой гастродуоденального кровотечения.
6. Опишите клиническую картину кровотечения из язвы желудка и 12-ти перстной кишки.
7. В чем заключается лабораторная и инструментальная диагностика при гастродуоденальных кровотечениях?
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.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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. Наблюдалась 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**

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 4**

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 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**

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 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?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 117-133.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 132-168.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 362-380.

#### **Дополнительная:**

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 4**

### **«ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ И ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ. 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. Даже в наше время не редки такие осложнения, как пенетрация язвы и пилородуоденальный стеноз.

Кроме того у ряда больных после операции по поводу патологические синдромы, связанные с самой операцией, что требует знание этого вопроса требует от врачей различных специальностей, в том числе и медицинских психологов.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии желудка и двенадцатиперстной кишки, клинической картины заболевания, результатов лабораторных и современных инструментальных методов исследования научиться диагностировать хронические осложнения гастродуоденальных язв.

Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику и методы лечения патологических синдромов после операций на желудке.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез хронических осложнений язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки.
2. Современные методы лабораторного и инструментального обследования больных с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.
3. Клиническую картину пилородуоденального стеноза в зависимости от стадии заболевания.
4. Клинические проявления пенетрирующей язвы.
5. Дифференциальную диагностику пилородуоденального стеноза и пенетрирующей язвы.
6. Показания к операции и принципы хирургического лечения пилородуоденального стеноза и пенетрирующей язвы.
7. Варианты резекций желудка и ваготомий, выполняемых при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки.
8. Классификацию патологических синдромов после операций на желудке.
9. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения демпинг-синдрома.
10. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения синдрома приводящей петли.
11. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения пептических язв анастомозов.
12. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения послеоперационного гастростаза.
13. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения рефлюкс-эзофагита.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Целенаправленно собирать анамнез у больных с язвенной болезнью ее осложнениями, проводить клиническое обследование и правильно анализировать полученные данные.
2. Составить план лабораторных и инструментальных методов исследования у больных с язвенной болезнью, оценить их результаты, интерпретировать данные эндоскопии и рентгенографии.
3. Сформулировать развернутый клинический диагноз у больных с осложнениями язвенной болезни, обосновать его.
4. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства при

пенетрирующей язве и пилородуоденальном стенозе.

5. Провести объективное обследование и назначить дальнейший план обследования больным с патологическими синдромами после операций на желудке.
6. Провести дифференциальную диагностику патологических синдромов после операций на желудке.
7. Определить тактику лечения больного с тем или иным синдромом после операций на желудке.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. В чем заключается этиология и патогенез пилородуоденального стеноза?
2. Опишите клиническую картину заболевания в зависимости от стадии стеноза и методы диагностики пилородуоденального стеноза.
3. Назовите основные принципы предоперационной подготовки больных с пилородуоденальным стенозом.
4. Укажите показания и методы операций при пилородуоденальном стенозе.
5. Этиопатогенез, особенности клинической картины и лечения пенетрирующих язв желудка и 12-ти перстной кишки.
6. Определение понятия «каллезная язва», показания к операции и выбор ее способа при неосложненных желудочных и дуоденальных язвах.
7. Назовите основные варианты резекций желудка и ваготомий.
8. Приведите классификацию болезней оперированного желудка.
9. Укажите основные звенья в патогенезе демпинг-синдрома.
10. Опишите клиническую картину демпинг-синдрома.
11. Назовите методы диагностики и лечения демпинг-синдрома.
12. Назовите причины формирования, а также методы диагностики и лечения синдрома приводящей петли.
13. Укажите основные причины возникновения таких пострезекционных и постваготомических осложнений как пептические язвы анастомозов, рефлюкс-эзофагит и гастростаз.
14. Перечислите основные принципы лечения пептических язв анастомоза, рефлюкс-эзофагита и послеоперационного гастростаза.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

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 2**

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 стенке луковицы 12-перстной кишки размерами 1,5 на 2 см и глубиной около 1 см с подрытыми краями.

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача 3**

Через 2 года после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу язвенной болезни желудка у больного стали возникать слабость, головокружение после приема пищи. Больной похудел на 8 кг.

С чем связано данное состояние? Составьте план обследования и лечения больного.

### **Задача 4**

В хирургическое отделение клиники поступил пациент 45 лет с жалобами на изжогу, боль в верхнем этаже брюшной полости, возникающую через 2 час после приема пищи. Из анамнеза заболевания установлено, что 3 года тому назад больной перенес СПВ по поводу хронической язвы 12-перстной кишки. Выше описанные жалобы возникли через 1,5 года после операции.

Каковы Ваш диагноз и тактика лечения пациента?

### **Задача 5**

У больного через год после резекции желудка на протяжении 3 месяцев возникает распирающая боль в правом подреберье после еды. Одновременно наблюдается рвота желчью до 2 раз в неделю объемом до 150 мл.

С чем связано данное состояние? Составьте план обследования и лечения больного.

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 133-139.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 132-168.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 362-380.

### **Дополнительная:**

1. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко – Киев, 1987. – 517с.
2. Рычагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. – Минск, 1995. – 184с.

## **ЗАНЯТИЕ № 5**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ»**

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

В настоящее время наблюдается значительный рост числа больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков. Раннее выявление и санирование таких больных значительно снижает риск грозных осложнений. Одним из них является острый холецистит, который занимает второе место по частоте в ургентной хирургии. В настоящее время, благодаря внедрению новых технологий, расширились возможности диагностики и оперативных вмешательств, относящихся к числу малоинвазивных.

#### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии гепатобилиарной системы, этиопатогенеза заболеваний желчного пузыря, желчных протоков, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать желчнокаменную болезнь, острый холецистит, водянку и эмпиему желчного пузыря, холедохолитиаз, острый холангит, а также определять методы лечения этих заболеваний.

#### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Основные 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.
4. Клиническую симптоматику и диагностику острого холецистита и его осложнений.
5. Дифференциальную диагностику осложнений ЖКБ.
6. Показания к операции и принципы хирургического лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков.

#### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков.
2. Обследовать больного с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков и правильно оценить результаты физикального обследования.
3. Выявить симптомы острого холецистита Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.
4. Составить план обследования больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков.
5. Дать правильную оценку результатов лабораторного и инструментальных методов обследования больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков.



6. Назначить консервативное лечение больному острым холециститом.
7. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите основные причины желчекаменной болезни.
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. Назовите показания к экстренной, срочной и плановой операции у больных острым холециститом.
6. Дайте характеристику современным малоинвазивным методам лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков?
7. Назовите способы дренирования желчных протоков.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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 малоблезненное 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 и тактика лечения больной?

#### **Задача 3**

Больной, 46 лет обратился в приемный покой с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела – до  $39,0^\circ\text{C}$ . 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 4**

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 5**

У больной, 46 лет, 3 года назад перенесшей холецистэктомии 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?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 33-46.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 228-299.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 376-400.

#### **Дополнительная:**

1. Хирургия печени и желчевыводящих путей. А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло. Киев, 1993.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. - 640с.

## **ЗАНЯТИЕ № 6**

### **«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. При этом деструктивные формы острого панкреатита представляет одну из трудных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии.

#### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, этиопатогенеза заболеваний поджелудочной железы, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать острый и хронический панкреатит и его осложнения, а также определять методы лечения этих заболеваний.

#### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Основные анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе.
2. Этиологию и патогенез острого и хронического панкреатита.

3. Клинико-анатомическую классификацию острого и хронического панкреатита.
4. Клиническую симптоматику острого панкреатита (симптомы Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона, Щеткина -Блумберга).
5. Лабораторную и инструментальную диагностику острого и хронического панкреатита.
6. Консервативное лечение острого и хронического панкреатита.
7. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств при остром хроническом панкреатите.

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с острым и хроническим панкреатитом.
2. Провести клиническое обследование больного острым панкреатитом и определить наличие симптомов Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте и др.
3. Составить план обследования больного с острым и хроническим панкреатитом.
4. Дать правильную оценку результатов лабораторного и инструментальных методов обследования больных с острым и хроническим панкреатитом.
5. Назначить консервативное лечение больному острым хроническим панкреатитом.
6. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства при остром и хроническом панкреатите.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите основные функции поджелудочной железы?
2. Какие причины могут вызвать нарушение пассажа панкреатического секрета по протоку?
3. Приведите классификацию острого и хронического панкреатита.
4. Назовите основные периоды течения панкреонекроза.
5. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики острого панкреатита.
6. Какое лечение является эффективным при отечных формах острого панкреатита?
7. Назовите показания к раннему проведению операции при остром панкреатите.
8. Назовите методы хирургического лечения острого панкреатита.
9. Назовите осложнения острого панкреатита.
10. Назовите методы хирургического лечения хронического панкреатита.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

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 эпигастриальной области. Симптомы раздражения

брюшины отрицательные. Диастаза мочи повышена в 10 раз. 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. Лейкоциты в крови  $17,5 \times 10^9/\text{л}$ . Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

### **Задача 2**

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 повышена.

Ваш диагноз и тактика лечения больной?

### **Задача 3**

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 действия?

### **Задача 4**

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 объём оперативного вмешательства?

### **Задача 5**

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  $38,0-39,0^{\circ}\text{C}$  с ознобами. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию, инфильтрат не уменьшился в размерах. Температура приняла гектический характер. Содержание лейкоцитов в крови увеличилось до  $20 \times 10^9/\text{л}$ .

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

### **Задача 6**

Больной, 48 лет, поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость. За 2 месяца потерял 4 кг массы. У больного часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 3 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у больного появилась желтуха, которая постоянно нарастает. Живот мягкий. Печень увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. В общем клиническом анализе крови лейкоцитов  $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

Ваш диагноз? Что Вы предпримете для дифференциальной диагностики? Какова тактика лечения больного?

### **Задача 7**

Больной, 48 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на наличие приступов болей в эпигастрии, левом подреберье, возникающих после нарушения диеты (прием жирной и обильной пищи). Боль длится 1-2 дня и сопровождается тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Больной пониженного питания. Стул 1-3 раза в сутки, пенистый, нередко сразу после еды.

Ваш диагноз? Какие методы следует использовать для подтверждения диагноза.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 96-116.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 352-379.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 401-419.

#### **Дополнительная:**

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. - 640с.
2. Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. - СПб., 2000. – 402 с.
3. Козырев М.А., Марковская И.М. Клиническая панкреатология. – Мн., 2006. – 140 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 7 «МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Желтухой (icterus) называется симптомокомплекс, основным проявлением, которого является окрашивания в желтый цвет склер, слизистых оболочек и кожи. Желтуха сопровождает целый ряд различных заболеваний.

Механическая желтуха возникает вследствие нарушения оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку. Учитывая распространенность данной патологии знание вопросов диагностики и лечения механической желтухи необходимо каждому врачу.

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) включает группу заболеваний, в основном гепатобилиарнопанкреатической системы, возникающих или усиливающихся после проведения холецистэктомии или иной расширенной операции на желчных путях, которые были произведены преимущественно по поводу желчнокаменной болезни.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии гепатобилиарной системы изучить этиопатогенез, клинику, диагностику и методы лечения механической желтухи и постхолецистэктомического синдрома.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия механической желтухи и ПХЭС.
2. Классификацию механической желтухи и ПХЭС.
3. Современные методы диагностики заболеваний гепатобилиарной системы.
4. Этиологию, клинику, диагностику и современные методы лечения механической желтухи.
5. Показания к оперативному лечению больных с механической желтухой.
6. Виды операций при механической желтухе.
7. Основные причины ПХЭС.
8. Клинику, диагностику и лечение холедохолитиаза.
9. Клинику, диагностику и лечение рубцовых стриктур желчных путей.
10. Клинику, диагностику и лечение стеноза большого дуоденального соска.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с механической желтухой и ПХЭС.
2. Провести исследование и обосновать план обследования больных с механической желтухой и ПХЭС.
3. Провести дифференциальную диагностику желтух, а также ПХЭС с другими заболеваниями.
4. Назначить консервативное лечение больному с механической желтухой.
5. Обосновать показания и объем оперативного лечения при механической желтухе и ПХЭС.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите причины, приводящие к развитию механической желтухи.
2. Какая симптоматика характерна для механической желтухи неопухолевого генеза?
3. Какая симптоматика характерна для механической желтухи опухолевого генеза?
3. Назовите современные методы диагностики механической желтухи.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать механическую желтуху?
5. В каких случаях показано консервативное лечение больным с механической желтухой?
6. Укажите малоинвазивные методы лечения механической желтухи.
7. Какие операции выполняются при механической желтухе неопухолевого генеза?
8. Какие операции выполняются при механической желтухе опухолевого генеза?
9. Назовите причины, приводящие к развитию ПХЭС.
10. Какая симптоматика характерна для ПХЭС?
11. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику ПХЭС?
12. В каких случаях показано консервативное лечение больным с ПХЭС?
13. Какие операции выполняются при холедохолитиазе, рубцовых стриктурах желчных путей, стенозе большого дуоденального соска?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

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 2**

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?

#### **Задача 3**

Больная, 30 лет, эмоционально лабильная, 2 года тому назад перенесла холецистэктомию. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье, тяжесть в эпигастрии после еды, периодическая рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноконтрастном исследовании желудка и 12-перстной кишки обнаружены маятникообразные движения бария в нижне-горизонтальной ветви 12-перстной кишки.

Каков диагноз и тактика лечения больной?

#### **Задача 4**

Мужчина, 33 лет, астеник, 2 года тому назад перенес холецистэктомию. Спустя 6 месяцев после операции появились изжога, боли в эпигастрии. Боль возникает через 1,5 час после еды, иррадирует в спину. Изжога и боли исчезают после приема соды.

Какова наиболее вероятная причина ПХЭС и какие методы обследования необходимо применить для подтверждения диагноза?

#### **Задача 5**

У больной с холедохолитиазом имеется механическая желтуха. Консервативное лечение, а так же ЭПСТ оказались не эффективными. Желтуха нарастает.

Какова лечебная тактика?

#### **Задача 6**

Больной, 64 лет, с механической желтухой оперирован с подозрением на наличие камня общего желчного протока. Во время операции выяснилось, что у больного имеется рак фатерова сосочка с переходом на стенку общего желчного протока. Пузырный проток проходим, желчный пузырь резко растянут и напряжен.

Какую операцию можно выполнить в данном случае?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 47-62.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 274 – 276, 339 - 344.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 395-396, 400-403.

#### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: 2005. – Т.1. – С. 473 – 490.
2. Козырев М.А. Заболевания печени и желчных путей: учебное пособие. – Минск, 2002. – 248с.
3. Постхолецистэктомический синдром: методическое пособие / сост. Н.Н.Иоскевич, Н.И. Батвинков. – Гродно,1999. – 26с.

## **ЗАНЯТИЕ № 8**

### **«ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ»**

#### **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. Но, возникнув, это патологическое состояние протекает по единому «сценарию», вызывая интоксикацию и водно-электролитные расстройства, сопровождается типичными клиническими проявлениями. Поэтому проблема диагностики и лечения ОКН является актуальной задачей современной медицины.



### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии и физиологии кишечника, объективных и инструментальных методов обследования необходимо научиться проводить диагностику и дифференциальную диагностику ОКН, определять объем и очередность консервативных и хирургических методов лечения с обязательным знанием критериев перехода от консервативного лечения к хирургическому.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез ОКН.
2. Классификацию ОКН.
3. Клиническую и инструментальную симптоматику ОКН.
4. Инструментальное обследование больных с непроходимостью кишечника.
5. Тактику лечения механической и динамической кишечной непроходимости.
6. Основные принципы консервативного и хирургического лечения ОКН.
7. Принципы послеоперационного ведения больных с ОКН.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на ОКН.
2. Провести клиническое обследование больного с подозрением на ОКН.
3. Определить необходимый объем инструментального обследования при подозрении на ОКН.
4. Провести дифференциальный диагноз кишечной непроходимости с другими заболеваниями.
5. Определить лечебную тактику при непроходимости кишечника.
6. Назначить консервативное лечение и определить критерии перехода к оперативному лечению.
7. Определить объем оперативного вмешательства при различных причинах ОКН.
8. Правильно оценить объем лечебной помощи в послеоперационном периоде.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Приведите классификацию ОКН.
2. Какие патофизиологические сдвиги наблюдаются в организме при ОКН соответственно фазам заболевания?
3. Клинические симптомы, характерные для ОКН?
4. Какова информативность инструментальных методов обследования, их последовательность?
5. Какая лечебная тактика при ОКН?
6. Назовите основные принципы консервативной терапии при ОКН.
7. Как определить критерии перехода от консервативной терапии к хирургическому лечению?
8. Перечислите основные виды и задачи хирургического лечения больных с ОКН.

9. Назовите принципы послеоперационного ведения больных ОКН.
10. Обтурационная непроходимость: причины, клиника, диагностика, лечение.
11. Странгуляционная непроходимость: клиника, диагностика, лечение.
12. Острая спаечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение.
13. Инвагинация: клиника, диагностика, лечение.
14. Динамическая непроходимость: виды, клиника, диагностика, лечение.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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 операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена полная обтурация слепой кишки опухолью. Опухоль неподвижна. Состояние больного тяжелое.

Определите объём оперативного вмешательства?

#### **Задача 4**

Больной, 45 лет, оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. Обнаружен заворот подвздошной кишки на 270° с ее гангреной.

Определите объём оперативного вмешательства?

#### **Задача 5**

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

Какова должна быть лечебная тактика?

#### **Задача 6**

У больного, 61 года, на 4-ые сутки с момента выполнения аппендэктомии по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита

осложнившегося разлитым перитонитом резко выражен парез кишечника.

Какое состояние развилось у больного? Наметьте лечебные мероприятия?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 63-95.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 550-591.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 473-491.

#### **Дополнительная:**

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640с.

## **ЗАНЯТИЕ № 9 «ПЕРИТОНИТ»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Перитонит – это воспаление брюшины, сопровождающееся местными и общими нарушениями функционального состояния организма, возникающее как следствие заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Перитониты по-прежнему занимают особое место в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости. Летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25-30%, а при развитии полиорганной недостаточности – 85-90%.

Поэтому проблема диагностики и лечения различных форм перитонита является актуальной задачей современной медицины.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний по этиологии, патогенезу, клинике перитонита, а также основных лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать различные виды перитонита и составлять план последующего лечения.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Этиологию и патогенез перитонита.
2. Классификацию перитонитов.
3. Клиническую и инструментальную симптоматику распространенных и ограниченных перитонитов.
4. Инструментальное обследование больных с перитонитом.
5. Предоперационную подготовку больных с перитонитами.
6. Задачи (этапы) хирургического лечения при перитонитах.
7. Принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на перитонит.
2. Провести клиническое обследование больного с подозрением на перитонит.
3. Определить необходимый объем инструментального обследования при подозрении на перитонит.
4. Провести дифференциальный диагноз перитонита с другими заболеваниями.
5. Наметить план предоперационной подготовки у больных с перитонитом.
6. Определить объем оперативного вмешательства при различных причинах перитонита.
7. Правильно оценить объем лечебной помощи в послеоперационном периоде.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Приведите классификацию перитонитов.
2. Каковы причины первичного и вторичного перитонита?
3. Какие патофизиологические сдвиги наблюдаются в организме при перитоните?
4. Какие фазы (стадии) течения острого перитонита Вы знаете?
5. Каковы основные клинические проявления в различные фазы острого перитонита?
6. Какие симптомы характерны для поддиафрагмального абсцесса?
7. Какие симптомы характерны для тазового абсцесса?
8. Какие симптомы характерны для межкишечного абсцесса?
9. Основные методы диагностики абсцессов брюшной полости?
10. Назовите методы лечения поддиафрагмальных и тазовых абсцессов.
11. Какие основные этапы хирургического вмешательства при распространенных перитонитах Вы знаете?
12. Назовите методы детоксикации при лечении перитонитов.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

Больной, 50 лет, поступил в стационар с клиникой острого перитонита. Болеет в течение 1 часа. Какой план обследования Вы назначите больному?

#### **Задача 2**

Пациент, 72 лет, поступил в тяжелом состоянии с клиникой перитонита. Болеет 5 суток. Кожные покровы с цианотичным оттенком, гипотония, тахикардия, тахипноэ, олигурия. Сколько времени должна составлять предоперационная подготовка и какой ее объем?

#### **Задача 3**

У больной, 34 лет, во время операции диагностирован анаэробный перитонит, вследствие перфорации сигмовидной кишки. Определите объем оперативного вмешательства. Как следует ушить брюшную полость?

#### **Задача 4**

У больного, 61 года, на 4-ые сутки с момента выполнения аппендэктомии

по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита осложнившегося разлитым перитонитом резко выражен парез кишечника.

Какое состояние развилось у больного? Наметьте лечебные мероприятия?

### **Задача 5**

Пациент, 43 лет, оперирован неделю назад по поводу деструктивного аппендицита с местным перитонитом. Ухудшение состояния возникло 2 дня назад. Появились боли внизу живота, гектическая температура, напряжение мышц брюшной стенки над лоном, при ректальном исследовании отмечается нависание передней стенки. Какой Ваш диагноз? Какое лечение показано больному?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 157-167.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 647-669.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 712-733.

#### **Дополнительная:**

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. - 640 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 10**

### **«ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА 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 и инструментальную симптоматику закрытых повреждений груди и живота.
3. Методы объективного и инструментального обследования, применяемые при 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.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

Пациент, 32 лет, доставлен с жалобами на слабость, головокружение, боли в животе. Из анамнеза - около 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.

Ваш предварительный диагноз и последующие действия?

#### **Задача 2**

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 3**

Больной, 39 лет, оперируется по поводу закрытой травмы живота, полученной около 3-х суток назад. Выявлен разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки.

В чем будет заключаться хирургическая помощь?

#### **Задача 4**

Больному, 25 лет, по поводу закрытой травмы живота, полученной около суток назад выполняется лапароскопия. Выявлена обширная забрюшинная гематома.

С чем может быть связана данная операционная находка? Какие Ваши дальнейшие действия?

#### **Задача 5**

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.

Какой Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

#### **Задача 6**

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.

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 140-156.

#### **Дополнительная:**

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости

/В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. – Москва: Триада-Х, 2004. -640 с.  
2. Торакальная хирургия / Под ред. Бисенкова Л.Н. – С.-П., 2004. – 536 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 11** **«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 этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, консервативное и хирургическое лечение больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, консервативное и хирургическое лечение больных с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок (болезнь Крона, дивертикулы тонкой кишки; неспецифический язвенный колит, дивертикулярная болезнь толстой кишки, кишечные свищи; геморрой, анальная трещина, парапроктиты, эпителиальный копчиковый ход, выпадение прямой кишки).

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о тонкой, ободочной и прямой кишке.
2. Определение понятия и факторы, способствующие развитию дивертикулов кишечника.
3. Клинику, диагностику и лечение дивертикулов кишечника и их осложнений.
4. Этиопатогенез, клинику и диагностику болезни Крона.
5. Принципы консервативного лечения болезни Крона.
6. Показания к оперативному лечению болезни Крона, виды операций.
7. Классификацию, этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику кишечных свищей.
8. Показания к оперативному лечению и виды операций при кишечных свищах.
9. Методы обследования проктологических больных.
10. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику геморроя и его осложнений.
11. Консервативное и оперативное лечение геморроя и его осложнений.
12. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение анальной трещины.
13. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и



лечение острого парапроктита.

14. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение хронического парапроктита.

15. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение эпителиального копчикового хода.

16. Этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение выпадения прямой кишки.

### **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. Знать методику проведения ректального обследования и ректороманоскопии.
4. Правильно интерпретировать ирригограммы, фистулограммы.
5. Назначить консервативное лечение больным с заболеваниями тонкой, ободочной и прямой кишок.
6. Обосновать показания к оперативному лечению у 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 методы применяются для диагностики болезни Крона при поражении тонкого кишечника?
6. Назовите методы обследования ободочной кишки.
7. Какие отделы кишечника поражаются при неспецифическом язвенном колите?
8. Какие методы исследования наиболее информативны при неспецифическом язвенном колите?
9. В чем заключается консервативное лечение неспецифического язвенного колита?
10. Что является показанием к срочному оперативному лечению и какие операции производятся при неспецифическом язвенном колите?
11. Какие операции применяются при кишечных свищах?
12. Укажите клинико-анатомическую классификацию заболеваний прямой кишки.
13. Перечислите методы обследования больных с заболеваниями прямой кишки.
14. Что способствует развитию геморроя?
15. Назовите показания к оперативному лечению геморроя.
16. Какие методы консервативного лечения применяются при геморроидальном кровотечении и тромбозе геморроидальных узлов?
17. Укажите тактику лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами.

18. Перечислите степени выпадения прямой кишки.
19. Какие методы оперативного вмешательства используют при выпадении прямой кишки?
20. Какие симптомы характерны для трещины прямой кишки?
21. Какие симптомы характерны для острого парапроктита?
22. Какие радикальные операции применяют при остром парапроктите?
23. Какие операции выполняют при хронических парапроктитах?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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 -  $18,4 \times 10^9$ /л.

Какое заболевание вы предполагаете? Как лечить больную?

#### **Задача 3**

Больной, 42 лет предъявляет жалобы на выделение алой крови из прямой кишки при дефекации, общую слабость. В общем клиническом анализе крови содержание гемоглобина 60 г/л.

Каковы Ваши диагноз и тактика лечения?

#### **Задача 4**

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.

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

#### **Задача 5**

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 -  $16,7 \times 10^9$ /л.

Ваш диагноз? Лечение?

#### **Задача 6**

На прием к хирургу обратился пациент, 22 лет, с жалобами на наличие

пульсирующей боли несколько выше заднего прохода. Болеет 3 дня. При объективном осмотре выше заднего прохода на 6-7 см, по средней линии, ближе к копчику у больного обнаружена припухлость, гиперемия кожи. Образование резко болезненное при пальпации.

Каковы Ваш диагноз и тактика?

#### **Задача 7**

У больного, 42 лет в области заднего прохода, на коже имеется свищ, с периодически появляющимся гнойным отделяемым. На фистулограмме установлено, что он расположен кнаружи от сфинктера прямой кишки.

Ваш диагноз? Какой вариант хирургического вмешательства необходимо использовать?

#### **Задача 8**

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, а так же недержание газов. Ваш диагноз? Назовите стадию заболевания? Какова тактика хирурга?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 168-209.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. – С. 431-425, 446-464, 510-546.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 603-615, 648-660, 669-683.

#### **Дополнительная:**

1. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. Федорова В.Л., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. – М.: ГНЦ проктологии, 1994. – 432 с.
2. Воробей А.В. Энтеро - и колостомия: учебное пособие. – Минск, БелМАПО, 2005. – 79 с.
3. Клиническая хирургия. Национальное руководство + CD: в 3-х томах./ Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. Т.1. - М., 2008. – 864 с.; Т.2 – М., 2009. – 832 с.; Т.3 – М., 2010. – 1008 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 12**

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

#### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

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 острый и хронический гнойный плеврит, острые и хронические абсцессы легкого, гангрена легкого, спонтанные пневмотораксы, осложнения свернувшегося гемоторакса.

В последние годы расширились возможности хирургического лечения пациентов с указанными заболеваниями. При диагностике и лечении указанных заболеваний наряду с традиционными методами в хирургических клиниках широко применяются видеоторакоскопические вмешательства. Знание этих вопросов необходимы каждому практическому врачу.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии и физиологии дыхательной системы, клинической картины заболевания, результатов лабораторных и специальных методов исследования научиться диагностировать и определять методы лечения больных острыми и хроническими абсцессами легких, острыми и хроническими эмпиемами плевры, бронхоэктатической болезнью.

### **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 указанных заболеваний с другими патологическими изменениями органов и систем грудной клетки.
5. Методы консервативного лечения нагноительных заболеваний легких и плевры.
6. Способы хирургического лечения больных с абсцессами легкого, эмпиемой плевры, бронхиальными свищами.
7. Малоинвазивные хирургические вмешательства при лечении эмпием плевры, абсцессов и кист легкого, бронхиальных свищей.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Провести клиническое обследование больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры.
2. Составить план лабораторного и инструментального обследования больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры.
3. Оценивать результаты специальных методов исследования (торакоскопии, бронхоскопии, УЗИ, КТ, ЯМРТ и др.).
4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз.
5. Провести дифференциальный диагноз заболеваний легких и плевры.
6. Обосновать лечебную тактику и варианты операций при заболеваниях легких и плевры.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Укажите этиопатогенез нагноительных заболеваний легких и плевры, гангрены легкого, бронхоэктатической болезни, кист легкого.
2. В чем заключается клиника и диагностика острого и хронического абсцессов легких, острой и хронической эмпиемы плевры?
3. Проведите дифференциальную диагностику указанных заболеваний с другой патологией легких и средостения.
4. Приведите алгоритм хирургического лечения при острых и хронических абсцессах легкого, острой и хронической эмпиемах плевры.
5. Укажите возможности современных малоинвазивных технологий в хирургии легких и плевры.
6. Укажите особенности ведения послеоперационного периода у больных, оперированных на грудной клетке.
7. Бронхоэктатическая болезнь: этиопатогенез, клинические стадии, диагностика, показания и методы оперативного лечения.
8. Кисты лёгких: классификация, клиника и диагностика, осложнения, методы оперативного лечения.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

### **Задача 1**

У больного, 48 лет, после переохлаждения была диагностирована нижнедолевая пневмония. К исходу 3-й недели консервативного лечения при рентгенологическом исследовании в нижней доли правого легкого стало определяться интенсивное затемнение с небольшими участками просветления и уровнем жидкости.

Какое осложнение наступило у больного? Какова дальнейшая тактика лечения больного?

### **Задача 2**

У больного, 49 лет, с хроническим абсцессом верхней доли левого легкого, на фоне очередного обострения внезапно наступило резкое ухудшение состояния: появились обильное кровохарканье и общая слабость. При осмотре больной бледный тахикардия до 100 уд. в мин. АД - 85/55 мм рт. ст.

Что нужно предпринять для диагностики и лечения этого осложнения?

### **Задача 3**

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 4**

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 5**

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 6**

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?

В хирургическое отделение госпитализирован 63-летний пациент с болями в эпигастрии и грудной клетке слева, возникшими внезапно 2 часа назад, в момент поднятия тяжести. Из анамнеза: 20 лет назад лечился консервативно по поводу химического ожога пищевода и постожоговой стриктуры. Консервативное лечение в течение 6 часов эффекта не дало. У больного появилась подкожная эмфизема шеи и надплечья. При рентгенографии грудной клетки: расширение тени средостения, признаки скопления воздуха и жидкости в левой плевральной полости.

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

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 252-274.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. – С. 13-55.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 76-95.

#### **Дополнительная:**

1. Клиническая хирургия. Национальное руководство + CD: в 3-х томах./ Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. Т.1. - М., 2008. – 864 с.; Т.2 – М., 2009. – 832 с.; Т.3 – М., 2010. – 1008 с.
2. Торакальная хирургия / Под ред. Бисенкова Л.Н. – С.-П., 2004. – 536 с.
3. Оперативная гнойная хирургия / Под ред. Гостищева В.К. – М., 1996 – 421 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 13** **«ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Большое число различных заболеваний пищевода и его повреждений, сопровождающихся тяжелыми, иногда смертельными осложнениями, трудности при диагностике и лечении обуславливают необходимость знания этиопатогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения заболеваний и травм пищевода. В последние годы расширились возможности хирургического лечения пациентов с указанными заболеваниями. При диагностике и лечении указанных заболеваний наряду с традиционными методами в хирургических клиниках широко применяются видеоторакоскопические вмешательства. Знание этих вопросов необходимы каждому практическому врачу.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии и физиологии пищевода, клинической картины заболевания, результатов лабораторных и специальных методов исследования научиться диагностировать и определять методы лечения пациентов с заболеваниями и травмами пищевода.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

2. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе.
3. Классификацию заболеваний и травм пищевода.
4. Патологическую анатомию, этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ожогов пищевода.
5. Лечение ожогов пищевода в остром периоде.
6. Осложнения ожогов пищевода (ранние и поздние), клинику, диагностику.
7. Лечение постожоговых стриктур пищевода.
8. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ахалазии кардии.
9. Консервативное и оперативное лечение ахалазии кардии.
10. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику дивертикулов пищевода.
11. Осложнения дивертикулов пищевода.
12. Консервативное и оперативное лечение дивертикулов пищевода.
13. Клинику, диагностику и лечение инородных тел пищевода.
14. Причины, клинику, диагностику и лечение травматических повреждений и спонтанного разрыва пищевода.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Провести клиническое обследование больных с заболеваниями и травмами пищевода.
2. Составить план лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями и травмами пищевода.

3. Оценивать результаты специальных методов исследования (РОГК, ФЭГС, торакоскопии, бронхоскопии, медиастиноскопии, УЗИ, КТ, ЯМРТ и др.).
4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз.
5. Провести дифференциальный диагноз заболеваний пищевода.
6. Обосновать лечебную тактику и варианты операций при заболеваниях и травмах пищевода.
7. Определить лечебную тактику при химических ожогах пищевода на догоспитальном этапе и в реанимационном отделении.
8. Определить показания к бужированию пищевода.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Укажите топографо-анатомические особенности пищевода.
2. Какие симптомы при заболеваниях пищевода Вы знаете?
3. Какие диагностические методы используют при заболеваниях пищевода?
4. Назовите консервативную терапию при нервно-мышечных заболеваниях пищевода.
5. Какие показания и объем оперативных вмешательств при нервно-мышечных заболеваниях пищевода?
6. Назовите особенности поражения пищевода при химическом ожоге в зависимости от реагента, глубины и стадии процесса.
7. Когда необходимо начинать бужирование при ожогах пищевода?
8. Какие виды бужирования пищевода Вы знаете?
9. Укажите показания к оперативному лечению стриктур пищевода и способы операций.
10. Назовите объем медицинской помощи при инородных телах и травматических повреждениях пищевода.
11. Какие показания к оперативному лечению доброкачественных опухолей пищевода и варианты этих операций?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

На прием к врачу обратился пациент, 55 лет, с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи в течение 2-х месяцев.

Перечислите заболевания о которых следует думать врачу? Составьте план обследования больного.

#### **Задача 2**

Вам пришлось оказывать помощь больной, по неосторожности выпившей 100 мл уксусной эссенции 30 минут назад.

Каков объем первой медицинской помощи? Составьте план обследования и лечения больной в первые сутки.

#### **Задача 3**

Больная, 38 лет, страдает стриктурой пищевода вследствие ожога соляной кислотой в течение 2-х лет. Многократно проводимое бужирование имело кратковременный эффект. Ввиду нарастания дисфагии больная значительно потеряла в весе, анемична. Рентгенологически определяется резкое сужение



пищевода от бифуркации трахеи до кардии.

Какие, на Ваш взгляд, варианты лечения больной могут быть применены?

#### **Задача 4**

У больной, 38 лет, среди полного здоровья на фоне сильного стресса внезапно появилась дисфагия, боли за грудиной после проглатывания пищи, периодически срыгивание непереваренных кусков пищи.

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

#### **Задача 5**

У больной, 48 лет, полгода назад появились жалобы на чувство жжения за грудиной во время приема пищи. Изредка наблюдались эпизоды дисфагии. После рентгенологического исследования было установлено наличие бифуркационного дивертикула передней стенки пищевода размерами 3\*4 см., располагавшегося ниже дуги аорты.

Назовите возможные причины и механизм развития дивертикулов данной локализации. Каковы возможные осложнения? Какое лечение показано пациентке?

#### **Задача 6**

В хирургическое отделение госпитализирован 63-летний пациент с болями в эпигастрии и грудной клетке слева, возникшими внезапно 2 часа назад, в момент поднятия тяжести. Из анамнеза: 20 лет назад лечился консервативно по поводу химического ожога пищевода и постожоговой стриктуры. Консервативное лечение в течение 6 часов эффекта не дало. У больного появилась подкожная эмфизема шеи и надплечья. При рентгенографии грудной клетки: расширение тени средостения, признаки скопления воздуха и жидкости в левой плевральной полости.

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

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 223-251.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. – С. 186-194.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 189 – 211.

#### **Дополнительная:**

1. Клиническая хирургия. Национальное руководство + CD: в 3-х томах./ Под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. Т.1. - М., 2008. – 864 с.; Т.2 – М., 2009. – 832 с.; Т.3 – М., 2010. – 1008 с.
2. Черноусов А.Ф., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 386 с.

## **ЗАНЯТИЕ №14**

### **«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, постоянно увеличивается. Поэтому знание вопросов этиопатогенеза, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы необходимы каждому врачу.

#### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии и физиологии щитовидной железы, основных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования научиться проводить диагностику, дифференциальную диагностику заболеваний щитовидной железы и знать методы их лечения.

#### **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 современные методы лечения гипотиреоза.
11. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение струмитов.
12. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение подострого тиреоидита Де Кервена.
13. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение хронического аутоиммунного тиреоидита (зоб Хашимото).
14. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение хронического фиброзного тиреоидита (тиреоидит Риделя).
16. Клинику, диагностику и современные способы лечения рака щитовидной железы.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с патологией щитовидной железы.
2. Производить осмотр, пальпацию щитовидной железы с целью выявления ее размеров, подвижности, консистенции и установления степени зоба.
3. Определять симптомы, характерные для тиреотоксического зоба.
4. Определять степень тяжести тиреотоксикоза.
5. Обосновать необходимость выполнения различных специальных методов исследования и правильно интерпретировать их.
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 операции для конкретного больного при патологии щитовидной железы.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите функции щитовидной железы.
2. Как влияют гормоны щитовидной железы на основной, белковый, углеводный и жировой обмена?
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 операции, производимые по поводу патологии щитовидной железы?
7. Какая распространенность эндемического зоба в мире и Беларуси?
8. Что Вам известно об экзогенной (первичной и вторичной) и эндогенной йодной недостаточности?
9. В чем заключается профилактика йодной недостаточности?
10. Назовите показания к хирургическому лечению у больных с эндемическим и спорадическим зобом.
11. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз аутоиммунного и фиброзного тиреоидитов?
12. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз струмитов и подострого тиреоидита?
13. Назовите показания к хирургическому лечению у больных с аутоиммунным и фиброзным тиреоидитами.
14. Как проводится реабилитация больных с заболеваниями щитовидной железы?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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 5х5 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 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  $-12 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш диагноз? Как лечить больную?

### **Задача 7**

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?

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 366-397.
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.

## **ЗАНЯТИЕ № 15** **«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 хронической ишемии головного мозга, а также показания к оперативному лечению и виды операций при этом заболевании.
3. Классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острых и хронических нарушений висцерального кровообращения, а также показания к оперативному лечению и виды операций при этих заболеваниях.
4. 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.
5. Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острых нарушений кровообращения в артериях нижних конечностей, а также лечение (показания к оперативному лечению, виды операций) при этих заболеваниях.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с облитерирующими поражениями артерий различной локализации.
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?
2. Какая симптоматика характерна для облитерирующих поражений артерий различной локализации?
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?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

Больной, 56 лет, предъявлял жалобы на боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе. Дистанция без болевой ходьбы у пациента составляет 100 м. При объективном осмотре выявлена бледность и прохладность кожных покровов нижних конечностей. Пульсация на общих бедренных артериях присутствует.

Ваш предварительный диагноз? Какими диагностическими методиками следует воспользоваться для установления точного топического поражения сосудистого русла? Какое лечение следует назначить?

#### **Задача 2**

У больного, 56 лет, стали появляться боли в икроножных мышцах при прохождении 50 м. Ноги стали мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительной ходьбы. Пациент отмечает снижение потенции. При

осмотре стопы бледные, холодные. Выраженная кожная капиллярная сеть. Пульс на общих бедренных артериях отсутствует.

Какой диагноз у больного? Какие исследования необходимо произвести для уточнения точного топического поражения сосудистого русла? Какое лечение следует назначить?

### **Задача 3**

Больная, 68 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии и в около пупочной области через 10-15 мин после приема пищи. Частый, в среднем до 5 раз в сутки, жидкий стул; прогрессирующее похудание на протяжении последнего года. Страдает ИБС, АГ.

О какой патологии следует думать в данном случае? С чем необходимо дифференцировать данное состояние? Составте план обследования больной.

### **Задача 4**

У больного, 49 лет, в течение 3 лет отмечается высокая перемежающая хромота, боли в мезогастррии, усиливающиеся после еды, высокие цифры АД. Гипотензивная терапия эффекта не дала. АД держалось на цифрах 260/160 мм. рт. ст. При объективном осмотре живот мягкий, болезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах нижних конечностей в полном объеме. Пульсация магистральных артерий на нижних конечностях не определяется.

Каков предварительный диагноз заболевания? Чем, вероятнее всего, обусловлены боли в животе и гипертензия? Необходимы ли какие-либо дополнительные исследования? Каков оптимальный метод лечения?

## **ЛИТЕРАТУРА:**

### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 275-310.
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.

## **ЗАНЯТИЕ № 16**

### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН»**

### **МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ**

Заболевания периферических вен повсеместно является распространенной патологией. Согласно эпидемиологическим данным,

различные формы этой патологии 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%. В связи с этим данная проблема приобретает большое социальное и экономическое значение.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

На основании знаний анатомии, физиологии венозной системы нижних конечностей, лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать заболевания периферических вен и определять методы лечения этих заболеваний.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о строении венозной системы нижних конечностей.
2. Этиопатогенез и современную классификацию варикозной болезни вен нижних конечностей.
3. Основные методы клинической и инструментальной диагностики варикозной болезни вен нижних конечностей.
4. Профилактику и консервативное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей.
5. Методы хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.
6. Современные миниинвазивные методы лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.
7. Осложнения варикозной болезни вен нижних конечностей их клинику и диагностику.
8. Лечение осложнений варикозной болезни вен нижних конечностей.
9. Этиологию, патогенез и классификацию посттромбофлебитического синдрома.
10. Основные клинические проявления и методы диагностики различных форм посттромбофлебитического синдрома.
11. Основные направления консервативной терапии и методы хирургического лечения посттромбофлебитического синдрома.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с заболеваниями периферических вен и выявить факторы развития этих заболеваний.
2. Провести клиническое обследование больного с патологией венозной системы нижних конечностей и выполнить функциональные пробы (Троянова-Тренделенбурга, Гаккенбруха, Шварца, Претта, Шейниса, Мейо-Претта, Дельбе-Пертеса).
3. Обосновать необходимость выполнения различных методов исследования при данной патологии и правильно их интерпретировать.
4. Сформулировать и обосновать диагноз при заболеваниях периферических



вен, а также провести дифференциальную диагностику.

5. Определить показания к хирургическому лечению варикозной болезни вен нижних конечностей и посттромбофлебитического синдрома, составить план оперативного вмешательства.

6. Назначить консервативное лечение при посттромбофлебитическом синдроме нижних конечностей.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:**

1. Назовите особенности флебогеодинамики нижних конечностей.
2. Какие факторы играют ведущую роль в возникновении варикозной болезни вен нижних конечностей?
3. Какая симптоматика характерна для варикозной болезни вен нижних конечностей?
4. Назовите методы инструментального исследования у больных варикозной болезнью вен нижних конечностей.
5. Какое лечение проводится больным с варикозной болезнью вен нижних конечностей в зависимости от стадии заболевания?
6. Укажите малоинвазивные методы лечения варикозной болезни.
7. В чем заключается этиология, патогенез посттромбофлебитического синдрома.
8. Приведите классификацию посттромбофлебитического синдрома.
9. Назовите основные клинические проявления и методы диагностики различных форм посттромбофлебитического синдрома.
10. Укажите основные направления консервативной терапии и методы хирургического лечения посттромбофлебитического синдрома.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **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 исследования выявлены несостоятельные коммуникантные вены на медиальной поверхности нижней трети голени.

Ваш диагноз? Какое лечение следует рекомендовать больной?

#### **Задача 4**

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 5**

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 6**

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 7**

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 47 лет, у которой в течение около месяца беспокоят умеренные боли и отечность левой голени. Два года назад у больной был перелом левого бедра. При осмотре отмечается умеренная отечность голени, кожа слегка цианотична, пигментирована. Пульсация на артериях стоп несколько снижена.

Каков предварительный диагноз? Какие методы диагностики применить? Какое лечение вы назначите?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 346-365.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. – С. 312-361.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 565 - 594.

#### **Дополнительная:**

1. Хирургические болезни: /Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: 2005 – Т.2. – С. 342 – 371.
2. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. - М: Медицина, 2001 – С. 438 – 489.
3. Кушнеров А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний молочных желез: учебно-методическое пособие /МЗ РБ, БелМАПО. – Минск, 2008. – 68 с.

## **ЗАНЯТИЕ № 17** **«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 тромбоэмболических осложнений в хирургической практике.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с тромбозом и эмболией артерий нижних

конечностей, острым тромбозом 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 тромбозах 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 тромбозах 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 тромбоза глубоких и поверхностных вен.

2. Каковы принципы консервативного лечения тромбозов?

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

5. Перечислите показания к хирургическому лечению тромбозов 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.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

Пациентка, 53 лет, поступила в стационар с жалобами сильные боли в правой голени распирающего характера; отек стопы, субфебрильное. повышение температуры тела. Больна в течение 3-х последних дней. При осмотре кожа правой стопы и голени несколько цианотична, напряжена,

лосниться. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движение в суставах нижней конечности возможны, несколько болезненны. Положительный симптом Хоманса.

Какой диагноз Вы поставите? Какова тактика лечения?

### **Задача 2**

У больного, 70 лет, на 7-ой день после резекции сигмовидной кишки по поводу опухоли во время подъема с постели внезапно появились боли за грудиной, отдышка, сердцебиение. Состояние больного тяжелое. Отмечается цианоз лица. Пульс 100 уд. в мин. АД 85/55 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. При осмотре признаков тромбоза вен нижних конечностей нет.

Что случилось с больным? Каковы причины данного осложнения? Ваши действия?

### **Задача 3**

Больной, 31 года, заболел остро. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в левой нижней конечности распирающего характера; резкое увеличение конечности в объеме. Имеются выраженные явления интоксикации. Левая нижняя конечность значительно увеличена в объеме. Разница диаметров в средней трети бедер достигает 10 см, на голени -7 см. На стопе и голени имеются пузыри (распространенные участки отслоившегося эпидермиса, заполненные геморрагической жидкостью). Движения в голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация артерий стопы сомнительная. Проводимое консервативное лечение оказалось не эффективным.

Какой диагноз у пациента? Какое лечение показано больному?

### **Задача 4**

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 5**

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 6**

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?

### **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?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 311-345.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии (болезни пищеварительного тракта брюшной стенки и брюшины) (под редакцией Гарелика П.В.) . – Минск, 2001.

#### **Дополнительная:**

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

## **ЗАНЯТИЕ № 18**

### **«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. Учитывая значительное количество пациенток с заболеваниями молочной железы, актуальность вопросов диагностики и лечения этой нозологии несомненна.

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:**

На основании знаний анатомии, физиологии молочной железы средостения, лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать заболевания молочной железы и средостения, а также определять методы лечения этих заболеваний.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

1. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе.

2. Аномалии развития молочной железы (дисплазия, амастия, микромастия, макромастия): клинику, диагностику и лечение.
3. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение воспалительных заболеваний молочной железы.
4. Клинику, диагностику и лечение повреждений молочной железы.
5. Этиопатогенез и современную классификацию дисгормональных заболеваний молочных желез.
6. Основные методы клинической и инструментальной диагностики дисгормональных заболеваний молочных желез.
7. Методы консервативного и хирургического лечения дисгормональных заболеваний молочных желез.
8. Особенности клинической анатомии средостения.
9. Современные методы обследования больных с заболеваниями средостения.
10. Классификацию заболеваний средостения.
11. Дифференциальную диагностику заболеваний средостения.
12. Этиологию, клинику, диагностику и лечение острого и хронического медиастинита.
13. Этиологию, классификацию, клинику, диагностику и лечение опухолей средостения.
14. Методы интервенционной радиологии и малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний средостения.

### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больного с заболеваниями молочной железы, средостения и выявить факторы развития этих заболеваний.
2. Провести объективное обследование больных с патологией молочных желез и средостения.
3. Обосновать необходимость выполнения различных методов исследования при данной патологии и правильно их интерпретировать.
4. Сформулировать и обосновать диагноз при заболеваниях молочной железы и средостения, а также провести дифференциальную диагностику.
5. Обосновать консервативное лечение при заболеваниях и травмах молочной железы.
6. Определить тактику и объем хирургического лечения при заболеваниях и травмах молочной железы.
7. Составить план лабораторного и инструментального обследования больных с заболеваниями средостения, и произвести интерпретацию полученных результатов.
8. 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. Какие заболевания относятся к аномалиям развития молочной железы?
4. Назовите показания к оперативному лечению маститов.
5. Укажите тактику врача при повреждениях молочной железы.
6. В чем заключается этиопатогенез дисгормональных заболеваний молочной железы?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику мастопатий?
8. Какие подходы (консервативные и оперативные) к лечению дисгормональных заболеваний молочной железы?
9. Назовите отделы и границы средостения.
10. Какие органы анатомические структуры находятся в различных отделах средостения?
11. Приведите алгоритм обследования больных с подозрением на заболевания средостения.
12. Назовите причины острого и хронического медиастинита, а также методы их диагностики и лечения.
13. Приведите классификацию опухолей средостения.
14. Укажите этиологию и морфологические особенности различных опухолей средостения.
15. Назовите особенности клинической картины различных опухолей средостения.
16. Какие методы лечения опухолей средостения Вы знаете? Укажите варианты малоинвазивных хирургических вмешательств.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

Женщина, 28 лет, жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится более плотным и слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение.

Какой может быть поставлен диагноз? Что следует предпринять?

#### **Задача 2**

У кормящей женщины через 4 недели после родов появились боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. Температура тела поднялась до 39°C. Появились головная боль, чувство разбитости. Исчез аппетит. Кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая молочная железа увеличена в объеме. Имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотной консистенции, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется.

Ваш диагноз и тактика лечения больной?

#### **Задача 3**

Больная, 35 лет, жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками. После их слущивания обнаруживается влажная, зернистая поверхность. При пальпации сосок утолщен и плотен.



Какое заболевание Вы заподозрили у больной? Как уточнить диагноз?

#### **Задача 4**

У женщины, 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Молочные железы имеют грубо дольчатое строение, а в их верхненаружных квадрантах обнаруживается мелкая зернистость. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшаются без какого-либо лечения, а затем появляются вновь.

Какой может быть поставлен диагноз? Как лечить больную?

#### **Задача 5**

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 5х5 см с четкими границами.

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

#### **Задача 6**

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 9х10 см, сливающееся с тенью диафрагмы.

В каком исследовании нуждается больная?

#### **Задача 7**

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 8**

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?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 398-417, 455-466.

2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - – С. 85-103.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 81 – 97, 457-472.

**Дополнительная:**

1. 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.

## **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 обуславливает 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. Анатомо-физиологические сведения о печени и селезенке.
2. Современные методы обследования больных с заболеваниями печени и селезенки.
3. Определение понятия синдрома портальной гипертензии.
4. Классификацию портальной гипертензии.

5. Этиопатогенез портальной гипертензии.
6. Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику портальной гипертензии.
7. Консервативное лечение портальной гипертензии.
8. Осложнения портальной гипертензии (клиника, диагностика, лечение, исходы).
9. Показания к оперативному лечению портальной гипертензии, виды операций.
10. Современные методы лечения портальной гипертензии.
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.

#### **СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез у больных с заболеваниями печени, селезенки и синдромом портальной гипертензии.
2. Осуществить клиническое обследование больных данной патологией.
3. Обосновать план обследования больных с заболеваниями печени, селезенки и портальной гипертензией.
4. Произвести интерпретацию результатов лабораторного и инструментального обследования больных.
5. Провести дифференциальную диагностику портальной гипертензии с другими заболеваниями.
6. Назначить консервативное лечение при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
7. Обосновать показания к эндоскопическому гемостазу при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
8. Обосновать показания к оперативному лечению при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.
9. 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.

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

У больного, 54 лет, в течение 5 лет страдающего циррозом печени при очередном осмотре выявлено расширение вен передней брюшной стенки.

Чем объяснить данный симптом? Какие еще клинические и инструментальные признаки портальной гипертензии могут быть выявлены?

#### **Задача 2**

Больной, 45 лет, поступил в хирургический стационар с клиническими признаками портальной гипертензии. При УЗИ выявлена киста ворот печени, вызывающая сдавление воротной вены.

Какие УЗ-признаки будут говорить о портальной гипертензии? Какое лечение в данном случае будет адекватным?

#### **Задача 3**

Пациент, 29 лет, поступил с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Установлено, что кровотечение возникло 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.

Наметьте план лечения больного.

#### **Задача 4**

В дежурную больницу доставлен пациент, 54 лет, длительное время страдает циррозом печени, осложнившимся синдромом портальной гипертензии. В настоящее время живот резко увеличен в объеме живота за счет асцита, на передней брюшной стенке имеются извитые расширенные вены в виде «головой медузы», имеются признаки дыхательной недостаточности.

Что произошло с больным. Что необходимо предпринять в данной ситуации?

#### **Задача 5**

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 6**

Больная, 46 лет, наблюдается у терапевта по поводу синдрома портальной гипертензии, возникшего на почве алкогольного цирроза печени. При обследовании выявлено увеличение размеров селезенки. В анализе крови содержание эритроцитов -  $2,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобина - 105 г/л, лейкоцитов -  $3,2 \times 10^9/л$ , тромбоцитов -  $105 \times 10^9/л$ .

Ваш диагноз и тактика лечения.

#### **Задача 7**

К Вам направлен больной 55 лет с диагнозом «абсцесс печени?». Пациента в течение недели беспокоят ноющие боли в правом подреберье, анорексия, гипертермия.

Назначьте план обследования больного. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?

#### **Задача 8**

У пациентки 36 лет, при профилактическом ультразвуковом исследовании в левой доле печени выявлено жидкостное образование округлой формы, диаметром 3 см.

Ваш предварительный диагноз? Определите необходимый объем дополнительного обследования и тактику лечения.

#### **Задача 9**

У пациента 38 лет, прибывшего из Средней Азии диагностирована эхинококковая киста печени больших размеров.

Какое лечение вы предложите больному? Какие виды оперативных вмешательств выполняются больным с данной патологией?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 210-222.
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 внутриспеченочной 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

## **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.

### **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:**

Изучить современные представления о трансплантации органов и тканей.

### **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).

### **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?

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ:**

#### **Задача 1**

В начале 20 ст. А. Carrel, занимаясь пересадкой органов у животных, отметил, 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**

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

Как называется подобная трансплантация?

#### **Задача 4**

Больному, 41 год, произведена аллогенная трансплантация почки. После операции назначена иммуносупрессивная терапия.

Что включает данная терапия и зачем она проводится?

#### **Задача 5**

Пациенту, 44 года, выполнена аллогенная трансплантация печени. Через 4 недели после операции наступила реакция отторжения пересаженного органа. Совместимость тканей по АВО-группам крови и РЛА- антигенам соблюдена.

В чем причина отторжения? Какой вид реакции отторжения наступил у пациента?

#### **Задача 6**

Мальчику, 12 лет, получившему глубокие ожоги ног, выполнена пересадка кожи, взятой с его туловища.

Как называется данный вид трансплантации?

### **ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная:**

1. Хирургические болезни: для студентов медико-психологического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2019. – С. 418-454.
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. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульникова О.М. Трансплантация печени. – М., 2008. – 248 с.
2. Кирпатовский И.Д. Основы оперативной техники пересадки органов. – М., 1972. – 260 с.

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