

**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 педиатрического факультета

Гродно 2019 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

• Введение.....	4
• Занятие №1. Острый и хронический аппендицит	5
• Занятие №2. Грыжи живота	8
• Занятие №3. Осложнения гастродуоденальных язв	12
• Занятие №4. Заболевания желчного пузыря и желчных протоков. Острый панкреатит	17
• Занятие №5. Острая кишечная непроходимость. Перитониты	22
• Занятие №6. Заболевания тонкой, ободочной и прямой кишок	27
• Занятие №7. Гнойные заболевания легких и плевры. Заболевания и травмы пищевода	31
• Занятие №8. Болезни вен нижних конечностей. Заболевания молочной железы	37
• Занятие №9. Закрытая травма груди и живота	43
• Приложения.....	47

ВВЕДЕНИЕ

Преподавание частной хирургии на 4 курсе педиатрического 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 хирургии для педиатрического 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. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 4-14.
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, невраправимость) и определять методы лечения для каждого больного.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:

1. Определение понятия «Наружные грыжи живота».
2. Этиологию наружных грыж живота (предрасполагающие и производящие факторы).

3. Анатомию передней брюшной стенки, пахового, бедренного канала и пупочного кольца.
4. Элементы наружной грыжи живота и их характеристику.
5. 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. Назовите абсолютные и относительные противопоказания к операции грыжесечение.
5. Какие операции применяются для лечения прямых паховых грыж?
6. Какие операции применяются для лечения бедренных грыж?
7. Какие операции применяются для лечения пупочных грыж?
8. Какие симптомы характерны для ущемленной грыжи?
9. Чем обусловлена невправимость грыжи?
10. Какие причины воспаления грыжи Вы знаете?
11. Какой должна быть тактика хирурга при самопроизвольно вправившейся грыже?
12. Какие основные причины возникновения послеоперационных грыж?
13. Назовите основные методы хирургического лечения послеоперационных грыж.
14. Что такое ретроградное ущемление?
15. 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 Щеткина-Блюмберга.

Какова тактика хирурга?

Задача 6

Больная, 46 лет, с ожирением в течение 5 лет страдает неврправимой 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. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 15-30.
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. -640 с.

ЗАНЯТИЕ № 3

«ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ»

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. Наряду с этим встречаются пациенты с резистентными к консервативному лечению язвами. В этих случаях важно своевременно определить сроки операции, которая должна предшествовать возникновению осложнений. Язва желудка часто перерождается в злокачественную опухоль, поэтому важно знать показания к хирургическому вмешательству при хронических не осложненных язвах. В настоящее время расширились возможности хирургического 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 и хронические осложнения гастродуоденальных язв.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:

1. Этиологию и патогенез острых и 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 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.
10. Клиническую картину пилородуоденального стеноза в зависимости от стадии заболевания.
11. Клинические проявления пенетрирующей язвы.
12. Дифференциальную диагностику пилородуоденального стеноза и пенетрирующей язвы.
13. Показания к операции и принципы хирургического лечения пилородуоденального стеноза и пенетрирующей язвы.

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.
6. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства при пенетрирующей язве и пилородуоденальном стенозе.

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.
11. В чем заключается этиология и патогенез пилородуоденального стеноза?
12. Опишите клиническую картину заболевания в зависимости от стадии стеноза и методы диагностики пилородуоденального стеноза.
13. Назовите основные принципы предоперационной подготовки больных с пилородуоденальным стенозом.
14. Укажите показания и методы операций при пилородуоденальном стенозе.
15. Этиопатогенез, особенности клинической картины и лечения пенетрирующих язв желудка и 12-ти перстной кишки.
16. Определение понятия «каллезная язва», показания к операции и выбор ее способа при неосложненных желудочных и дуоденальных язвах.

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. Наблюдались тошнота и однократная рвота. Больной бледен, покрыт холодным, липким потом и занимает вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу бедрами. Изменение положения тела пациента приводит к усилению болей. Температура тела

37,2°C. Пульс замедлен до 50-60 уд. в мин. Пальпация живота болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Каковы Ваш диагноз и действия?

Задача 2

У больного, 36 лет, страдавшего в течение последних 5 лет язвенной болезнью 12-перстной кишки внезапно появилась резкая боль в правом подреберье. В момент ее возникновения пациент покрылся холодным, липким потом. Однако через 30-40 мин после начала болевого приступа интенсивность боли уменьшилась. Больной смог самостоятельно передвигаться. При пальпации живота умеренная болезненность в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости положительный симптом «серпа».

Каковы Ваш диагноз и действия?

Задача 3

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

У больного, 54 лет, после многократной, не приносящей облегчения рвоты, обусловленной приемом алкоголя, возникло желудочное кровотечение. В рвотных массах отмечалась жидкость цвета кофейной гущи с примесью алой крови. При фиброгастроскопии в пищеводно-кардиальной зоне найден линейный разрыв слизистой длиной 1,5 см и глубиной 0,3 см с незначительным подтеканием из него крови.

Что произошло с больным? Как следует поступить с пациентом?

Задача 5

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 6

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

Ваш диагноз и тактика?

ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 79-105.
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

«ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ»

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.

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 желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать желчнокаменную болезнь, острый холецистит, водянку желчного пузыря, эмпиему желчного пузыря, холедохолитиаз, острый холангит, острый панкреатит и его осложнения, а также определять методы лечения этих заболеваний.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Основные анатомо-физиологические сведения о печени, желчном пузыре, желчных протоках и поджелудочной железе.
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.
7. Этиологию и патогенез острого панкреатита.

8. Клинико-анатомическую классификацию острого панкреатита.
9. Клиническую симптоматику острого панкреатита (симптомы Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона, Щеткина -Блюмберга).
10. Лабораторную и инструментальную диагностику острого панкреатита;
11. Консервативное лечение острого панкреатита.
12. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств при остром панкреатите.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Собрать анамнез у больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков, острым панкреатитом.
2. Обследовать больного с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков и правильно оценить результаты физикального обследования. Выявить симптомы острого холецистита Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.
3. Провести клиническое обследование больного острым панкреатитом и определить наличие симптомов Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте и др.
4. Составить план обследования больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков, острым панкреатитом.
5. Дать правильную оценку результатов лабораторного и инструментальных методов обследования больных с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков, острым панкреатитом.
6. Назначить консервативное лечение больному острым холециститом и острым панкреатитом.
7. Определить показания к операции и способ оперативного вмешательства с заболеваниями желчного пузыря, желчных протоков, острым панкреатитом.

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.
8. Назовите основные функции поджелудочной железы?
9. Какие причины могут вызвать нарушение пассажа панкреатического секрета по протоку?
10. Назовите основные периоды течения панкреонекроза.
11. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики острого панкреатита.
12. Какое лечение является эффективным при отечных формах острого панкреатита?
13. Назовите показания к раннему проведению операции при остром панкреатите.
14. Назовите методы хирургического лечения острого панкреатита.
15. Назовите осложнения острого панкреатита.

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°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 холецистэктомию по поводу желчекаменной болезни возник приступ болей в эпигастрии. Спустя сутки больная пожелтела. При обследовании в терминальном отделе холедоха выявлен камень, диаметром 6 мм.

Ваш диагноз и возможные варианты лечения больной?

Задача 6

У больного, 51 года, после употребления алкоголя, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчение. При осмотре живот мягкий болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диастаза 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 7

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 8

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 9

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 10

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 38,0-39,0⁰С с ознобами. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию, инфильтрат не уменьшился в размерах. Температура приняла гектический характер. Содержание лейкоцитов в крови увеличилось до 20x10⁹/л.

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

ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 31-58.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 228-299, 352-379.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 376-419.

Дополнительная:

1. Хирургия печени и желчевыводящих путей. А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло. 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 № 5

«ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПЕРИТОНИТ»

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.

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 данных патологических состояний 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.

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

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:

1. Этиологию и патогенез.
2. Классификацию ОКН и перитонита.
3. Клиническую и инструментальную симптоматику ОКН, распространенных и отграниченных перитонитов.
4. Инструментальное обследование больных с непроходимостью кишечника и перитонитом.
5. Тактику лечения механической и динамической кишечной непроходимости.
6. Предоперационную подготовку больных с перитонитами.
7. Основные принципы консервативного и хирургического лечения ОКН.
8. Задачи (этапы) хирургического лечения при перитонитах.
9. Принципы послеоперационного ведения больных с ОКН и перитонитом.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на ОКН и перитонит.
2. Провести клиническое обследование больного с подозрением на ОКН и перитонит.
3. Определить необходимый объем инструментального обследования при подозрении на ОКН и перитонит.
4. Провести дифференциальный диагноз кишечной непроходимости и перитонита с другими заболеваниями.
5. Определить лечебную тактику при непроходимости кишечника.

6. Назначить консервативное лечение и определить критерии перехода к оперативному лечению.
7. Наметить план предоперационной подготовки у больных с перитонитом.
8. Определить объем оперативного вмешательства при различных причинах ОКН и перитонита.
9. 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.
15. Каковы причины первичного и вторичного перитонита?
16. Какие фазы (стадии) течения острого перитонита Вы знаете?
17. Какие симптомы характерны для поддиафрагмального абсцесса?
18. Какие симптомы характерны для тазового абсцесса?
19. Какие симптомы характерны для межкишечного абсцесса?
20. Основные методы диагностики абсцессов брюшной полости?
21. Назовите методы лечения поддиафрагмальных и тазовых абсцессов.
22. Какие основные этапы хирургического вмешательства при распространенных перитонитах Вы знаете?

23. Назовите методы детоксикации при лечении перитонитов.

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?

Задача 7

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

Задача 8

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 9

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

Задача 10

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. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 59-78, 106-116.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии, Минск, 2001. - С. 550-591, 647-669.
3. Хирургические болезни /под ред. М.И. Кузина.- М. Медицина, 2005.- С. 473-491, 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 № 6

«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 к наружи 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. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 127-174.
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 № 7

«ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА»

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

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

Большое число различных заболеваний пищевода и его повреждений, сопровождающихся тяжелыми, иногда смертельными осложнениями, 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 необходимо 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. Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение заболеваний и травм пищевода.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:

1. Этиологию и патогенез нагноительных заболеваний легких и плевры.
2. Клиническую картину острого и хронического абсцессов легкого, острой и хронической эмпиемы плевры, гангрены легкого, бронхоэктатической болезни, кист легкого, бронхиальных свищей.
3. Современные лабораторные и инструментальные методы исследования больных (бронхоскопия, торакоскопия, УЗИ, компьютерная томография, ЯМРТ и другие).
4. Дифференциальную диагностику 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.
8. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе;
9. Классификацию заболеваний и травм пищевода;
10. Патологическую анатомию, этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ожогов пищевода.
11. Лечение ожогов пищевода в остром периоде.
12. Осложнения ожогов пищевода (ранние и поздние), клинику, диагностику.
13. Лечение постожоговых стриктур пищевода.
14. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику ахалазии кардии.
15. Консервативное и оперативное лечение ахалазии кардии.
16. Этиопатогенез, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику дивертикулов пищевода.
17. Осложнения дивертикулов пищевода.
18. Консервативное и оперативное лечение дивертикулов пищевода.
19. Клинику, диагностику и лечение инородных тел пищевода.
20. Причины, клинику, диагностику и лечение травматических повреждений и спонтанного разрыва пищевода.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:

1. Провести клиническое обследование больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры, заболеваниями и травмами пищевода.
2. Составить план лабораторного и инструментального обследования больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры, заболеваниями и травмами пищевода.
3. Оценивать результаты специальных методов исследования (торакоскопии, бронхоскопии, УЗИ, КТ, ЯМРТ и др.).
4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз.
5. Провести дифференциальный диагноз заболеваний пищевода, легких и плевры.
6. Обосновать лечебную тактику и варианты операций при заболеваниях легких, плевры, 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 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 дифференциальная диагностика 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.
9. Укажите топографо-анатомические особенности пищевода.
10. Какие симптомы при заболеваниях пищевода Вы знаете?

11. Какие диагностические методы используют при заболеваниях пищевода?
12. Назовите консервативную терапию при нервно-мышечных заболеваниях пищевода.
13. Какие показания и объем оперативных вмешательств при нервно-мышечных заболеваниях пищевода?
14. Назовите особенности поражения пищевода при химическом ожоге в зависимости от реагента, глубины и стадии процесса.
15. Когда необходимо начинать бужирование при ожогах пищевода?
16. Какие виды бужирования пищевода Вы знаете?
17. Укажите показания к оперативному лечению стриктур пищевода и способы операций.
18. Назовите объем медицинской помощи при инородных телах и травматических повреждениях пищевода.
19. Какие показания к оперативному лечению доброкачественных опухолей пищевода и варианты этих операций?

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?

Задача 7

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 8

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 9

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 10

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 11

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 12

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. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 239-294.
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, 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.
3. Торакальная хирургия / Под ред. Бисенкова Л.Н. – С.-П., 2004. – 536 с.
4. Оперативная гнойная хирургия / Под ред. Гостищева В.К. – М., 1996 – 421 с.

Занятие № 8

«БОЛЕЗНИ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

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.

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.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

На основании знаний анатомии, физиологии венозной системы нижних конечностей и молочной железы, лабораторных и инструментальных методов исследования научиться диагностировать заболевания периферических вен и молочной железы, а также 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. Этиопатогенез, клинику, диагностику и методы лечения острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей.
10. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе.
11. Аномалии развития молочной железы (дисплазия, амастия, микромастия, макромастия): клинику, диагностику и лечение.
12. Этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение воспалительных заболеваний молочной железы.
13. Клинику, диагностику и лечение повреждений молочной железы.
14. Этиопатогенез и современную классификацию дисгормональных заболеваний молочных желез.
15. Основные методы клинической и инструментальной диагностики дисгормональных заболеваний молочных желез.

16. Методы консервативного и хирургического лечения дисгормональных заболеваний молочных желез.

СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:

1. Собрать анамнез у больного с заболеваниями периферических вен и молочной железы 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. Провести объективное обследование больных с патологией молочных желез.
4. Обосновать необходимость выполнения различных методов исследования при данной патологии и правильно их интерпретировать.
5. Сформулировать и обосновать диагноз при заболеваниях периферических вен и молочной железы, а также провести дифференциальную диагностику.
6. Определить показания к хирургическому лечению варикозной болезни вен нижних конечностей и составить план оперативного вмешательства.
7. Назначить консервативное лечение при тромбофлебите поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.
8. Определить показания к хирургическому лечению тромбофлебитов.
9. Знать методы профилактики тромбофлебитов и тромбоэмболических осложнений, а также принципы реабилитации и диспансеризации больных, перенесших тромбофлебиты.
10. Обосновать консервативное лечение при заболеваниях и травмах молочной железы.
11. Определить тактику и объем хирургического лечения при заболеваниях и травмах молочной железы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

1. Назовите особенности флебогемодинамики 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

болезни вен нижних конечностей.

5. Какое лечение проводится больным с варикозной болезни вен нижних конечностей в зависимости от стадии заболевания?
6. Укажите малоинвазивные методы лечения варикозной болезни.
7. Как связана функция молочной железы с системой желез внутренней секреции?
8. Какие Вы знаете методы диагностики заболеваний молочной железы?
9. Какие заболевания относятся к аномалиям развития молочной железы?
10. Каково лечение аномалий молочной железы?
11. Назовите показания к оперативному лечению маститов.
12. Укажите тактику врача при повреждениях молочной железы.
13. В чем заключается этиопатогенез дисгормональных заболеваний молочной железы?
14. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику мастопатий?
15. Какие подходы (консервативные и оперативные) к лечению дисгормональных заболеваний молочной железы?

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

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 8

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 9

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 10

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 11

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 12

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?

ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 219-238, 327-338.
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. 81 - 97, 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 № 9

«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 необходимо 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:

1. Основы частной хирургии для студентов педиатрического факультета / под ред. С.М.Смотрина. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – С. 117-126, 295-299.

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.

П Е Р Е Ч Е Н Ъ
ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ
для студентов педиатрического 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.

ВОПРОСУ К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ЗАЧЕТУ

1. Острый аппендицит: этиология, патогенез, классификация, патанатомия.
2. Клиника, диагностика и лечение острого аппендицита.
3. Острый аппендицит у беременных: особенности клинического течения и лечения.
4. Аппендикулярный инфильтрат: клиника, диагностика, лечение.
5. Аппендикулярный абсцесс: клиника, диагностика, лечение.
6. Хронический аппендицит: классификация, клиника, диагностика, лечение.
7. Наружные грыжи живота: определение понятия, элементы грыжи, классификация грыж.
8. Этиология и патогенез грыж живота (предрасполагающие и производящие факторы).
9. Клиника и диагностика наружных грыж живота. Современные подходы в оперативном лечении грыж живота.
10. Паховые грыжи: классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Бедренные грыжи: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Пупочные грыжи: клиника, диагностика, лечение.
13. Послеоперационные грыжи: этиология, клиника, диагностика и лечение.
14. Ущемление грыжи: виды ущемлений; клиника и диагностика.
15. Тактика при ущемленной грыже живота и ее лечение.
16. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: клиника и диагностика.
17. Современные методы эндоскопического гемостаза и консервативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.
18. Показания к оперативному лечению и методы операций при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.
19. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика, лечение.
20. Пилородуоденальный стеноз язвенной этиологии: патогенез, клиника, диагностика и лечение.
21. Пенетрация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: этиология,

- патогенез, клиника, диагностика и лечение.
22. Желчнокаменная болезнь: этиология, патогенез, классификация, диагностика и лечение.
 23. Острый холецистит: этиология, патогенез, клинические формы течения, диагностика и лечение.
 24. Осложнения желчнокаменной болезни (механическая желтуха, холангит): клиника, диагностика, лечение.
 25. Острый панкреатит: этиология, патогенез, классификация.
 26. Острый панкреатит: клиника и диагностика.
 27. Клинико-лабораторные критерии тяжелого панкреатита.
 28. Консервативное лечение острого панкреатита.
 29. Осложнения острого панкреатита: показания и современные методы оперативного лечения.
 30. Острая кишечная непроходимость: определение понятия, этиология, патогенез, классификация.
 31. Острая кишечная непроходимость: клиника и диагностика.
 32. Общие принципы лечения острой кишечной непроходимости. Лечебно-диагностический комплекс: понятие, содержание, оценка результатов.
 33. Острая кишечная непроходимость: показания к оперативному лечению, виды и задачи оперативного пособия.
 34. Острый перитонит: этиология, патогенез, классификация.
 35. Клиника и диагностика острого перитонита.
 36. Современные методы лечения острого перитонита.
 37. Основные задачи и этапы оперативного вмешательства при остром перитоните.
 38. Поддиафрагмальный абсцесс: этиология, клиника, диагностика, лечение.
 39. Тазовый абсцесс: этиология, клиника, диагностика, лечение.
 40. Дивертикулы тонкой и толстой кишки: этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
 41. Неспецифический язвенный колит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
 42. Болезнь Крона: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 43. Кишечные свищи: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
 44. Геморрой: клиника, современные методы диагностики и лечения.
 45. Трещина анального канала: этиология, клиника, современные методы

- диагностики и лечения.
46. Острый парапроктит: классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 47. Хронический парапроктит: классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 48. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, клиника современные методы диагностики и лечения.
 49. Выпадение прямой кишки: этиология, клиника, диагностика, лечение.
 50. Острый абсцесс легкого: этиология, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 51. Хронический абсцесс легкого: этиология, патогенез, патанатомия, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 52. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 53. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника и лечение гангрены легкого.
 54. Острый гнойный плеврит: этиология, классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 55. Хроническая эмпиема плевры: этиология, классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 56. Бронхиальные свищи: этиология, патанатомия, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 57. Кисты легкого: этиология, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 58. Химические ожоги пищевода: этиология, патогенез, классификация, стадии патологоанатомического процесса.
 59. Клиника и лечение химических ожогов пищевода.
 60. Ранние и поздние осложнения ожогов пищевода: клиника, диагностика, лечение.
 61. Ахалазия кардии: этиология, патогенез, классификация, клиника, современные методы диагностики и лечения.
 62. Дивертикулы пищевода: классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операций.
 63. Инородные тела пищевода: клиника, диагностика, лечение.
 64. Травматические повреждения пищевода: этиология, клиника, диагностика, лечение.

65. Варикозная болезнь нижних конечностей: этиология, патогенез, клиника, современные методы диагностики и лечения.
66. Острый тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей: этиология, клиника, современные методы диагностики и лечения.
67. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей: этиология, клиника, современные методы диагностики и лечения.
68. Дисгормональные заболевания молочной железы: клиника, диагностика, лечение.
69. Воспалительные заболевания молочной железы: клиника, диагностика, лечение.
70. Закрытая травма груди: классификация, клиника и диагностика.
71. Закрытая травма груди: показания к хирургическому лечению, виды операций.
72. Закрытая травма живота: классификация, клиника и современные методы диагностики.
73. Закрытые повреждения полых органов живота: современные методы диагностики и хирургического лечения.
74. Закрытые повреждения паренхиматозных органов живота: современные методы диагностики и хирургического лечения.
75. Врожденные пороки сердца: классификация, современные методы диагностики и хирургического лечения.