

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА
УСВОЕНИЯ СТУДЕНТАМИ
ТЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2017

УДК 617-089(075.8)(072)
ББК 54.5я73
И73

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве методических рекомендаций 19.04.2017 г., протокол № 8

А в т о р ы: канд. мед. наук, ассист. О. А. Куделич; канд. мед. наук, доц. А. В. План-
довский; ассист. А. А. Троянов; канд. мед. наук, доц. С. В. Якубовский

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. 2-й каф. хирургических болезней Белорус-
ского государственного медицинского университета А. В. Большов; канд. мед. наук,
доц. каф. неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломно-
го образования С. Г. Шорох

Интегральная оценка усвоения студентами тем хирургических болезней :
И73 методические рекомендации / О. А. Куделич [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 80 с.

ISBN 978-985-567-786-5.

Представлены контрольные вопросы и ситуационные задачи по основным темам хирургиче-
ских болезней, изучаемым студентами лечебного факультета на 4–5-м курсах. В контрольные во-
просы включены как классические, так и новые, прогрессивные методики обследования и лечения
пациентов с различными острыми заболеваниями органов брюшной полости, травмами живота и
груди, заболеваниями сосудов, сердца, легких, щитовидной железы, сахарным диабетом.

Предназначены для преподавателей хирургических болезней.

УДК 617-089(075.8)(072)
ББК 54.5я73

ISBN 978-985-567-786-5

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящие методические рекомендации составлены с учетом программ преподавания хирургических болезней на 4–5-м курсах.

Цель данных разработок — интегрально оценить уровень теоретических знаний студентов по изучаемой теме.

Изучение каждой темы желательно начинать с ее теоретического разбора, обязательного осмотра пациентов с одинаковыми заболеваниями, но с разным течением болезни и обсуждения результатов. Основное внимание уделяется клинической картине, диагностике и хирургической тактике. Формирование грамотного клинического мышления возможно только при непосредственной работе студентов с пациентами, приобретении личного опыта в анализе лабораторных и специальных методов исследований.

Контроль уровня усвоения темы осуществляется по активному участию студента в ходе работы с пациентами, а также на основании ответов на контрольное задание. Для субординаторов-хирургов следует предусмотреть более развернутые и углубленные ответы и обоснованное, последовательное решение ситуационных задач. В качестве задач обязательно использовать рентгенограммы, сцинтиграммы, результаты КТ, МРТ и других специальных методов исследований.

Ответы могут быть даны устно или письменно.

Время на решение задания преподаватель определяет в зависимости от уровня сложности темы, общего уровня подготовки группы. Рекомендуемое время — 40–50 минут.

ТЕМА: «АППЕНДИЦИТ»

Задание № 1

1. Анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка.
2. Синдромная диагностика острого аппендицита. Характеристика перечисленных синдромов.
3. Особенности клинической картины при расположении червеобразного отростка в малом тазу.
4. Дооперационные осложнения острого аппендицита.
5. Интраоперационные признаки болезни Крона, дивертикулита и мезаденита.

Задание № 2

1. Морфология червеобразного отростка и ее значение в патогенезе и клинике острого аппендицита.
2. Симптомы, которые необходимо искать для постановки диагноза острого аппендицита.

3. Варианты атипичной локализации червеобразного отростка и методы его выявления.

4. Аппендикулярный инфильтрат: составные элементы, сроки развития, клинические проявления и методы диагностики.

5. Оперативные доступы к червеобразному отростку. Какие слои передней брюшной стенки придется вскрывать?

Задание № 3

1. Кровоснабжение, лимфоотток и иннервация червеобразного отростка и их значение в клинике острого аппендицита.

2. Дополнительные исследования для уточнения диагноза острого аппендицита.

3. Особенности клинической картины при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

4. Классификация хронического аппендицита, морфологические изменения в отростке.

5. Методы аппендэктомии и их характеристика.

Задание № 4

1. Наиболее частые ошибочные диагнозы на догоспитальном этапе и их причины.

2. Классификация острого аппендицита, макро- и микроизменения.

3. Причины левостороннего острого аппендицита и методы диагностики.

4. Лечебная тактика при аппендикулярном инфильтрате.

5. При лапароскопии, выполненной у женщины по поводу болей в правой подвздошной области, в брюшной полости выявлена темная кровь. Каковы действия хирурга?

Задание № 5

1. Клиника и диагностика хронического аппендицита.

2. Особенности клинической картины при подпеченочном расположении червеобразного отростка.

3. Осложнения во время аппендэктомии.

4. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний почек.

5. Способ дренирования аппендикулярного абсцесса.

Задание № 6

1. Особенности клинической картины острого аппендицита в поздние сроки беременности.

2. Варианты расположения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке и их значение в клинике острого аппендицита.

3. Рентгенологические признаки хронического аппендицита.
4. Механизм двухфазности боли при остром аппендиците.
5. При вскрытии брюшной полости обнаружен неизменный отросток при клинике острого аппендицита. Каковы действия хирурга?

Задание № 7

1. Особенности клинической картины острого аппендицита у детей. Аппендикулярные симптомы.
2. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и нарушенной внематочной беременности.
3. Тактика врача (терапевта, хирурга) при сомнительной картине острого аппендицита.
4. Предоперационные осложнения острого аппендицита.
5. Купол слепой кишки с отростком в рану не выводится. Каковы действия хирурга?

Задание № 8

1. Особенности клинической картины острого аппендицита в старческом возрасте.
2. Пути распространения инфекции при остром аппендиците.
3. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний желудка и 12-перстной кишки.
4. Клиническая картина пилефлебита.
5. Хирург и гинеколог при совместном осмотре пациентки не могут решить, имеется у нее аппендицит или аднексит. Что нужно делать?

Задание № 9

1. Патогенез боли при остром аппендиците.
2. Осложнения после аппендэктомии.
3. Дифференциальная диагностика заболеваний желчевыводящих путей и острого аппендицита.
4. Послеоперационный режим пациента после аппендэктомии.
5. Пациент с клинической картиной острого аппендицита, перитонита отказывается от операции. Каковы действия врача?

Задание № 10

1. Дополнительные исследования для уточнения диагноза острого аппендицита.
2. Дифференциальная диагностика острого панкреатита и острого аппендицита.
3. Заболевания, при которых отмечается болезненность в правой подвздошной области.

4. Показания к дренированию брюшной полости при аппендэктомии.
5. У тяжелого пациента с сахарным диабетом неясная клиника острого аппендицита. Какова тактика хирурга?

ТЕМА: «ГРЫЖИ»

Задание № 1

1. Анатомия пахового канала.
2. Главные признаки неосложненной грыжи.
3. Осложнения грыжи.
4. Виды операций при паховой грыже.
5. Во время грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка обнаружен выпот светло-желтого цвета в большом количестве. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 2

1. Анатомия бедренного канала.
2. Классификация брюшных грыж по локализации и степени развития.
3. Основные признаки ущемления грыжевого содержимого.
4. Грыжи белой линии живота: клинические формы, диагностика, методы хирургического лечения.
5. Пациент с ущемленной грыжей поступил на 4-е сутки после начала заболевания. Имеется отек и гиперемия в месте выпячивания. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 3

1. Анатомия пупочной области.
2. Классификация брюшных грыж по этиологии, направлению.
3. Патогенез грыж.
4. Виды пупочных грыж.
5. У пациента, 85 лет, в паховой области определяется плотное болезненное образование, которое в брюшную полость не вправляется. Длительность заболевания 2 суток. Признаков непроходимости кишечника нет, имеется ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия. Каков диагноз и тактика врача?

Задание № 4

1. Составные элементы грыж и их характеристика.
2. Механизмы ущемления грыжи.
3. Дифференциальная диагностика паховой грыжи.
4. Способы операций бедренной грыжи.

5. При вскрытии грыжевого мешка у пациента, 75 лет, выявлено ущемление сигмовидной кишки, последняя черного цвета. У пациента сердечно-сосудистая недостаточность. Какова тактика хирурга?

Задание № 5

1. Разновидности ущемленной грыжи, механизм развития, клиника.
2. Особенности лечения пупочной грыжи, способы хирургического лечения.
3. Внутренние грыжи брюшной полости.
4. Дифференциальная диагностика бедренной грыжи.
5. При вскрытии грыжевого мешка в нем не обнаружено ущемленного органа, из брюшной полости поступает геморрагическая жидкость. От начала появления признаков ущемления прошло 3 суток. Каковы действия хирурга?

Задание № 6

1. Редкие виды брюшных грыж.
2. Причины невраваемости грыжевого содержимого в брюшную полость.
3. Особенности операции при врожденной грыже.
4. Дифференциальная диагностика пупочной грыжи.
5. В течение 5 дней пациента беспокоят боли в правой паховой области. Здесь же имеется припухлость, гиперемия, отмечается болезненность. Каков диагноз и тактика?

Задание № 7

1. Клиника, диагностика и этиология диафрагмальных грыж.
2. Способы пластики пахового канала.
3. Причины рецидива грыж.
4. Механизм и клиника пристеночного (рихтеровского) ущемления.
5. При вскрытии грыжевого мешка его содержимым оказалась тонкая кишка с дивертикулом, последний воспален, кишка жизнеспособна. Какова тактика хирурга?

Задание № 8

1. Скользящая грыжа: патогенез, клиника и особенности операции.
2. Способы хирургического лечения грыж белой линии живота.
3. Почему нельзя вправлять ущемленную грыжу?
4. Грыжи запирающего отверстия: локализация, клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.

5. При вскрытии грыжевого мешка выделился прозрачный выпот. В грыжевом мешке имеются две кишечные петли нормальной окраски. После рассечения ущемляющего кольца появился мутный выпот. Каков диагноз и тактика?

Задание № 9

1. Классификация пупочных грыж и их анатомические и клинические особенности.
2. Механизм возникновения боли при неосложненной грыже.
3. Признаки жизнеспособности ущемленной петли кишки.
4. Истинные и ложные грыжи, места локализации ложных грыж.
5. Признаки воспаленной и флегмонозной грыж.

Задание № 10

1. Травматические и послеоперационные грыжи, особенности хирургического лечения.
2. Осложнения ущемленной грыжи.
3. Особенности оперативного лечения ущемленной грыжи, осложненной флегмоной.
4. Анатомо-клиническое различие косых и прямых паховых грыж.
5. Пациента беспокоит затрудненное мочеиспускание, частые позывы, моча выделяется малыми порциями. Акт мочеиспускания может быть совершен только при надавливании на грыжевое образование. Каков диагноз и тактика хирурга?

ТЕМА: «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ»

Задание № 1

1. Анатомо-физиологические данные о поджелудочной железе.
2. Экспресс-диагностика острого панкреатита.
3. Клиническая симптоматика острого панкреатита.
4. Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при инфицированном панкреонекрозе.
5. У пациентки, 42 года, в анамнезе желчнокаменная болезнь с клиникой острого панкреатита, по данным ЭГДС имеется «вколоченный» камень большого дуоденального сосочка. Каков предположительный диагноз и тактика ведения пациентки?

Задание № 2

1. Международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992, и ее модификации).

2. Местные осложнения острого панкреатита в доинфекционную фазу заболевания.

3. Малоинвазивные методы в лечении осложнений острого панкреатита.

4. Особенности диспептического синдрома при остром панкреатите.

5. У пациента сильные боли в эпигастрии, многократная рвота желчью, мягкий живот. Пациент беспокоен. Каков предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задание № 3

1. Этиология острого панкреатита.

2. Интегральные системы-шкалы для оценки степени тяжести пациентов с острым панкреатитом.

3. Особенности перитонеального синдрома при остром панкреатите.

4. Принципы лечения гнойных осложнений острого панкреатита.

5. На 3-й день после холецистэктомии с ревизией желчевыводящих путей ухудшилось состояние пациента, усилилась боль, появился парез кишечника, повысился уровень диастазы в моче, пульс 100 уд./мин. Каков диагноз и лечебная тактика?

Задание № 4

1. Патогенез острого панкреатита (ферментативная теория).

2. Особенности воспалительного синдрома при остром панкреатите.

3. Местные осложнения острого панкреатита в фазу инфицирования.

4. Дифференциальная диагностика острого панкреатита.

5. У пациента с панкреонекрозом интраоперационная картина выглядит следующим образом: поджелудочная железа увеличена в размерах, бугристая, неоднородная, с участками некроза черного цвета по всей поверхности с гнойным отделяемым, также имеется некротическая флегмона забрюшинной клетчатки селезеночного угла. Каков предположительный диагноз и тактика хирурга?

Задание № 5

1. Факторы агрессии в патогенезе острого панкреатита.

2. Особенности болевого синдрома при остром панкреатите (его генез, интенсивность, распространенность, иррадиация).

3. Системные осложнения острого панкреатита.

4. Принципы лечения острого панкреатита тяжелой степени.

5. Пациентка, 62 года, взята на операцию с диагнозом панкреонекроз, гнойный парапанкреатит на 16-е сутки от начала заболевания. При ревизии сальниковой сумки обнаружено 200 мл густого сливкообразного

гноя без запаха, в области тела поджелудочной железы имеется 2 участка 4×3 и 3×3 см черного цвета, четко отграниченных от здоровой ткани поджелудочной железы. Опишите дальнейший ход операции.

Задание № 6

1. Фазы течения острого панкреатита.
2. Шкала оценки тяжести острого панкреатита по данным компьютерной томографии (КТ-индекс тяжести по Balthazar).
3. Особенности болевого синдрома при остром панкреатите (его генез, интенсивность, распространенность, иррадиация).
4. Роль инфекции в развитии острого панкреатита.
5. При лапаротомии обнаружена геморрагическая жидкость в брюшной полости, отечность большого сальника. Каков план действий и диагноз?

Задание № 7

1. Инструментальная диагностика острого панкреатита.
2. Определение клинических симптомов при остром панкреатите (Воскресенского, Мейо-Робсона, Мондора, Холстеда, Куллена, Грея Тернера, Грюнвальда).
3. Ранняя фаза течения острого некротизирующего панкреатита: особенности клинического проявления и лечения.
4. Принципы лечения острого панкреатита средней степени.
5. Пациентка, 56 лет, взята на операцию в экстренном порядке с подозрением на деструктивную форму холецистита. При лапаротомии выявлено, что в брюшной полости выпота нет. Желчный пузырь $8 \times 5 \times 5$ см опорожняется, конкрементов в нем нет. Гепатодуоденальная связка не изменена, холедох 0,6 см. Вскрыта сальниковая сумка. Поджелудочная железа гиперемирована, отечна, дольковая структура сглажена. Забрюшинная клетчатка отечна. Отек распространяется на корень брыжейки поперечно-ободочной кишки. Какова дальнейшая тактика? Чем следует закончить операцию?

Задание № 8

1. Определение понятий: отечный панкреатит, некротический панкреатит, стерильный панкреонекроз, инфицированный панкреонекроз, перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста поджелудочной железы.
2. Клинико-лабораторные критерии тяжести острого панкреатита.
3. Поздняя фаза течения острого некротизирующего панкреатита: особенности клинического проявления и лечения.

4. Показания к оперативному лечению пациентов с острым панкреатитом, виды операций.

5. В приемный покой поступил пациент, 34 года, в течение недели злоупотреблявший алкоголем, с жалобами на опоясывающие боли в верхней половине живота, многократную рвоту желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,5 °С, резкую слабость, недомогание. Пальпаторно в эпигастрии определяется болезненный инфильтрат 10 × 10 см. Каков предварительный диагноз и план обследования?

Задание № 9

1. Интегральные шкалы оценки тяжести острого панкреатита (Ranson, Glasgow).

2. Осложнения острого панкреатита (ранние и поздние).

3. Факторы, обуславливающие эндотоксикоз при остром панкреатите.

4. Принципы лечения острого панкреатита легкой степени.

5. Пациент с острым панкреатитом в течение суток лечился консервативно. Однако его состояние ухудшилось, присоединился делирий, держится гипердиастазурия. Составьте план действий.

Задание № 10

1. Определение понятий: синдром системного воспалительного ответа, органная недостаточность (критерии шкалы SOFA), персистирующая органная недостаточность, транзиторная органная недостаточность, полиорганная недостаточность.

2. Методы детоксикации при остром панкреатите и его осложнениях.

3. Лапароскопические признаки острого панкреатита.

4. Особенности клиники и диагностики послеоперационного панкреатита.

5. У пациента после приступа сильных болей в эпигастрии и левом подреберье состояние относительно стабилизировалось, однако стал увеличиваться живот, определяются признаки асцита. Каков диагноз и тактика?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»

Задание № 1

1. Анатомо-физиологические особенности печени и желчного пузыря.

2. Классификация желчнокаменной болезни.

3. Состав желчи, ее функции. Регуляция секреции и выделения.

4. Морфологические изменения фатерова соска при стенозе.

5. Пациентка, 45 лет, длительно страдающая желчнокаменной болезнью, поступила в хирургический стационар с болями опоясывающего

характера в правом подреберье и эпигастрии. Пациентка отмечает повторную рвоту. Состояние средней степени тяжести, при объективном обследовании определяется иктеричность склер и кожных покровов, тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных — лейкоцитоз и высокий уровень амилазы. Какой из методов инструментального исследования следует применить в первую очередь?

Задание № 2

1. Классификация заболеваний печени и желчевыводящих путей.
2. Клиника, диагностика острого холецистита.
3. Особенности анамнеза и клинические признаки острого холангита.
4. Показания к экстренной операции при остром холецистите, виды оперативного пособия.
5. На операции у пациента, 82 года, обнаружена флегмона желчного пузыря, желчный перитонит. Каковы действия хирурга?

Задание № 3

1. Клинико-морфологическая классификация острого холецистита.
2. Лабораторные и инструментальные методы диагностики заболеваний желчного пузыря.
3. Варианты взаимного расположения желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.
4. Показания к срочной операции и виды хирургического пособия при остром холецистите.
5. Анатомия треугольника Кало.

Задание № 4

1. Особенности клиники хронического калькулезного холецистита и желчнокаменной болезни.
2. План обследования пациентов с острым холециститом.
3. Инструментальные методы обследования пациентов с непроходимостью терминального отдела холедоха.
4. Методы интраоперационного исследования желчевыводящих протоков.
5. Через 6 месяцев после холецистэктомии у пациента появилась интенсивная желтуха. Какова тактика хирурга?

Задание № 5

1. Дифференциальная диагностика заболеваний желчевыводящих протоков.
2. Осложнения острого холецистита.
3. Рентгенологические признаки стеноза фатерова соска.

4. Выбор метода операции при патологии желчевыводящих протоков.
5. Через полгода после холецистэктомии у пациента повторяются приступы более опоясывающего характера, периодически возникают желтухи. Каков диагноз и тактика?

Задание № 6

1. Факторы, способствующие образованию камней в желчном пузыре, их биохимический состав, физическая форма.
2. Специальные методы обследования желчевыводящих путей.
3. Этиопатогенез острого холецистита.
4. Показания к дренированию холедоха после холецистэктомии, виды дренажей и методика дренирования.
5. У пациента, 75 лет, страдающего ишемической болезнью сердца, развилась желтуха. Диагностирован стеноз фатерова соска. Какова тактика?

Задание № 7

1. Клиника стриктуры желчевыводящих путей.
2. Энзимогепатограмма в диагностике заболеваний печени и желчевыводящих путей.
3. Оперативные вмешательства при холангиолитиазе, их виды.
4. Рентгенологические и специальные инструментальные методы диагностики стеноза фатерова соска.
5. При лапаротомии обнаружен деструктивный желчный пузырь, панкреонекроз, геморрагический выпот. Каковы действия хирурга?

Задание № 8

1. Инструментальная диагностика холангиолитиаза.
2. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у пациентов старческого возраста.
3. Интраоперационная диагностика стеноза фатерова соска и степени его выраженности.
4. Показания к холецистостомии, ее виды и послеоперационное ведение при ней.
5. Вскоре после холецистэктомии по дренажу из брюшной полости обильно выделяется кровь. Что нужно делать?

Задание № 9

1. Этиология, клиника и диагностика острого холангита.
2. Критерии, на которых основывается выбор тактики лечения (консервативное или хирургическое) при остром холецистите.
3. Желчные свищи: генез, локализация, клиника, диагностика и тактика лечения.
4. Показания к операции при хроническом калькулезном холецистите.

5. У пациента с инфильтратом в правом подреберье и признаками острого калькулезного холецистита (при УЗИ) через 2 суток от начала заболевания усилились боли и появились симптомы раздражения брюшины по правому боковому каналу и в правой подвздошной области. Какова тактика хирурга?

Задание № 10

1. Лечебная тактика при билиарном панкреатите.
2. Клиника и особенности хирургической тактики при холангите.
3. Специфические симптомы острого холецистита.
4. Методы операции при стенозе фатерова соска.
5. У пациента, 68 лет, с ишемической болезнью сердца (без сердечной декомпенсации) явления острого калькулезного холецистита купировались. Какова тактика дальнейшего лечения?

ТЕМА: «ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ»

Задание № 1

1. Анатомия желудка и 12-перстной кишки.
2. Особенности анамнеза и клинических проявлений, важных для диагноза прободной язвы.
3. Классификация желудочно-кишечных кровотечений.
4. Современные методы исследования желудочной секреции и их роль в выборе метода операции.
5. Какова тактика хирурга при поступлении пациента с многократной рвотой кровью и сгустками в стадии тяжелого геморрагического шока?

Задание № 2

1. Физиология желудка и 12-перстной кишки.
2. Определение причин желудочно-кишечных кровотечений по анамнезу, клинико-лабораторным и специальным методам исследования.
3. Особенности клиники пенетрирующей язвы.
4. Классификация пилородуоденального стеноза.
5. Во время лапаротомии в связи с клиникой прободной язвы перфоративное отверстие не найдено. Каков диагноз и действия хирурга?

Задание № 3

1. Варианты клинического течения прободной язвы.
2. Оценка тяжести кровотечения по клинико-лабораторным данным и определение источника кровотечения.
3. Консервативное лечение пилородуоденального стеноза.

4. Стадии и клиническая картина пенетрирующей язвы.

5. У пациента на 2-е сутки после операции на желудке внезапно появились резкие боли в животе с иррадиацией в правое плечо. Каков диагноз и действия хирурга?

Задание № 4

1. Этиология язв желудка и 12-перстной кишки.

2. Синдром малых признаков при превращении язвы в рак.

3. Эндоскопическая классификация гастродуоденальных кровотечений по Forrest.

4. Показания к первичной резекции желудка при прободной язве.

5. Во время операции по поводу профузного желудочно-кишечного кровотечения при осмотре желудка, печени, селезенки патологии нет. Каков возможный источник кровотечения?

Задание № 5

1. Особенности «язвенного» анамнеза.

2. Стадии и клиника пилородуоденального стеноза.

3. Виды ваготомии.

4. Причины развития, клиника, диагностика и лечение прикрытой перфорации гастродуоденальной язвы.

5. У пациента, 23 года, за последние 2 года 5 раз были обострения дуоденальной язвы, требовавшие госпитализации. Язва каждый раз хорошо рубцуется. Каков дальнейший план лечения?

Задание № 6

1. Классификация желудочно-кишечного кровотечения и ее клиническое значение.

2. Дифференциальная диагностика пилороспазма и пилоростеноза.

3. Диагностика прободной язвы.

4. Выбор метода операции при дуоденальной язве.

5. В приемный покой доставлен пациент с жалобами на рвоту «кофейной гущей», слабость, головокружение. Накануне вечером был стул темного цвета. За 2 года до поступления произведено ушивание перфоративной язвы. После операции беспокоили чувство полноты после приема пищи, отрыжка, периодически рвота, приносящая облегчение, ночные боли в эпигастрии, пациент похудел. Объективно: пациент пониженного питания, бледный, пульс 110 уд./мин, АД 100/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и селезенка не определяются. Ректально мелена. Каков предварительный диагноз?

Задание № 7

1. Каллезная язва желудка: клиника, диагностика и лечебная тактика.
2. Особенности перитонеального синдрома при прободной гастродуоденальной язве.
3. Показания к оперативному лечению гастродуоденальной язвы (абсолютные и относительные).
4. Выбор метода операции при язве желудка.
5. Что включает в себя тактика хирурга при отсутствии пневмоперитонеума на обзорной рентгенограмме брюшной полости и наличии подозрения на прободение язвы?

Задание № 8

1. Диагностика малигнизации язвы.
2. Факторы, лежащие в основе развития пилородуоденального стеноза язвенной этиологии.
3. Методы определения источника желудочно-кишечного кровотечения.
4. Что относят к атипичной перфорации язвы?
5. Какова тактика хирурга в случае прикрытого прободения язвы и отсутствия признаков распространенного перитонита при лапароскопии?

Задание № 9

1. Объем необходимых лабораторно-инструментальных исследований для уточнения диагноза, степени кровопотери и хирургической тактики при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии.
2. Осложнения пенетрирующей язвы.
3. Патогенез боли в зависимости от локализации язвы.
4. Особенности резекции желудка при язве и раке.
5. При операции по поводу дуоденальной язвы во время мобилизации 12-перстной кишки обнаружено истечение желчи. Каков диагноз и действия хирурга?

Задание № 10

1. Интраоперационная диагностика прободной язвы. Виды операций.
2. Клиника и диагностика кровотечений при варикозном расширении вен пищевода и кардии, синдроме Меллори–Вейса, гемобилии.
3. Современные представления о патогенезе язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Методы диагностики прикрытой перфоративной язвы.
5. Во время операции по поводу пенетрирующей язвы обнаружено сообщение просвета культи желудка с просветом поперечной ободочной кишки. Что следует делать?

ТЕМА: «КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ»

Задание № 1

1. Классификация кишечной непроходимости.
2. Особенности анамнеза и клинической картины непроходимости кишечника.
3. Причины врожденной непроходимости кишечника.
4. Паллиативные и многоэтапные операции при опухолевой непроходимости кишечника.
5. У пациента, 57 лет, с острой непроходимостью кишечника обнаружена obturация прямой кишки раковой опухолью. Каковы действия хирурга?

Задание № 2

1. Объем необходимых рентгенологических, эндоскопических и лабораторных исследований для уточнения диагноза непроходимости кишечника.
2. Виды динамической непроходимости кишечника и их клиническое различие.
3. Особенности клиники при раке правой и левой половины ободочной кишки.
4. Радикальные операции при опухолевой непроходимости кишечника.
5. На операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена инвагинация подвздошной кишки в слепую кишку. Какова тактика хирурга?

Задание № 3

1. Дифференциальная диагностика динамической и механической кишечной непроходимости.
2. Объективные симптомы острой кишечной непроходимости и механизм их возникновения.
3. Причины спастической формы кишечной непроходимости.
4. Виды операций при раке правой половины толстой кишки (радикальные и паллиативные).
5. У пациента, 73 года, имеется obturация сигмовидной кишки каловым камнем. Кишка жизнеспособна, состояние пациента тяжелое. Каков выбор метода операции?

Задание № 4

1. Инвагинация: клиника, диагностика и причины ее развития.
2. Причины паралитической кишечной непроходимости.
3. Лечебно-диагностический прием Маслова–Вишневого. Лечебные компоненты и последовательность их выполнения.

4. Виды операций при раке левой половины толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью.

5. У пациента, 84 года, заворот сигмовидной кишки с ее гангреной. Какова тактика хирурга?

Задание № 5

1. Патофизиологические и клинические особенности странгуляционной и обтурационной кишечной непроходимости.

2. Виды спаечной непроходимости кишечника и механизм ее развития.

3. Особенности клинического проявления мезентериальной непроходимости кишечника.

4. Виды операций при раке поперечной ободочной кишки.

5. У пациента, 63 года, полная кишечная непроходимость вследствие операбельного рака слепой кишки. Каковы действия хирурга?

Задание № 6

1. Острая спаечная кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение.

2. Особенности рентгенологической диагностики инвагинации.

3. Виды мезентериальной непроходимости кишечника.

4. Опишите операцию по методу Гартмана.

5. На операции по поводу предполагаемой высокой непроходимости кишечника обнаружено острое расширение желудка. Какова тактика хирурга?

Задание № 7

1. Заворот сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение.

2. Методы лечения инвагинации.

3. Клиническая картина высокой непроходимости кишечника.

4. Виды операций при мезентериальной кишечной непроходимости.

5. У ребенка, 12 лет, имеется обтурация тонкой кишки клубком аскарид. Какова тактика хирурга?

Задание № 8

1. Желчнокаменная кишечная непроходимость: клиника, диагностика и лечение.

2. Патоморфологические изменения в стенке кишки при кишечной непроходимости.

3. Клиническая картина низкой непроходимости кишечника.

4. Виды операций при спаечной кишечной непроходимости.

5. У пациента, 50 лет, при операции по поводу рака сигмовидной кишки обнаружен единичный метастаз в печень. Опухоль удалима. Какова тактика врача?

Задание № 9

1. Патогенез острой кишечной непроходимости.
2. Механизм развития желчнокаменной непроходимости кишечника.
3. Эндоскопическая диагностика кишечной непроходимости.
4. Способы декомпрессии кишечника.
5. На операции по поводу острой непроходимости кишечника обнаружен рак ректосигмоидного отдела толстой кишки с перфорацией. Какова тактика хирурга?

Задание № 10

1. Клиника хронической дуоденальной непроходимости.
2. Методы лечения острой функциональной непроходимости кишечника.
3. Заворот слепой кишки: клиника, диагностика и лечение.
4. Виды операций при врожденной непроходимости желудочно-кишечного тракта.
5. На операции обнаружен заворот тонкой кишки. Кишка жизнеспособна, но приводящий отдел переполнен жидкостью и газом. Какова тактика хирурга?

ТЕМА: «ПЕРИТОНИТ»

Задание № 1

1. Причины возникновения перитонита.
2. Карманы и завороты брюшины и их клиническое значение.
3. Клинические особенности ракового перитонита.
4. Лечение перитонита.
5. После аппендэктомии 4 дня держится парез кишечника, напряжение мышц живота, повышенная температура, при ректальном исследовании отмечается болезненность передней стенки прямой кишки. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 2

1. Анатомия брюшины.
2. Клиническая классификация перитонита.
3. Формы и особенности клиники туберкулезного перитонита.
4. Кому при перитоните показана предоперационная подготовка? Какова ее продолжительность и объем?
5. У пациента имеется аппендикулярный инфильтрат. На 10-й день боль в правой подвздошной области усилилась, распространилась на нижнюю половину живота, пальпировавшийся инфильтрат перестал определяться. Каков диагноз и тактика?

Задание № 3

1. Физиологические функции брюшины.
2. Особенности клиники и течения стрептококкового перитонита.
3. Классификация хронического перитонита.
4. Выбор метода обезболивания при операциях по поводу перитонита.
5. У пациента с ранее диагностированным дивертикулезом сигмовидной кишки возник кратковременный болевой приступ, имеется небольшое напряжение мышц, преимущественно в нижних отделах живота. Температура 38,8 °С, пульс 100 уд./мин. Каков диагноз и тактика?

Задание № 4

1. Патогенез острого перитонита.
2. Особенности клиники и течения гонококкового перитонита.
3. Этажи брюшной полости: границы, пути сообщения между ними.
4. Хирургические доступы при перитоните. Чем они обусловлены?
5. При операции по поводу ущемленной грыжи обнаружена кишка сомнительной жизнеспособности, в грыжевом мешке — геморрагический экссудат, в брюшной полости — аналогичный экссудат. Каков диагноз и план действий хирурга?

Задание № 5

1. Стадии острого перитонита и их характеристика.
2. Пневмококковый перитонит: клиника, диагностика и лечение.
3. Хронический оментит.
4. Последовательность действий хирурга при интраоперационном обнаружении перитонита.
5. При лапаротомии обнаружен гнойный экссудат в малом тазу и в левом брыжеечном синусе. Червеобразный отросток утолщен, гиперемирован, с наложениями фибрина. Каков диагноз, объем операции, ведение послеоперационного периода?

Задание № 6

1. Патологоанатомические изменения в брюшине в разные стадии перитонита.
2. Пути инфицирования брюшной полости.
3. Синдромная диагностика отдельных стадий перитонита.
4. Рациональная антибактериальная терапия при остром перитоните.
5. После приступа «кинжальных» болей в эпигастрии, иррадиировавших в спину, самочувствие пациента не улучшилось, сохраняется болевой синдром. Печеночная тупость сохранена, имеется незначительное напряжение мышц в эпигастрии. Язык сухой, пульс 96 уд./мин. Каков диагноз и тактика хирурга стационара?

Задание № 7

1. Интраоперационная диагностика и объем оперативного пособия при общем перитоните.
2. Лечебная тактика при перитоните.
3. Клиника, диагностика и лечение тазовых абсцессов.
4. Микрофлора, обуславливающая развитие острого перитонита.
5. При рентгеновском обследовании желудка у пациента с язвенным анамнезом усилились боли в эпигастрии. Через 10 часов боли распространились по всему животу, живот «доскообразный», отсутствует перистальтика, язык сухой. Каков диагноз, тактика участкового врача, хирурга стационара?

Задание № 8

1. Факторы, обуславливающие эндотоксикоз при перитоните.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний органов грудной клетки и острого перитонита.
3. Экстракорпоральные методы детоксикации.
4. Причины асептического перитонита.
5. У пациента с клиникой острого холецистита отмечается распространение зоны напряжения мышц и болезненности по правому боковому каналу, ухудшается самочувствие, появилась многократная рвота желчью, увеличился лейкоцитоз. Пальпируется болезненный желчный пузырь. Каков диагноз и тактика?

Задание № 9

1. Методы экстракорпоральной детоксикации при перитоните.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с клиникой, напоминающей перитонит, но не требующих оперативного лечения.
3. В каком брыжеечном синусе чаще всего локализуются гнойники? Их клиника, диагностика, методы лечения.
4. Показания к тампонаде брюшной полости при операциях по поводу перитонита.
5. При операции по поводу аппендицита обнаружен мутный, желтоватый выпот, распространяющийся по правому боковому каналу. Червеобразный отросток не изменен. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 10

1. Осложнения перитонита в раннем и отдаленном послеоперационных периодах.
2. Поддиафрагмальные гнойники: клиника, диагностика и лечебная тактика.

3. Значение специальных методов в диагностике острого перитонита.
4. Коррекция нарушений обмена веществ и иммунного статуса при остром перитоните.
5. На третьи сутки болезни пациент вял, адинамичен, у него сухой язык, многократная рвота застойным содержимым, умеренное вздутие живота, болезненность и небольшое напряжение в правой половине и надлобковой области, тахикардия, лейкоцитоз $20 \cdot 10^9/\text{л}$. Каков диагноз и тактика хирурга?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА»

Задание № 1

1. Классификация заболеваний сердца.
2. Открытый артериальный проток: клиника, диагностика, лечение.
3. Митральный стеноз: этиология, клиника, диагностика.
4. Экссудативный перикардит: клиника, диагностика, лечение.
5. У пациента, 32 года, выявлена преобладающая митральная недостаточность. Какова тактика?

Задание № 2

1. Классификация врожденных пороков сердца.
2. Дефект межпредсердной перегородки: клиника, диагностика, лечение.
3. Митральная недостаточность: клиника, диагностика, лечение.
4. Слипчивый перикардит: этиология и патогенез.
5. У пациента, 12 лет, имеется открытый артериальный проток, легочная гипертензия 4-й ст. Какова тактика?

Задание № 3

1. Дефект межжелудочковой перегородки: клиника, диагностика, лечение.
2. Хирургические методы лечения митрального стеноза.
3. Рентгенологические признаки перикардита.
4. Аномальный дренаж легочных вен.
5. Опишите рентгенограмму пациента с преобладанием митральной недостаточности.

Задание № 4

1. Врожденный стеноз устья аорты: клиника, диагностика, лечение.
2. Синдром Лютембаше: патанатомия, клиника и диагностика.
3. Методы протезирования митрального клапана.

4. Клиническая картина при констриктивном перикардите.
5. Опишите рентгенограмму пациента с митральным стенозом.

Задание № 5

1. Изолированный стеноз легочной артерии: нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
2. Нарушение ритма сердечных сокращений, методы восстановления ритма.
3. Принципы диагностики поражения митрального клапана сердца.
4. Степени легочной гипертензии при открытом артериальном протоке.
5. Общие противопоказания к хирургическому лечению пациентов с пороками сердца.

Задание № 6

1. Триада Фалло: патанатомия, нарушения гемодинамики, диагностика, лечение.
2. Коронарная недостаточность: этиология, клиника, диагностика, хирургические методы лечения.
3. Недостаточность аортального клапана: этиология, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
4. Клиника сердечной декомпенсации при слипчивом перикардите.
5. Современные малоинвазивные методики для коррекции патологии коронарных артерий.

Задание № 7

1. Тетрада Фалло: составные компоненты, нарушение гемодинамики, клиника, диагностика, лечение.
2. Полная поперечная блокада сердца.
3. Недостаточность клапана легочной артерии: клиника, диагностика, лечение.
4. Рентгенологические признаки аортального стеноза.
5. Показания к операции при поражении аортального клапана.

Задание № 8

1. Пентада Фалло: составные компоненты болезни, клиника, диагностика, лечение.
2. Классификация пороков сердца.
3. Показания и противопоказания к хирургическому лечению митрального порока сердца.
4. Недостаточность клапана легочной артерии.
5. Методы закрытия дефекта межжелудочковой перегородки.

Задание № 9

1. Митрально-аортальный стеноз: клиника, диагностика, хирургическое лечение.
2. Неполный аномальный дренаж легочных вен: диагностика и лечебная тактика.
3. Рентгеноэндоваскулярные методы исследования сердца.
4. Хирургическое лечение коарктации аорты.
5. Показания к зондированию сердца.

Задание № 10

1. Коарктация аорты: клиника, диагностика, лечение.
2. Недостаточность трехстворчатого клапана: клиника, диагностика, оперативное лечение.
3. Аневризмы сердца: этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Хирургическое лечение открытого артериального протока.
5. У пациента, 45 лет, диагностирован митрально-аортальный стеноз, недостаточность кровообращения III стадии. Какова тактика?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ»

Задание № 1

1. Анатомия артериальной системы ног.
2. Клиника облитерирующего атеросклероза ног.
3. Механизм и стадии развития артериальной аневризмы.
4. Консервативное лечение тромбозов артерий.
5. У пациента, 54 года, признаки ишемии обеих ног. Пульсация бедренной артерии снижена, над ней определяется систолический шум. Каков диагноз, план обследования и лечения?

Задание № 2

1. Классификация заболеваний артерий.
2. Клиника и диагностика облитерирующего тромбангиита.
3. Причины эмболии, патогенетические механизмы нарушения кровообращения при окклюзии сосудов.
4. Способы аорто- и артериографии.
5. У пожилого пациента на 2-й день после резекции желудка внезапно развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, шоковое состояние, цианоз верхней половины туловища. Каков диагноз и тактика?

Задание № 3

1. Семиотика сосудистых заболеваний.
2. Синдром Лериша: клиника и диагностика.

3. Методы исследования при патологии сосудов.

4. Показания к хирургическому лечению хронической артериальной недостаточности.

5. У пациента, 50 лет, имеются боли в покое в области пальцев стопы. Пульсация определяется только на бедренной артерии, на подколенной артерии и артериях стоп — не определяется. Каков диагноз и тактика лечения?

Задание № 4

1. Клиника и диагностика хронического нарушения висцерального кровообращения.

2. Травматические повреждения сосудов: классификация, клиника, диагностика и лечение.

3. Клинические признаки поражения артерий ног.

4. Выбор метода хирургического лечения аневризмы.

5. У пациента внезапно появилась резкая боль в правой голени, пульс только на бедренной артерии, ниже пульсация отсутствует. Каков диагноз и тактика?

Задание № 5

1. Врожденные пороки кровеносных сосудов: классификация, клиника, диагностика и лечение.

2. Механизмы возникновения перемежающейся хромоты.

3. Классификация хронической артериальной недостаточности по Фонтейну–Покровскому.

4. Препараты для лечения заболеваний артерий ног.

5. У пациента, 69 лет, возникает боль в эпигастрии после еды, чувство тяжести, дискомфорта. Рентгенологически патологии в желудке и кишечнике нет. Каков предположительный диагноз, план обследования, тактика?

Задание № 6

1. Синдром Такаясу: клиника, диагностика и лечение.

2. Плантарные симптомы при окклюзионных поражениях сосудов ног.

3. Дифференциальная диагностика расслаивающей аневризмы аорты и «острого живота».

4. Методы хирургического лечения эмболии.

5. У пациента не определяется пульсация на сосудах нижних конечностей, имеется гангрена ногтевой фаланги первого пальца стопы. Каков диагноз и тактика?

Задание № 7

1. Клиника, диагностика и лечение острой артериальной недостаточности.
2. Этиология, патогенез и места наиболее частой локализации расслаивающей аневризмы аорты.
3. Специальные методы исследования периферического кровообращения.
4. Клиника и лечение тромбоэмболий магистральных сосудов.
5. Пациент госпитализирован через 6 часов после начала болей в ногах. Пульсация обеих бедренных артерий не определяется. Каков диагноз и тактика?

Задание № 8

1. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Винивартера–Бюргера): этиология, клиника, диагностика и лечение.
2. Особенности клиники и течения сосудистых поражений у пациентов с сахарным диабетом.
3. Объем необходимых исследований при эмболиях и тромбозах.
4. Методы хирургического лечения пациентов с облитерирующим эндартериитом.
5. У пациента 8 часов назад произошла эмболия правой подколенной артерии, имеются признаки ишемии стопы. Составьте план лечения.

Задание № 9

1. Коарктация аорты: этиология, клиника, диагностика и лечение.
2. Особенности болевого синдрома при облитерирующих заболеваниях ног.
3. Показания к операции при острой артериальной непроходимости нижних конечностей, виды операций.
4. Методы хирургического лечения пациентов с облитерирующим атеросклерозом.
5. У пациента с аневризмой брюшной аорты наблюдается картина профузного желудочного кровотечения. Каков диагноз и действия хирурга?

Задание № 10

1. Болезнь Рейно: этиология, клиника, диагностика и лечение. Суть различия болезни и синдрома Рейно.
2. Стадии острой ишемии и их клинические проявления.
3. Диагностическое значение рентгенологических данных в распознавании отдельных форм окклюзионных повреждений.
4. Принципы эндоваскулярной рентгенохирургии.

5. У пациента, 40 лет, последние 4 года держится боль в пальцах рук, снижена мышечная сила, повышена зябкость. На ногтевой фаланге второго пальца язвочка размером 0,5 см, пульсация сосудов отчетливая. Каков диагноз и тактика?

ТЕМА: «ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ»

Задание № 1

1. Клиническая анатомия и физиология вен ног.
2. Стадии клинического течения варикозной болезни.
3. Дифференциальная диагностика первичного варикоза.
4. Понятие о склеротерапии.
5. Тромбирована большая подкожная вена. Возникли отек, боли, гиперемия, высокая температура, интоксикация. Поставьте диагноз. Определите тактику.

Задание № 2

1. Перфорантные вены и их локализация.
2. Классификация варикозной болезни (CEAP).
3. Синдром Паркса Вебера–Рубашова.
4. Методы операций Троянова–Тренделенбурга, Нарата и Бэбкока. Кроссэктомия и стриппинг.
5. При иссечении большой подкожной вены повреждена бедренная вена. Наметьте тактику лечения.

Задание № 3

1. Перфорантные вены и их роль в патогенезе варикозной болезни.
2. Врожденные заболевания венозной системы.
3. Ультразвуковая доплерография в диагностике варикозной болезни.
4. Эндовенозные подходы к лечению варикозной болезни.
5. После родов у пациентки отмечались боли в ноге, отек, цианоз. Через 5 лет появились расширенные вены нижних конечностей. Какова этиология этого варикоза? Определите объем обследования.

Задание № 4

1. Клапанный аппарат вен и их роль в патогенезе варикозной болезни.
2. Проба Броди–Троянова–Тренделенбурга, ее интерпретация.
3. Стадии хронической венозной недостаточности.
4. Показания к операции Коккета и техника ее выполнения.

5. У пациента трофическая язва над внутренней лодыжкой. Варикоз вторичный. Что следует делать?

Задание № 5

1. Факторы, способствующие продвижению крови по венам снизу вверх.

2. Клиника тромбофлебита поверхностных вен.

3. Синдром Клиппеля–Треноне.

4. Лазерные технологии в лечении варикозной болезни.

5. У женщины, 58 лет, возникло обильное кровотечение из разорвавшегося расширенного венозного узла на левой голени в проекции большой подкожной вены. В чем будет заключаться первая помощь?

Задание № 6

1. Определение понятий: нарушение и извращение оттока венозной крови.

2. Классификация варикозной болезни (СЕАР).

3. Патогенез варикозной болезни.

4. Методы флебографии и техника их выполнения.

5. В паховой области после операции по поводу варикоза появился конгломерат варикозно расширенных вен. Почему?

Задание № 7

1. Инструментальные методы диагностики варикозной болезни.

2. Осложнения варикозного расширения вен нижних конечностей.

3. Тумесцентная анестезия в лечении варикоза.

4. Показания к операции и выбор метода операции при варикозной болезни.

5. При выделении большой подкожной вены у устья повреждена бедренная вена. Наметьте тактику.

Задание № 8

1. Клинические проявления 3-й стадии варикозной болезни.

2. Тромбофлебит поверхностных вен: причины, патогенез, клиника, лечение.

3. Информация, получаемая при дуплексном исследовании вен.

4. Консервативное лечение варикозной болезни.

5. Пациентка, 20 лет, с беременностью 38 недель в течение последнего месяца отмечает появление умеренно выраженных флебэктазий в системе большой подкожной вены. Какое лечение следует назначить пациентке в течение оставшегося срока беременности?

Задание № 9

1. Осложнения хронической венозной недостаточности.
2. Клинические проявления 1-й и 2-й стадии варикозной болезни.
3. Опишите методы определения недостаточности клапанов перфорантных вен.
4. Показания к срочной операции при тромбофлебите большой подкожной вены.
5. Пациентка оперирована в общехирургическом стационаре 3 года назад по поводу варикозной болезни подкожных вен левой нижней конечности. Произведена флебэктомия большой подкожной вены (операция Троянова–Тренделенбурга, Бэбкока, Нарата, Коккета, Соколова–Клаппа). В настоящее время имеются умеренно выраженные флебэктазии на задне-медиальной поверхности голени. С чем связан рецидив заболевания?

Задание № 10

1. Клинические признаки поражения клапанного аппарата.
2. Профилактика варикозной болезни. Компрессионный трикотаж.
3. Опишите методы определения проходимости глубоких вен нижних конечностей.
4. Техника операций по методу Клаппа, Шеде–Кохера, Н. Н. Соколова.
5. На поликлинический прием к хирургу обратилась пациентка, 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени, расположенные в стороне от основных венозных магистралей. При доплерографии не выявлены несостоятельные коммуникантные вены. Какая стадия варикозной болезни имеется у пациентки и какое лечение ей можно предложить?

ТЕМА: «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ»

Задание № 1

1. Хирургическая анатомия легких.
2. Врожденные заболевания легких: виды пороков, клиническое проявление и лечебная тактика.
3. Этиология и патогенез плевритов.
4. Принципы антибактериальной терапии при нагноительных заболеваниях легких.
5. При рентгенологическом исследовании выявлена шаровидная опухоль на периферии нижней доли правого легкого. Наметьте план обследования.

Задание № 2

1. Клиническая физиология легких: дыхательный объем, резервный объем входа и выхода, общая емкость легких, жизненная емкость легких и др.
2. Классификация заболеваний легких и бронхов.
3. Клиническая картина эмпиемы плевры.
4. Показания к хирургическому лечению острого абсцесса легкого.
5. Спустя 4 месяца после торакопластики по поводу хронической эмпиемы плевры остается бронхоплеврокожный свищ. Что следует делать?

Задание № 3

1. Классификация, этиология и патогенез абсцессов легких.
2. Пороки развития трахеи и бронхов.
3. Рентгенологические методы исследования легких и плевры (бесконтрастные и контрастные).
4. Методы лечения кист легкого.
5. У пациента после лобэктомии в раннем периоде развилась слабость, тахикардия, снизилось АД и уровень гемоглобина. Каков диагноз и тактика?

Задание № 4

1. Классификация, этиология и патогенез бронхоэктатической болезни.
2. Доброкачественные бронхо-легочные опухоли: клиника, диагностика, лечение.
3. Эндоскопические методы исследования трахеобронхиального дерева. Интерпретация полученных данных.
4. Виды оперативного пособия при абсцессах легкого.
5. У пациента, 50 лет, обнаружен правосторонний плеврит. При пункции получено геморрагическое содержимое. Составьте план обследования.

Задание № 5

1. Особенности клиники и диагностики абсцесса легкого в зависимости от стадии заболевания.
2. Классификация кист легкого, клиника нагноившейся кисты легкого.
3. Пути инфицирования легких и плевры.
4. Спонтанный пневмоторакс: этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. У пациента, 45 лет, в анамнезе частые пневмонии, при поступлении в стационар он жалуется на кашель, отхождение мокроты. Каков план обследования?

Задание № 6

1. Гангрена легкого: клиника, диагностика и лечение.
2. Методы обследования пациента с плевритом.
3. Дифференциальная диагностика бронхоэктазии и рака легкого.
4. Оперативные методы лечения пациентов с эмпиемой плевры.
5. У пациента в течение недели наблюдается кровохарканье. Каковы причины и план обследования?

Задание № 7

1. Клиника, диагностика и лечение хронического абсцесса легкого.
2. Трахео-пищеводные свищи: клиника, диагностика и лечебная тактика.
3. Техника исследования мокроты и оценка полученных данных.
4. Дифференциальная диагностика нагноившейся кисты и абсцесса легкого.
5. У пациента, 47 лет, инфильтрация верхней доли правого легкого. Отмечается цианоз лица, расширение шейных вен. Какова тактика?

Задание № 8

1. Факторы, способствующие развитию нагноительных заболеваний легких.
2. Клиника и диагностика 1-й стадии абсцесса легкого.
3. Осложнения бронхоэктатической болезни.
4. Методы бронхографии и бронхоскопии.
5. У пациента, 75 лет, на рентгенограмме определяется ателектаз нижней доли правого легкого. Наметьте план обследования.

Задание № 9

1. Клиника и диагностика 2-й стадии абсцесса легкого.
2. Особенности клинического проявления гангрены легких.
3. Общие принципы исследования и подготовки к операции пациентов с легочными нагноениями.
4. Виды операций при бронхоэктатической болезни.
5. Бронхоэктазами поражены два сегмента нижней доли правого легкого. Наблюдается обильное отделение мокроты в положении постурального дренажа. Составьте план операции.

Задание № 10

1. Хронический абсцесс легкого: сроки развития, клиника, диагностика, лечебная тактика.
2. Осложнения нагноительных заболеваний легких.
3. Особенности лечебной тактики при плевритах.

4. Пути введения антибиотиков при нагноительных заболеваниях легких.

5. У пациента с гангреной левого легкого резко ухудшилось состояние. Объективно отмечается притупление с четкой верхней границей. Что произошло и какова тактика?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРЯМОЙ КИШКИ»

Задание № 1

1. Классификация болезней ободочной и прямой кишок.
2. Хирургическая анатомия и патофизиология прямокишечных вен.
3. Острый парапроктит: классификация, клиника и диагностика.
4. Предраковые заболевания прямой кишки.
5. У пациента сильные боли в области заднего прохода, высокая температура, болезненный акт дефекации. Каков диагноз и тактика врача?

Задание № 2

1. Анатомия прямой кишки.
2. Стадии клинического течения геморроя.
3. Факторы, предрасполагающие к развитию острого и хронического парапроктита.
4. Морфологические изменения толстой кишки при язвенном колите.
5. В начале акта дефекации из прямой кишки выделяется алая кровь. Гемоглобин 87 ед. Каков диагноз и тактика?

Задание № 3

1. Хронический парапроктит: классификация, клиника, диагностика.
2. Клиническая картина неспецифического язвенного колита.
3. Доброкачественные опухоли толстой кишки.
4. Методы физикального и специального обследования пациентов с геморроем.
5. При ректоскопии удален одиночный полип из верхней трети ампулы прямой кишки. При гистологическом исследовании обнаружены атипичные клетки. Какова тактика?

Задание № 4

1. Анаэробный парапроктит: клиника, диагностика и особенности лечения.
2. Консервативное лечение свищей прямой кишки.
3. Ранние признаки рака прямой кишки.
4. Предрасполагающие и производящие факторы геморроя.

5. После перенесенного острого парапроктита у пациента остался свищ, из которого выделяется каловое содержимое. Каков диагноз и тактика?

Задание № 5

1. Классификация геморроя.
2. Диагностика острого парапроктита.
3. Рентгенологическая картина язвенного колита.
4. Объем специальных методов исследования для диагностики заболеваний прямой кишки.

5. Во время ректороманоскопии перфорировали прямую кишку в ампулярном отделе. Какова тактика хирурга?

Задание № 6

1. Геморрой как болезнь и геморрой как симптом.
2. Классификация параректальных свищей.
3. Эндоскопическая картина язвенного колита.
4. Показания к колоноскопии и лапароскопии при заболеваниях ободочной кишки.

5. У пациента обнаружены болезненные набухшие геморроидальные узлы. Каков диагноз и тактика?

Задание № 7

1. Трещины прямой кишки: причины, локализация, клиника, диагностика и лечение.

2. Дифференциальная диагностика тромбоза и воспаления геморроидальных вен.

3. Полипы толстой кишки: клиника, диагностика, лечебная тактика.

4. Лечение анаэробного парапроктита.

5. Пациент длительно страдает геморроем. В последнее время узлы выпадали даже после вправления. Какова тактика?

Задание № 8

1. Осложнения геморроя, их клинические проявления.

2. Выпадение прямой кишки: классификация, клиника, лечение.

3. Хирургические осложнения при язвенном колите.

4. Методы консервативного и хирургического лечения трещин прямой кишки.

5. Имеются сильные пульсирующие боли в области заднего прохода, высокая температура, отек, распространяющийся на промежность и ягодичные области. Каков диагноз и тактика?

Задание № 9

1. Места локализации околопрямокишечных гнойников, особенно-сти их распознавания.
2. Консервативные и оперативные способы лечения геморроя.
3. Парaproктиты: классификация, клиника и лечение.
4. Хирургические методы лечения свищей прямой кишки.
5. Выше заднего прохода на 6–7 см по средней линии ближе к копчику у пациента наблюдается припухлость, гиперемия, болезненность. Каков диагноз и тактика?

Задание № 10

1. Доброкачественные опухоли ободочной и прямой кишок: клиника, диагностика.
2. Дифференциальная диагностика кровотечений из прямой кишки.
3. Травмы и инородные тела прямой кишки: клиника, диагностика, лечение.
4. Объем хирургического вмешательства при остром парапроктите.
5. Пациент, 10 лет, страдает геморроем с частыми кровотечениями в последнее время, кровь выделяется вместе с каловыми массами и после акта дефекации. Каков диагноз и тактика?

ТЕМА: «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ»

Задание № 1

1. Клинико-морфологическая классификация хронического панкреатита.
2. Недостаточность экзокринной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.
3. Интраоперационная диагностика хронического панкреатита.
4. Подходы к консервативной терапии хронического панкреатита.
5. У пациента с хроническим рецидивирующим панкреатитом обнаружены камни в желчном пузыре. Какова тактика?

Задание № 2

1. Оценка экзокринной недостаточности при хроническом панкреатите.
2. Причины хронического панкреатита (классификация TIGAR-O).
3. Определение клинических симптомов при хроническом панкреатите (Воскресенского, Мейо-Робсона, Кача, Ниднера, Малле-Ги).
4. Панкреатические свищи: причины образования, клинические проявления.

5. Пациент, 46 лет, год назад перенесший острое воспаление поджелудочной железы, жалуется на наличие опухолевидного образования в эпигастральной области, которое постепенно увеличивается в размере, на умеренные боли в животе после приема пищи. По данным рентгеноскопии желудка, его задняя стенка отеснена кпереди. Каков предварительный диагноз, дальнейшая тактика обследования и лечения?

Задание № 3

1. Анатомо-физиологические данные о поджелудочной железе.
2. Физикальное обследование пациентов с хроническим панкреатитом.
3. Механизм образования кист поджелудочной железы, их виды.
4. Магнитно-резонансная томография в диагностике хронического панкреатита.
5. При операции по поводу хронического калькулезного холецистита обнаружена увеличенная плотная головка поджелудочной железы, холедох шириной до 2 см. Каковы методы дополнительного исследования и тактика хирурга?

Задание № 4

1. Дифференциальная диагностика хронического панкреатита.
2. Недостаточность эндокринной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.
3. Объем лабораторной диагностики при хроническом панкреатите.
4. Возможности эндоскопического лечения осложнений хронического панкреатита.
5. У пациента, страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, при УЗИ обнаружено уплотнение ткани железы на всем протяжении, расширение просвета главного панкреатического протока до 2,5 мм и наличие в нем конкрементов. Эндоскопическая панкреатография подтвердила данные УЗИ и выявила симптом «цепи озер». Какова лечебная тактика?

Задание № 5

1. Клинические проявления хронического панкреатита.
2. Рентгенологическое и инструментальное обследование пациента с хроническим панкреатитом.
3. Патологоанатомические изменения в поджелудочной железе при хроническом панкреатите.
4. Общие принципы лечения хронического панкреатита.
5. Пациент, 46 лет, год назад перенесший острое воспаление поджелудочной железы, жалуется на наличие опухолевидного образования в

эпигастральной области, постепенно увеличивающегося в размере, на умеренные боли в животе после приема пищи. При обследовании диагностирована киста тела поджелудочной железы. Признаки острого воспаления отсутствуют. Нарушения проходимости желчевыводящих протоков нет. Какова лечебная тактика?

Задание № 6

1. Оценка эндокринной недостаточности при хроническом панкреатите.

2. Клинические варианты хронического панкреатита.

3. Эндоскопическое УЗИ в диагностике хронического панкреатита.

4. Стратегия лечения боли при хроническом панкреатите.

5. Во время операции по поводу хронического рецидивирующего панкреатита обнаружен расширенный до 1,5 см холедох, во время холедохотомии удалено 2 камня, холангиоскопия других камней не обнаружила, буж № 3 в 12-перстную кишку не проходит. Что нужно делать?

Задание № 7

1. Наиболее частые причины возникновения хронического панкреатита.

2. Дифференциальная диагностика хронического панкреатита.

3. Механизм кистообразования при хроническом панкреатите.

4. Диетотерапия при хроническом панкреатите.

5. Во время операции по поводу перитонита обнаружен разрыв кисты поджелудочной железы. Каковы действия хирурга?

Задание № 8

1. Физиология поджелудочной железы.

2. Лабораторная диагностика хронического панкреатита.

3. Осложнения хронического панкреатита.

4. Ферментозаместительная терапия при хроническом панкреатите: показания, основные принципы.

5. Во время операции по поводу рака желудка рак не обнаружен. Найдена большая киста поджелудочной железы, интимно спаянная с задней стенкой желудка. Каковы действия хирурга?

Задание № 9

1. Определение хронического панкреатита. Эпидемиология заболевания.

2. Дифференциальная диагностика индуративного панкреатита и рака поджелудочной железы.

3. Методы лучевой диагностики хронического панкреатита.

4. Консервативное лечение хронического панкреатита.

5. Пациент, 56 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, желтушность кожи, постоянные боли в эпигастральной области. Из анамнеза установлено, что пациент злоупотреблял алкоголем. При осмотре выявлена атрофия мышц верхней половины живота, болезненность во время пальпации эпигастральной области. Каков предварительный диагноз и какие методы исследования следует проводить для его уточнения?

Задание № 10

1. Причины болевого синдрома при хроническом панкреатите.
2. Инструментальные методы исследования в диагностике хронического панкреатита.
3. Варианты взаимного расположения желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.
4. Хирургическое лечение хронического панкреатита: показания, виды операций.
5. У пациента после приступа сильных болей в эпигастрии и левом подреберье наступила некоторая стабилизация состояния, однако стал увеличиваться живот, определяются признаки асцита. Каков диагноз и тактика?

ТЕМА: «ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ»

Задание № 1

1. Анатомо-физиологические особенности печени и желчного пузыря.
2. Классификация постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС).
3. Истинный рецидив камнеобразования общего желчного протока: причины, клиника, диагностика, лечение.
4. Морфологические изменения фатерова соска при стенозе.
5. У пациентки, 46 лет, 3 года назад перенесшей холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, возник приступ болей в эпигастрии. Спустя сутки пациентка пожелтела. При обследовании в терминальном отделе холедоха выявлен камень диаметром 6 мм. Каков диагноз и возможные варианты лечения?

Задание № 2

1. Желчеобразование, регуляция выделения желчи.
2. ПХЭС: определение понятия, этиология, патогенез.
3. Ложный рецидив камнеобразования общего желчного протока («забытые» камни): клиника, диагностика, лечение.

4. Лабораторная диагностика ПХЭС.

5. У пациентки через 6 месяцев после холецистэктомии появилась желтуха, кожный зуд, ахоличный кал. Билирубин до 86 мкмоль/л за счет прямого, увеличены АСТ, АЛТ, ЩФ. Холедох в терминальном отделе не лоцируется, в зоне конfluence проток до 16 мм, внутripеченочные протоки расширены до 6 мм. Поджелудочная железа без особенностей. Маркеры гепатитов отрицательны. Каков предположительный диагноз и тактика лечения?

Задание № 3

1. Анатомия желчевыводящих путей. Треугольник и четырехугольник Кало.

2. Стенозирующий дуоденальный папиллит: причины, клиника, диагностика, тактика лечения.

3. Методы интраоперационного исследования желчевыводящих протоков.

4. Малоинвазивные методы лечения ПХЭС.

5. У пациентки через 8 месяцев после холецистэктомии появилась тяжесть в правом подреберье, желтуха. Кожный зуд отсутствует, кал окрашен. Билирубин до 54 мкмоль/л за счет непрямого, увеличены АСТ, АЛТ. Холедох в терминальном отделе не лоцируется, внутripеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа без особенностей. Маркеры гепатитов положительны. Каков диагноз и тактика?

Задание № 4

1. Варианты взаимного расположения желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.

2. Активный спаечный процесс в подпеченочном пространстве: причины, клиника, диагностика, принципы лечения.

3. Инструментальные методы обследования пациентов с непроходимостью терминального отдела холедоха.

4. Холангит: причины, клиника, лечение.

5. Через 6 месяцев после холецистэктомии у пациента появилась интенсивная желтуха. Какова тактика хирурга?

Задание № 5

1. Варианты впадения пузырного протока в магистральные протоки, вариabельность артериального кровоснабжения.

2. Истинный ПХЭС: варианты, характеристика.

3. Рентгенологические признаки стеноза фатерова соска.

4. Выбор метода операции при патологии желчевыводящих протоков.

5. Через полгода после холецистэктомии у пациента повторяются приступы болей опоясывающего характера, периодически возникают желтухи. Каков диагноз и тактика?

Задание № 6

1. Факторы, способствующие образованию камней в желчных протоках, биохимический состав камней, физическая форма.
2. Специальные методы обследования желчевыводящих путей.
3. Классификация стриктур желчных протоков.
4. Показания к дренированию холедоха после холецистэктомии, виды дренажей и методика дренирования.
5. У пациента, 75 лет, страдающего ишемической болезнью сердца, развивалась желтуха. Диагностирован стеноз фатерова соска. Какова тактика?

Задание № 7

1. Строение и функции большого дуоденального сосочка.
2. Функциональные расстройства желчевыводящих путей: варианты, клиника, диагностика, принципы лечения.
3. Клиника стриктуры желчевыводящих путей.
4. Оперативные вмешательства при холангиолитиазе, их виды.
5. Пациент, 56 лет, оперирован по поводу деструктивного холецистита (с повышением билирубина в крови до 63 мкмоль/л) 2 года назад. Он поступил в клинику с болевым синдромом в правом подреберье, умеренной желтушностью кожных покровов. При осмотре кожные покровы слегка желтушны, склеры субиктеричны. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. По данным УЗИ желчный пузырь удален, холедох расширен до 1,3 см, нельзя исключить конкремент в его дистальном отделе. Каков диагноз, тактика? Что необходимо было сделать при первой операции?

Задание № 8

1. Морфологическая и функциональная связь желчного пузыря, желчевыводящих протоков с другими органами брюшной полости.
2. Диагностика повреждения желчевыводящих протоков.
3. Клиника и особенности хирургической тактики при холангите.
4. Дифференциальная диагностика ПХЭС.
5. Пациентка, 44 года, обратилась в хирургическое отделение с жалобами на тупые ноющие боли в эпигастральной области, правом подреберье. Из анамнеза: пациентка периодически отмечает потемнение мочи и обесцвечивание кала, год назад перенесла холецистэктомию. Каков предварительный диагноз и план обследования?

Задание № 9

1. Состав желчи, ее функции. Регуляция секреции и выделения.
2. Ложный ПХЭС: варианты, характеристика.
3. Профилактика повреждения желчевыводящих протоков.
4. Рентгенологические и специальные инструментальные методы диагностики стеноза фатерова соска.
5. Пациентка, 30 лет, эмоционально лабильная, 2 года назад перенесла холецистэктомию. Через 6 месяцев после операции появились боли в правом подреберье, возникала 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?

Задание № 10

1. Причины, способствующие развитию ПХЭС.
2. Классификация повреждений желчных протоков.
3. Синдром длинной культы пузырного протока: причины, клиника, диагностика, лечение.
4. Лечебная тактика при холедохолитиазе, рубцовых стриктурах желчных путей, стенозе большого дуоденального соска.
5. У пациентки с ПХЭС, холедохолитиазом имеется механическая желтуха. Консервативное лечение, а также эндоскопическая папиллосфинктеротомия оказались неэффективными. Желтуха нарастает. Какова лечебная тактика?

ТЕМА: «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ»

Задание № 1

1. Классификация хирургических заболеваний печени.
2. Специальные методы обследования тонкой и толстой кишок.
3. Эхинококкоз печени: этиология, эпидемиология, патогенез, патология анатомия.
4. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика описторхоза.
5. Пациент, 52 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела, недомогание, частый стул со слизью, кровью, иногда в виде «малинового желе». Из анамнеза жизни выявлено, что пациент около 2,5 месяцев пребывал в республике Средней Азии, употреблял плохо очищенную воду. Общее состояние пациента тяжелое. Живот незначительно напряжен, умеренно

болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется болезненное, туго эластичное, опухолевидное образование. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. При пальцевом исследовании на перчатке наблюдается кал с прожилками крови. При обзорной рентгенографии брюшной полости определяется скопление газа под правым куполом диафрагмы. Какое инфекционное заболевание возникло у пациента? Какое осложнение развилось? Каков план обследования и лечения?

Задание № 2

1. Хирургическая анатомия печени.
2. Дифференциальная диагностика непаразитарных кист печени.
3. Клиническая картина эхинококкоза печени, стадии клинического течения заболевания, осложнения.
4. Лечение описторхоза, показания к оперативному лечению, виды операций.
5. Пациент, 42 года, 2 недели назад вернулся из Средней Азии. Он жалуется на боли в области правого подреберья. Пациент перенес амёбную дизентерию. Состояние тяжелое, температура 39 °С, печень увеличенная, болезненная. При УЗИ в правой доле печени определяется образование диаметром до 9 см. Каков диагноз и план лечения?

Задание № 3

1. Хирургическая анатомия легких.
2. Непаразитарные кисты печени: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика эхинококкоза печени, специальные методы обследования.
4. Хирургическое лечение цистицеркоза: показания, виды операций, прогноз.
5. Пациент, 17 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе без четкой локализации, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым. В детстве пациент лечился по поводу глистной инвазии. Из анамнеза выявлено, что заболевание возникло остро, на фоне полного благополучия появились схваткообразные боли в животе, запор, вздутие живота с последующей рвотой. При пальпации в области живота определяется болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции, которое при пальпации может исчезать и затем вновь появляться. При рентгенографии брюшной полости видны уровни жидкости в растянутых петлях кишечника (чаши Клойбера). О каком паразитарном заболевании идет речь? Кто является источником заражения? Какие органы поражаются чаще всего при данном заболевании? Какое осложнение развилось у пациента? Каковы принципы лечения данного осложнения?

Задание № 4

1. Особенности кровоснабжения печени.
2. Абсцессы печени: этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.
3. Показания к экстренной операции при эхинококкозе печени.
4. Клиническая картина, диагностика цистицеркоза.
5. У пациента, 32 года, тупые боли в правой половине живота, печень увеличена, пальпируется образование округлой формы и диаметром около 14 см, определяется флюктуация. В крови выраженная эозинофилия. Каков предварительный диагноз, план диагностики и лечения?

Задание № 5

1. Венозный отток от печени. Система воротной вены.
2. Лечение непаразитарных кист печени, показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств.
3. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения эхинококкоза легких.
4. Амебиаз: этиология, патогенез, клиническая картина.
5. По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки у работника лесного хозяйства обнаружено многокамерное объемное образование нижней доли левого легкого с участками кальцификации. Пациент не курит, социально адаптирован, благополучен. Наследственный и эпидемиологический анамнезы благоприятны. На момент осмотра пациента ничего не беспокоит. При физикальном осмотре и соматически он практически здоров. От дальнейшего обследования пациент отказывается ввиду отсутствия жалоб. Каков предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо предложить пациенту?

Задание № 6

1. Лимфоотток от печени и ее иннервация.
2. Дифференциальная диагностика абсцессов печени.
3. Классификация, этиология, патоморфогенез эхинококкоза легких.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика амебиаза, показания к оперативному лечению.
5. Пациентка, 35 лет, месяц назад перенесла аппендэктомию. После операции длительно сохранялась высокая температура, лейкоцитоз. Пациентка выписана на 20-й день в удовлетворительном состоянии. Через 5 дней температура тела повысилась до 39 °С. При поступлении состояние тяжелое, склеры и кожа иктеричны, ЧСС 120 в минуту. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, без перитонеальных явлений. Печень +5 см, болезненна. Лейкоцитоз крови $20,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочки 11 %, юные 4 %, миелоциты 2 %, СОЭ 50 мм/ч. Каков диагноз и тактика?

Задание № 7

1. Особенности кровоснабжения легких.
2. Непаразитарные кисты печени: клиника, диагностика.
3. Альвеококкоз: классификация, этиология, эпидемиология, патогенез.
4. Хирургическое лечение эхинококкоза легких: показания, виды оперативных вмешательств.
5. На профилактическом осмотре у пациента, 52 года, выявлено объемное образование печени (киста?). Пациент направлен к хирургу. Решено провести диагностическую пункцию данного образования под контролем УЗИ. Во время манипуляции у пациента возникает тяжелый анафилактический шок. С чем может быть связано данное осложнение? Как можно было его предотвратить? В чем и кем допущена ошибка? Какова верная тактика ведения пациентов с впервые выявленной кистой печени?

Задание № 8

1. Классификация хирургических паразитарных заболеваний.
2. Кровоснабжение тонкой кишки.
3. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика аскаридоза.
4. Описторхоз: этиология, эпидемиология, патогенез заболевания.
5. У пациента, 39 лет, 2 месяца назад была тупая травма живота в бытовых условиях. После травмы в течение недели беспокоили боли в правом подреберье и правой половине грудной клетки, которые затем самостоятельно стихли. За медпомощью пациент не обращался. Два дня назад без видимой причины вновь возникли боли в правом подреберье, повысилась температура тела до 39,5 °С. При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень +6 см, болезненная. Каков предположительный диагноз? Какие методы уточняющей диагностики можно использовать? Какова тактика?

Задание № 9

1. Специальные методы обследования пациентов с заболеваниями печени.
2. Хирургическое лечение абсцессов печени: показания, виды оперативных вмешательств.
3. Клиническая картина, диагностика, лечение альвеококкоза печени.
4. Показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств при аскаридозе.
5. В отделении печеночной хирургии находится 43-летний пациент с диагностированной эхинококковой кистой правой доли печени. Киста

больших размеров (20 × 18 см), тугоэластической консистенции, гладкая. Диагноз ясен, хирургическая позиция определена — необходима операция. Во время вечернего обхода пациент отметил, что 15 минут назад при попытке встать у него появились разлитые боли в животе. При осмотре образование почти не пальпируется. Живот резко напряжен, болезненный во всех отделах. Что произошло? Какова тактика хирурга?

Задание № 10

1. Абсцессы печени: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

2. Хирургическое лечение эхинококкоза печени: показания, виды оперативных вмешательств.

3. Аскаридоз: этиология, эпидемиология, патогенез заболевания.

4. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика описторхоза.

5. Пациент, 56 лет, житель Казахстана, в течение нескольких месяцев стал отмечать боли в правом подреберье. Месяц назад впервые повысилась температура тела до субфебрильных, затем до фебрильных цифр, боли усилились. В прошлом у пациента была крапивница и зуд кожи. Его состояние при поступлении относительно удовлетворительное. Желтухи нет. Питание не нарушено. Правая реберная дуга как бы приподнята, правое подреберье выбухает. Пальпируется увеличенная печень, по ее нижнему краю определяется плотно-эластическое, округлое, болезненное образование, большая часть которого находится за реберной дугой. Лейкоцитоз крови $13,6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 54 мм/ч. Какое заболевание можно предположить у пациента? Какие уточняющие методы диагностики можно применить? Какова тактика?

ТЕМА: «ЖЕЛТУХИ»

Задание № 1

1. Строение и топография печени и желчевыводящих путей.
2. Причины механической желтухи.
3. Физиология обмена билирубина.
4. Хирургическая тактика при обтурационной желтухе.
5. После холецистэктомии по дренажу из холедоха выделяется до 1 л желчи в сутки. Кал обесцвечен. Какова тактика хирурга?

Задание № 2

1. Желтуха: определение понятия, классификация желтух.
2. Клиника, диагностика гемолитической желтухи.

3. Особенности анамнеза и клинические признаки механической желтухи опухолевого генеза.

4. Показания к экстренной операции при механической желтухе, виды оперативного пособия.

5. У пациента, 82 года, страдающего механической желтухой, при КТ-исследовании органов брюшной полости обнаружено объемное образование в области ворот печени со сдавлением правого и левого печеночного протоков. Каков диагноз и лечебная тактика?

Задание № 3

1. Дифференциальная диагностика желтух.

2. Данные биохимического исследования крови, мочи и кала для дифференциальной диагностики желтух (синдром диссоциации).

3. Методы интраоперационного исследования желчевыводящих протоков.

4. Показания к срочной операции и виды хирургического пособия при механической желтухе.

5. Анатомия треугольника Кало.

Задание № 4

1. Особенности клиники паренхиматозной желтухи.

2. План обследования пациентов с желтухой.

3. Инструментальные методы обследования пациентов с непроходимостью терминального отдела холедоха.

4. Механизм желчеобразования и желчевыделения.

5. Через 6 месяцев после холецистэктомии у пациента появилась интенсивная желтуха. Какова тактика хирурга?

Задание № 5

1. Предоперационная подготовка при механической желтухе.

2. Патогенез механической желтухи.

3. Специальные инструментальные методы исследования при желтухах.

4. Выбор метода операции при обтурационной желтухе.

5. У пациента с периодически развивающейся желтухой выявлен «вентильный» камень в холедохе, последний расширен до 2 см. Холецистэктомия была выполнена 7 лет назад. Какова оптимальная тактика?

Задание № 6

1. Клиническая картина паренхиматозной желтухи.

2. Консервативное лечение механической желтухи.

3. Лабораторная диагностика желтух.

4. Показания к наружному дренированию желчевыводящих путей при механической желтухе, виды дренажей и методика дренирования.

5. У пациента, 75 лет, страдающего ишемической болезнью сердца, развилась желтуха. Диагностирован стеноз фатерова соска. Какова тактика?

Задание № 7

1. Клиника холестатического холангита.

2. Энзимогепатограмма в диагностике заболеваний печени и желчевыводящих путей.

3. Оперативные вмешательства при механической желтухе, их виды и сроки.

4. Сущность двухэтапного хирургического лечения механической желтухи.

5. Через 6 месяцев после холецистэктомии у пациента развилась интенсивная желтуха. Какова тактика хирурга?

Задание № 8

1. Значение малоинвазивных методов хирургического лечения механической желтухи.

2. Особенности хирургической тактики при механической желтухе у пациентов старческого возраста.

3. Интраоперационная диагностика стеноза фатерова соска и степени его выраженности.

4. Показания к холецистостомии, ее виды и послеоперационное ведение при ней.

5. Вскоре после холецистэктомии по дренажу из брюшной полости обильно выделяется кровь. Что нужно делать?

Задание № 9

1. Физиология печени и желчевыводящих путей.

2. Критерии, на которых основывается выбор тактики лечения (консервативное или хирургическое) при механической желтухе.

3. Опухоль гепатобилиарной зоны как причина механической желтухи: генез, локализация, клиника, диагностика и тактика лечения.

4. Показания к операции в отсроченном периоде после разрешения явлений механической желтухи.

5. У пациентки, 78 лет, во время операции по поводу механической желтухи обнаружена неоперабельная опухоль головки поджелудочной железы, метастазы в печени. Гемодинамика не стабильна. Какова тактика хирурга?

Задание № 10

1. Основные механизмы нарушения проходимости желчных протоков.
2. Клиника и особенности хирургической тактики при механической желтухе, осложненной холангитом.
3. Особенности ведения пациентов с механической желтухой в послеоперационном периоде.
4. Варианты оперативных вмешательств при стриктурах желчевыводящих протоков.
5. Через 8 месяцев после холецистэктомии у пациента повторяются приступы болей опоясывающего характера, периодически возникает желтуха. Каков диагноз и тактика?

ТЕМА: «ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА»

Задание № 1

1. Классификация травм живота.
2. Клиника и диагностика изолированного повреждения желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.
3. Рентгенодиагностика повреждений органов живота.
4. Выбор метода операции при травме селезенки.
5. Во время операции по поводу закрытой травмы живота в брюшной полости обнаружено значительное количество светло-желтой жидкости. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 2

1. Повреждения передней брюшной стенки: клиника, диагностика и лечебная тактика.
2. Классификация повреждений печени.
3. Инструментальные методы диагностики травм живота.
4. Объем оперативного пособия при разрывах печени.
5. У пациента с закрытой травмой живота на 5-й день резко ухудшилось состояние, появились признаки перитонита, снизились показатели эритроцитов и гемоглобина. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 3

1. Патофизиологические и клинические проявления при повреждении полых органов брюшной полости.
2. Классификация повреждений поджелудочной железы.
3. Клиническая симптоматика разрыва мышц передней брюшной стенки.
4. Хирургическая тактика при внутрибрюшных гематомах.

5. У пациента, 65 лет, во время колоноскопии появились боли в левой половине живота, имеется легкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Каков диагноз и дальнейшая тактика?

Задание № 4

1. Патофизиологические и клинические проявления при повреждении паренхиматозных органов брюшной полости.
2. Классификация повреждений селезенки.
3. Клиническая симптоматика повреждения почек.
4. Методы выявления газа в свободной брюшной полости.
5. Через 2 недели после травмы печени у пациента появилась боль в правом подреберье, слабость, гектическая температура, бледность кожных покровов, выраженный воспалительный синдром со стороны периферической крови. Каков диагноз и дальнейшая тактика?

Задание № 5

1. Клиника и диагностика повреждений печени с нарушением целостности капсулы.
2. Клинико-лабораторная диагностика повреждений поджелудочной железы.
3. Методы определения жидкости в свободной брюшной полости.
4. Хирургическая тактика при повреждении 12-перстной кишки.
5. Через 3 месяца после травмы поджелудочной железы у пациента в левом подреберье появилось безболезненное выпячивание эластичной консистенции. Температура и анализ крови в норме. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 6

1. Клиника и диагностика повреждений печени без нарушения целостности капсулы.
2. Особенности клиники, диагностики и хирургической тактики при комбинированной травме брюшной и грудной полостей.
3. Техника выполнения диагностической лапароскопии.
4. Интраоперационная диагностика повреждений 12-перстной кишки.
5. Во время операции по поводу травмы живота обнаружен отрыв кишечной трубки от брыжейки на протяжении 40 см. Какова тактика хирурга?

Задание № 7

1. Повреждения желудка: классификация, клиника, диагностика и лечение.
2. Повреждения большого сальника: клиника, диагностика и лечение.

3. Травматические панкреатические свищи, лечебная тактика.
4. Диагностическое значение и техника выполнения исследования методом «шарящего» катетера.
5. У пациента после удара в живот определяется плотная болезненная опухоль, локализованная в верхней части правой прямой мышцы живота. Каков диагноз и тактика хирурга?

Задание № 8

1. Повреждения поджелудочной железы: клиника, диагностика и лечение.
2. Изолированные повреждения брюшины: клиника, диагностика и лечение.
3. Хирургическая тактика при забрюшинных гематомах.
4. Специальные методы диагностики повреждений органов брюшной полости.
5. Лечебная тактика при посттравматических гематомах печени.

Задание № 9

1. Повреждения тонкой кишки: клиника, диагностика и лечение.
2. Травматическая гемобилия: клиника, диагностика и лечение.
3. Виды операций при травматических кистах поджелудочной железы.
4. Диагностика забрюшинных гематом.
5. У пациента во время операции обнаружен отрыв желчного пузыря от ложа печени. Каковы действия хирурга?

Задание № 10

1. Повреждения толстой кишки: клиника, диагностика и лечение.
2. Посттравматический панкреатит: особенности клинического течения и лечебной тактики.
3. Значение рентгеноконтрастных методов исследования при травмах органов брюшной полости.
4. Виды операций при панкреатических свищах.
5. У пациента, 19 лет, после травмы живота произошел разрыв сигмовидной кишки. Пациент поступил в клинику через 3 дня после заболевания, имеются признаки общего перитонита. Какова тактика хирурга?

ТЕМА: «ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДИ»

Задание № 1

1. Классификация повреждений груди.
2. Диагностика проникающих ранений груди.

3. Причины, клиника и диагностика спонтанного пневмоторакса.
4. Методы лечения гемоторакса.
5. Пациент, 29 лет, поступил в клинику через 30 минут после ножевого ранения, которое сразу же вызвало фонтанирующее кровотечение. Пациент несколько раз терял на короткое время сознание. Кожные покровы бледные, АД 95/40 мм рт. ст. Рана на уровне IV межреберья, на 3 см левее парастернальной линии. Каков предполагаемый диагноз и лечебная тактика?

Задание № 2

1. Классификация ранений перикарда и сердца.
2. Клиника и диагностика закрытых повреждений груди.
3. Виды пневмоторакса, его клинические проявления.
4. Лечебная тактика при неосложненных переломах ребер.
5. Пациент, 35 лет, поступил в отделение через 3 часа после проникающего ножевого ранения груди в VI межреберье слева. Жалобы на небольшие боли в левой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Состояние пациента удовлетворительное. Через сутки наступило резкое ухудшение, внезапно появились сильные боли в груди и животе. Каков диагноз и тактика?

Задание № 3

1. Клиника и диагностика ранений легких.
2. Этиология и патогенез плевропульмонального шока.
3. Этиология и механизм развития закрытого пневмоторакса.
4. Методика выполнения пункции плевральной полости.
5. Опишите рентгенограмму пациента с проникающим ранением сердца.

Задание № 4

1. Этиология, клиника, диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса.
2. Источники кровотечения в плевральную полость при травмах груди.
3. Клиника открытого пневмоторакса, лечебная тактика.
4. Профилактика и лечение послеоперационной дыхательной недостаточности.
5. Правила реинфузии крови.

Задание № 5

1. Клиника, диагностика и лечение ранений сердца и перикарда.
2. Клиника и распознавание свернувшегося гемоторакса.
3. Этиология и патогенез травматической эмпиемы плевры.

4. Методика торакотомии и торакоцентеза.
5. Методика новокаиновых блокад при переломах ребер.

Задание № 6

1. Достоверные симптомы проникающего ранения легких (четыре).
2. Клиника и механизм возникновения клапанного (напряженного) пневмоторакса.
3. Профилактика эмпиемы плевры.
4. Диагностика инфицированного гемоторакса.
5. Методики пункции перикарда по Марфану, по Ларрею.

Задание № 7

1. Клиника, диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса.
2. Симптоматика и принципы лечения эмфиземы средостения.
3. Клинические и рентгенологические признаки тампонады сердца.
4. Клинические и рентгенологические проявления пневмогемоторакса.
5. Техника ушивания ран сердца.

Задание № 8

1. Клиника и диагностика торакоабдоминальных ранений.
2. Симптоматология перелома грудины.
3. Первая помощь при напряженном пневмотораксе, лечение.
4. Профилактика и лечение свернувшегося гемоторакса.
5. Пациент, 37 лет, получил ножевое ранение левой половины грудной клетки на уровне IV ребра по среднеключичной линии. В амбулаторию участковой больницы пациент явился самостоятельно, жаловался на удушье, боль в левой половине грудной клетки. Состояние удовлетворительное, пульс 120. Через 3 часа наступило резкое ухудшение. Каков диагноз и тактика?

Задание № 9

1. Клиника и диагностика ранений органов заднего средостения.
2. Клиника и диагностика двойных переломов ребер.
3. Клинические и специальные методы исследования сердца при закрытой травме грудной клетки.
4. Диагностика и лечение острой эмпиемы плевры.
5. Техника выполнения закрытого массажа сердца.

Задание № 10

1. Клиника, диагностика и лечение ранений аорты.
2. Первая помощь при нарастающей эмфиземе средостения.
3. Инородные тела легких и плевры: клиника, диагностика и лечение.

4. Диагностика продолжающегося кровотечения в плевральную полость.
5. Техника пункции плевральной полости.

ТЕМА: «ХИРУРГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ И ДИАФРАГМЫ»

Задание № 1

1. Заворот селезенки: клиника, диагностика, лечение.
2. Аплазия диафрагмы: клиника, диагностика.
3. Киста селезенки: определение понятия, классификация, клиническая картина.
4. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Пациентка, 43 года, жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после еды и в положении лежа. В положении стоя боли и жжение уменьшаются. В анализах крови умеренная гипохромная анемия. О каком заболевании следует думать?

Задание № 2

1. Абсцесс селезенки: этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Диафрагматит: причины возникновения, клиника, диагностика, лечение.
3. Киста селезенки: осложнения, современные методы хирургического лечения.
4. Клиническая картина диафрагмальных грыж.
5. Во время лапароскопической спленэктомии по поводу идиопатической тромбоцитопенической пурпуры оператор обнаружил в области хвоста поджелудочной железы добавочную селезенку размером 1 × 1 см. Какова тактика хирурга?

Задание № 3

1. Особенности строения селезенки, ее расположение в брюшной полости, топография, механизмы фиксации, закономерности кровоснабжения.
2. Грыжи слабых зон диафрагмы: этиология, виды, клиника, диагностика, лечение.
3. Абсцесс селезенки: определение понятия, этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение.
4. Хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Пациентка, 62 года, жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, отрыжку кислым, тошноту. Ранее пациентка не обследовалась, хотя болеет в течение 10 лет. Каков предварительный диагноз и тактика обследования?

Задание № 4

1. Тромбоз селезеночной вены: причины, клиническое проявление, диагностика, лечение.
2. Релаксация диафрагмы: этиология, классификация, клиника, лечение.
3. Заворот селезенки: клиническая картина, диагностика, хирургическая тактика.
4. Диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
5. У пациента, 20 лет, при профилактическом осмотре было обнаружено увеличение селезенки. В младенческом возрасте он перенес пупочный сепсис. При дальнейшем обследовании пациента было выявлено варикозное расширение вен пищевода 2-й степени и расширение геморроидальных вен. Каков предварительный диагноз? Какие еще исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Задание № 5

1. Роль селезенки как органа иммунной системы.
2. Травматические грыжи диафрагмы: причины, классификация, клиника.
3. Спленомегалия: определение понятия, причины развития, клиническая картина, лечение.
4. Рентгенологические признаки грыжи пищеводного отдела диафрагмы.
5. Пациент, 28 лет, поступил с клиникой желудочного кровотечения: многократной рвотой с примесью свежей крови. Стул дегтеобразный, дважды. Пациент болеет в течение 6 часов, язвенного анамнеза нет. В общем анализе крови гемоглобин 82 г/л, эритроциты 2,8. Назовите предполагаемый диагноз, определите тактику.

Задание № 6

1. Классификация заболеваний селезенки.
2. Диагностика повреждений диафрагмы.
3. Разница между спленомегалией и гиперспленизмом.
4. Френоперикардальная грыжа: причины, диагностика, клиника, лечение.
5. При выполнении лапаротомии по поводу закрытой травмы селезенки хирург обнаружил разрыв в области ворот селезенки с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. Решено выполнить спленэктомию. Какие действия может предпринять оператор для профилактики развития постспленэктомического гипоспленизма?

Задание № 7

1. Строение диафрагмы, взаиморасположение естественных отверстий диафрагмы и ее слабых мест.

2. Гиперспленизм: определение понятия, причины развития, классификация, диагностика, современные методы хирургической коррекции.

3. Клинико-рентгенологические симптомы релаксации диафрагмы.

4. Хирургическая патология селезенки при заболеваниях системы крови: анемиях, гемобластозах, тромбоцитопенической пурпуре.

5. В хирургическое отделение поступил пациент с подозрением на опухолевидное образование селезенки. При УЗИ и ЯМРТ обнаружены множественные жидкостные образования селезенки с ее увеличением до 16×8 см. Из анамнеза выявлено, что пациент проживал в Казахстане. О каком заболевании нужно думать? Какова тактика и объем лечения пациента?

Задание № 8

1. Патогенез легочных и сердечно-сосудистых нарушений при диафрагмальных грыжах.

2. Гипоспленизм: определение понятия, причины развития, классификация, исходы, современные методы профилактики.

3. Аневризма селезеночной артерии: определение понятия, причины развития, клиническая картина, диагностика, осложнения, варианты хирургического лечения.

4. Люмбокостальная грыжа (грыжа Богдалека): этиология, клиника, лечение.

5. У призывника, 18 лет, на обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечено высокое расположение левого купола диафрагмы, достигающего II–III ребер. Подвижность диафрагмы резко ограничена. Левый костодиафрагмальный угол заострен. Жизненная емкость легких снижена на 10 %. Функция органов желудочно-кишечного тракта не нарушена. Пациент отрицает наличие травмы в анамнезе. Каков предположительный диагноз? Какова тактика ведения пациента?

Задание № 9

1. Классификация заболеваний и повреждений диафрагмы.

2. Клинико-лабораторные проявления гиперспленизма.

3. Дифференциальная диагностика кист селезенки паразитарного и непаразитарного происхождения.

4. Парастернальная грыжа (грыжа Ларрея–Морганьи): этиология, клиника, лечение.

5. Пациент, 60 лет, страдающий хроническим лейкозом в течение последних 5 лет, после резкого наклона вперед через ограду (забор) с упором в живот внезапно отметил появление слабости, недомогания,

которые постепенно нарастают. Объективно в левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, слегка болезненная. Какой диагноз можно предположить? Какие дополнительные методы исследования нужно провести? Какова тактика ведения пациента?

Задание № 10

1. Основные функции диафрагмы, причины повышения внутрибрюшного давления и нарушения функции кардиального жома.
2. Аномалии развития селезенки: клиническая картина, исходы.
3. Инфаркт селезенки: определение понятия, причины развития, клиническая картина, диагностика, осложнения, лечение.
4. Клиническая картина грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
5. В дежурную больницу доставлен после автоаварии пациент, 28 лет, с клиникой «острого живота». Во время экстренной лапаротомии установлено ущемление петли тонкой кишки в щелевидном дефекте в области левого пояснично-реберного отдела диафрагмы. Такой же дефект имеется в области правого пояснично-реберного отдела диафрагмы. Каков диагноз? Какую операцию необходимо выполнить пациенту?

ТЕМА: «ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»

Задание № 1

1. Классификация форм портальной гипертензии в зависимости от уровня блока портального кровотока.
2. Клинические проявления подпеченочного блока, пути компенсации порто-печеночного кровотока.
3. Дифференциальная диагностика заболеваний пищевода и портальной гипертензии.
4. Методы консервативного лечения портальной гипертензии.
5. У пациента с кистой поджелудочной железы при целиакографии обнаружены резкое расширение и ампутация селезеночной вены, спленомегалия. Каков диагноз и тактика?

Задание № 2

1. Надпеченочный блок: причины, клиника, диагностика.
2. Анатомия портальной системы.
3. Дифференциальная диагностика заболеваний желудка и 12-перстной кишки и портальной гипертензии.
4. Малоинвазивные методики в лечении портальной гипертензии (TIPS).

5. У пациента с желудочным кровотечением увеличена печень, имеется асцит, расширены вены передней брюшной стенки. Поставьте диагноз и определите тактику.

Задание № 3

1. Внутривенный блок портального кровотока: причины, клиника, диагностика.
2. Портокавальные анастомозы, их клиническое значение при патологии печени.
3. Болезнь Киари: патанатомия, клиническое проявление.
4. Операции, направленные на создание окольных путей оттока венозной крови из портальной системы.
5. У пациента с длительно кровоточащим геморроем увеличена печень, имеется асцит. Каков диагноз и тактика?

Задание № 4

1. Внепеченочный (подпеченочный) блок портального кровотока: причины, клиника, диагностика.
2. Патогенез кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
3. Синдром Бадда–Киари: причины, механизм развития и клиническое проявление.
4. Операции, направленные на уменьшение притока крови в портальную систему.
5. В раннем послеоперационном периоде у пациента имеется рецидив кровотечения из вен пищевода. Каков диагноз и тактика?

Задание № 5

1. Клиническое проявление портальной гипертензии.
2. Патанатомия и патофизиология при надпеченочном блоке портального кровотока.
3. Патогенез асцита при портальной гипертензии.
4. Методика выполнения операции Тальма.
5. При эзофагоскопии обнаружено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, остановить которое консервативными мероприятиями не удалось. Определите тактику.

Задание № 6

1. Смешанная форма блокады портального кровотока: причины, клиника, диагностика.
2. Разница между спленомегалией и гиперспленизмом.
3. Патанатомия и патофизиология при внутривенном блоке кровотока.

4. Метод остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода с помощью зонда Блекмора.

5. Благодаря применению в течение двух суток зонда Блекмора кровотечение удалось остановить. Какова дальнейшая тактика?

Задание № 7

1. Методы рентгенодиагностики портальной гипертензии.

2. Патанатомия и патофизиология при подпеченочном блоке портального кровотока.

3. Патогенез спленомегалии при портальной гипертензии.

4. Операции, направленные на разобщение вен желудка и пищевода с венами портальной системы.

5. У пациента с анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией увеличены печень и селезенка, возник асцит. Каков диагноз и тактика?

Задание № 8

1. Клиническое проявление портальной гипертензии в зависимости от стадии и формы блока кровообращения.

2. Клиника и диагностика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

3. Специальные методы исследования при портальной гипертензии.

4. Операции, направленные на увеличение притока артериальной крови к печени.

5. У пациента, 42 года, увеличена печень, развит асцит. Пункция брюшной полости производилась более 20 раз. Наметьте тактику.

Задание № 9

1. Дифференциальная диагностика заболеваний крови и портальной гипертензии.

2. Клинико-лабораторные проявления гиперспленизма.

3. Наиболее частые причины внутрипеченочного блока портального кровотока.

4. Техника целиакографии.

5. После наложения прямого портокавального анастомоза появилась выраженная интоксикация, повысился уровень трансаминаз, остаточного азота. Каковы причины этого?

Задание № 10

1. Дифференциальная диагностика заболеваний печени (гепатит, рак, эхинококкоз) и портальной гипертензии.

2. Ведущие клинические проявления портальной гипертензии.

3. Особенности патогенеза и клиники портальной гипертензии при циррозе Пика.

4. Сосудистые портокавальные анастомозы.
5. У пациента рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Какова тактика?

ТЕМА: «ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ»

Задание № 1

1. Определение основных понятий: трансплантация, реципиент, донор.
2. Показания к трансплантации почки.
3. Осложнения после трансплантации печени: виды, клиника, диагностика, лечение.
4. Виды трансплантаций кишечника.
5. В начале XX века А. Carrel, занимаясь пересадкой органов у животных, отметил, что орган, взятый от другого животного, отторгается, а орган, взятый от животного и реплантированный ему же, приживается. Чем обусловлен феномен отторжения?

Задание № 2

1. Классификация трансплантаций (по типу трансплантатов, типу доноров, месту имплантации органа).
2. Виды и техника трансплантации почки.
3. Показания к трансплантации сердца.
4. Осложнения после трансплантации кишечника.
5. Молодому пациенту, у которого есть однояйцовый брат-близнец, необходима пересадка почки. Брат согласен отдать одну из своих почек. Как называется подобная трансплантация?

Задание № 3

1. Основы организации трансплантации органов в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей».
2. Критерии отбора донора и реципиента. Противопоказания к трансплантации почки.
3. Особенности техники выполнения трансплантации сердца.
4. Возможности клеточных технологий в лечении сахарного диабета.
5. Ребенку, 14 лет, необходима пересадка печени. Мать согласна на пересадку своей левой доли печени сыну. Как называется подобная трансплантация?

Задание № 4

1. Данные о первых трансплантациях почек, печени, сердца в Республике Беларусь.

2. Осложнения после трансплантации почки: виды, клиника, диагностика, лечение.

3. Критерии отбора донора и реципиента. Противопоказания к трансплантации сердца.

4. Виды трансплантаций легких.

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

Задание № 5

1. Основы организации трансплантации органов в Республике Беларусь. Координация донорства. Бригада мультиорганного забора. Понятие о листе ожидания на трансплантацию.

2. Особенности послеоперационного ведения пациентов после трансплантации почки. Иммуносупрессивная терапия.

3. Операции ауто трансплантации, гетеротопической и ортотопической трансплантации сердца, трансплантации сердечно-легочного комплекса, пересадки второго сердца в грудную клетку.

4. Показания и противопоказания к трансплантации кишечника.

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

Задание № 6

1. Методы сохранения органов для трансплантации.

2. Современная иммунодепрессивная терапия: характеристика иммунодепрессантов, механизм их действия, побочные явления и осложнения, вызываемые иммунодепрессантами, и их коррекция.

3. Профилактика и лечение инфекционных осложнений после трансплантации сердца.

4. Показания и противопоказания к трансплантации легких.

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 РLA-антигенам соблюдена. В чем причина отторжения? Какой вид реакции отторжения наступил у пациента?

Задание № 7

1. Проблемы органного донорства. Категории доноров (живые родственные доноры, доноры «brain death» и «non-heart-beating»).

2. Виды трансплантаций печени. Трансплантация от живых доноров. Трансплантация трупной печени.

3. Осложнения после трансплантации сердца: отторжение, классификация. Иммуносупрессивная терапия.

4. Возможности клеточных технологий в регенерации костной ткани.

5. Пациент, 50 лет, страдает тяжелым комбинированным пороком сердца. Предполагаемая продолжительность жизни 6 месяцев. Из сопутствующей патологии у пациента имеется инсулинзависимый сахарный диабет. Показана ли пациенту пересадка сердца?

Задание № 8

1. Определение понятий: клиническая, биологическая смерть мозга.

2. Показания к трансплантации печени. Критерии отбора донора и реципиента. Противопоказания к трансплантации печени.

3. Особенности техники выполнения трансплантации поджелудочной железы.

4. Осложнения после трансплантации легких: клиника, диагностика, лечение.

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

Задание № 9

1. Клинические, электрофизиологические, патоморфологические аспекты смерти мозга.

2. Особенности послеоперационного ведения пациентов после трансплантации печени. Иммуносупрессивная терапия.

3. Показания и противопоказания к трансплантации поджелудочной железы.

4. Особенности подготовки пациентов к трансплантации органов.

5. Четырехмесячному мальчику был пересажен комплекс «сердце–легкие», а его здоровое сердце пересадили трехмесячной девочке. Как называется данный вид трансплантации?

Задание № 10

1. Понятие об отторжении органа. Механизмы трансплантационного иммунитета.

2. Основные этапы трансплантации печени.

3. Осложнения после трансплантации поджелудочной железы: виды, клиника, диагностика, лечение.

4. Трансплантация стволовых клеток.

5. Печень трупного донора была разделена на две части, большая из которых была пересажена взрослому пациенту, а меньшая — ребенку. Как называется данный вид трансплантации?

ТЕМА: «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ХИРУРГИИ»

Задание № 1

1. Классификация сахарного диабета.
2. Причины возникновения псевдоперитонита у пациентов с сахарным диабетом.
3. Причины и особенности лечения гастродуоденальных кровотечений у пациентов с сахарным диабетом.
4. Хирургическое лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки у пациентов с сахарным диабетом.
5. При обследовании пациента с сухой гангрой I пальца стопы выявлено отсутствие пульса на артериях стопы. Каковы методы дополнительного обследования и тактика хирурга?

Задание № 2

1. Особенности клинического течения анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей.
2. Причины нарушения регенерации ран при сахарном диабете.
3. Особенности поражения артерий при сахарном диабете.
4. Принципы хирургического лечения гнойно-некротических осложнений при синдроме диабетической стопы.
5. При обследовании пациента с остеомиелитом фаланг I пальца стопы и флегмоной подошвенной поверхности стопы выявлена удовлетворительная пульсация артерий стопы. Какова дальнейшая тактика хирурга?

Задание № 3

1. Классификация синдрома диабетической стопы.
2. Особенности хирургической тактики при сахарном диабете.
3. Виды поражения стоп при нейропатической форме синдрома диабетической стопы.
4. Клинические проявления нейроишемической формы синдрома диабетической стопы.
5. У пациента на фоне декомпенсации сахарного диабета (гликемия 26 ммоль/л, метаболический ацидоз) возникла рвота, боли в животе, дыхание Куссмауля. Температура тела не повышена, при осмотре живота отмечается болезненность и дефанс мышц во всех отделах. Составьте план дальнейшего обследования и лечения такого пациента.

Задание № 4

1. Понятие о реваскуляризации, ее виды и место в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы.
2. Особенности хирургических вмешательств при сахарном диабете.

3. Клинические проявления ишемической формы синдрома диабетической стопы.

4. Причины раневых осложнений у пациентов с сахарным диабетом.

5. У пациента с сахарным диабетом после инъекции на бедре возник отек, болезненный по периферии, с малоизмененной кожей и крепитацией, определяемой при пальпации. Каков предположительный диагноз и тактика лечения?

Задание № 5

1. Понятие о критической ишемии конечности. Ее связь с классификацией Фонтейна–Покровского.

2. Виды ревазуляризирующих операций у пациентов с ишемической формой синдрома диабетической стопы.

3. Клинические проявления нейропатической формы синдрома диабетической стопы.

4. Различия нейропатической и ишемической форм синдрома диабетической стопы.

5. У пациента имеется обширная флегмона стопы с гангреной кожи подошвенной поверхности. Пульс на подколенной артерии определяется. Каков объем оперативного лечения?

Задание № 6

1. Особенности хирургических вмешательств у пациентов с сахарным диабетом.

2. Препараты для консервативного лечения ишемической формы синдрома диабетической стопы.

3. Показания к оперативному лечению при ишемической форме синдрома диабетической стопы.

4. Особенности клинического течения анаэробной неклостридиальной инфекции.

5. У пациента с сахарным диабетом имеются постоянные боли в стопе, уменьшающиеся только при опускании конечности с кровати. Пульс определяется только на бедренной артерии, волосяной покров на стопе отсутствует. Чувствительность стопы резко снижена. Каков диагноз и тактика лечения?

Задание № 7

1. Этиология и патогенез синдрома диабетической стопы.

2. Препараты для консервативного лечения нейропатической формы синдрома диабетической стопы.

3. Этапы хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей при сахарном диабете.

4. Причины развития осложнений со стороны послеоперационной раны при сахарном диабете.

5. У пациента с сахарным диабетом имеется трофическая язва подошвенной поверхности стопы. Пульс на артериях стопы определяется, чувствительность стопы резко снижена. Каков диагноз и тактика лечения?

Задание № 8

1. Виды хирургических вмешательств при гнойно-некротических процессах на стопе.

2. Патогенез псевдоперитонита при декомпенсации сахарного диабета.

3. Подход к лечению раневых осложнений при сахарном диабете.

4. Механизм действия инсулина.

5. У пациента с сахарным диабетом на третьи сутки после операции отмечается стойкое повышение уровня глюкозы, плохо корригируемое дополнительным введением простого инсулина. Температура субфебрильная, перистальтика активная. Кожа в области послеоперационной раны обычного цвета, пальпация раны слабо болезненна. Каковы дальнейшие действия?

Задание № 9

1. Осложнения сахарного диабета, входящие в компетенцию хирурга.

2. Обследование пациента с ишемической формой синдрома диабетической стопы.

3. Причины осложнений со стороны послеоперационной раны у пациентов с сахарным диабетом и пути их профилактики.

4. Дифференциальная диагностика перитонита и псевдоперитонита при декомпенсации сахарного диабета.

5. У пациента на фоне декомпенсации сахарного диабета отмечен эпизод гастродуоденального кровотечения. При ФГДС выявлена диффузная кровоточивость слизистой желудка. Какова тактика дальнейшего лечения?

Задание № 10

1. Тактика лечения пациентов в зависимости от формы синдрома диабетической стопы.

2. Клинические и лабораторные данные, характерные для пациентов с псевдоперитонитом на фоне сахарного диабета.

3. Понятие о некрэктомии. Признаки жизнеспособности тканей.

4. Актуальность проблемы синдрома диабетической стопы для здравоохранения.

5. У пациента, 60 лет, страдающего сахарным диабетом, в течение трех дней развилась сухая гангрена I пальца стопы. Пульс на артериях стопы не определяется, на подколенной и бедренной артериях — удовлетворительный. Каков диагноз и тактика дальнейшего обследования и лечения?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Задание № 1

1. Анатомия щитовидной железы.
2. Характеристика степеней тяжести тиреотоксикоза.
3. Показания к хирургическому лечению пациентов с эутиреоидным зобом.
4. Принципы хирургических вмешательств на щитовидной железе.
5. Пациентка, 63 года, страдает болезнью Грейвса со среднетяжелым течением тиреотоксикоза. Объем железы 21 см³, узлы в железе отсутствуют, хронические заболевания в стадии декомпенсации также не выявлены. Какова предпочтительная тактика лечения?

Задание № 2

1. Физиологические сведения о щитовидной железе.
2. Гипотиреоз: классификация, клинические проявления.
3. Зоб Риделя: клиника, диагностика и лечение.
4. Осложнения хирургических вмешательств на щитовидной железе.
5. У пациента загрудинный зоб с признаками компрессионного синдрома (сдавление трахеи). Какова тактика?

Задание № 3

1. Классификация (степени тяжести) тиреотоксикоза, характеристика степеней.
2. Этиология эндемического и спорадического зоба.
3. Зоб Хашимото: клиника, диагностика и лечение.
4. Показания к оперативному лечению узлового/многоузлового зоба.
5. У пациента цитологически верифицированный узловой коллоидный эутиреоидный зоб с локализацией узлового образования диаметром 5 см в одной из долей щитовидной железы. Каков оптимальный вариант лечения?

Задание № 4

1. Виды синдрома тиреотоксикоза в зависимости от причины возникновения. Клиническая картина синдрома тиреотоксикоза.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы.
3. Диагностика загрудинного зоба.

4. Предоперационная подготовка пациентов с тиреотоксикозом.

5. На следующий день после тиреоидэктомии по поводу болезни Грейвса у пациента отмечено двигательное и психическое возбуждение, тахикардия, гипертермия. Каков диагноз и лечение?

Задание № 5

1. Тиреотоксический криз: патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Методы лечения болезни Грейвса, их преимущества и недостатки.

3. Эндокринная (аутоиммунная) офтальмопатия: этиология, классификация, клинические проявления.

4. Клинические проявления послеоперационного гипопаратиреоза.

5. У пациентки, 35 лет, в правой доле щитовидной железы выявлено опухолевидное образование плотно-эластической консистенции и диаметром 2 см. Образование визуально не заметно, гормональный фон в пределах нормы, по данным пункционной биопсии выявлен коллоидный зоб. Какова лечебная тактика?

Задание № 6

1. Эндемический зоб: этиология, клиника, диагностика, лечение.

2. Подострый тиреоидит де Кервена: этиология, клиника, диагностика, лечение.

3. Инструментальные методы обследования пациентов с заболеванием щитовидной железы.

4. Особенности дифференциальной диагностики аденом щитовидной железы.

5. Через несколько часов после операции по поводу зоба у пациента резко увеличилась окружность шеи, появилось затрудненное дыхание. Какова возможная причина этого? Какова тактика?

Задание № 7

1. Острый тиреоидит (струмит): клиника, диагностика, лечение.

2. Глазные симптомы при тиреотоксикозе.

3. Показания к сцинтиграфии щитовидной железы.

4. Синдромы тиреотоксикоза.

5. Произведена резекция доли щитовидной железы с узлом. При гистологическом исследовании обнаружен папиллярный рак. Какова дальнейшая тактика лечения?

Задание № 8

1. Тиреотоксический криз: причины, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

2. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы и хронического тиреоидита.

3. Кровоснабжение щитовидной железы, особенности венозного и лимфатического оттока.

4. Особенности операций при диффузном токсическом зобе (болезни Грейвса).

5. У пациента, оперированного по поводу болезни Грейвса, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Затем появились болезненные судороги, симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у пациента?

Задание № 9

1. Гипотиреоз (микседема): причины, клиника, лечение.

2. Рак щитовидной железы: клиника, диагностика и лечение.

3. Классификация степеней увеличения щитовидной железы по ВОЗ (2001 г).

4. Рецидив зоба: причины, клиника, лечение.

5. Пациентка, 65 лет, жалуется на раздражительность, непереносимость жары, повышенную потливость. Отмечается наличие аритмий. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. При обследовании уровень ТТГ снижен, свободного Т4 — повышен. При пункции узла получен коллоид, при сцинтиграфии — в проекции узла повышенное накопление радиофармпрепарата. Каков диагноз?

Задание № 10

1. Классификация злокачественных и доброкачественных опухолей щитовидной железы.

2. Первичный гиперпаратиреоз: клиника, диагностика и лечение.

3. Клинико-лабораторное обследование пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

4. Аберрантные локализации зоба: классификация и клиническое значение.

5. У пациентки, 31 год, после перенесенной ОРВИ и фолликулярной ангины появилась раздражительность, утомляемость, она стала прогрессивно худеть. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы, положительные глазные симптомы Кохера и Мебиуса, неустойчивость в позе Ромберга. Пульс 110 уд./мин, аритмичен. Каков диагноз?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Задание № 1

1. Анатомия молочной железы.
2. Понятие о самообследовании молочных желез: цель, методика, сроки выполнения.
3. Неспецифические воспалительные заболевания молочной железы (маститы): клиника, диагностика, лечение.
4. Гинекомастия: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. При профилактическом медицинском осмотре у молодой здоровой нерожавшей женщины в правой молочной железе обнаружено опухолевидное образование округлой формы, плотноэластической консистенции, диаметром 3 см, безболезненное при пальпации. Каков предварительный диагноз? Составьте план обследования пациентки.

Задание № 2

1. Эмбриология молочной железы.
2. Общеклинические методы обследования молочной железы.
3. Специфические воспалительные заболевания молочной железы: этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Трещины сосков молочной железы: этиология, клиника, осложнения, лечение.
5. У 58-летней женщины, находящейся в климактерическом периоде, появились серозно-желтоватые выделения из соска левой молочной железы. О каких заболеваниях следует думать? Назначьте необходимое обследование.

Задание № 3

1. Физиология молочной железы.
2. Инструментальные методы обследования молочной железы.
3. Мастопатии: определение, этиология, классификация.
4. Показания к оперативному лечению гинекомастии, виды операции.
5. У пациентки, 26 лет, прекратившей кормление около трех месяцев назад, при УЗИ правой молочной железы выявлено жидкостное образование диаметром около 3 см. Каков предварительный диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Задание № 4

1. Кровоснабжение молочной железы.
2. Маммография: показания, методика выполнения, оценка результатов.
3. Мастопатии: клиника, диагностика, лечение, показания к операции.

4. Ретромаммарный мастит: особенности клиники, диагностики, лечения.

5. У пациентки, 25 лет, неделю назад родившей недоношенного ребенка, появились боли в левой молочной железе, субфебрильная температура, уплотнение в верхненаружном квадранте, где при пальпации отмечается болезненность. С чем связано данное состояние? Какое лечение следует назначить?

Задание № 5

1. Топографическая анатомия молочной железы.
2. Осмотр и пальпация молочных желез: цель, методика выполнения.
3. Фиброаденома молочной железы: этиология, клиника, диагностика, лечение.

4. Профилактика возникновения лактационного мастита.

5. Пациентка, 29 лет, кормящая, в течение четырех суток жалуется на боли в правой молочной железе. В момент осмотра отмечается гектическая температура. Правая молочная железа визуально больше, чем левая, в верхненаружном квадранте — гиперемия кожных покровов. Пальпаторно определяется болезненность и флюктуация в центре пальпируемого образования. Каков диагноз? Какое показано лечение?

Задание № 6

1. Иннервация молочной железы.
2. Факторы риска развития заболеваний молочной железы.
3. Мастодиния (болезнь Купера): этиология, клиника, диагностика, лечение.

4. Показания к оперативному лечению мастопатии, виды операций.

5. У незамужней женщины, 35 лет, в последние два года периодически стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальный период. Несколько дней назад пациентка в левой молочной железе обнаружила образование. Молочные железы визуально не изменены. В верхнем наружном квадранте левой молочной железы пальпируется плотное, округлой формы, без четких контуров образование размером 3×2 см, незначительно болезненное при пальпации, не спаянное с кожей и окружающими тканями. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Каков предполагаемый диагноз? Составьте план обследования и лечения.

Задание № 7

1. Лимфоотток от молочной железы.
2. Классификация врожденных и приобретенных аномалий молочной железы.

3. Хронический инфильтративный мастит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

4. Профилактика заболеваний молочной железы.

5. У 28-летней пациентки диагностирован острый гнойный ретромаммарный мастит. Назовите другие варианты гнойного мастита. Какой доступ следует использовать для вскрытия гнойника? Назначьте лечение в послеоперационном периоде.

Задание № 8

1. Классификация заболеваний молочной железы.

2. Методы лучевой диагностики заболеваний молочной железы.

3. Неспецифические воспалительные заболевания молочной железы (маститы): классификация, этиология, патогенез, осложнения.

4. Интрадуктальная папиллома молочной железы: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

5. На приеме в поликлинике к хирургу обратился пациент, 38 лет, с жалобами на припухлость в области правого соска. При пальпации в проекции правой грудной железы определяется опухолевидное образование диаметром 3 см, плотной консистенции, не связанное с кожей и подлежащими тканями. Каков предполагаемый диагноз? Составьте план обследования и лечения.

Задание № 9

1. Особенности морфологии и физиологии молочной железы в период беременности и лактации.

2. Классификация воспалительных заболеваний молочной железы.

3. Галактоцеле: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Факторы риска развития рака молочной железы.

5. Пациентка, 28 лет, предъявляет жалобы на боли в левой молочной железе, появляющиеся перед наступлением менструации и исчезающие с ее началом. В анамнезе 5 беременностей, 5 аборт. При осмотре изменений в молочных железах выявить не удается. Пальпаторно обнаруживаются различные по величине и протяженности, болезненные, без четких границ уплотнения с зернистой поверхностью. Обоснуйте план обследования, диагноз и лечение пациентки.

Задание № 10

1. Топография и строение молочной железы.

2. Острые маститы: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

3. Узловая (очаговая) мастопатия: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.

4. Профилактика заболеваний молочной железы.

5. Пациентку, 23 года, через неделю после кесарева сечения беспокоят выраженные боли в области соска, препятствующие нормальному кормлению этой грудью. С чем связано данное состояние? Какое лечение следует назначить?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ»

Задание № 1

1. Хирургическая анатомия средостения.
2. Невриномы заднего средостения: этиология, патанатомия, диагностика, лечение.
3. Методы исследования при заболеваниях средостения.
4. Медиастинальный синдром.
5. У пациента с кистой средостения появился сильный кашель, кровохарканье, в большом количестве отходят кашицеобразные массы и волосы. Поставьте диагноз.

Задание № 2

1. Классификация синдромов при заболеваниях средостения.
2. Сосудистые опухоли заднего средостения: этиология, патанатомия, диагностика, лечение.
3. Операционные доступы к средостению.
4. Классификация, этиология, клиническая картина медиастинитов.
5. У пациентки периодически возникают признаки удушья и дисфагии, имеется отек лица и шеи, набухание вен шеи и грудной клетки. Поставьте диагноз.

Задание № 3

1. Хирургическая анатомия средостения.
2. Бронхогенные кисты: этиология, патанатомия, диагностика, лечение.
3. Диагностика, дифференциальная диагностика медиастинитов.
4. Методы диагностики опухолей и кист средостения.
5. Пациентка, 26 лет, поступила в клинику для обследования и уточнения диагноза. При профилактическом осмотре на рентгенограмме справа над куполом диафрагмы обнаружено интенсивное затемнение размерами 9 × 10 см, сливающееся с тенью диафрагмы. В каком исследовании нуждается пациентка?

Задание № 4

1. Методы исследования средостения.
2. Перикардальные кисты: этиология, патанатомия, диагностика, лечение.
3. Комплексная детоксикация при медиастинитах.
4. Классификация опухолей средостения.
5. При пункции тонкостенной кисты средостения получен гной. Какова тактика?

Задание № 5

1. Микробиологические аспекты медиастинитов.
2. Дермоидные кисты переднего средостения: этиология, патанатомия, диагностика, хирургическое лечение.
3. Правила и способы дренирования средостения при медиастинитах.
4. Хирургическая анатомия средостения.
5. Пациент, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, озноб, повышение температуры тела до 38 °С, боли, возникающие при отведении головы кзади и разгибании шеи. Из анамнеза известно, что 3 дня назад пациент был избит неизвестными, производилась первичная хирургическая обработка раны передней поверхности грудной клетки в поликлинике. Объективно состояние тяжелое. Что может быть у пациента? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза? Какова тактика лечения?

Задание № 6

1. Диагностическая программа при медиастинитах.
2. Тимомы: этиология, патанатомия, диагностика, хирургическое лечение.
3. Топографическая анатомия средостения.
4. Классификация синдромов при заболеваниях средостения.
5. У пациента, 53 года, при рентгенологическом исследовании грудной клетки обнаружено опухолевидное образование в переднем средостении. Каков план дальнейшего обследования и лечения?

Задание № 7

1. Классификация синдромов при заболеваниях средостения.
2. Соединительнотканые опухоли переднего средостения: этиология, патанатомия, диагностика, хирургическое лечение.
3. Методы исследования средостения.
4. Хирургические способы лечения медиастинитов.
5. При рентгенологическом исследовании в заднем средостении обнаружена опухоль шаровидной формы, плотно прилегающая к задним ребрам. Поставьте диагноз.

Задание № 8

1. Дополнительные методы исследования при заболеваниях средостения.
2. Классификация, этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика медиастинитов.
3. Операционные доступы к средостению.
4. Кисты перикарда: локализация, клиника, диагностика, лечение.
5. Пациент, 44 года, поступил в клинику с диагнозом киста перикарда, которая была выявлена при прохождении профилактического осмотра в поликлинике. При рентгенологическом исследовании определяется округлая тень с четкими контурами в правом кардиодиафрагмальном углу. Какова тактика?

Задание № 9

1. Классификация опухолей средостения.
2. Правила и способы дренирования средостения.
3. Рентгенологические методы исследования средостения.
4. Локализация, клиника и лечение целомических кист.
5. Пациент, 43 года, поступил в клинику с жалобами на периодические приступообразные боли в области сердца, чувство тяжести за грудиной, одышку при физической нагрузке. Он болеет в течение двух лет. В районной больнице исключен инфаркт миокарда. На рентгенограмме грудной клетки в правом переднем кардиодиафрагмальном углу определяется полуовальная тень, которая примыкает к средостению, куполу диафрагмы. Видимые контуры ткани выпуклые, четкие, структура однородная. Каков предварительный диагноз? Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить?

Задание № 10

1. Диагностическая программа при опухолях средостения.
2. Принципы лечения медиастинитов различной этиологии.
3. Перикардальные кисты: этиология, патанатомия, диагностика, лечение.
4. Клиническая картина тимомы и миастении.
5. Пациент, 42 года, обратился в стационар с жалобами на давящую боль за грудиной, в межлопаточном пространстве, онемение рук, снижение чувствительности в руках. При обследовании обнаружен остеохондроз грудного отдела позвоночника. На рентгенограмме легких определяется округлая тень в верхнезаднем средостении. Имеется симптом «песочных часов». Каков предварительный диагноз и тактика лечения?

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА»

Задание № 1

1. Хирургическая анатомия пищевода.
2. Классификация заболеваний пищевода.
3. Причины ожога пищевода.
4. Травматические повреждения пищевода: причины, клиническая картина, диагностика.
5. У пациента, 37 лет, в течение двух лет прогрессирует слабость, явления дисфагии. Каков план обследования?

Задание № 2

1. Кровоснабжение и иннервация пищевода.
2. Спонтанный разрыв пищевода: диагностика и лечение.
3. Инородные тела пищевода: причины, клиника, диагностика и лечение.
4. Лечение ожогов пищевода.
5. У пациента с ахалазией кардии дисфагия приобрела упорный характер, нарастает слабость, похудение. Какие дополнительные исследования необходимы?

Задание № 3

1. Методы исследования пищевода.
2. Эзофагит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Первая помощь при химическом ожоге пищевода.
4. Дивертикулы пищевода: показания к оперативному лечению, варианты операции.
5. У пациента имеется значительная саливация, не связанная с приемом пищи. Какие исследования следует провести?

Задание № 4

1. Спонтанный разрыв пищевода.
2. Патогенез химического ожога пищевода.
3. Дивертикулы пищевода: механизм образования, локализация.
4. Кардиоспазм (ахалазия кардии): классификация, этиопатогенез, клиническая картина.
5. Тактика хирурга при синдроме Бурхаве.

Задание № 5

1. Методы исследования пищевода.
2. Рефлюкс-эзофагит: этиология, морфологические проявления, клиника, диагностика, лечение.

3. Спонтанный разрыв пищевода: этиология, патогенез, клиническая картина.

4. Дивертикулы пищевода: классификация, клиническая картина, диагностика.

5. Каковы особенности промывания желудка и пищевода у пациента с химическим ожогом?

Задание № 6

1. Ахалазия кардии: этиология, патогенез, клиника, диагностика.

2. Клиническая картина ожога пищевода в зависимости от глубины поражения тканей.

3. Дивертикулы пищевода: диагностика, клиника, осложнения, лечение.

4. Общая симптоматика патологии пищевода.

5. Пациент, 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли за грудиной при проглатывании пищи и ее затрудненное прохождение в течение трех месяцев. Из анамнеза известно, что 2 года тому назад пациент случайно выпил глоток уксусной кислоты. Чем может быть обусловлена клиническая картина?

Задание № 7

1. Особенности патологоанатомических изменений в тканях пищевода в зависимости от вида агрессивной жидкости.

2. Ахалазия кардии: стадии, осложнения, методы лечения.

3. Инородные тела пищевода как причина ятрогенных осложнений.

4. Осложнения ожогов пищевода (ранние и поздние): клиническая картина, диагностика, лечение.

5. Пациентка, 27 лет, поступила с жалобами на боли в грудной клетке, дисфагию, срыгивания непереваренных кусков пищи. Из анамнеза известно, что на фоне полного здоровья после неприятности на работе появились вышеперечисленные жалобы. Какие методы исследования нужно рекомендовать пациентке?

Задание № 8

1. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе.

2. Халазия кардии: классификация, этиопатогенез, клиническая картина, диагностика.

3. Спонтанные разрывы пищевода: этиология, локализация, клиника, лечение.

4. Инородные тела пищевода: клиническая картина, диагностика, лечение.

5. У пациента с упорной дисфагией рентгенологическое исследование патологии не выявило. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задание № 9

1. Ранние осложнения ожога пищевода: клиника, диагностика, лечебная тактика.

2. Дифференциальная диагностика ахалазии кардии, рака пищевода и кардиального отдела желудка.

3. Колликвационный некроз тканей стенки пищевода: этиология, патогенез и лечебная тактика.

4. Доброкачественные опухоли пищевода: клиническая картина, диагностика, показания к оперативному лечению.

5. Показания к ретроградному бужированию пищевода и его техника.

Задание № 10

1. Поздние осложнения ожога пищевода: патогенез, клиника, диагностика, лечебная тактика.

2. Дивертикул Ценкера: локализация, клиника, диагностика, лечебная тактика.

3. Коагуляционный некроз стенки пищевода: этиология, патогенез, особенности клиники и морфологических изменений.

4. Халазия кардии: показания к оперативному лечению, виды операции.

5. У пациента после ФГДС на шее появилась эмфизема. Составьте план обследования и лечения.

ТЕМА: «ТРОМБОЗЫ ВЕН, ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ»

Задание № 1

1. Клиническая анатомия и физиология вен ног.

2. Классификация тромбозов и тромбофлебитов глубоких вен (по локализации, степени и стадии патологического процесса).

3. Обследование пациента с тромбозом глубоких вен ног.

4. Принципы лечения тромбозов и тромбофлебитов магистральных вен.

5. Тромбирована большая подкожная вена. Возникли отек, боли, гиперемия, высокая температура, интоксикация. Поставьте диагноз. Определите тактику.

Задание № 2

1. Перфорантные вены и их локализация.
2. Тромбозы и тромбофлебиты глубоких вен: этиопатогенез, клиническая картина.
3. Клиническая картина тромбоза подключичной вены.
4. Варианты оперативных вмешательств при посттромбофлебитической болезни (ПТФБ).
5. У пациента восходящий илеофemorальный тромбоз. Какова тактика?

Задание № 3

1. Посттромботическая болезнь: классификация, этиопатогенез.
2. Показания к оперативному лечению тромбоза глубоких вен, виды операций.
3. Клиника тромбоза илеофemorального сегмента.
4. Тромбоз глубоких вен голени: клиническая картина, диагностика.
5. После родов у пациентки были боли в ноге, отек, цианоз. Через 5 лет появились расширенные вены нижних конечностей. Какова этиология этого варикоза? Определите объем обследования.

Задание № 4

1. Клапанный аппарат вен и его роль в патогенезе ПТФБ.
2. Клиника тромбоза нижней полой вены.
3. Диагностика ПТФБ, факторы риска.
4. Исходы венозного тромбоза.
5. У пациента трофическая язва над внутренней лодыжкой. Варикоз вторичный, в результате ПТФБ. Что следует делать?

Задание № 5

1. Осложнения тромбозов магистральных вен.
2. Клинические формы ПТФБ.
3. Консервативное лечение тромбоза глубоких вен.
4. Показания к операции Линтона и техника ее выполнения.
5. У пациента тромбоз общей подвздошной вены с эпизодами тромбоэмболии легочной артерии. Что следует делать?

Задание № 6

1. Тромбоз глубоких вен: прогнозы, принципы реабилитации.
2. Клиника тромбоза глубоких вен ног.
3. Показания к оперативному лечению тромбоза большой и малой подкожных вен, виды операций.
4. Диагностика посттромботической болезни.

5. У пациента, 2 года назад перенесшего острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности, при осмотре определяется рисунок варикозно трансформированных подкожных вен, небольшой отек голени. Каков диагноз и лечебная тактика?

Задание № 7

1. Клиника, причины, диагностика синдрома Педжета–Шреттера.
2. Анатомо-топографические особенности расположения верхней и нижней полых вен, висцеральных вен и вен нижних конечностей.
3. Прогноз при ПТФБ.
4. Хирургическое лечение тромбоза глубоких вен.
5. У беременной пациентки при обращении в поликлинику по месту жительства выявлен илеофemorальный флеботромбоз. Что необходимо сделать?

Задание № 8

1. Физиология венозного оттока.
2. Способы профилактики тромбоэмболии легочной артерии.
3. Информация, получаемая при дуплексном исследовании вен.
4. Хирургическое лечение ПТФБ.
5. У пациента с илеофemorальным тромбозом развилась клиника эмболии сосудов головного мозга. Чем объяснить эмболию?

Задание № 9

1. Патоморфологические особенности поражения вен и клапанов при ПТФБ.
2. Факторы, предрасполагающие к тромбозу.
3. Голубая флегмазия: причины, клиническая картина, тактика лечения.
4. Консервативное лечение ПТФБ.
5. У пациента наступила реканализация тромба в глубоких венах. Какова тактика дальнейшего лечения?

Задание № 10

1. Белая флегмазия (болевая, псевдоэмболическая): сущность понятия, клиническая картина, лечение.
2. Клиника, диагностика и лечение тромбоза верхней полых вен.
3. Опишите методы определения проходимости глубоких вен нижних конечностей.
4. Профилактика венозных тромбозов.
5. У пациента с илеофemorальным тромбозом появилось затрудненное дыхание, цианоз, кровохарканье. Чем обусловлено это осложнение? Назначьте лечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Шотт, А. В.* Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. Минск : Асар, 2004. 528 с.
2. *Хирургические болезни* : учеб. / под ред. М. И. Кузина. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Медицина, 2002. 784 с.
3. *Клиническая хирургия* : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. Т. I. : 864 с. (Серия «Национальные руководства»).
4. *Клиническая хирургия* : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. II. : 832 с. (Серия «Национальные руководства»).
5. *Клиническая хирургия* : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. Т. III. : 1008 с. (Серия «Национальные руководства»).
6. *Кровотечения* портального генеза / А. Е. Борисов [и др.]. Санкт-Петербург, 2001. 126 с.
7. *Адлер, Г.* Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. Москва : Гэотар-Мед, 2001. 527 с.
8. *Гришин, И. Н.* Синдром диабетической стопы / И. Н. Гришин, Н. Н. Чур. Минск : Хата, 2000. 171 с.
9. *Жебровский, В. В.* Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир. Симферополь : Бизнес-Информ, 2002. 440 с.
10. *Трансплантология* : учеб. / под ред. М. Ш. Хубутия. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 320 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Тема: «Аппендицит»	3
Тема: «Грыжи»	6
Тема: «Острый панкреатит»	8
Тема: «Заболевания желчевыводящих путей»	11
Тема: «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки»	14
Тема: «Кишечная непроходимость»	17
Тема: «Перитонит»	19
Тема: «Заболевания сердца и перикарда»	22
Тема: «Заболевания артерий»	24
Тема: «Варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей»	27
Тема: «Гнойные заболевания легких и плевры»	29
Тема: «Заболевания ободочной кишки, прямой кишки»	32
Тема: «Хронический панкреатит»	34
Тема: «Постхолецистэктомический синдром. Повреждения желчных протоков»	37
Тема: «Хирургическое лечение паразитарных заболеваний. Заболевания печени»	40
Тема: «Желтухи»	44
Тема: «Закрытая травма живота»	47
Тема: «Повреждения груди»	49
Тема: «Хирургия селезенки и диафрагмы»	52
Тема: «Портальная гипертензия»	55
Тема: «Трансплантация органов и тканей»	58
Тема: «Сахарный диабет в хирургии»	61
Тема: «Заболевания щитовидной железы»	64
Тема: «Заболевания молочной железы»	67
Тема: «Заболевания средостения»	70
Тема: «Заболевания и повреждения пищевода»	73
Тема: «Тромбозы вен, посттромбофлебитическая болезнь, тромбоэмболия легочной артерии»	75
Список использованной литературы	78

Учебное издание

Куделич Олег Аркадьевич
Пландовский Александр Владимирович
Троянов Алексей Александрович
Якубовский Сергей Владимирович

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСВОЕНИЯ СТУДЕНТАМИ ТЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск Г. Г. Кондратенко
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 19.04.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 4,65. Уч.-изд. л. 3,5. Тираж 99 экз. Заказ 591.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.