

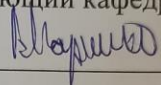
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Хирургические болезни»

Утверждено на заседании кафедры  
«Хирургические болезни»  
«25» января 2022г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

 В.А. Марийко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**  
**по проведению практических (семинарских) занятий**  
**«Факультетская хирургия»**

**основной профессиональной образовательной программы**  
**высшего образования – программы специалитета**

по специальности  
**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профилем)  
**Лечебное дело**

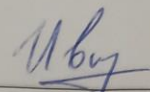
Форма обучения: *очная*

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

**Разработчик(и) методических указаний**

Ившин В.Г., д.м.н., профессор кафедры ХБ

  
(подпись)

## СОДЕРЖАНИЕ

Тема № 1. Диагностика как научная дисциплина. Диагноз и его виды. Диагностика наиболее частых хирургических заболеваний. Принципы лечения, хирургических заболеваний и их профилактики. ....	4
Тема № 2. Заболевания вен .....	6
Тема № 3. Грыжи .....	10
Тема № 4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.....	13
Тема № 5. Рак желудка .....	17
Тема № 6. Острый аппендицит .....	20
Тема № 7. Кишечная непроходимость .....	23
Тема № 8. Заболевания ободочной кишки .....	27
Тема № 9. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит .....	31
Тема № 10. Острый панкреатит .....	35

Тема № 11. Перитонит .....	38
Тема № 12 Заболевания молочной железы. Рак молочной железы.....	42
Рекомендуемая литература .....	46

## **Тема №1**

### **ДИАГНОСТИКА КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА. ДИАГНОЗ И ЕГО ВИДЫ. ДИАГНОСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.**

#### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Диагностика является одним из ключевых разделов клинической медицины. Установление диагноза болезни составляет заключительную часть процесса диагностики на каком-либо этапе или по окончании целенаправленного обследования больного. Знание методов диагностики, принципов построения и оформления диагноза имеет важнейшее значение для медицинской практики, т.к. сформулированный диагноз является обоснованием к выбору методов лечения больного и проведения профилактических мероприятий.

#### ***Цели занятий:***

На занятии студенты знакомятся с понятиями диагноз, диагностика, дифференциальный диагноз, определяется место и роль анамнеза, клинико-инструментального исследования в диагностике хирургических заболеваний. Научить студентов курации больных хирургического профиля.

**Задачи практических занятий:**

- углубить знания по семиотике и методам диагностики хирургических заболеваний,
- совершенствовать клинического мышления, способности к построению гипотез,
- научиться образовывать и применять разные формы умозаключений.
- выработать тактику лечения и профилактики того или иного заболевания,
- обсудить факты ошибочного диагноза, что может привести к ошибочному либо запоздалому лечению.
- научиться принципам клинического обследования хирургического больного,
- уметь ставить клинический диагноз,
- знать показатели лабораторного исследования,
- правильно трактовать имеющиеся лабораторно-инструментальные и полученных физикальные данных для установления диагноза,
- научиться оформлять клиническую историю болезни.
- уметь вырабатывать тактику лечения,
- определять принципы лечения, включая оперативные методы.

**2. План практического занятия.**

Перед началом занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

В начале занятия студенты знакомятся с понятиями "диагноз" и "диагностика" и четко их различать. На занятии следует разобрать виды диагноза: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский. По методу построения различать диагноз прямой или по аналогии, дифференциальный диагноз, синтетический, диагноз путем построения, диагноз путем наблюдения, диагноз по врачебному (лечебному) эффекту. По степени обоснованности следует различать диагнозы: предварительный, гипотетический, окончательный или обоснованный, диагноз под вопросом. По времени выявления выделяют: ранний, поздний, ретроспективный и посмертный диагноз. Разделяют диагноз на абстрактный (диагноз болезни) и конкретный (диагноз больного). На конкретных примерах диагноза и различной хирургической патологии студенты учатся ставить диагноз. При этом нельзя ограничиться только постановкой диагноза. Студенты предлагают те или иные методы дальнейшего обследования и лечения больных. При окончательной постановке диагноза студенты изучают роль анамнеза, физикального обследования больного, специальных методов исследования (лабораторного, инструментального, специального) в диагностике хирургических заболеваний.

В конце занятия с помощью преподавателя проводится решение типовых задач на доске.

С помощью преподавателя моделируются клинические случаи с оформлением диагноза.

При подведении итогов занятия преподаватель заостряет внимание студентов на построение программы обследования больного с хирургической патологией. При этом подчеркивается различие между плановым и экстренным больным.

Далее на занятии подчеркивается актуальность проблемы умелой и правильной диагностики, выбора тактики и проведения лечения хирургических заболеваний.

Исходя с общей цели практического занятия: используя знания курса пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии, студенты на примере разных больных и разнообразной патологии учатся методике обследования больного с хирургическим заболеванием и умению поставить клинический диагноз болезни.

Во время курации разбираются основные разделы по оформлению истории болезни, обращается внимание студентов на значение каждого раздела схемы истории болезни хирургического больного и с преподавателями уточняются основы диагностики заболевания с использованием стандартных схем обследования и лечения больных.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1 Учебно-целевые задачи:**

Каждый студент получает схему истории болезни хирургического больного. Преподаватель подробно останавливается на каждом разделе этой схемы. При этом следует подчеркнуть важность любого раздела схемы для постановки клинического диагноза.

*Студент должен знать:*

- 1) определение понятий «диагноз» и «диагностика»;
- 2) основные виды диагноза: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский;
- 3) виды диагноза по методу построения: диагноз прямой или аналогии, дифференциальный диагноз, синтетический, диагноз путем наблюдения, диагноз по врачебному эффекту;
- 4) виды диагноза по степени обоснованности: предварительный, гипотетический, окончательный или обоснованный, диагноз под вопросом;
- 5) виды диагноза по времени выявления заболевания: ранний диагноз, поздний, ретроспективный, посмертный;
- 6) диагноз абстрактный (диагноз болезни) и диагноз конкретный (диагноз больного);
- 7) роль анамнеза, физикального обследования больного, специальных методов обследования больного (лабораторных, инструментальных, рентгенологических и др.) в диагностике хирургических болезней.

#### **3.2 Перечень практических умений, необходимых для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез у хирургического больного;
- 2) провести физикальное обследование больного;
- 3) оценить результаты дополнительных методов исследования;
- 4) оформить развернутый клинический диагноз у конкретного больного по схеме:
  - нозологическая форма (название болезни) с компонентами диагноза (этиологический, патогенетический, морфологический, функциональный)
  - осложнения основного заболевания
  - сопутствующие заболевания;
- 5) на основании поставленного диагноза определить хирургическую тактику и метод лечения у конкретного больного.

#### **Базисные знания:**

Семиотика и методы диагностики хирургических заболеваний.

Классификация наиболее распространенных хирургических заболеваний.

#### **3.3. Перечень курируемых больных:**

больные с разными хирургическими заболеваниями, находящиеся в пред- и послеоперационном периоде, включая палаты реанимационного отделения (блока).

#### **3.4. Место проведения занятия:**

учебная комната и палаты хирургического и реанимационного отделений.

#### **3.5. Во время занятия по курации больных следует детально остановиться на вопросах:**

1. Значение паспортной части истории болезни.
2. Практическая значимость изучения жалоб больного для установления места локализации патологического процесса.

3. Роль анамнеза заболевания в процессе установления характера патологического процесса.

4. Исследование больного по органам и системам и местного статуса – основа возможности подтвердить или отвергнуть предполагаемый диагноз.

5. Оценка тяжести состояния больного.

6. Значение дневника наблюдения за больным для выбора способа лечения.

**3.6. По окончании курации студент должен:**

**знать:**

1. Что входит в понятие «клинический диагноз»?

2. Для чего необходимо знать схему истории болезни хирургического больного?

3. Что позволяет правильно определить характер патологического процесса?

4. Как можно определить тяжесть состояния больного.

**уметь:**

1. Ориентироваться в жалобах больного для определения места локализации патологического процесса.

2. Использовать основные физические методы обследования больного для установления диагноза заболевания.

3. Составить план обследования больного для подтверждения диагноза заболевания.

4. Определить тяжесть состояния больного по клиническим критериям (шкала APACHE, SAPS).

5. Определиться в лечебной тактике при хирургическом заболевании.

## **Тема № 2**

### **ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН**

#### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Заболевания вен нижних конечностей являются самой распространенной патологией в группе сердечно-сосудистых заболеваний. Заболеваемость составляет 8-14% взрослого населения. Большие потери общество несет за счет временной и постоянной нетрудоспособности, обусловленной заболеваниями вен. Некоторые осложнения заболеваний вен могут приводить к летальным исходам (эмболия легочной артерии). Это позволяет говорить о большой социальной значимости этих болезней.

#### **Цели занятий.**

На занятии студенты изучают варикозную болезнь нижних конечностей, пороки развития вен, принципы диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний, изучают осложнения варикозной болезни: тромбозы, посттромбофлебитическую болезнь, тромбофлебит.

#### **Задачи занятий:**

– изучить этиологию, патогенез, классификацию варикозной болезни вен нижних конечностей,

– изучить показаний к консервативному и оперативному лечению,

– знать объем и виды вмешательств при варикозной болезни,

– уметь организовать послеоперационное лечение больных,

– ознакомиться с проявлениями тромбофлебита и посттромбофлебитического синдрома,

– изучить причины возникновения,

– освоить принципы диагностики, лечения и профилактики тромбофлебитов.

#### **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса, обсуждаются на плакатах и схемах обсуждаются топографо-

анатомические особенности венозной системы нижних конечностей и пороки развития вен.

Далее рассматривают сущность и патологическую анатомию варикозного расширения вен нижних конечностей, классификацию варикозного расширения

При изучении этиологии и патогенеза преподаватель подчеркивает, что причины развития заболевания точно не известны. Предложенные теории - наследственно-генетическая, эндокринная, нейротрофическая и др. - не объясняют причины варикозного расширения вен.

При рассмотрении вопросов диагностики первым делом отмечают боли в конечностях, чувство распирания, наличие косметического дефекта, судороги по ночам, отеки. Отмечается, что при появлении трофических расстройств (язва, дерматит, экзема) появляются сильные, порой нестерпимые боли.

Объективное исследование направлено на выявление отдельных расширенных варикозных узлов, их конгломератов, которые спадаются в горизонтальном положении.

Рассматриваются осложнения варикозной болезни в стадии декомпенсации. К ним относятся: тромбоз варикозных вен и тромбофлебит, варикозная язва, пигментация кожи, лимфангит, кровотечение из варикозной язвы.

На примере рентгенограмм изучается флебография, показания к ней, когда необходима дифференциальная диагностика варикозного расширения вен от посттромбофлебитического синдрома.

Доплерография позволяет определить кровоток в коммуникантных венах.

При рассмотрении вопросов лечения отмечается, что консервативное лечение применяется при начальных проявлениях варикозной болезни или при наличии противопоказаний к хирургическому лечению. Во всех случаях болезни используют эластический бинт на конечность. Склерозирующая терапия (5 % р-р варикоцида, или 1 % р-р тромбовара) может применяться лишь по строгим показаниям при начальных формах варикозного расширения вен, а также в комбинации с хирургическими методами лечения.

На примере оперированных больных в палатах хирургического отделения преподаватель отмечает роль хирургических методов лечения, которые позволяют нормализовать гемодинамику, устраняют сброс крови из глубоких вен в поверхностные.

На занятии подробно изучаются виды операции: Троянова - Тренделенбурга (перевязка малой подкожной вены в области ее устья; подфасциальная перевязка перфорантных вен по Линтону; удаление поверхностных вен по Бебкокку, Нарату и др.

При подведении итогов отмечается, что в клинической практике наиболее часто используются методы иссечения и удаления варикозных вен, т.е. операция Бебкокка.

Вкратце рассматриваются осложнения после операций на венозной системе и методы их профилактики.

Во второй части занятия рассматривается проблема тромбофлебита и посттромбофлебитического синдрома.

При рассмотрении этиологии и патогенеза подчеркивается причина вторичного тромбоза - это механическое или термическое повреждение, аллергические или опухолевые заболевания. Первичные (спонтанные) тромбозы вен развиваются в результате замедления кровотока, увеличения коагуляционных свойств крови.

Подчеркивается роль флебографии (контрастной), как наиболее точного метода выявления тромба, его локализации и распространенности. Дефекты наполнения сосудистого русла - прямые признаки тромбоза.

При изучении вопросов лечения следует отметить, что профилактика тромбоза глубоких вен необходима в случаях, когда существует риск развития тромбоза в послеоперационном периоде при длительной иммобилизации конечности, длительном постельном режиме.



Рассматриваются вопросы хирургического лечения, которое включает тромбэктомию. Она показана при тяжелом посттромбофлебитическом синдроме и профилактики эмболии легочной артерии. Острый тромбофлебит поверхностных вен служит также показанием к хирургическому лечению. При этом производят флебэктомию. При массивном отеке конечности производят фасциотомию; венозная гангрена и нарастающая интоксикация служит показанием к ампутации конечности.

Рассматривается классификация посттромбофле-битического синдрома, который разделяют по локализации и протяженности патологических изменений в магистральных венах и по тяжести гемодинамических нарушений в конечности.

При рассмотрении вопросов диагностики в первую очередь отмечают симптомы: боль, утомляемость, чувство распирания и тяжести, отеки, трофические расстройства кожи. Объективно: отек, варикозное расширение поверхностных вен, изменения кожи, язвы. Отек может быть локализованным и диффузным, распространяясь на всю конечность. Изменения кожи представлены пигментацией, цианозом, дерматитом.

Для оценки проходимости глубоких вен, степени их реканализации используют пробы Дельбе-Пертеса, Претта.

В конце занятия с помощью преподавателя проводится решение типовых задач на доске.

С помощью преподавателя и в режиме интерактивных игр моделируются клинические случаи с заданными параметрами с ответами студентов.

При подведении итогов занятия преподаватель заостряет внимание студентов на том, что флебография - основной метод диагностики позволяет определить наличие тромбоза, состояние перфорантных вен и уточнить показания к выбору метода лечения.

Подводя итоги изучения принципов лечения, преподаватель отмечает, что консервативные методы рассчитаны на паллиативный эффект. Это ношение эластического бинта, массаж конечности, лечебная гимнастика, прием диуретиков.

Делается вывод о том, что хирургическое лечение направлено на нормализацию гемодинамических расстройств.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1. Учебно-целевые задачи:**

*Студент должен знать:*

- 1) топографо-анатомические особенности строения венозной системы нижних конечностей;
- 2) сущность варикозной болезни, предрасполагающие и производящие факторы;
- 3) классификация варикозной болезни;
- 4) клиника и диагностика варикозной болезни. Ангиографическая диагностика.
- 5) осложнения варикозной болезни. Понятие о тромбофлебите и флеботромбозе.
- 6) современные принципы лечения варикозной болезни. Виды операций;
- 7) лечение тромбофлебита и флеботромбоза.

#### **3.2. Перечень практических умений, необходимых для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез у больного с варикозной болезнью ног;
- 2) провести функциональные пробы;
- 3) провести объективное обследование пациента и его нижних конечностей;
- 4) прочитать результаты флебографии;
- 5) поставить диагноз с указанием преимущественного поражения варикозным процессом отделов венозной системы ноги;

#### **3.3. Базисные знания:**

Анатомия и физиология венозной системы нижних конечностей. Оперативная хирургия операций на периферических венах.

### **4. Контрольные мероприятия.**

#### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Объясните этиологию и патогенез варикозного расширения вен нижних конечностей, предрасполагающие и производящие факторы;
2. Перечислите варианты клинической картины в зависимости от формы и локализации поражения;
3. Какова клиника осложнений варикозной болезни: тромбофлебит, кровотечение, трофические язвы, флеботромбоз;
4. Перечислите методы диагностики варикозной болезни. Виды флебографии;
5. Приведите виды хирургических операций, применительно к различным отделам венозной системы;
6. Назовите методы консервативного лечения варикозной болезни?
7. Чем отличается флеботромбоз от тромбофлебита?
8. Какие осложнения может давать тромбофлебит?
9. Охарактеризуйте лечение тромбофлебита и флеботромбоза
10. Назовите меры профилактики тромбозом и тромбофлебита?

#### **4.2. Образцы тестов:**

*1. В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:*

- а) механическая
- б) гормональная
- в) ангиодисплазий
- г) наследственная
- д) коллагенозов

*2. К осложнениям варикозной болезни относят:*

- а) пигментацию кожи
- б) индурацию подкожной клетчатки
- в) трофические язвы
- г) тромбофлебит
- д) слоновость

*3. При оценке проходимости глубоких вен используется функциональная проба:*

- а) Тальмана
- б) Шейниса
- в) Гаккенбруха
- г) Мейо–Претта
- д) Броди–Троянова–Тренделенбурга

*4. Устранить сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции:*

- а) Троянова–Тренделенбурга
- б) Коккета
- в) Линтона
- г) ни одна из них
- д) все три операции

*5. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей показано:*

- а) эластичное бинтование
- б) хирургическое лечение
- в) лечебная физкультура
- г) массаж
- д) рефлексотерапия

#### **4.3. Ответы к тестам:**

1 – г. 2 – г. 3 – г. 4 – д. 5 – б.

#### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 4-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 занятие считается зачтенным.

### **Тема № 3**

## **ГРЫЖИ.**

#### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Грыжей называют выходение внутренностей из полости, нормально занимаемой ими. Среди многих видов грыж (мозговые, мышечные и др.) для клиники представляют наибольший интерес брюшные грыжи, которые встречаются наиболее часто – среди хирургических заболеваний органов брюшной полости частота составляет 3–4%.

##### ***Цели занятий:***

На занятиях студенты изучают этиологию, патогенез и клинику неосложненных и осложненных грыж, принципы их диагностики, студенты знакомятся с принципами лечения грыж, основными методами оперативного вмешательства, участвуют на операциях по поводу грыж.

##### ***Задачи занятий:***

- знать эпидемиологию грыж,
- изучить этиологии и патогенеза грыж,
- изучить клинические проявления грыж,
- рассмотреть все вопросы диагностики,
- освоить методы современного лечения неосложненных грыж,
- знать виды и методы оперативного лечения грыж.

#### **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее на основании знания этиологии, патогенеза, изучения анамнеза заболевания, преимущественно данных клинического и лабораторного обследования, при необходимости инструментального исследования студент должен научиться устанавливать диагноз грыжи у больного. Представляет особую цель распознавание студентами осложненных форм грыжи (ущемление, невосприимчивость, воспаление, повреждение) с точным формулированием развернутого диагноза.

Подробно знакомятся с методами лечения грыж. С учетом наличия или отсутствия осложнения студент должен обосновать тактику лечения и предположить вид и характер необходимого оперативного вмешательства. Особое внимание обращается на предоперационную подготовку больных, вопросы обезболивания, последовательности операции и послеоперационного ведения при плановой и осложненной грыже. Необходимо акцентировать внимание на ведении больного после операции, причинах и частоте возникновения послеоперационных осложнений и рецидивов.

В конце занятия с помощью преподавателя проводится решение типовых задач на доске.

С помощью преподавателя и в режиме интерактивных игр моделируются клинические случаи с заданными параметрами с ответами студентов.

При подведении итогов занятия преподаватель заостряет внимание студентов на том, что флебграфия - основной метод диагностики позволяет определить наличие тромбоза, состояние перфорантных вен и уточнить показания к выбору метода лечения.

Подводя итоги изучения принципов лечения, преподаватель отмечает, что оперативные методы должны проводиться своевременно и использованием современных пластических материалов.

Делается вывод о том, что современные методы, включая лапароскопические методы, позволяют устранить любую грыжу, устранить или снизить рецидивы после грыжесечения.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий:**

#### **3.1 Учебно-целевые задачи**

*Студент должен:*

1. На основании жалоб больного, грыжевого анамнеза и объективного осмотра обоснованно поставить диагноз грыжи, включая осложненную форму.
2. Уметь отличить плановую и осложненную воспалением, ущемлением, невраправимостью грыжу.
3. Знать принципы обследования больных и подготовки к операции в зависимости от формы грыжи.
4. С пониманием проводить дифференциальный диагноз между грыжами по локализации (бедренная и паховая), ущемленную грыжу от невраправимой и копростаз. С учетом того, что ущемление является компонентом кишечной непроходимости, студент должен ориентироваться в распознавании этой патологии.
5. Уметь определить показания и противопоказания к операции, обезболивание.
6. Знать характер и вид операции, последовательность и особенности операции при плановой и осложненной грыже.
7. Знать принципы послеоперационного ведения больного, наиболее типичные ошибки.
8. Уметь сформулировать прогноз заболевания и составить программу реабилитации больных.

#### **3.2 Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность темы - социальная значимость патологии.
2. Этиология и патогенез, классификация грыж.
3. Основные клинические формы осложнений заболевания. Особенности проявления и трудности диагностики.
4. Дифференциальный диагноз плановых грыж между собой и осложненных грыж с другими острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.
5. Интерпретация данных лабораторного и инструментального методов исследования.
6. Практический разбор рентгенограмм, данных УЗИ.
7. Обоснование и демонстрация характера и вида операции, метода обезболивания.
8. Вопросы послеоперационного ведения больных.
9. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

#### **3.3 Перечень практических умений, необходимых для усвоения данной темы**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез у больного с грыжей живота;
- 2) провести пальпацию живота в местах нахождения грыж с целью выявления характерных симптомов: грыжевое выпячивание, грыжевые ворота, симптом кашлевого толчка;
- 3) оценить результаты дополнительных методов исследования: анализы крови и мочи, биохимических проб, функции органов выделения, состояние сердечно-сосудистой

системы и органов дыхания. Обратить внимание на обзорный снимок органов брюшной полости при ущемленной грыже;

4) при показаниях сделать вагинальное и пальцевое исследования прямой кишки; обосновать диагноз грыжи живота у данного больного с учетом основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний;

5) определить показания к хирургическому лечению;

### **3.4 Базисные знания:**

Анатомия передней брюшной стенки.

## **4. Контрольные мероприятия**

### **4.1 Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Расскажите анатомию передней брюшной стенки.
2. Назовите основную локализацию грыж.
3. Перечислите клинические признаки неосложненной грыжи живота.
4. Какова клиника ущемленной грыжи: при ущемлении сальника, полном ущемлении кишечной петли, пристеночном ущемлении?
5. Назовите особенности подготовки больных к операциям с ущемленными грыжами живота?
6. Перечислите показания и противопоказания к хирургическому лечению при неосложненных грыжах.
7. Какая имеется опасность насильственного вправления грыжи?
8. Назовите этапы операции при неосложненной и ущемленной грыжах?
9. Перечислите основные методы лечения паховой, бедренной, пупочной грыж живота?
10. Перечислите осложнения в лечении ущемленной грыжи?

### **4.2 Образцы тестов:**

1. Для чего больному с грыжей белой линии живота следует произвести рентгеноскопию желудка?

- 1) для определения характера органа в грыжевом мешке;
- 2) для выявления размеров грыжевых ворот;
- 3) для дифференциации с предбрюшинной липомой;
- 4) для выявления сопутствующей патологии желудка.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 4; в) 3; г) 1; д) это исследование излишне.

2. Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж:

- 1) пожилой возраст;
- 2) прогрессирующее похудание;
- 3) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж;
- 4) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 5) тяжелая физическая работа.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4;

б) 1, 3, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) все верно; д) 3, 4, 5.

3. Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной стенки не является:

- а) резкая боль;
- б) внезапная неспособность вправить грыжу;
- в) болезненность и напряжение грыжевого выпячивания;
- г) острое начало заболевания;
- д) высокая температура.

*4. Что такое Рихтеровское ущемление?*

- а) ущемление кишечника в области дуоденально-тощейкишечного перехода;
- б) ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
- в) ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
- г) пристеночное ущемление кишки;
- д) ущемление Меккелева дивертикула.

*5. К симптомам косой паховой грыжи не относится:*

- а) шаровидная форма грыжевого выпячивания;
- б) овальная форма грыжевого выпячивания;
- в) утолщение семенного канатика на стороне грыжи;
- г) расположение грыжевого выпячивания выше пупартовой связки;
- д) определяемый кашлевой толчок по ходу пахового канала.

**4.3. Ответы к тестам:**

1 – б; 2 – г; 3 – д; 4 – г; 5 – а;

**5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 3-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 занятие считается зачтенным.

**Тема № 4**

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА  
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**1. Цели и задачи практических занятий.**

Среди других заболеваний органов пищеварения язвенная болезнь встречается наиболее часто и приводит нередко к развитию смертельно опасных осложнений (кровотечение из язвы, прободение, стеноз привратника, малигнизация язвы).

***Цели занятий:***

На занятии студенты учатся диагностировать у больного неосложненную язвенную болезнь, обосновать и проводить консервативное лечение у больного, занимаются проблемами диагностики и лечения осложненной язвенной болезни, учатся обосновать и проводить консервативное лечение у больного.

***Задачи занятий:***

- уточнить этиологию и патогенез язвенной болезни,
- изучить принципы диагностики неосложненной язвы,
- формировать навыки по диагностике осложненной язвенной болезни,
- знать фармакотерапию консервативного воздействия,
- обосновать необходимость оперативного лечения,
- изучить вопросы предоперационной подготовки, обезболивания,
- освоить ведение больного в послеоперационном периоде.

**2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее разбирается актуальность изучаемой темы, обсуждаются успехи диагностики и лечения язвенной болезни, нерешенные проблемы.

На основе знания этиологии и патогенеза заболевания, данных клинического и лабораторно-инструментального методов исследования студент должен диагностировать у больного язвенную болезнь. Особое внимание акцентируется на установлении диагноза осложненных форм заболевания. Диагностика предполагает не только формулирование диагноза, но и его обоснование, назначение и проведение комплексного лечения, включая и профилактическое. При установлении осложненной формы заболевания необходимо ее четко сформулировать, обосновать необходимость консервативной терапии и хирургического вмешательства, уточнить продолжительность и качество предоперационной подготовки, вопросы обезболивания. Подробно изучается риск вмешательства и наркоза.

Далее проводится клинический разбор больных с язвенной болезнью, преимущественно уделяется внимание осложненным формам заболевания. Основное внимание привлекается к разбору жалоб и анамнеза заболевания. Затем с участием преподавателя проводится объективное обследование больного. Студенты учатся развернутой формулировке диагноза, проведению дифференциального диагноза, намечают с помощью преподавателя лечебную тактику. Во время занятия следует использовать информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы) тематической учебной комнаты.

В дальнейшем для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты рассматривают больных с различными осложнениями язвенной болезни: кровотечением, прободением, стенозом привратника, малигнизацией язвы. Данные дополнительных методов исследования берутся из истории болезни.

Учатся интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, поставить клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз, наметить лечебную тактику.

Подводя итоги занятий по данной теме преподаватель останавливается на известных методах лечения, включая и оперативные. Подробно рассматриваются вопросы предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия обсуждаются нерешенные проблемы изучаемой темы.

### **3. Методические указания в проведении практических занятий.**

#### **3.1 Учебно-целевые задачи.**

*Студент должен знать:*

- 1) этиологию и патогенез язвенной болезни;
- 2) патологоанатомические изменения при язвенной болезни;
- 3) клинику и варианты клинического течения язвенной болезни;
- 4) осложнения (кровотечение, прободение, пенетрация, рубцово-язвенный стеноз привратника, перерождение язвы в рак);
- 5) особенности течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у мужчин и у женщин;
- 6) патогенетические принципы хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки;
- 7) методы хирургического лечения.
- 8) предоперационную подготовку больных при операциях на желудке;
- 9) осложнения раннего послеоперационного периода;
- 10) поздние постгастрорезекционные осложнения.

#### **3.2 Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность темы - социальная значимость патологии.
2. Этиология и патогенез, классификация язвенной болезни.
3. Основные клинические формы осложнений заболевания, особенности проявления и трудности диагностики.
4. Дифференциальный диагноз язвенной болезни с другими острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости и грудной клетки.
5. Интерпретация данных лабораторного и инструментального методов исследования.
6. Практический разбор рентгенограмм, данных УЗИ, ФЭГДС, морфологического заключения.
7. Обоснование и демонстрация характера операции, метода обезболивания.
8. Вопросы послеоперационного ведения больных.
9. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

### **3.3 Перечень практических умений, необходимых для усвоения темы.**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез у больного с предполагаемой язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки;
- 2) провести пальпацию живота с целью выявления симптомов, характерных для язвенной болезни и ее осложнений. При прободении язвы уметь выявить симптомы Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц передней брюшной стенки, укорочение печеночной тупости и др.;
- 3) оценить результаты инструментальных и лабораторных методов исследования: рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, данные фиброгастроскопии, биохимические данные, характер желудочной секреции, исследование крови и мочи;
- 4) при показаниях сделать вагинальное исследование и исследование прямой кишки;
- 5) обосновать диагноз язвенной болезни у данного больного, провести дифференциальный диагноз с другими схожими заболеваниями органов брюшной полости;
- 6) определить показания к хирургическому лечению, обосновать избранный метод хирургического лечения;
- 7) ассистировать хирургу на операции по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

### **3.4 Базисные знания:**

Анатомия и физиология желудка, топографическая анатомия и оперативная хирургия.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1 Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Приведите функциональную топографию желудка;
2. Перечислите фазы желудочной секреции и их изменения при язвенной болезни?
3. Приведите особенности клинического течения заболевания;
4. Какова клиника осложнений язвенной болезни: при язвенных гастродуоденальных кровотечениях, при прободении язвы, при пенетрации язвы в смежные органы, определить ранние признаки перерождения язвы в рак, при стенозе привратника;
5. Перечислите современные методы консервативного лечения язвенной болезни?
6. Приведите современную схему консервативного лечения язвенной болезни?
7. Назовите особенности подготовки больных к операции в зависимости от характера осложнений;
8. Какие знаете основные методы хирургического лечения язвенной болезни;
9. Назовите показания к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью?



10. Расскажите о послеоперационном ведении больных.

#### **4.2 Образцы тестов:**

1. Не характерным для язвенной болезни 12-перстной кишки является:

- а) большая распространенность заболевания
- б) более частое развитие у мужчин
- в) преимущественное образование в молодом возрасте
- г) более упорное, чем при желудочной язве, течение
- д) крайне редкое злокачественное перерождение

2. Язвенной болезни желудка не свойственно:

- а) более четкая нозологическая обособленность
- б) наличие гастрита с выраженной антро-кардиальной экспансией
- в) редукция желудочных желез со смещением антро-фундального стыка в сторону кардии
- г) преобладание гормональной природы кислотообразования
- д) преимущественное образование после 40 лет

3. При язвенной болезни желудка:

- а) значительно чаще чем при дуоденальной язве, применяется хирургическое лечение
- б) повышена моторная функция желудка в межпищеварительный период
- в) низкие цифры рН в антральном отделе
- г) более редкое, чем при желудочной язве, перерождение в рак
- д) меньше, чем при дуоденальной язве, выражен гастрит

4. Абсолютным показанием к операции при язвенной болезни является:

- а) пенетрирующая язва с образованием межорганного патологического свища
- б) большая язва привратника, угрожающая развитием стеноза при заживлении
- в) сочетание гигантских язв желудка и 12-перстной кишки
- г) наличие генетической предрасположенности к язвенной болезни
- д) упорный дуоденогастральный рефлюкс с гастритом и язвой

5. Относительные показания к хирургическому лечению язвенной болезни ставятся при:

- а) стенозе привратника
- б) рецидиве язвенного кровотечения после эндоскопической остановки его
- в) низких залуковичных язвах
- г) злокачественном перерождении язвы
- д) атипичной перфорации язвы

#### **4.3 Ответы к тестам:**

1 – г. 2 – а. 3 – а. 4 – а. 5 – в.

#### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 9-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 занятие считается зачтенным.

#### **Тема № 5**

## РАК ЖЕЛУДКА

### 1. Цели и задачи практических занятий.

Следует отметить, что в основе высокой смертности от рака желудка лежит не беспомощность хирургических методов лечения, а совершенно неудовлетворительное состояние современной диагностики заболевания.

#### *Цели занятий:*

На занятии студенты знакомятся с диагностикой рака желудка, включая и предраковые заболевания, рассматривают вопросы рака желудка: хирургическими и комбинированными методами, реабилитацией больных, перенесших оперативное лечение, методами профилактики заболевания.

#### *Задачи занятий:*

- распознать первичную опухоль на основании клинических проявлений,
- установить признаки раннего рака желудка,
- уточнить роль рентгенологических, инструментальных и морфологических методов исследования,
- знать показатели операбельности и резектабельности опухоли,
- изучить тактику лечения больных раком желудка,
- знать принципы комбинированного лечения,
- изучить вопросы объема и характера оперативного вмешательства,
- обосновать и уточнить роль регионарной лимфодиссекции в улучшении результатов хирургического лечения.

### 2. План практических занятий.

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее разбирается актуальность изучаемой темы, обсуждаются успехи диагностики и лечения рака желудка, причины запущенности, нерешенные проблемы.

На основе знания анамнеза заболевания, данных клинического и лабораторно-инструментального методов исследования студенты знакомятся с предраковыми заболеваниями желудка (язва, полип, атрофический гастрит).

При проведении обследования больных в палатах хирургического отделения студенты должны аргументированно высказать о наличии у больного рака желудка, включая и осложненные формы заболевания - прободение, сопутствующий воспалительный процесс, кровотечение, наличие либо отсутствие метастазов в лимфоузлы и органы.

На иллюстративном материале (плакаты, схемы, фото) студенты знакомятся с современным состоянием вопроса диагностики, и принципов лечения этой патологии.

Для студентов имеет значение изучение места и роли паллиативной и симптоматической терапии рака желудка. При показанности хирургического вмешательства следует знать вопросы продолжительности и качества предоперационной подготовки, вопросы обезболивания, характер и вид операции.

В настоящее время возросли роль и значение регионарной лимфодиссекции в хирургическом лечении рака желудка.

Подводя итоги занятий по данной теме преподаватель останавливается на методах лечения, включая радикальные и паллиативные операции.

Преподаватель подводя итоги, подробно рассматривает со студентами предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия обсуждаются нерешенные проблемы изучаемой темы, направленными на снижение рецидивов и запущенности рака желудка.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1 Учебно-целевые задачи.**

*Студент должен знать:*

1. Предраковые заболевания желудка.
2. На основании жалоб больного, анамнеза и объективного осмотра обоснованно заподозрить у больного рак желудка, особенно на фоне осложненного течения заболевания.
3. Принципы и уметь составить программу обследования больного для подтверждения диагноза, используя данные лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и морфологического методов исследования.
4. Отличительные признаки экзофитной и инфильтративной форм заболевания, неосложненное и осложненное его течение, принципы морфологической верификации диагноза.
5. Аспекты проведения дифференциального диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости: в первую очередь с язвой желудка и хроническим гастритом.
6. Принципы современного формулирования развернутого клинического диагноза.
7. Вопросы и тактику лечения, критерии выбора оперативного лечения с определением показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству.
8. Принципы и методы паллиативной и симптоматической терапии.
9. Принципиальные меры по раннему выявлению рака желудка и предраковых заболеваний.

#### **3.2 Базисные знания:**

Анатомия и физиология желудка (хирургическая анатомия, синтопия, связочный аппарат, кровоснабжение, лимфоотток). Сведения по топографической анатомии, оперативной хирургии, патологической физиологии.

#### **3.3 Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность темы - социальная значимость патологии.
2. Предраковые заболевания желудка.
3. Эпидемиология и классификация рака желудка.
4. Основные клинические формы и осложнений заболевания, пути метастазирования. Особенности проявления и трудности диагностики. Проблема раннего рака.
5. Дифференциальный диагноз рака желудка.
6. Интерпретация и практический разбор данных лабораторного, инструментального и морфологического методов исследования.
7. Обоснование и сравнительная оценка характера и вида операции, метода обезболивания.
8. Вопросы комбинированного и комплексного лечения больных раком желудка.
9. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

#### **3.4 Перечень практических умений для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

1. Проводить осмотр, перкуссию, аускультацию и пальпацию живота.
2. Проводить общее физикальное обследование больного.
3. Исследовать периферическую лимфатическую систему.
4. Проводить дифференциальную диагностику рака желудка с острыми хирургическими заболеваниями и доброкачественными образованиями органов брюшной полости.
5. Оценивать рентгенограммы, данные эндоскопического и морфологического исследования.

### **4. Контрольные мероприятия**

#### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Назовите предрасполагающие факторы развития рака желудка?
2. Приведите международную и отечественную классификацию рака желудка?
3. Назовите диагностические мероприятия при подозрении на рак желудка?
4. Какую роль играет морфологическая верификация диагноза?
5. Как решается тактика лечения больных с раком желудка?
6. Перечислите основные радикальные операции при раке?
7. Назовите основные паллиативные операции при раке желудка?
8. Как провести лечение больным при наличии местных и отдаленных метастазов?
9. Назовите показания к регионарной лимфодиссекции при раке желудка?
10. Чем определяется прогноз и результаты лечения у больных раком желудка?

#### **4.2. Образцы тестов:**

1. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:

- а) легкие
- б) печень
- в) яичники
- г) кости
- д) щитовидную железу

2. Абсолютным признаком неоперабельности рака желудка является:

- а) множественные метастазы в печень
- б) метастазы в селезенку
- в) метастазы в большой сальник
- г) большие размеры опухоли
- д) все перечисленное верно

3. Отдаленными для рака желудка являются метастазы:

- а) в печень
- б) Крукенберга
- в) в пупок
- г) Вирхова
- д) все верно

4. Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является:

- а) гастростомия
- б) пилоропластика
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) дистальная резекция желудка
- д) гастродуоденоанастомоз

5. Основным методом диагностики рака желудка является:

- а) ангиография
- б) рентгеноскопия
- в) радиоизотопный метод
- г) гастроскопия с биопсией и цитологией
- д) исследование желудочной секреции

#### **4.3. Ответы к тестам:**

1 – б. 2 – а. 3 – д. 4 – а. 5 – г.

## **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 11-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 занятие считается зачтенным.

## **Тема № 6**

### **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ**

#### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Острый аппендицит является одним из самых распространенных острых хирургических заболеваний, составляя до 40% экстренных оперативных вмешательств. В России ежегодно производится около миллиона аппендэктомий.

##### ***Цели занятий.***

На занятии студенты учатся диагностировать острый аппендицит и его осложнения, проводить дифференциальный диагноз, изучают хирургическое лечение, осложнения острого аппендицита и меры профилактики послеоперационных осложнений.

##### ***Задачи занятий:***

- изучить клинику острого аппендицита с типичной и нетипичной клиникой,
- знать принципы диагностики острого аппендицита с типичной клиникой,
- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости,
- знать атипичные формы заболевания или осложненное течение его.
- изучить операции по поводу острого аппендицита,
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных после аппендэктомии.

#### **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее преподаватель на основании данных статистики отмечает актуальность изучаемой темы, успехи диагностики и лечения острого аппендицита.

Далее преподаватель со студентами обходит в хирургическом отделении всех больных с диагнозом аппендицит, преимущественно до операции.

После в учебной комнате совместно с преподавателем студенты проводят клинический разбор больных с острым аппендицитом, включая осложненные формы заболевания, с использованием историй болезни, плакатов и схем операций.

При клиническом разборе основное внимание уделяется к разбору жалоб и анамнеза заболевания.

Данные дополнительных методов исследования для обсуждения студенты берут из истории болезни.

Студенты пробуют дать развернутую формулировку диагноза, проводят дифференциальный диагноз, обосновывают оперативное лечение.

Во время занятия следует использовать также и данные инструментального и лабораторного исследований, дополнительно - информационные материалы (таблицы, рисунки, видеофильмы).

На следующем этапе для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты обследуют послеоперационных больных с различными формами, включая и осложненные и сроками после аппендэктомии.

После осмотра всех тематических больных студенты учатся оценивать и интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, поставить клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз, наметить лечебную тактику.

Разбираются принципиальные моменты хирургического лечения острого аппендицита – последовательность и этапы аппендэктомии, осложнения во время и после операции, методы и особенности борьбы с ними. При проведении экстренной аппендэктомии студентам обязательно следует участвовать в операции в качестве ассистента.

Особое внимание следует обращать на лечение больных с аппендикулярным инфильтратом, при наличии такого больного в отделении его следует подробно анализировать, изучая и историю болезни.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия обсуждаются нерешенные проблемы изучаемой темы, направленными на снижение процента летальности и осложнений при остром аппендиците.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1. Перечень наглядных пособий:**

В учебной комнате с помощью видеоаппаратуры демонстрируются слайды со схемами и рисунками:

- а) анатомии илеоцекальной области;
- б) классификации форм острого аппендицита,
- в) факторов, определяющих клиническую картину острого аппендицита,
- в) осложнений острого аппендицита,
- г) показать основные этапы аппендэктомии.

#### **3.2. Перечень курируемых больных:**

– больные с разными формами острого аппендицита и его осложнениями (4-5 больных).

#### **3.3. Учебно-целевые задачи**

*Студент должен знать:*

1. Этиологию и патогенез острого аппендицита, классификацию и морфологические формы острого аппендицита, клинику и различные варианты течения заболевания.
2. Особенности течения острого аппендицита у детей, стариков и беременных;
3. Симптоматику другой острой хирургической патологией органов брюшной полости для проведения дифференциального диагноза: в первую очередь острый холецистит, острый панкреатит, прободную язву и др.
4. Современные принципы и тактику лечения, определить показания и противопоказания к оперативному вмешательству.
5. Принцип и ход аппендэктомии, принципиальные моменты, чреватые осложнениями.
6. Методику послеоперационного ведения больных, принципиальные моменты в его осуществлении, наиболее типичные послеоперационные осложнения.

#### **3.4. Перечень практических умений для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез у больного с подозрением на острые хирургические заболевания органов брюшной полости;
- 2) проверить симптомы характерные для острого аппендицита: напряжение мышц в правой подвздошной области, симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского;
- 3) оценить результаты исследования: анализы крови, мочи, рентгеноскопию органов грудной клетки;
- 4) проводить вагинальное и ректальное исследование;
- 5) обосновать диагноз острого аппендицита у данного больного и провести дифференциальный диагноз с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости;
- 6) отличить неосложненную и осложненную формы заболевания. Путем изучения и анализа данных объективного исследования, при необходимости и динамического наблюдения за больным, четко различить формы осложнения: перфорацию червеобразного отростка, перитонит местный и общий, абсцессы брюшной полости, аппендикулярный инфильтрат, пилефлебит и др.;
- 7) ассистировать хирургу на операции по поводу острого аппендицита.

### **3.5. Базисные знания:**

Анатомия и физиология толстой кишки и червеобразного отростка.

## **4. Контрольные мероприятия**

### **4.1 Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Назовите варианты атипичного расположения червеобразного отростка.
2. Какие симптомы характерны для острого деструктивного аппендицита?
3. Что является противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците?
4. Какова тактика лечения больных с аппендикулярным инфильтратом?
5. При каких формах острого аппендицита наиболее вероятно развитие пилефлебита?
6. Какие признаки необходимо учитывать для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника?
7. Какие исследования имеют наибольшее значение в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острых воспалительных гинекологических заболеваний?
8. Какой из методов обследования противопоказан при диагностике острого аппендицита?
9. Основные признаки абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии.
10. Чем отличается острый аппендицит у детей от типичной картины у взрослых?

### **4.2 Образцы тестов:**

1. *Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:*
  - а) массивного спаечного процесса в брюшной полости;
  - б) ретроцекального расположения червеобразного отростка;
  - в) нарушений реологических свойств крови;
  - г) тромбоза артерии червеобразного отростка;
  - д) снижения реактивности организма больного.
2. *Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение нужно принять?*
  - а) произвести диагностическую пункцию инфильтрата;
  - б) отказаться от дальнейших манипуляций и закрыть операционную рану наглухо;
  - в) ограничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами, ушить рану до тампонов;
  - д) выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомию.

3. Типичными осложнениями острого аппендицита являются:

- 1) аппендикулярный инфильтрат;
- 2) абсцесс сальниковой сумки;
- 3) пилефлебит;
- 4) абсцесс дугласова пространства;
- 5) пиелонефрит.

Правильными будут: а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 4;  
д) 2, 3, 5.

4. Для диагностики острого аппендицита и его осложнений не применяют:

- а) лапароскопию;
- б) исследование крови;
- в) ректальное исследование;
- г) ирригоскопию;
- д) влагалищное исследование.

5. Какова хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате?

- а) экстренная операция,
- б) отсроченная операция,
- в) консервативная терапия,
- г) дренирование инфильтрата,
- д) диагностическая лапаротомия.

#### **4.3. Ответы к тестам**

1 – г; 2 – в; 3 – б; 4 – г; 5 – в;

#### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 13-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 занятие считается зачтенным.

### **Тема № 7**

## **КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.**

### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Непроходимость кишечника – нарушение проходимости по желудочно-кишечному тракту – сравнительно часто встречающееся заболевание в хирургической практике, летальность при котором является очень высокой и не имеет тенденции к снижению.

#### **Цели занятий.**

На занятии студенты учатся диагностировать кишечную непроходимость, проводить дифференциальный диагноз с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, знакомятся с принципиальными моментами консервативного и оперативного лечения, профилактикой послеоперационных осложнений.

#### **Задачи занятий:**

- ознакомиться с эпидемиологией острой кишечной непроходимости,
- изучить клинику с типичной и нетипичной клиникой,
- знать принципы диагностики острой кишечной непроходимости с типичной клиникой,



- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости,
- знать атипичные формы заболевания или осложненное течение его.
- изучить операции по поводу острой кишечной непроходимости,
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.

## **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее преподаватель на основании данных статистики отмечает актуальность изучаемой темы, успехи диагностики и лечения острой кишечной непроходимости.

Далее вместе с преподавателем студенты участвуют в проведении клинического разбора больных с кишечной непроходимостью. Основное внимание привлекается к разбору жалоб и анамнеза заболевания, включая и амбулаторный этап диагностики. Целесообразно при этом обращать внимание на те ошибки, которые отмечались в процессе обследования больного (не в присутствии больного). Данные дополнительных методов исследования следует рассматривать в учебной палате, где и проходит дальнейшее обсуждение. Студенты с помощью преподавателя проводят развернутую формулировку диагноза, дифференциальный диагноз, обосновывают оперативное лечение. Во время занятия следует использовать также и данные инструментального, в первую очередь рентгенограммы и лабораторного исследований, дополнительно - информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы).

Для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты принимают участие в обследовании тематических больных с различными формами как прооперированных, так и получающих консервативное лечение. Данные дополнительных методов исследования берутся из историй болезни.

После осмотра всех тематических больных целесообразно подытожить умение ставить диагноз, интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, поставить клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз.

Разбираются вопросы, связанные с лечением больных с кишечной непроходимостью. Особое внимание следует обратить на принципиальные моменты в выборе тактики лечения, недостатки консервативного лечения, связанные с отсутствием четких критериев для его проведения. При обосновании показаний к оперативному лечению отмечается опасность таких форм кишечной непроходимости как странгуляционная, инвагинация.

При изучении оперативного лечения отмечается сложность ее проведения из-за нестандартности операционной ситуации, трудностей и ошибок в ходе операции даже у опытных хирургов, характеризуются виды и методы операции.

Подчеркивается сложность и неоднозначность ведения больного в послеоперационном периоде. Студенты разбирают основные узловые моменты (парез кишечника, послеоперационный перитонит). При наличии тематического больного студенты обязательно знакомятся с особенностями послеоперационного ведения больных с подробным разбором истории болезни и листа назначений.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия обсуждаются нерешенные проблемы острой кишечной непроходимости, направленными на снижение процента летальности и осложнений.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1. Учебно-целевые задачи:**

*Студент должен знать:*

1. Этиологию и патогенез кишечной непроходимости, классификацию и патологоанатомические формы, клинику и различные варианты течения заболевания.
2. Характеристику различных видов непроходимости кишечника (обтурационная, узлообразование, заворот, спаечная кишечная непроходимость, инвагинация, ущемление, динамическая непроходимость);
3. Принципы проведения дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
4. Современные принципы и консервативную тактику лечения, показания и противопоказания к оперативному вмешательству.
5. Основные виды оперативного вмешательства при кишечной непроходимости.
6. Основные осложнения во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде и меры профилактики.
7. Причины летальности при острой непроходимости кишечника.

#### **3.2. Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Этиология, патогенез, классификация, основные формы кишечной непроходимости
2. Основные клинические формы и осложнения заболевания. Особенности проявления и трудности диагностики. Проблема опухолевой непроходимости.
3. Дифференциальный диагноз кишечной непроходимости.
4. Интерпретация и разбор данных лабораторного, инструментального и морфологического методов исследования.
5. Принципы и основные патогенетические звенья в консервативном лечении кишечной непроходимости.
6. Основные виды оперативного вмешательства.
7. Послеоперационные осложнения кишечной непроходимости.
8. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

#### **3.3. Перечень практических умений, необходимых для усвоения темы.**

*Студент должен уметь:*

- 1) собирать анамнез у больного с подозрением на кишечную непроходимость;
- 2) проверить симптомы, характерные для острой кишечной непроходимости: метеоризм, с. Валя, с. Складорова, с. Шланге, с. Обуховской больницы;
- 3) оценить результаты исследования: анализ крови, мочи, обзорную рентгенограмму органов брюшной полости, контрастного рентгенологического исследования органов брюшной полости;
- 4) выполнить ректальное и вагинальное исследование;
- 5) обосновать диагноз острой непроходимости кишечника у конкретного больного и провести дифференциальный диагноз с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;
- 6) ассистировать хирургу на операции по поводу острой кишечной непроходимости.

#### **3.4. Перечень наглядных пособий:**

В учебной комнате с помощью видеоаппаратуры демонстрируются слайды со схемами и рисунками:

- а) анатомии толстой кишки;

- б) классификации острой кишечной непроходимости
- в) факторов, определяющих клиническую картину острой кишечной непроходимости,
- в) осложнения острой кишечной непроходимости,
- г) хирургические методы лечения кишечной непроходимости.

### **3.5. Базисные знания.**

Анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта (краткие сведения).  
Топографическая анатомия и оперативная хирургия, патологическая анатомия.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Дайте понятие о механической кишечной непроходимости и ее разновидностях?
2. Дайте определение динамической кишечной непроходимости и ее основных форм;
3. Назовите основные клинические проявления острой непроходимости кишечника.
4. Назовите методы лабораторной диагностики, рентгенологические и инструментальные методы в обосновании диагноза непроходимости кишечника.
5. Назовите основные рентгенологические признаки при острой кишечной непроходимости.
6. Как проводится дифференциальная диагностика непроходимости кишечника?
7. Назовите показания и противопоказания к инструментальным методам исследования при кишечной непроходимости?
8. Перечислите принципы лечения острой непроходимости кишечника;
9. Перечислите мероприятия при консервативном лечении заболевания?
10. Расскажите о методах оперативного лечения острой кишечной непроходимости.

### **4.2. Образцы тестов:**

1. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- а) инородными телами
- б) желчными камнями
- в) злокачественными опухолями
- г) спайками брюшной полости
- д) гельминтами

2. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при:

- а) обтурации подвздошной кишки опухолью
- б) обтурации толстой кишки опухолью
- в) обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
- г) узлообразовании
- д) обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

3. Наиболее частой локализацией инвагинации является:

- а) слепая кишка
- б) илеоцекальный сегмент
- в) илео-илеальный (подвздошно-подвздошный) сегмент
- г) сигмовидная кишка
- д) ректосигмоидный отдел

4. Для лечения паралитического илеуса проводится все, кроме:

- а) назогастральной аспирации
- б) внутривенной инфузии
- в) седативных средств
- г) немедленной лапаротомии

д) паранефральной блокады

5. *Самые худшие результаты лечения наблюдаются при:*

- а) паралитической кишечной непроходимости
- б) инвагинации
- в) странгуляционной непроходимости
- г) спайках брюшной полости
- д) обтурационной тонкокишечной непроходимости

#### **4.3. Ответы к тестам:**

1 – в. 2 – г. 3 – б. 4 – г. 5 – в.

#### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 15-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 тема по 2-м занятиям считается зачтенной.

### **Тема № 8**

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

### **1. Цели и задачи практических занятий.**

Заболевания ободочной кишки включают в себя целую группу заболеваний хронического характера, доброкачественные образования и злокачественные опухоли. В виду того, что заболевания эти протекают длительно, клинические их проявления часто сходны, то и на практике весьма не просто их отличить друг от друга. Особенно в этом отношении опасно пропустить рак толстой кишки.

#### ***Цель занятий.***

На занятии студенты учатся диагностировать хронические заболевания толстой кишки и их осложнений, изучают принципы консервативного и оперативного лечения, учатся диагностировать рак ободочной кишки и его осложнений, знакомятся с принципами хирургического и комплексного лечения.

#### ***Задачи занятий:***

- ознакомиться с эпидемиологией заболеваний ободочной кишки,
- изучить клинику с типичной и нетипичной клиникой,
- знать принципы диагностики заболеваний ободочной кишки,
- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости,
- изучить клинику и диагностику рака ободочной кишки и осложненное течение его,
- изучить операции рака ободочной кишки,
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.
- изучить методы комбинированного и комплексного лечения рака ободочной кишки.

### **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Далее на занятии с использованием наглядного материала (таблицы, плакаты, схемы, рисунки) студенты знакомятся с анатомией и физиологией ободочной кишки, классификацией заболеваний, диагностикой.

Большое внимание уделяется методикам обследования больных с заболеваниями ободочной кишки. При этом отмечается роль лабораторных, инструментальных (ирригоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия) и морфологического (биопсия) в установлении диагноза.

Разбираются наиболее распространенные пороки развития, их диагностика, методы лечения.

При изучении болезни Гиршпрунга уделяется особое внимание этиологии и патогенезу, клинике. Проводя диагностику и дифференциальную диагностику, студент выбирает оптимальный метод хирургического лечения.

При рассмотрении хронического неспецифического язвенного колита уточняется этиология заболевания, клинические проявления. Рассматриваются вопросы диагностики, дифференциального диагноза, методы консервативного и оперативного лечения.

В диагностике дивертикулов, полипоза, доброкачественных опухолей и кишечных свищей ободочной кишки обращается внимание на клинические проявления, выбору тактики и определению показаний к хирургическому лечению, видам операций.

Разбирается проблема рака ободочной кишки. Основное внимание студенты обращают на разбор жалоб больного и анамнеза. С деонтологических позиций данные дополнительных методов исследования рассматриваются в учебной палате, где и проходит дальнейшее обсуждение. Студенты учатся формулировать диагноз, проводить дифференциальный диагноз, выбирать лечебную тактику, сверяясь попутно с решением этой проблемы лечащим врачом. Обсуждение следует подкреплять данными эндоскопического, рентгенологического, морфологического и лабораторного исследований, дополнительно – информационным материалом (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы).

На следующем этапе для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты разбирают больных с осложненными, включая и пациентов, прооперированных в экстренном порядке по поводу непроходимости, кровотечения, прободения. Попутно отмечаются сложности проблемы выбора метода операции и послеоперационного периода.

Особое внимание следует обратить на сложность решения тактических задач по поводу осложненных форм рака, когда операцией выбора преимущественно остаются паллиативные и симптоматические операции (наложение обходных анастомозов, колостомия).

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия обсуждаются нерешенные проблемы острой кишечной непроходимости, направленными на снижение процента летальности и осложнений.

Преподаватель подчеркивает преимущество обструктивных резекций толстой кишки в условиях экстренной хирургии: без наложения анастомоза в условиях повышенного риска удаляется опухоль и остается надежда на восстановление непрерывности кишечного тракта.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

### **3.1. Учебно-целевые задачи.**

*Студент должен знать:*

1. Симптоматику хронических воспалительных процессов толстой кишки.
2. Классификацию рака ободочной кишки,
3. Основные симптомы течения рака ободочной кишки, особенно на фоне осложненного течения заболевания.
4. Принципы составления программы обследования больного для подтверждения диагноза, использования данных лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и морфологического методов исследования.
5. Принципы проведения дифференциального диагноза с другими заболеваниями и процессами органов брюшной полости: динамической кишечной непроходимостью, неспецифическим воспалительным процессом (аппендикулярный инфильтрат, дивертикулит, язвенный колит), доброкачественными опухолями ободочной кишки (полип, фибромиома, лейомиома, липома), заболеваниями почек.
6. Тактику лечения неосложненного рака ободочной кишки и при наличии осложнения (непроходимости, кровотечения, прободении), критерии выбора оперативного лечения с определением показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству.
7. Принципиальные меры по раннему выявлению рака ободочной кишки.

### **3.2. Базисные знания:**

Анатомия и физиология толстой кишки (хирургическая анатомия, синтопия, связочный аппарат, кровоснабжение, лимфоотток). Сведения по топографической анатомии, оперативной хирургии, патологической физиологии.

### **3.3. Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность темы - социальная значимость патологии.
2. Хронические воспалительные заболевания и доброкачественные образования толстой кишки.
3. Эпидемиология и классификация рака ободочной кишки.
4. Основные клинические формы и осложнений заболевания, пути метастазирования. Особенности проявления и трудности диагностики. Проблема раннего рака.
5. Дифференциальный диагноз рака ободочной кишки.
6. Интерпретация и практический разбор данных лабораторного, инструментального и морфологического методов исследования.
7. Обоснование и сравнительная оценка характера и вида операции в зависимости от осложнения опухоли.
8. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

### **3.4. Перечень практических умений:**

*Студент должен уметь:*

1. Проводить общее физикальное обследование больного, включая осмотр, перкуссию, аускультацию, пальпацию живота.
2. Выполнять пальцевое ректальное и вагинальное исследование.
3. Оценить рентгенограммы, данные эндоскопического и морфологического исследования.
4. Проводить дифференциальную диагностику рака ободочной кишки от других острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.
5. Составить программу обследования и лечения больного.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1 Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Какая клиника характерна для неспецифического язвенного колита?

2. Что является показанием к срочному оперативному лечению неспецифического язвенного колита?
3. Какие срочные операции производятся при неспецифическом язвенном колите?
4. Какие препараты применяются при консервативном лечении неспецифического язвенного колита?
5. Клиническая картина острого дивертикулита?
6. Каково лечение острого неосложненного дивертикулита?
7. Какие симптомы характерны для диффузного полипоза?
8. Перечислите симптомы, характерные для рака правой половины ободочной кишки?
9. Перечислите симптомы, характерные для рака левой половины ободочной кишки?
10. Как проводится лечение рака ободочной кишки?

#### **4.2 Образцы тестов:**

1. При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано:
  - а) ушивание перфорации
  - б) проксимальная колостомия
  - в) тотальная колэктомия и илеостомия
  - г) резекция сегмента кишки с перфорацией
  - д) выведение петли с перфорацией из брюшной полости
2. Чаще всего дивертикулез локализуется в кишке:
  - а) восходящей
  - б) поперечно-ободочной
  - в) слепой
  - г) сигмовидной
  - д) прямой
3. Меккелев дивертикул является анатомическим элементом:
  - а) подвздошной кишки
  - б) тощей кишки
  - в) он представляет собой выпячивание желчных ходов
  - г) часто возникает после аппендицита
  - д) все перечисленное верно
4. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области анального отверстия можно думать о:
  - а) параректальном свище
  - б) геморрое
  - в) раке прямой кишки
  - г) полипе прямой кишки
  - д) трещине анального канала
5. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:
  - а) гиперпластические
  - б) ворсинчатые
  - в) аденоматозные
  - г) множественные аденоматозные
  - д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях

#### **4.3. Ответы к тестам:**

1 – а. 2 – г. 3 – а. 4 – б. 5 – б.

### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 17-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 тема по 2-м занятиям считается зачтенной.

## **Тема № 9**

### **ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.**

#### **1. Цели и задачи практических занятий.**

В настоящее время желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. ЖКБ встречается в 6-29% всех аутопсий. Примерно четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют желчные камни.

Проблема выявления, своевременного распознавания ЖКБ, острого холецистита требует от врача глубоких знаний и безупречного владения методикой обследования больных, умения поставить диагноз и наметить оптимальную тактику лечения.

#### ***Цель занятий.***

На занятии студенты осваивают диагностику ЖКБ и острого холецистита с их осложнениями, учатся проводить дифференциальный диагноз с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Знакомятся с принципами консервативного и оперативного лечения острого и хронического холецистита.

#### ***Задачи занятий:***

- ознакомиться с эпидемиологией заболеваний печени и желчевыводящих путей,
- изучить клинику ЖКБ с типичной и нетипичной клиникой,
- освоить диагностику ЖКБ и его клинических форм,
- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости,
- знать диагностику ЖКБ и его клинических форм,
- освоить методы консервативного лечения ЖКБ,
- изучить методы оперативного лечения ЖКБ и острого холецистита,
- изучить современные эндоскопические методы и операции из мини-доступа.
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.

#### **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Проводится экскурс в анатомию и физиологию печени и желчевыводящих путей (сфинктерный аппарат, крово- и лимфообращение, иннервация, желчеобразование).

Далее на занятии с использованием наглядного материала (таблицы, плакаты, схемы, рисунки) студенты знакомятся с этиологией и патогенезом заболеваний печени и желчевыводящих путей, классификацией заболеваний, диагностикой.

В дальнейшем студенты участвуют в клиническом разборе больных с неосложненными формами ЖКБ: латентной формой, первично-хроническим холециститом, печеночной коликой, хроническим рецидивирующим калькулезным холециститом, хроническим резидуальным холециститом и прочими формами (стенокардитическая, синдром Сенна).



При обследовании этих больных студенты обращают особое внимание на применение специальных методов (УЗИ, непрямую холецисто-холангиографию, прямую холангиографию, ФЭГДС, лапароскопию).

На следующем этапе студенты знакомятся с осложненными формами ЖКБ: острым холециститом, водянкой желчного пузыря, холедохолитиазом, рубцовыми стриктурами желчевыводящих путей, вторичным билиарным циррозом, желчными свищами, раком желчного пузыря и желчных протоков (при наличии больных с демонстрацией их). Основное внимание обращается на разбор жалоб и анамнеза заболевания, лечению больных на предыдущих этапах. Во время занятия следует использовать также и данные инструментального и лабораторного исследований, дополнительно - информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы).

Во второй части занятия для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты участвуют в обследовании больных, получающих различные варианты лечения (консервативное, оперативное), включая и осложненные формы заболевания.

Особое внимание следует обратить на принципиальные моменты в хирургическом лечении острого холецистита - последовательности и этапах операции. При наличии тематического больного с ЖКБ студентам следует принять участие на операции в качестве ассистента.

Разбираются современные эндоскопические методы: лапароскопическая холецистэктомия - при наличии такого больного в отделении его следует подробно обследовать со студентами, отмечая положительные и отрицательные стороны этого вмешательства.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия отмечаются нерешенные проблемы и перспективы улучшения результатов лечения больных с ЖКБ, снижение осложнений в хирургии желчных путей.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1 Учебно-целевые задачи**

*Студент должен знать:*

1. Этиологию и патогенез ЖКБ и острого холецистита, классификацию и патологоанатомические формы, клинику и различные варианты течения заболевания,
2. Классификацию и клинические симптомы неосложненного и осложненного течения ЖКБ,
3. Клинические формы ЖКБ: латентную форму, первично-хронический холецистит, печеночную колику, хронический рецидивирующий калькулезный холецистит, хронический резидуальный холецистит и прочие формы (стенокардитическая, синдром Сенна).
4. Методы обследования больных: физикальное, лабораторное, УЗИ, непрямую холецистохолангиографию, прямую холангиографию, ФЭГДС, лапароскопию.
5. Клинические признаки и вопросы диагностики осложнений ЖКБ: острого холецистита, водянки желчного пузыря, холедохолитиаза, рубцовых стриктур желчевыводящих путей, вторичного билиарного цирроза, желчных свищей, рака желчного пузыря и желчных протоков.

6. Дифференциально-диагностические признаки осложненной ЖКБ с другой острой хирургической патологией органов брюшной полости: в первую очередь с острым аппендицитом, острым панкреатитом, прободной язвой и др.

7. Современные принципы и тактику лечения осложненной и неосложненной форм ЖКБ, определить показания и противопоказания к оперативному вмешательству.

8. Методы оперативного лечения, основные способы интраоперационной диагностики.

9. Принципы и технику выполнения традиционной холецистэктомии, принципиальные моменты, чреватые осложнениями, лапароскопической холецистэктомии, основные принципы послеоперационного ведения больных.

10. Проблему литотрипсии, постхолецистэктомического синдрома.

### **3.2. Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Этиология, патогенез, классификация ЖКБ.

2. Основные клинические формы и осложнения заболевания. Особенности проявления и трудности диагностики. Проблема острого холецистита.

3. Дифференциальный диагноз ЖКБ и ее осложнений.

4. Интерпретация и практический разбор данных лабораторного, эндоскопического, рентгенологического методов исследования.

5. Принципы консервативного и оперативного лечения осложненной и неосложненной ЖКБ. Этапы и техника проведения традиционной и лапароскопической холецистэктомии.

6. Послеоперационные осложнения острого холецистита.

7. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

### **3.3. Перечень практических умений для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

1) собрать анамнез и проводить физикальное обследование больного с подозрением на ЖКБ, особенно осложненные формы;

2) проверить симптомы характерные для острого холецистита: напряжение мышц в правой подреберной области, симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Грекова, Мюсси-Георгиевского;

3) оценить результаты исследования: анализы крови, мочи, рентгеноскопию органов грудной клетки, данные ФЭГС, УЗИ, рентгеноконтрастного исследования;

4) выполнять ректальное и вагинальное исследование;

5) обосновать диагноз осложненной формы ЖКБ - острого холецистита у больного и провести дифференциальный диагноз с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости;

6) ассистировать хирургу на операции по поводу острого аппендицита.

### **3.4. Базисные знания:**

Анатомо-физиологические сведения о желчных путях:

- анатомия желчного пузыря и желчных путей,
- кровоснабжение желчного пузыря,
- физиология желчеотведения.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Характерные особенности клиники острого холангита?

2. Как проводится диагностика острого холецистита?

3. Какие факторы определяют тактику хирурга при остром деструктивном холецистите?

4. Перечислите осложнения острого холецистита.

5. Показания для холедохотомии в ходе операции?

6. Что может обусловить механическую желтуху?
7. Назовите осложнения холелитиаза?
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при остром холецистите?
9. Каковы осложнения желчнокаменной болезни?
10. Какое из осложнений желчнокаменной болезни требует экстренного оперативного вмешательства?

#### **4.2. Образцы тестов:**

*1. Больной желтухой на фоне холедохолитиаза нуждается:*

- а) в экстренной операции
- б) в консервативном лечении
- в) в срочной операции после предоперационной подготовки
- г) в катетеризации чревной артерии
- д) в плазмаферезе

*2. К осложнениям острого калькулезного холецистита не относят:*

- а) варикозное расширение вен пищевода
- б) механическую желтуху
- в) холангит
- г) подпеченочный абсцесс
- д) перитонит

*3. При остром калькулезном холецистите применяется:*

- а) экстренная операция
- б) срочная операция
- в) консервативная терапия и плановая операция
- г) только консервативная терапия
- д) все перечисленное

*4. Желчнокаменная болезнь может вызвать все кроме:*

- а) пузырно-дуоденального свища
- б) механической желтухи
- в) острого холецистита
- г) внутрибрюшного кровотечения
- д) холангита

*5. Для колики, вызванной холелитиазом, не характерно:*

- а) интенсивная боль в правом боку
- б) тошнота
- в) симптом Щеткина–Блюмберга в правом боку
- г) симптом Ортнера
- д) симптом Мерфи

#### **4.3. Ответы к тестам:**

1 – в. 2 – а. 3 – д. 4 – г. 5 – в.

#### **5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 20-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и не менее 15 тестов из 20 тема по 3-м занятиям считается зачтенной.

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

### 1. Цели и задачи практических занятий.

Острый панкреатит встречается часто и среди других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, занимает по частоте третье место после острого аппендицита и острого холецистита.

Трудную проблему представляет как диагностика, так и лечение острого панкреатита.

#### *Цель занятий.*

На занятии студенты учатся диагностировать острый панкреатит и его осложнения, проводить дифференциальный диагноз с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, знакомятся с лечением острого панкреатита и профилактикой послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

#### *Задачи занятий:*

- ознакомиться с эпидемиологией заболеваний поджелудочной железы,
- изучить клинику острого панкреатита с типичной и нетипичной клиникой,
- освоить диагностику острого панкреатита,
- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости,
- знать диагностику острого панкреатита и его клинических форм,
- освоить методы консервативного лечения острого панкреатита,
- изучить методы оперативного лечения острого панкреатита,
- изучить современные методы детоксикации.
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.

### 2. План практических занятий.

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

С использованием наглядного материала (плакаты, рисунки, схемы) проводится экскурс в анатомию и физиологию поджелудочной железы (сфинктерный аппарат, кровоснабжение, иннервация, внутренняя и внешняя секреция).

В дальнейшем студенты проводят клинический разбор больных с острым панкреатитом, включая осложненные формы заболевания. Основное внимание привлекается к разбору жалоб и анамнеза заболевания, лечению на предыдущем этапе. После проведения объективного обследования студенты учатся формулировать диагноз, проводить дифференциальный диагноз, обосновать тактику лечения. Во время занятия следует использовать также и данные УЗИ, лапароскопии, рентгенограммы и лабораторного исследования, в первую очередь показатели ферментативной активности крови и мочи, дополнительно – информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы). Обращается внимание на тот факт, что показатели ферментативной активности не всегда коррелируют с клинической картиной заболевания и тяжестью состояния больного.

Для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты необходимо поручить для обследования больных с различными формами, включая и осложненные и пациентов после операции. Данные дополнительных методов исследования берутся из историй болезни.

После осмотра всех тематических больных студенты учатся интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, ставить клинический диагноз, проводить дифференциальный диагноз, наметить лечебную тактику.

В дальнейшем разбираются принципиальные моменты в консервативном лечении острого панкреатита - последовательности и активности проводимых мероприятий (форсированный диурез, дренирование грудного лимфатического протока, введение цитостатиков и ингибиторов протеаз, внутриаортального и внутриаортального введения препаратов и др.).

Особое внимание обращается на критерии эффективности консервативной терапии и показаниях к оперативному лечению (деструкция и абсцесс поджелудочной железы, ложная и истинная киста, перитонит), на применение ранних и поздних операций, современных эндоскопических методов хирургического вмешательства и дренирования брюшной полости. Помимо уточнения результатов консервативного и оперативного лечения острого и хронического панкреатита, изучаются принципы реабилитации больных с панкреатитом.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия отмечаются нерешенные проблемы и перспективы улучшения результатов лечения больных с острым и хроническим панкреатитом.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1. Учебно-целевые задачи:**

*Студент должен знать:*

1. Этиологию и патогенез острого панкреатита, классификацию и патологоанатомические формы, клинику и различные варианты течения заболевания.
2. Клинические проявления острого панкреатита и его осложнений.
3. Отличительные признаки неосложненной и осложненной форм заболевания, включая абсцесс поджелудочной железы и парапанкреатит, панкреонекроз.
4. Принципы проведения дифференциального диагноза с другой острой хирургической патологией органов брюшной полости: в первую очередь с острым холециститом, острым аппендицитом, прободной язвой и др.
5. Современные методы диагностики острого панкреатита: клиническую, лабораторную (ферментную), ультразвуковую, лапароскопическую, ангиографическую и принципы комплексной диагностики;
6. Современные принципы и тактику лечения: принципы активной комплексной лечебной тактики с применением методов детоксикации (ингибиторов протеаз), лапароскопическое дренирование брюшной полости, наружного дренирования грудного протока, принципы хирургического лечения.
7. Принципы послеоперационного ведения больных, наиболее типичные послеоперационные осложнения.

#### **3.2. Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Этиология, патогенез, клиническая классификация острого панкреатита.
2. Особенности обследования больных и диагностика острого
3. Дифференциальный диагноз острого панкреатита.
4. Принципы поведения консервативного лечения.
5. Показания и принципы оперативного лечения.
6. Профилактика острого панкреатита.
7. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

### **3.3. Перечень практических умений для усвоения темы:**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез с учетом причины, вызвавшей острый панкреатит;
- 2) определить болевые зоны на животе, в поясничной области, выявить напряжение мышц живота, выявить симптом Щеткина-Блюмберга, Воскресенского;
- 3) оценить результаты дополнительных методов исследования: анализы крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови, уровень амилазы крови и мочи, данные лапароскопического исследования, данные ангиографии, комплексной диагностики;
- 4) обосновать диагноз острого панкреатита; провести дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями и выработать показания к адекватному методу лечебных мероприятий; решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства.
- 5) ассистировать на операции по поводу острого деструктивного панкреатита.

### **3.4. Базисные знания:**

Анатомия и физиология поджелудочной железы. Литература по топографической анатомии, оперативной хирургии, патологической физиологии.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Какие факторы могут спровоцировать развитие острого панкреатита?
2. Какова клиническая картина острого панкреатита?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз при остром панкреатите?
4. Какие из осложнений острого панкреатита являются показанием к операции?
5. Какие мероприятия необходимы при консервативном лечении острого панкреатита?
6. Какова медикаментозная терапия острого панкреатита?
7. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны для больного с панкреонекрозом?
8. Какова тактика ведения больного с острым панкреатитом?
9. Перечислите осложнения острого панкреатита.
10. Какие особенности послеоперационного ведения можете назвать?

### **4.2. Образцы тестов:**

1. Развитие метеоризма у больных острым панкреатитом обусловлено:
  - а) сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы
  - б) частой неукротимой рвотой
  - в) парезом кишечника
  - г) дефицитом панкреатических гормонов
  - д) ферментативной недостаточностью поджелудочной железы
2. Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является:
  - а) диагностический пневмоперитонеум
  - б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
  - в) лапароскопия
  - г) гастродуоденоскопия
  - д) определение амилазы крови и мочи, УЗИ
3. Наиболее частым симптомом острого панкреатита является:
  - а) тошнота и рвота
  - б) гипертермия
  - в) желтуха
  - г) вздутие живота

д) боли в верхней половине живота

4. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

- а) панкреатический шок
- б) острая печеночная недостаточность
- в) абсцесс сальниковой сумки
- г) панкреатогенный перитонит
- д) гемморрагический панкреатит

5. В лечении острого панкреатита не применяют:

- а) анальгетиков
- б) инфузионной терапии
- в) цитостатиков
- г) спазмолитиков
- д) морфина

#### 4.3. Ответы к тестам:

1 – в. 2 – в. 3 – д. 4 – в. 5 – д.

#### 5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.

В конце 22-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и на 15 и более тестов из 20 тема по 2-м занятиям считается зачтенным.

### Тема №11

## ПЕРИТОНИТ

### 1. Цели и задачи практических занятий.

Перитонит – воспаление серозных оболочек брюшной полости, как правило, является осложнением воспалительных заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. Перитонит в настоящее время выделен в отдельную нозологическую единицу, так как симптомы его всегда остаются одинаковыми, независимо от вызывающих причин.

#### *Цель занятий.*

На занятии студенты учатся диагностировать перитонит как осложнение острых хирургических и травматических заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, осваивают современные принципы и тактику лечения перитонита, включая методы детоксикации.

#### *Задачи занятий:*

- ознакомиться с эпидемиологией острого перитонита,
- изучить клинику острого перитонита с типичной и нетипичной клиникой,
- освоить диагностику острого перитонита,
- уметь проводить дифференциальную диагностику с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства,
- знать алгоритмы диагностики острого перитонита и абсцессов брюшной полости,
- изучить методы оперативного лечения острого панкреатита,
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.

## **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

С использованием наглядного материала (плакаты, рисунки, схемы) проводится экскурс в анатомию и физиологию органов брюшной полости и забрюшинного пространства (крово- и лимфообращение, иннервация).

На следующем этапе студенты участвуют в клиническом разборе больных с острым перитонитом, включая и тех больных, у которых перитонит развился после полостной операции. Основное внимание привлекается к разбору жалоб и анамнеза заболевания, первоисточнику перитонита и проводимым вмешательствам на предыдущем этапе. После проведения объективного обследования студенты с помощью преподавателя пробуют дать развернутую формулировку диагноза, проводить дифференциальный диагноз, обосновать тактику дальнейшего лечения. Во время занятия следует использовать также и данные УЗИ, лапароскопии, рентгенограммы и лабораторного исследований, дополнительно - информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы). Отмечается тот факт, что наибольшую сложность в диагностике и тактике лечения представляет послеоперационный перитонит из-за скудности и невыраженности клинических признаков на ранних этапах развития заболевания и тяжести состояния больного.

Для формирования умения самостоятельно обследовать больного и ставить клинический диагноз студенты обследуют больных с различными формами перитонита, включая и абсцессы брюшной полости.

После осмотра всех тематических больных в учебной комнате следует научиться интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, поставить клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз, наметить лечебную тактику.

На занятии разбираются принципиальные моменты в лечении острого перитонита - своевременность, последовательность и активность проводимых мероприятий (форсированный диурез, дренирование грудного лимфатического протока, внутриаортального и внутриаортального введения антибактериальных препаратов и др.).

Особое внимание обращается на методы и показания к оперативному лечению. При ограниченных абсцессах брюшной полости отмечается преимущество лаважа и дренирования гнойного очага под контролем ультразвука. Из современных методов отмечает также применение лапаростомии (лечебных плановых релапаротомий), интубации кишечника для борьбы с парезом, диализ и дренирование брюшной полости с помощью активной аспирации.

В конце занятия отмечаются результаты лечения острого перитонита, включая и ограниченные абсцессы, принципы активной комплексной терапии больных в послеоперационном периоде.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия отмечаются в резюме нерешенные проблемы и перспективы улучшения результатов лечения больных с острым перитонитом.

## **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

### **3.1. Учебно-целевые задачи:**



*Студент должен знать:*

1. классификацию и стадии перитонита.
2. клинические признаки и симптомы перитонита, включая и послеоперационный, и первопричину его.
3. отличительные признаки ограниченной и разлитой форм заболевания.
4. современные методы диагностики перитонита: клинически, по данным рентгенологического, ультразвукового и эндоскопического, включая лапароскопию, методов.
5. современные принципы и тактику лечения перитонита: дренирование под контролем УЗИ, лапаростомия, методы детоксикации (перитонеальный диализ, дренирование грудного лимфатического протока, внутриартериальное введение антибактериальных средств и др.).
6. принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом, включая экстренные и плановые релапаротомии (диагностические и лечебные).

### **3.2. Ключевые моменты занятия:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Этиология, патогенез, клиническая классификация острого перитонита.
2. Особенности обследования больных и диагностика острого перитонита в разных стадиях заболевания.
3. Послеоперационный перитонит и абсцессы брюшной полости.
4. Принципы комплексной терапии.
5. Показания и техника выполнения плановых и экстренных релапаротомий.
6. Профилактика острого перитонита.
7. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

### **3.3. Перечень практических умений для усвоения темы**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез и проводить физикальное обследование с учетом возможной причины, вызвавшей острый перитонит;
- 2) определить болевые зоны на животе, выявить защитное напряжение мышц живота, выявить симптом Щеткина-Блюмберга, Воскресенского;
- 3) оценить результаты дополнительных методов исследования: анализы крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови, данные ультразвукового, лапароскопического и рентгенологического методов исследования;
- 4) обосновать диагноз острого перитонита; выработать показания к адекватному методу лечебных мероприятий;
- 5) решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства, включая лечебные и диагностические повторные вмешательства.

### **3.4. Базисные знания.**

Анатомия и физиология органов брюшной полости- пищеварительный тракт, печень, сосудистая и лимфатическая система.

## **4. Контрольные мероприятия:**

### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Как подразделяются перитониты по распространенности процесса?
2. Сколько областей брюшной полости поражается при местном перитоните?
3. Что характерно для клиники перитонита?
4. Какие симптомы выявляются при осмотре больных с перитонитом?
5. Каким показанием к операции является тотальный перитонит?
6. Какую терапию необходимо назначить больному с гнойным перитонитом в раннем послеоперационном периоде?
7. Перечислите основные этапы операции при распространенном перитоните.
8. Как вскрывают тазовый абсцесс?

9. Перечислите причины вторичных перитонитов.  
10. Как проводится лечение больных в послеоперационном периоде?

**4.2. Образцы тестов:**

1. *Самой частой причиной перитонита является:*

- а) острый аппендицит
- б) прободная язва
- в) сальпингит
- г) странгуляция тонкой кишки
- д) рак желудка

2. *Реактивная стадия перитонита продолжается:*

- а) 4-6 часов
- б) 24 часа
- в) 48 часов
- г) 72 часа
- д) более 72 часов

3. *Перитонит может быть следствием перечисленных заболеваний, кроме:*

- а) перфорации дивертикула Меккеля
- б) болезни Крона
- в) стеноза большого дуоденального соска
- г) рихтеровского ущемления грыжи
- д) острой кишечной непроходимости

4. *Срединную лапаротомию необходимо проводить при:*

- а) разлитом перитоните
- б) местном неограниченном перитоните
- в) абсцесс Дугласова пространства
- г) аппендикулярном инфильтрате
- д) остром аппендиците

5. *Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:*

- а) туберкулезного перитонита
- б) нарушения внематочной беременности
- в) мезентерального тромбоза
- г) острого панкреатита
- д) перекрученной кисты яичника

**4.3. Ответы к тестам:**

1 – а. 2 – б. 3 – в. 4 – а. 5 – а.

**5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.**

В конце 24-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и на 15 и более тестов из 20 тема по 2-м занятиям считается зачтенным.

**Тема № 12**

**ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.  
РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

## **1. Цели и задачи практических занятий.**

Патология молочной железы в силу своей вариабельности и разнообразия представляет большую и трудную лечебно-диагностическую задачу. Актуальную задачу представляет изучение хронических воспалительных и предраковых заболеваний молочной железы для выявления рака на ранних стадиях.

### ***Цель занятий.***

На занятии студенты учатся диагностировать воспалительные заболевания молочной железы, диффузную и локализованную форму мастопатии, ознакомиться с современными принципами диагностики и лечения их, знакомятся с принципами диагностики и лечения, реабилитации и профилактики рака молочной железы.

### ***Задачи занятий:***

- ознакомиться с эпидемиологией заболеваний молочной железы,
- изучить клинику воспалительных заболеваний молочной железы,
- освоить диагностику мастита и мастопатий,
- уметь проводить дифференциальную диагностику узловой мастопатии с раком молочной железы,
- знать алгоритмы диагностики рака молочной железы,
- изучить методы оперативного лечения острого панкреатита,
- освоить принципы до- и послеоперационного ведения больных в послеоперационном периоде.

## **2. План практических занятий.**

В начале занятия проводится контроль подготовленности студентов к занятиям путем опроса.

Подчеркивается актуальность проблемы диагностики и лечения воспалительных заболеваний, дисгормональной мастопатии, говорится об определенных достижениях в современном лечении этих заболеваний, сообщает о нерешенных проблемах.

Далее на занятии с использованием наглядного материала (плакаты, рисунки, схемы) проводится экскурс в анатомию и физиологию органов брюшной полости и забрюшинного пространства (крово- и лимфообращение, иннервация).

В дальнейшем на 26-м занятии студенты участвуют в проведении клинического разбора больных с острым маститом, включая и послеоперационных больных. Основное внимание привлекается к разбору жалоб и анамнеза заболевания, первопрочине возникновения его и проводимым вмешательствам на предыдущем этапе. После проведения объективного обследования больного студенты ставят развернутый диагноз, проводят дифференциальный диагноз, обосновывают тактику дальнейшего лечения. Во время занятия следует использовать также и данные УЗИ, рентгенограммы и лабораторного исследований, дополнительно - информационные материалы (таблицы, рисунки, схемы, видеофильмы). Отмечается тот факт, что наибольшую сложность в диагностике и тактике лечения представляет послеродовой мастит из-за проблемы галактореи и тяжести состояния больной.

Следующий этап занятий посвящается формированию и умению студентов самостоятельно обследовать больных с различными формами мастопатии, включая и локализованные формы и доброкачественные образования молочной железы. Этот этап занятия целесообразнее провести в поликлинике – на амбулаторном приеме хирурга или онколога.

Разбирают проблемы диагностики и лечения рака молочной железы. Целесообразно обратить внимание в первую очередь на первичных и диспансерных больных, наблюдающихся в поликлинике, либо на тех, которые проходят реабилитацию или симптоматическое лечение в хирургическом отделении. После осмотра больных (с

соблюдением всех принципов деонтологии) студенты учатся интерпретировать данные клинического и лабораторно-инструментального методов исследования, поставить клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз, наметить лечебную тактику. Особое внимание следует обратить на принципиальные моменты в лечении рака молочной железы - своевременности диагностики, программе лечения, включающая хирургическое, лучевое и лекарственное лечение.

Из современных методов диагностики рака молочной железы отмечается применение ультразвука, рентгеноконтрастных методов исследования (цисто- и дуктография), проведение пункции под контролем ультразвука при непальпируемых опухолях.

Особое внимание обращается на методы и показания к оперативному лечению, особенно отмечая внедрение современных принципов органосохраняющих операций с последующей химио- и лучевой терапией.

При подведении итогов в виде интерактивного обсуждения студенты разделившись на небольшие группы по 2-3 человека, обсуждают различные варианты ситуационных задач.

Преподаватель, подводя итоги, подробно рассматривает со студентами особенности предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных.

Итоговый контроль знаний студенты осуществляют решением тестов, ответами на контрольные вопросы.

В заключение при подведении итогов занятия отмечаются в резюме нерешенные проблемы и перспективы улучшения результатов лечения больных с воспалительными, опухолевыми заболеваниями молочной железы.

### **3. Методические указания к проведению практических занятий.**

#### **3.1. Учебно-целевые задачи:**

*Студент должен знать:*

1. Классификацию заболеваний молочной железы.
2. Клинические проявления воспалительных заболеваний, мастопатии и опухолевой патологии молочной железы.
3. Патологоанатомические формы доброкачественных и злокачественных опухолей молочной железы.
4. Современные методы диагностики заболеваний молочной железы: клинический осмотр, методы лучевой диагностики (рентгенологический, ультразвуковой), морфологический метод.
5. Современные принципы и тактику лечения разных стадий мастита: консервативное и оперативное (хирургическая обработка, дренирование, введение антибактериальных средств и др.).
6. Принципы лечения мастопатии и новообразований молочной железы.

#### **3.2. Ключевые моменты занятий:**

1. Научно-методическое обоснование темы. Этиология, патогенез, клиническая классификация острого и хронического мастита.
2. Особенности обследования больных, клиника, диагностика различных форм мастопатий.
3. Проблемы рака молочной железы. Ранний рак.
4. Принципы комплексной терапии рака молочной железы.
5. Показания и техника выполнения операций на молочной железе (хирургическая обработка гнойного мастита, секторальная резекция, радикальная мастэктомия).
6. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

#### **3.3. Перечень практических умений для усвоения темы.**

*Студент должен уметь:*

- 1) собрать анамнез и проводить физикальное обследование больных с маститом, мастопатией и раком молочной железы;
- 2) владеть методикой пункции патологического очага (абсцесс, уплотнение, опухоль) молочной железы;
- 3) оценить результаты дополнительных методов исследования: анализы крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови, данные ультразвукового, рентгенологического и морфологического методов исследования;
- 4) обосновать диагноз острого мастита, мастопатий и рака молочной железы; выработать показания к адекватному методу лечебных мероприятий; решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства;
- 5) обосновать предполагаемый диагноз и провести дифференциальный диагноз между доброкачественными, злокачественными опухолями;
- 6) уметь ассистировать хирургу при пункционной биопсии и во время операции (секторальной резекции молочной железы, мастэктомии).

#### **3.4. Базисные знания:**

Анатомия и физиология молочной железы (прикладные вопросы).

#### **4. Контрольные мероприятия:**

##### **4.1. Контрольные вопросы к окончанию занятий:**

1. Расскажите об особенностях строения молочной железы.
2. Укажите пути лимфооттока молочной железы.
3. Перечислите основные клинические проявления острого мастита.
4. Как проводится оперативное лечение гнойного мастита?
5. Перечислите методы диагностики и лечения мастопатий.
6. Приведите показания и технику выполнения секторальной резекции молочной железы.
7. Как проводится лечение и лечение гинекомастии?
8. Какие варианты мастэктомии применяются при раке молочной железы?
9. Обоснуйте применение органосохраняющих операций при раке молочной железе.
10. Перечислите показания и тактику проведения комбинированного и комплексного лечения рака молочной железы.

##### **4.2. Образцы тестов:**

1. При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется:

- а) динамическое наблюдение
- б) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- в) пункционная биопсия
- г) ультразвуковая диагностика
- д) в наблюдении не нуждается

2. Рак молочной железы чаще всего метастазирует в:

- а) средостение
- б) кости
- в) кожу
- г) печень
- д) надпочечники

3. К диффузным формам рака молочной железы относятся все кроме:

- а) отечно-инфильтративной
- б) маститоподобной
- в) рожеподобной

- г) панцирного рака
- д) рака Педжета

4. Реже всего рак молочной железы метастазирует в:

- а) плевру
- б) легкие
- в) подмышечные парастернальные лимфоузлы
- г) кости
- д) мозг

5. Симптом Прибрама патогномичен для:

- а) острого мастита
- б) фиброзно-кистозной мастопатии
- в) рака молочной железы
- г) фиброаденома молочной железы
- д) внутрипротоковой папилломы

#### 4.3. Ответы к тестам:

1 – б. 2 – б. 3 – д. 4 – д. 5 – в.

#### 5. Требования при подведении итогов текущей аттестации.

В конце 28-го занятия студент отвечает на 2 вопроса из представленных 10, и решает 20 тестов.

При правильном ответе на 2 контрольных вопроса и на 15 и более тестов из 20 тема по 2-м занятиям считается зачтенным.

### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

#### Основная литература

1. Кузин М. И. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-3984-5 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439845.html>. – ЭБС «Консультант студента», по паролю
2. Савельев В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3998-2 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439982.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю
3. Савельев В. С. Хирургические болезни. В 2 т. Том 2 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-3999-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439999.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю

### **Дополнительная литература**

1. Лагун М.А., Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах [Электронный ресурс] / М.А. Лагун, Б.С. Харитонов; под общ. ред. С.В. Вертянкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 436 с. - ISBN 978-5-9704-3783-4 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437834.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю