

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Учебно-методическое пособие
по хирургическим болезням
для студентов стоматологического факультета.
Часть 3.**

Витебск, 2017

УДК 616-089:616.31 (072)
ББК 54.56:56.6 я 73
Б 73

Рецензент: доцент кафедры госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии ВГМУ, к.м.н., доцент К.В. Москалев

Богданович А.В.

Б 73 Учебно-методическое пособие по хирургическим болезням для студентов стоматологического факультета. Часть 3: учебно-методическое пособие / А.В. Богданович – Витебск.:2017.- 60 с.

Утверждено на заседании кафедры факультетской хирургии (Протокол №15 от 20.03.2017 г.).

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-методическим Советом УО «Витебский государственный медицинский университет» (протокол № 4 от 17.04.2017 г.).

УДК 616-089:616.31 (072)
ББК 54.56:56.6 я 73

© А.В. Богданович, 2017

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2017

Тема: Воспалительно-некротические заболевания пальцев кисти (панариций).

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клинику и диагностику различных форм панарициев. Изучить методику обезболивания, правила рационального консервативного и оперативного лечения.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Особенности анатомического строения пальцев кисти.
2. Определение панариция.
3. Клинику различных форм панариция. Диагностику.
4. Методы анестезии при вскрытии панарициев.
5. Варианты консервативного и хирургического лечения.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с воспалительно-некротическими заболеваниями пальцев кисти.
2. Диагностировать различные формы панариция.
3. Описывать локальные изменения при различных воспалительно-некротических заболеваниях пальцев кисти.
4. Сформулировать диагноз при воспалительно-некротических заболеваниях пальцев кисти.
5. Назначить консервативную терапию и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства при панарициях.

2. Учебные вопросы

1. Топографо-анатомические сведения о строении пальцев кисти.
2. Классификация заболеваний пальцев кисти (по локализации, форме воспаления, характеру возбудителя, по стадии).
3. Причины панарициев.
4. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз различных форм воспалительных заболеваний пальцев кисти.
5. Современные принципы комплексного лечения воспалительных заболеваний пальцев.
6. Особенности операций, при воспалительных заболеваниях пальцев.
7. Роль антибиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пальцев.
8. Реабилитация пациентов при воспалительных заболеваниях пальцев.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний:

Вопрос
1. Рентгенологические изменения кости при костном панариции

<p>обнаруживаются спустя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 5-7 дней 2. 8-10 дней 3. 10-15 дней 4. 15-17 дней 5. 3-5 дней
<p>2. При кожном панариции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гной локализуется в подкожножировой клетчатке 2. гной прорывается в подногтевое пространство 3. поражается околоногтевой валик 4. поражается полость межфалангового сустава 5. эпидермис отслаивается гнойным экссудатом
<p>3. Глубокой формой панариция является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подногтевой панариций 2. панариций в виде «запонки» 3. паронихия 4. сухожильный панариций 5. подкожный панариций
<p>4. Поверхностной формой панариция является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подкожный панариций 2. сухожильный панариций 3. суставной панариций 4. костный панариций 5. костно-суставной панариций
<p>5. Из перечисленных видов панариция не существует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. хрящевого 2. подкожного 3. костного 4. суставного
<p>6. Осложнением подкожного панариция III пальца не является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сухожильный панариций 2. костный панариций 3. суставной панариций 4. костно-суставной панариций 5. U-образная флегмона кисти
<p>7. Панариций в форме «запонки» это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис 2. сухожильный панариций 3. паронихия 4. костный панариций 5. гнойное расплавление всех тканей пальца
<p>8. При кожном панариции в стадии абсцедирования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вскрывается и опорожняется содержимое отслоившегося эпидермиса 2. полностью удаляется отслоившейся эпидермис

<p>3. накладывается мазевая повязка</p> <p>4. накладывается компрессная полуспиртовая повязка</p> <p>5. назначается физиотерапевтическое лечение</p>
<p>9. Какая форма панариция у больного, если определяется зона болезненности, припухлость, гиперемия околоногтевых тканей пальца:</p> <p>1. паронихия</p> <p>2. подкожный</p> <p>3. подногтевой</p> <p>4. сухожильный</p> <p>5. суставной</p>
<p>10. При тотальном подногтевом панариции производится:</p> <p>1. удаление ногтевой пластинки</p> <p>2. дугообразный разрез по околоногтевому валику</p> <p>3. резекция ногтевой пластинки</p> <p>4. трепанация ногтевой пластинки</p> <p>5. ампутация ногтевой фаланги пальца</p>
<p>11. Подкожный панариций основной фаланги пальца вскрывается:</p> <p>1. среднелатеральными разрезами по нейтральным линиям</p> <p>2. крестообразным разрезом через зону абсцедирования</p> <p>3. разрезом через гнойник против линии Лангера</p> <p>4. линейным разрезом через зону абсцедирования по ходу линии Лангера</p> <p>5. клюшкообразным разрезом</p>
<p>12. Подкожный панариций ногтевой фаланги пальца вскрывается:</p> <p>1. разрезом через гнойник по ходу линии Лангера</p> <p>2. отсечением отслоившегося эпидермиса</p> <p>3. среднелатеральными разрезами по нейтральным линиям</p> <p>4. крестообразным разрезом</p> <p>5. разрезом через гнойник против линии Лангера</p>
<p>13. Паронихия - это воспаление:</p> <p>1. всех тканей пальца</p> <p>2. околоногтевого ложа</p> <p>3. ногтевого ложа</p> <p>4. межфалангового сустава</p> <p>5. сухожильного влагалища пальца</p>
<p>14. Пандактилит - это гнойное воспаление:</p> <p>1. ногтя</p> <p>2. подкожной клетчатки</p> <p>3. околоногтевого валика</p> <p>4. сухожильного влагалища пальца</p> <p>5. всех тканей пальца</p>

4. Литература

Основная:

6. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
7. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
8. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А.–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Епифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999
2. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
3. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.: Издательство «Лань», 2001
4. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991
5. Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: рук. / А.Н. Косинец, В.К. Окулич, В.П. Булавкин; под ред. А.Н. Косинца. – Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
6. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: Руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. – Витебск, 2004. – 510 с.

Тема: **Острые и хронические воспалительные заболевания костей и суставов. Остеомиелит, острый гнойный артрит**

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину острого и хронического остеомиелита, артрита. Изучить возможности современных методов диагностики острых гнойно-воспалительных заболеваний костей и суставов, принципы их лечения.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия «остеомиелит».
2. Классификацию остеомиелита.
3. Этиологию, патогенез острого гематогенного остеомиелита.
4. Факторы, провоцирующие и предрасполагающие к развитию острого гематогенного остеомиелита.
5. Клинику и диагностику острого гематогенного остеомиелита: местная (очаговая) и генерализованная формы.
6. Лабораторные методы диагностики.
7. Специальные методы диагностики.
8. Лечение острого гематогенного остеомиелита: воздействие на макро- и микроорганизм, местное лечение.
9. Травматический остеомиелит.
10. Артрит – острый, подострый, хронический. Клиническую классификацию артритов.
11. Клиника острого гнойного артрита, методы диагностики.
12. Осложнения острого гнойного артрита – ранние (капсульная флегмона), поздние – остеомиелит, сепсис, контрактура, анкилоз.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с острыми и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями костей и суставов.
2. Описывать локальные изменения при различных гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов.
3. Диагностировать различные виды острых гнойных заболеваний костей и суставов.
4. Наметить план дальнейшего обследования пациента с подозрением на острый гнойно-воспалительный процесс костей и суставов.
5. Сформулировать диагноз при различных гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов.
6. Определять объем консервативного и оперативного методов лечения.

2. Учебные вопросы

1. Определение термина «остеомиелита»
2. Классификация остеомиелита

3. Формы острого остеомиелита
4. Острый гематогенный остеомиелит. Патогенез.
5. Симптоматология и клиническая картина
6. Стадии течения гематогенного остеомиелита
7. Специальные методы исследования. Ультразвуковая эхолокация. Кожная термометрия. Цветная контактная термография.
8. Пункция кости и цитологические методы диагностики
9. Рентгенологические методы диагностики. Обзорная рентгенография. Денситометрия. Остеомедуллография
10. Дифференциальная диагностика. Лечение. Антибактериальная терапия. Местное лечение
11. Хронический остеомиелит. Первично-хронические остеомиелиты. Лечение хронического остеомиелита
12. Гнойные артриты. Бурситы

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. Верно ли, что гнойное воспаление сустава (артрит) развивается в связи с проникновением в него микробов лимфогенным, гематогенным или прямым путем?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.
<p>2. Перечислите компоненты консервативного лечения при остром серозном бурсите:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. иммобилизация сустава, 2. УВЧ-терапия, 3. масляно-бальзамический компресс, 4. пункция с отсасыванием экссудата, 5. вскрытие сустава.
<p>3. Укажите возможные оперативные методы лечения при гнойном бурсите:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вскрытие слизистой сумки и удаление гноя, 2. удаление слизистой сумки без вскрытия ее просвета, 3. вскрытие гнойника, промывание раны, наложение первичного шва.
<p>4. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается у:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. новорожденных, 2. детей и подростков, 3. лиц трудоспособного возраста, 4. стариков, 5. мужчин в возрасте 20-30 лет.

5. Укажите предрасполагающие факторы развития острого гематогенного остеомиелита:

1. травмы,
2. предшествующие инфекции,
3. переохлаждение,
4. несбалансированное питание, гиповитаминоз,
5. наследственность.

6. Возбудителями заболевания при гематогенном остеомиелите чаще всего являются:

1. стрептококки,
2. кишечные палочки,
3. вирусы,
4. стафилококки,
5. неспорообразующие анаэробы.

7. При одновременном развитии миелита, остита и периостита патологический процесс должен быть обозначен как:

1. пандактилит,
2. остеоид-остеома,
3. остеосаркома,
4. остеомиелит,
5. эпифизеолиз.

8. При остром гематогенном остеомиелите наиболее часто поражаются:

1. позвонки,
2. кости таза,
3. большеберцовая и бедренная кости,
4. кости свода черепа,
5. метафизы плюсневых костей.

9. Верно ли, что острый гематогенный остеомиелит у детей, как правило, начинается с метафиза?

1. да,
2. нет.

10. При остром гематогенном остеомиелите у взрослых патологический процесс, как правило, локализуется в:

1. апофизе,
2. эпифизе,
3. метафизе,
4. диафизе.

11. Укажите возможные формы острого гематогенного остеомиелита:

1. бактериальная,
2. токсическая,
3. септико-пиемическая,
4. флегмонозно-некротическая,
5. местная.

<p>12. Укажите местные симптомы при остром гематогенном остеомиелите:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. боль в конечности, 2. положительный симптом Александра, 3. увеличение и болезненность региональных лимфоузлов, 4. крепитация в области патологического очага.
<p>13. Укажите признаки, характерные для хронического остеомиелита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отсутствие пульса на периферических артериях, 2. наличие гнойного свища, 3. наличие костного секвестра, 4. рецидивирующее течение заболевания, 5. перемежающаяся хромота.
<p>14. Укажите сроки появления рентгенологических признаков острого гематогенного остеомиелита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. до развития клинической картины, 2. 1-2 день, 3. 3-4 день, 4. 7-14 день, 5. 15-21 день.
<p>15. Рентгеновские снимки при остром гематогенном остеомиелите необходимо производить в двух проекциях, а для сравнения и здоровой конечности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обязательно, 2. необязательно, 3. не следует.
<p>16. Укажите ранние рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. остеопороз, 2. смазанность рисунка мягких тканей, 3. остеосклероз, 4. утолщение надкостницы, 5. наличие секвестральной полости.
<p>17. Патогенетически обоснованное лечение при остром гематогенном остеомиелите включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. иммобилизацию, 2. дезинтоксикационную терапию, 3. баротерапию, 4. антибиотико - и иммунотерапию, 5. десенсибилизацию и витаминотерапию.
<p>18. При остром гематогенном остеомиелите наиболее эффективными способами применения остеотропных антибиотиков являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подкожный и внутримышечный, 2. внутривенный, 3. внутриартериальный, 4. внутрикостный,

5. через рот.
19. Появление флюктуации на пораженном сегменте конечности при остром гематогенном остеомиелите свидетельствует о: <ol style="list-style-type: none"> 1. сопутствующем тромбофлебите, 2. межмышечной или подкожной флегмоне, 3. патологическом переломе, 4. флеботромбозе, 5. буллезной форме рожистого воспаления.
20. Укажите возможные виды оперативных вмешательств при гематогенном остеомиелите: <ol style="list-style-type: none"> 1. наложение аппарата Иллизарова, 2. вскрытие флегмоны и дренирование, 3. вскрытие флегмоны и остеоперфорация, 4. секвестрэктомия, 5. остеосинтез.
21. При остром гематогенном остеомиелите иммобилизация конечностей должна осуществляться в сроки до: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1-2 недель, 2. 3-4 недель, 3. 5-6 недель, 4. 7-8 недель, 5. исчезновения острых воспалительных явлений.
22. К местным осложнениям гематогенного остеомиелита относят все, кроме: <ol style="list-style-type: none"> 1. абсцессов мягких тканей, 2. гнойного остеоартрита, 3. поднадкостничных абсцессов, 4. тромбофлебита, 5. сепсиса.
23. К первично-хроническим формам гематогенного остеомиелита относят: <ol style="list-style-type: none"> 1. альбуминозный остеомиелит Оллье, 2. склерозирующий остеомиелит Гарре, 3. остеосаркому, 4. абсцесс Броди, 5. периостит.

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А –Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Епифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999
2. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
3. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.: Издательство «Лань», 2001
4. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991.
5. Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: рук. / А.Н. Косинец, В.К. Окулич, В.П. Булавкин; под ред. А.Н. Косинца. – Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
6. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: Руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. – Витебск, 2004. – 510 с.

**Тема: Анаэробная клостридиальная инфекция.
Анаэробная неклостридиальная инфекция. Сепсис. Столбняк.**

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Познакомить студентов с этиологией, патогенезом, клиникой и методами лечения анаэробной клостридиальной и неклостридиальной инфекции, общей гнойной инфекции (сепсиса) и столбняка.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Анаэробную клостридиальную инфекцию: этиологию, патогенез.
2. Классификацию анаэробной клостридиальной инфекции, клиническую картину, диагностику.
3. Профилактику и лечение анаэробной клостридиальной инфекции.
4. Неклостридиальную анаэробную инфекцию: этиологию, патогенез.
5. Неклостридиальную анаэробную инфекцию мягких тканей (фасцит, целлюлит, миозит). Клинику, лечение.
6. Основные принципы хирургического лечения неклостридиальной анаэробной инфекции.
7. Этиологию и патогенез сепсиса.
8. Классификацию сепсиса и клиническую картину.
9. Принципы лечения сепсиса. Рациональную антибиотикотерапию.
10. Столбняк. Этиологию, патогенез.
11. Классификацию и клиническую картину столбняка.
12. Профилактику и лечение столбняка.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Диагностировать анаэробную клостридиальную и неклостридиальную инфекцию.
2. Проводить обследование пациентов с анаэробной инфекцией, сепсисом.
3. Сформулировать диагноз при различных вариантах поражения тканей анаэробной инфекцией.
4. Проводить профилактику анаэробной клостридиальной инфекции, столбняка
5. Назначить консервативную терапию и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства у данной категории пациентов.

2. Учебные вопросы

1. Определение понятий анаэробная инфекция, анаэробная гангрена.
История вопроса.
2. Этиология и патогенез.
3. Классификации газовой гангрены.
4. Клиническая картина анаэробной гангрены. Общие и местные симптомы.
Диагностика.

5. Лечение анаэробной инфекции.
6. Методы оперативного лечения анаэробной клостридиальной инфекции.
7. Консервативное лечение анаэробной клостридиальной инфекции. Антибактериальная терапия. Серотерапия. Гипербарическая оксигенация
8. Профилактика анаэробной клостридиальной инфекции.
9. Санитарно-гигиенический режим в отделении и палате для больных с анаэробной инфекцией.
10. Анаэробная неклостридиальная инфекция (гнилостная инфекция). Микробиология. Патогенез. Клинические особенности анаэробной инфекции.
11. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей.
12. Анаэробный неклостридиальный целлюлит
13. Анаэробный неклостридиальный фасциит
14. Анаэробный неклостридиальный миозит
15. Перитонит с преобладанием анаэробного компонента
16. Неклостридиальная инфекция послеоперационных ран. Диагностика. Бактериологическая диагностика.
17. Основные принципы хирургического лечения, консервативное лечение.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. Возбудителями анаэробной неклостридиальной инфекции могут быть облигатные анаэробы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Bacteroides fragilis</i>, 2. <i>Cl. Oedematiens</i>, 3. <i>Cl. Perfringens</i>, 4. <i>staph. aureus</i>.
<p>2. К клиническим особенностям анаэробной неклостридиальной инфекции относится все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. неприятного гнилостного запаха экссудата из раны, 2. гнилостного характера поражения тканей, 3. серо-зеленого или коричневого цвета раневого экссудата, 4. выделения сливкообразного гноя из раны.
<p>3. Неприятный гнилостный зловонный запах отделяемого из раны указывает на инфекцию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. колибациллярную, 2. стафилококковую, 3. стрептококковую, 4. анаэробную, 5. вызванную протеем.

<p>4. Зловонный запах отделяемого из раны обусловлен летучими сернистыми соединениями, продуцируемыми:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кишечной палочкой, 2. стафилококком, 3. анаэробами, 4. синегнойной палочкой, 5. возбудителями хронической специфической хирургической инфекции.
<p>5. Диагноз анаэробной неклостридиальной инфекции ставится на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. опыта, 2. клинических данных, 3. результатов микробиологических исследований, 4. общих и биохимических анализов крови.
<p>6. Укажите возможных возбудителей газовой гангрены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cl.perfringens, 2. Cl.oedematiens, 3. Cl.hystolyticum, 4. Cl.tetani, 5. Cl.septicum.
<p>7. По патологоанатомической классификации газовая гангрена бывает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острая, подострая, хроническая; 2. молниеносная, острая; 3. эритематозная, буллезная, флегмонозная, некротическая, смешанная; 4. эмфизематозная, отечная, гниlostная, флегмонозная, смешанная, тканерасплавляющая; 5. эпифасциальная, субфасциальная.
<p>8. По локализации процесса различают следующие формы газовой гангрены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подкожную, подслизистую, ишеоректальную, пельвиоректальную; 2. подкожную, субареолярную, интраканикулярную, интрамаммарную, ретромаммарную; 3. эпидуральную, субдуральную, субарахноидальную, внутримозговую; 4. эпифасциальную, субфасциальную; 5. поднадкостничную, внутрикостную, межмышечную, подкожную.
<p>9. Укажите местные симптомы газовой гангрены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кожа вокруг раны бледная, блестящая, 2. положительный симптом 'лигатуры', 3. крепитация по периферии раны, 4. яркая гиперемия кожи вокруг раны, 5. периодически повторяющиеся судорожные сокращения мышц в области раны.
<p>10. Против каких возбудителей готовится поливалентная противогангренозная сыворотка?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cl.perfringens;

<ul style="list-style-type: none"> 2. Cl.oedematiens; 3. Cl.hystolyticum; 4. Cl.sporogenes; 5. Cl.septicum.
<p>11. Профилактическая доза поливалентной противогангренозной сыворотки составляет:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 10000 ME, 2. 20000 ME, 3. 30000 ME, 4. 60000 ME, 5. 90000 ME.
<p>12. Из лечебных мероприятий при газовой гангрене показано все, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. назначение антибиотиков, 2. введения поливалентной противогангренозной сыворотки, 3. введения противогангренозного бактериофага, 4. оксигаротерапии, 5. обменного переливания крови.
<p>13. С лечебной целью при газовой гангрене внутримышечно или внутривенно вводится поливалентная противогангренозная сыворотка в разовой дозе:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 30 000 ME, 2. 60 000 ME, 3. 90 000 ME, 4. 120 000 ME, 5. 150 000 ME.
<p>14. Какие антисептики наиболее рационально использовать для промывания раны при газовой гангрене?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. хлоргексидин, 2. соли тяжелых металлов (диоцид и др.), 3. красители (риванол и др.), 4. кислоты (борная кислота и др.), 5. окислители (водорода пероксид, калия перманганат).
<p>15. Методы оперативного лечения при газовой гангрене:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 'экономное' рассечение кожи и подкожной клетчатки в области раны, 2. широкое рассечение раны с иссечением нежизнеспособных тканей, 3. лампасные разрезы тканей конечности с иссечением пораженных мышц, 4. ампутация конечности с формированием культи из лоскутов, 5. гильотинная ампутация конечности.
<p>16. Существует ли потенциальная опасность для здоровья хирурга, оперирующего больного с газовой гангреней?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.
<p>17. В связи с высокой контагиозностью анаэробной инфекции при газовой</p>

гангрене, какие необходимо проводить противоэпидемические мероприятия:

1. изолировать больного,
2. выделить отдельный медперсонал,
3. выделить отдельные предметы ухода,
4. сжигать использованный перевязочный материал,
5. белье и халаты ежедневно подвергать двойной стирке.

18. Чаще всего возбудителем сепсиса является:

1. стафилококк,
2. стрептококк,
3. кишечная палочка,
4. протей,
5. облигатные анаэробы.

19. Очагом внедрения микробов и их токсинов при сепсисе являются:

1. открытые травмы,
2. множественные закрытые переломы,
3. местные гнойные процессы,
4. обширные нарастающие гематомы,
5. операционные раны.

20. По клинической картине различают сепсис:

1. молниеносный, острый, подострый, рецидивирующий, хронический;
2. стафилококковый, стрептококковый, колибациллярный, смешанный;
3. раневой, послеоперационный, криптогенный, при внутренних болезнях;
4. гинекологический, урологический, отогенный, одонтогенный;
5. ранний, поздний.

21. Ранним называется сепсис, развившийся в срок до:

1. 10-14 дней,
2. 18-21 день,
3. 25-28 дней,
4. 1,5-2 мес.

22. Всегда ли определяется бактериемия при сепсисе?

1. да,
2. нет.

23. Верно ли утверждение: стрептококковый сепсис относительно редко (35% случаев) протекает с метастазами, потому что стрептококк обладает фибринолитическими свойствами, препятствующими оседанию его в тканях?

1. да,
2. нет.

24. При стафилококковом сепсисе метастазы чаще обнаруживаются в:

1. легких,
2. суставах,
3. мозговых оболочках,
4. почках,

5. костном мозге.
25. Для септической раны характерно: 1. избыточное разрастание грануляций, 2. скудное отделяемое из раны, 3. вялость грануляций, 4. обильное отделяемое из раны, 5. грязно-мутное, нередко гниlostное отделяемое из раны.
26. Существует ли потенциальная опасность для здоровья хирурга, оперирующего больного с сепсисом? 1. да, 2. нет.
27. Возбудителем столбняка является: 1. Cl.perfringens; 2. Cl.sporogenes; 3. Cl.septicum; 4. Cl.oedematiens; 5. Cl.tetani
28. Укажите токсины, выделяемые палочкой столбняка: 1. энтеротоксин, 2. цитотоксин, 3. тетаногемолизин, 4. фибринолизин, 5. тетаноспазмин.
29. Какой из токсинов, выделяемых столбнячной палочкой, преимущественно определяет клиническую картину заболевания? 1. цитотоксин, 2. энтеротоксин, 3. фибринолизин, 4. тетаноспазмин
30. В зависимости от распространенности патологического процесса различают столбняк: 1. генерализованный, 2. общий, 3. тотальный, 4. местный (ограниченный), 5. диффузный.
31. К ранним симптомам столбняка относят все, кроме: 1. болей в области раны, 2. подергивания мышц в области раны, 3. обильного потоотделения, 4. болей в спине, 5. положительного симптома 'лигатуры'.
32. Укажите явные признаки столбняка: 1. симптом очков,

<ol style="list-style-type: none"> 2. сардоническая улыбка, 3. гипертенус мышц, 4. тетанические судороги, 5. анизокория.
<p>33. Транспортировка больного столбняком осуществляется в специализированной машине в сопровождении врача:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. терапевта, 2. невропатолога, 3. гинеколога, 4. анестезиолога-реаниматолога, 5. хирурга.
<p>34. При укусах бродячей собаки, волка и т.д. необходима экстренная специфическая профилактика:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дифтерии, 2. столбняка, 3. туберкулеза, 4. бешенства, 5. газовой гангрены.
<p>35. Укажите мероприятия, проводимые с целью неспецифической профилактики столбняка:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. первичная хирургическая обработка раны, 2. орошение раны растворами антисептиков из группы окислителей 3. инфильтрация краев раны раствором антибиотиков, 4. назначение антибиотиков парентерально, 5. дегидратационная терапия.
<p>36. Что необходимо ввести пострадавшему для экстренной специфической профилактики столбняка, если после повторной ревакцинации прошло более 10 лет?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0,5 мл столбнячного анатоксина, 2. 1 мл столбнячного анатоксина, 3. 300 АЕ противостолбнячной сыворотки, 4. 1500 АЕ противостолбнячной сыворотки, 5. 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки.
<p>37. Внутрикожная проба на чувствительность организма к чужеродному белку производится перед введением:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. столбнячного анатоксина, 2. противостолбнячной сыворотки.
<p>38. Можно ли столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку вводить в одно и тоже место?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А.–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Елифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999
2. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
3. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.: Издательство «Лань», 2001.
4. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991
5. Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: рук. / А.Н. Косинец, В.К. Окулич, В.П. Булавкин; под ред. А.Н. Косинца. – Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
6. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: Руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. – Витебск, 2004. – 510 с.

Тема: **Итоговое занятие «Инфекция в хирургии и гнойные заболевания легких и плевры».**

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Ознакомить студентов с актуальностью проблемы диагностики, лечения гнойных заболеваний средостения, легких и плевры. Изучить характеристику этиологического фактора, общие клинические признаки заболеваний, основные принципы хирургического лечения и антибактериальной терапии. Во второй части занятия проведение итогового тестового контроля по разделу «Инфекция в хирургии».

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Медиастинит. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение.
2. Абсцессы легкого. Классификацию. Острый абсцесс легкого. Патогенез, клинику, диагностику. Консервативные методы лечения. Показания к оперативному лечению, виды хирургических вмешательств.
3. Хронический абсцесс легкого. Клинику, диагностику, лечение. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.
4. Острый гнойный плеврит. Классификацию. Этиологию, пути проникновения инфекции в плевральную полость.
5. Клинику, диагностику, консервативное и хирургическое лечение острых плевритов. Показания к дренированию плевральной полости.
6. Пиопневмоторакс. Причины. Острую, мягкую и стертую формы. Тотальный и ограниченный пиопневмоторакс. Клапанный и напряженный пиопневмоторакс. Особенности их развития и клинического течения. Диагностику. Первую помощь, лечение.
7. Бронхоэктатическая болезнь. Этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение.

В результате студент должен **УМЕТЬ**

1. Собрать анамнез и провести клиническое обследование пациента с гнойными заболеваниями средостения, легких и плевры.
2. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
3. Сформулировать диагноз при различных заболеваниях гнойных заболеваниях легких и плевры.
4. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований.
5. Оказать первую помощь при клапанном пневмотораксе.
6. Определять объем консервативного и оперативного методов лечения при различных заболеваниях гнойных заболеваниях средостения, легких и плевры.

2. Учебные вопросы

1. Этиология и патогенез медиастенитов.
2. Клинические проявления медиастенитов.
3. Методы исследования больных медиастенитом.
4. Принципы лечения, сущность хирургического лечения.
5. Классификация гнойных заболеваний легких.
6. Этиология и патогенез острого абсцесса легкого.
7. Клиника острого абсцесса легкого.
8. Методы обследования больных острым абсцессом легкого.
9. Лечение больных острым абсцессом легкого.
10. Исходы и осложнения острого абсцесса легкого.
11. Диагностика хронического абсцесса легкого.
12. Лечение больных хроническим абсцессом легкого.
13. Классификация гнойных плевритов.
14. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение острой эмпиемы плевры.
15. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение хронической эмпиемы плевры.

3. Примеры тестовых задач для контроля уровня знаний.

<p>1. Перкуторно и R-логически выявлено смещение органов средостения в здоровую сторону. Какому синдрому это соответствует?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Тотальному воспалению легкого2. Нарастающему пневмотораксу3. Гипоплазии легкого4. Ателектазу легкого5. Осумкованной междолевой эмпиеме плевры
<p>2. Уменьшение объема легкого за счет сдавления воздухом или жидкостью со смещением средостения в здоровую сторону свидетельствует о</p> <ol style="list-style-type: none">1. Гипоплазии легкого2. Коллапсе легкого3. Ателектазе легкого4. Пневмонии очаговой.5. Пневмонии крупозной
<p>3. Для ателектаза легкого характерно</p> <ol style="list-style-type: none">1. Увеличение объема легкого2. Смещение органов средостения в здоровую сторону3. Наличие воздуха в плевральной полости4. Смещение органов средостения в больную сторону5. Наличие жидкости в плевральной полости

<p>4. Острая эмпиема плевры переходит в хроническую при неэффективном лечении в среднем через</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4 недели 2. 5 недель 3. 8 недель 4. 12 недель 5. 15 недель
<p>5. Различают следующие пути возникновения абсцессов легких.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аспирационный 2. Гематогенно – эмболический 3. Лимфогенный 4. Травматический 5. Аэрационный
<p>6. Принципы лечения острого абсцесса легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стимуляция защитных сил организма 2. Постуральный дренаж 3. Бронхоскопическая санация 4. Верно 2, 3 5. Все верно
<p>7. Назовите наиболее важную цель при лечении острого абсцесса легких</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия 2. Восстановление или улучшение проходимости дренирующих бронхов 3. Постуральный дренаж 4. Стимуляция защитных реакций организма 5. Применение отхаркивающих средств
<p>8. Первичная эмпиема плевры возникает при попадании инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При проникающем ранении груди 2. После операций на грудной клетке 3. Верно 1 и 2 4. Все неверно 5. Верно только 1
<p>9. По клинической картине плевриты бывают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. септические 2. центральные 3. тяжелые 4. средней тяжести 5. легкие
<p>10. Признаки плеврита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отставание больной половины грудной клетки в акте дыхания 2. притупление перкуторного звука на стороне поражения соответствует линии Эллиса-Дамуазо 3. смещение средостения в здоровую сторону при рентгенографии грудной клетки 4. наличие на Rtg-грамме грудной клетки горизонтального уровня

<p>жидкости</p> <p>5. ослабление дыхательных шумов на стороне поражения.</p>
<p>11. Назовите самый главный принцип излечения больного острой эмпиемой плевры</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ликвидация гнойного очага 2. Расправление легкого 3. Облитерация гнойной полости 4. Отсутствие температуры 5. Полное восстановление функции дыхания
<p>12. Лечение хронического абсцесса легких включает следующие лечебные мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лобэктомия 2. Пневмонэктомия 3. Пневмотомия 4. Дренаж через прокол грудной клетки 5. Все верно
<p>13. Лечение хронической эмпиемы плевры включает следующие лечебные мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Декортикация легкого 2. Тампонада полости эмпиемы мягкими тканями 3. Фенестрация эмпиемы 4. Пневмотомия 5. Торакопластика
<p>14. Приопневмотораксом называется скопление в плевральной полости</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Воздуха 2. Крови 3. Реактивного выпота 4. Воздуха и крови 5. Воздуха и гноя
<p>15. Виды пневмоторакса</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закрытый 2. Открытый 3. Клапанный 4. Клапанный напряженный 5. Смешанный
<p>16. Как оказать больному экстренную помощь при напряженном клапанном пневмотораксе?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевести в открытый путем пункции толстой иглой 2. Интубация трахеи и проведение ИВЛ 3. Экстренная бронхоскопия 4. Введение бронхолитиков 5. Возвышенное положение в постели

<p>17. Развитие абсцесса легкого определяется сочетанием и взаимодействием основных факторов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нарушением бронхиальной проходимости; 2. острым инфекционным неспецифическим процессом в легочной паренхиме; 3. нарушением кровоснабжения, обуславливающим некроз легочной ткани; 4. все верно 5. верно 2, 3
<p>18. Наиболее частыми и типичными осложнениями острого абсцесса легкого являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. прорыв абсцесса в плевральную полость с развитием пиопневмоторакса, в том числе клапанного, 2. кровотечение в бронхиальное дерево с возможной асфиксией, 3. аспирация гноя в непораженные участки бронхиального дерева и развитие новых абсцессов, 4. образование метастатических гнойников в отдаленных органах; 5. все верно
<p>19. Причины перехода острого абсцесса легкого в хронический:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. большие размеры (диаметр полости в легком более 6 см), 2. наличие секвестров в полости, 3. плохие условия для дренирования полости абсцесса, 4. пониженное давление в полости абсцесса, 5. сниженная реактивность организма
<p>20. Для диагностики острого медиастинита не применяется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. УЗИ 2. КТ 3. бронхоскопия 4. эзофагография 5. пневмомедиастинум
<p>21. По клиническому течению острые медиастиниты разделяются на</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. молниеносные формы 2. острые формы 3. подострые формы 4. верно 1, 2, 3 5. верно 2, 3
<p>22. Синдром верхней полой вены включает в себя</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. расширение подкожных вен верхней половины туловища 2. расширение вен шеи 3. расширение вен лица 4. подкожная эмфизема верхней половины туловища 5. повышение ЦВД (центрального венозного давления)

<p>23. Какие мероприятия применяются при лечении острого негнойного медиастинита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антибиотикотерапия 2. медиастинотомия 3. дезинтоксикационная терапия 4. симптоматическая терапия 5. коррекция нарушенных показателей гомеостаза
<p>24. Назовите противопоказания к оперативному лечению гнойного медиастинита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сепсис 2. тяжелое расстройство деятельности сердечно-сосудистой системы 3. высокое центральное венозное давление 4. низкое центральное венозное давление 5. отсутствуют
<p>25. Назовите симптомы, характерные для острого гнойного медиастинита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. головные боли 2. одышка 3. дисфагия 4. озноб 5. повышение температуры тела
<p>26. Какие симптомы характерны для острого гнойного медиастинита</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. синдром верхней полой вены 2. тахикардия 3. понижение венозного давления (ЦВД) 4. аритмия 5. подкожная эмфизема шеи
<p>27. Симптоматика острого гнойного медиастинита со стороны других органов и систем (медиастинальный синдром) обусловлена:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наличием инфекционного агента 2. сдавлением легких 3. интоксикацией 4. сдавлением сосудов, нервов, органов средостения 5. все правильно
<p>28. Медиастинотомия бывает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. шейная 2. парастеральная 3. паравертебральная 4. трансдиафрагмальная 5. трансвертебральная

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.

2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Епифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999
2. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
3. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.: Издательство «Лань», 2001
4. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991.
5. Косинец, А.Н. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: рук. / А.Н. Косинец, В.К. Окулич, В.П. Булавкин; под ред. А.Н. Косинца. – Витебск: ВГМУ, 2002. – 600 с.
7. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: Руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. – Витебск, 2004. – 510 с.

Тема: Заболевания артерий. Облитерирующий атеросклероз и эндартериит. Артериальные тромбозы и эмболии. Некрозы. Гангрены.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить причины острых и хронических нарушений артериального кровообращения, их клиническую картину и современные методы лечения. Изучить основные виды, причины возникновения и принципы лечения некрозов.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Классификацию нарушений артериального кровообращения.
2. Острое нарушение артериального кровообращения. Острая ишемия. Тромбоз, эмболия, их отличие. Патогенез, клиническую картину, диагностику, консервативное и оперативное лечение.
3. Хроническое нарушение артериального кровообращения: облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит. Патогенез, клиническую картину, лечение. Значение коллатерального кровообращения.
4. Клинические формы облитерирующего атеросклероза и артериита (синдром Такаяси, окклюзия ветвей брюшной аорты, синдром Лериша, окклюзия бедренной и подколенной артерий).
5. Инструментальную диагностику заболеваний артерий (реовазография, ангиография, доплерография, капилляроскопия, термометрия).
6. Консервативное лечение облитерирующих заболеваний периферических артерий.
7. Оперативное лечение облитерирующих заболеваний периферических артерий. Показания к оперативному лечению. Методы операций (эндартерэктомия, резекция артерии с последующим протезированием, шунтирование).
8. Омертвление (некроз). Виды омертвления и их причины. Сухую и влажную гангрену, клиническую картину. Общие принципы лечения.
9. Профилактику острых и хронических заболеваний артерий.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с нарушением артериального кровообращения.
2. Описывать локальные изменения при различных нарушениях артериального кровообращения.
3. Диагностировать различные виды острых нарушений артериального кровообращения. Отличить тромбоз от эмболии, определить клинические стадии.
4. Диагностировать различные виды хронических нарушений артериального кровообращения.
5. Проводить дифференциальную диагностику влажной и сухой гангрены.

6. Сформулировать диагноз при различных нарушениях артериального кровообращения.
7. Оказывать первую врачебную помощь при остром нарушении артериального кровообращения.
8. Составить программу консервативного лечения и определить показания к операции при остром и хроническом нарушениях артериального кровообращения.
9. Производить перевязки у больных с некрозами, с выбором необходимых препаратов для местного лечения.

2. Учебные вопросы

1. Классификация нарушений артериального кровообращения
2. Хронические нарушения артериального кровообращения. Классификация. Патогенез.
3. Клинические формы облитерирующего атеросклероза
4. Дифференциальная диагностика облитерирующего атеросклероза и других окклюзирующих заболеваний артерий.
5. Лечение облитерирующего атеросклероза.
6. Показания к хирургическому лечению больных с облитерирующим атеросклерозом. Виды операций.
7. Острые нарушения артериального кровообращения. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Гангрена. Показания к операции. Особенности подготовки к операции и ведения послеоперационного периода.
9. Профилактика заболевания артерий.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

Вопрос
1. Триада Вирхова включает: 1. облитерирующий атеросклероз 2. нарушение целостности сосудистой стенки 3. замедление тока крови 4. изменение биохимического состава крови в сторону увеличения коагулирующих факторов 5. облитерирующий эндартериит (тромбангиит)
2. Причинами хронических облитерирующих заболеваний артерий являются: 1. облитерирующий атеросклероз 2. облитерирующий аорта-артериит 3. облитерирующий эндартериит (тромбангиит) 4. варикозная болезнь нижних конечностей
3. Возникновению тромбоза способствуют: 1. повреждение стенок сосудов при травмах 2. ангиографические исследования

3. зондирование и канюлирование сосудов
4. реконструктивные сосудистые операции
4. Полная или частичная обтурация сосуда тромбом приводит к: <ol style="list-style-type: none"> 1. артериальной недостаточности с развитием острой ишемии тканей и органов 2. варикозной болезни 3. рожистому воспалению 4. трофической язве
5. Эмболию может вызвать: <ol style="list-style-type: none"> 1. фрагмент тромба 2. комочек жира 3. воздух 4. инородное тело
6. Клиническая картина эмболии зависит от <ol style="list-style-type: none"> 1. уровня эмболии 2. срока эмболии 3. развития коллатерального кровообращения 4. возраста больного
7. При нарушении магистрального кровотока в поражённых сегментах не происходит <ol style="list-style-type: none"> 1. расстройство микроциркуляции 2. гипоксии тканей 3. метаболический ацидоз 4. лимфостаз
8. Клиническая картина эмболии включает <ol style="list-style-type: none"> 1. резкие боли в поражённой конечности 2. бледность, а затем мраморность кожного покрова 3. похолодание конечности 4. сохранение пульсации артерии ниже уровня её обтурации
9. Для 1А степени ишемии по В.С.Савельеву характерно <ol style="list-style-type: none"> 1. нарушение чувствительности и активных движений в суставах конечностей 2. чувство онемения, похолодания, парестезии 3. полная плегия конечности
10. Для 2б степени ишемии по В.С.Савельеву характерно <ol style="list-style-type: none"> 1. полная плегия конечности 2. субфасциальный отек мышц конечности 3. парциальная контрактура 4. тотальная контрактура
11. Для 3А степени ишемии по Савельеву характерно <ol style="list-style-type: none"> 1. парциальная контрактура 2. субфасциальный отек мышц конечности 3. тотальная контрактура
12. Наиболее информативными методами клинической и топической

<p>диагностики тромбозов и эмболий нижних конечностей являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. компьютерная томография 2. ангиография 3. ультразвуковая доплерография 4. радионуклидные методы исследования
<p>13. Показания к экстренному оперативному лечению</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эмболия бифуркации аорты, подвздошных и бедренных артерий 2. эмболия магистральных артерий любой локализации любой давности, протекающей со стойкой и нарастающей ишемией 3. тотальная контрактура конечности 4. гангрена конечности
<p>14. Консервативное лечение преследует цели</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. снятие рефлекторного спазма артерий 2. восстановление магистрального и коллатерального кровообращения 3. предупреждение дальнейшего развития тромба
<p>15. Показания к ампутации конечности</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. полная плегия конечности 2. парциальная контрактура конечности 3. тотальная контрактура конечности 4. гангрена конечности
<p>16. Какой показатель следует учитывать при оценке адекватности лечения гепарином при тромбозах и эмболиях</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. фибринолитическую активность крови 2. протромбиновый индекс 3. время свертывания по Ли-Уайту 4. адгезивную способность тромбоцитов
<p>17. При остром тромбозе показано</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. назначение антикоагулянтов 2. назначение кортикостероидов 3. назначение дезагрегантов 4. применение физиотерапевтических процедур
<p>18. Для каротидного синдрома характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. головные боли затылочной локализации 2. головокружение 3. звон и шум в ушах 4. зрительные нарушения: пелена, двоение в глазах 5. ухудшение памяти, снижение интеллекта
<p>19. Для подключично-позвоночного синдрома характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. головная боль 2. головокружение 3. нарушения зрения 4. плегия конечности
<p>20. При окклюзии верхней брыжеечной артерии наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Резкая боль в животе после приема пищи

<ul style="list-style-type: none"> 2. частый жидкий стул 3. истощение пациента
<p>21. Синдром Лериша – это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. окклюзия сонной артерии 2. окклюзия почечной артерии 3. стеноз нисходящего отдела грудной аорты 4. окклюзия бифуркации брюшной аорты 5. окклюзия бедренной артерии
<p>22. Синдром перемежающееся хромоты при облитерирующем атеросклерозе это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Периодические боли в нижних конечностях в покое 2. Мигрирующие боли от поясничной области на бедро и голень 3. Боли в нижних конечностях при физической нагрузке и прекращающиеся в покое 4. Снижение болевого синдрома в нижних конечностях после приема спазмолитиков
<p>23. Трофические нарушения при атеросклерозе нижних конечностей проявляются в виде</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. сухой гангрены 2. трофических язв голени 3. рожистого воспаления 4. экземы 5. флегмоны
<p>24. Для исключения ишемии головного мозга выслушивают следующие артерии</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. сонные 2. подключичные 3. локтевые 4. бедренные
<p>25. При облитерирующем атеросклерозе реконструктивные сосудистые операции показаны в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 1а стадии 2. 2а стадии 3. 2б стадии 4. 3а стадии 5. 4б стадии
<p>26. В комплекс консервативной терапии хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей входят</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. анальгетики 2. препараты улучшающие реологические свойства крови 3. трентал (пентоксифиллин) 4. антогонисты ионов кальция (амлодипин, коринфар и др.)

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А.–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Молер Эмиль Р. Заболевания периферических артерий. – ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечностей. – М.: Медицина, 2004.
3. Щербюк А.Н., Кескинов А.А. Заболевания артерий. Справочник для врачей. Юго-Восток-Сервис. 2008.
4. Евдокимов А.Г., Тополянский В.Д. Болезни артерий и вен. Академия. 2006.
5. Покровский А.В. Заболевание аорты и ее ветвей. - М., 1979.
6. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Клиническая хирургия - Минск, Высшая школа, 1998.

Тема: Болезни вен конечностей. Тромбозы и тромбофлебиты магистральных вен, постфлебитический синдром (ПТФС). Хирургия лимфатической системы.

1. Учебные и воспитательные цели

В результате подготовки к занятию и проведенного практического занятия студенты должны знать:

1. Анатомо-физиологические особенности венозной системы нижней конечности.
2. Синдром острой и хронической венозной недостаточности, причины, способствующие их развитию, принципы диагностики. Стадии хронической венозной недостаточности (СЕАР).
3. Этиопатогенез, клиническую картину, диагностику и лечение первичного варикозного расширения вен.
4. Этиопатогенез, классификацию, диагностику и лечение острых тромбофлебитов, антикоагулянтная терапия. Белую и синюю флегмазию.
5. Оклюзию ветвей верхней полый вены и подключичной (синдром Педжета-Шреттера).
6. Постфлебитическую болезнь: классификацию, клинику, диагностику, принципы лечения. Анатомо-физиологические сведения о лимфатической системе
7. Классификацию заболеваний лимфатической системы.
8. Недостаточность лимфообращения, причины, классификацию, клинику, диагностику, лечение.
9. Слоновость, причины, клинику, диагностику, лечение.

После проведенного практического занятия студенты **должны уметь:**

1. Поставить диагноз первичного варикозного расширения вен и назначить адекватное лечение.
2. Провести эластическое бинтование конечности.
3. Собрать анамнез, провести физикальные методы исследования, оценить лабораторные данные и поставить диагноз тромбофлебита поверхностных и глубоких вен нижней конечности.
4. Назначить антикоагулянтную и противовоспалительную терапию.
5. Провести объективное исследование больного с заболеваниями лимфатических сосудов, лимфатических узлов.
6. Знать принципы консервативного и оперативного методов лечения болезней лимфатической системы

2. Учебные вопросы

1. Анатомо-физиологические сведения о венозной системе нижних конечностей.
2. Классификация заболевания вен нижних конечностей.

3. Пороки развития - болезнь Паркс Вебера, Клиппель-Треноне. Клиника, диагностика, лечение.
4. Варикозное расширение вен (Varices venarum). Этиология, патогенез (роль конституционных особенностей соединительной ткани, артериовенозных шунтов, предрасполагающих факторов). Патологическая анатомия.
5. Клиника первичного варикозного расширения вен. Диагностика, дифференциальная диагностика. Функциональные пробы.
6. Методы лечения первичного варикоза: оперативное лечение, склерозирующая терапия. Показания и противопоказания к операции
7. Осложнения варикозного расширения вен. Клиника, диагностика, лечение.
8. Профилактика варикозного расширения вен.
9. Тромбофлебиты нижних конечностей Определение понятия, классификация.
10. Клиника тромбофлебита поверхностных и глубоких вен, консервативное и хирургическое лечение.
11. Посттромбофлебитический синдром. Определение понятия. Классификация (варикозная, отеочно-болевая, язвенные формы). Патогенез, клиника, лечение.
12. Классификация заболеваний лимфатической системы.
13. Недостаточность лимфообращения, причины, классификация, клиника, диагностика, лечение.
14. Слоновость, причины, клиника, диагностика, лечение.

3. Примеры тестовых задач для контроля уровня знаний.

<p>1. Что ВЕРНО в приведенных утверждениях, характеризующих варикозной болезни?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повышается давление в венозных отделах кровяного русла 2. Наблюдается патологический рефлюкс крови 3. Происходит задержка во внеклеточном пространстве жидкости, белков, форменных элементов крови 4. Усиливается основной обмен (потребление кислорода в организме) 5. Имеется недостаточность клапанного аппарата
<p>2. Какую помощь необходимо оказать больному, если возникло кровотечение из варикозного узла в н/3 голени?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наложить жгут на бедро 2. Наложить жгут на голень выше узла 3. Назначить гемостатическую терапию 4. Наложить тугую повязку и придать конечности возвышенное положение 5. Необходима экстренная радикальная венэктомия
<p>3. Для склерозирующей терапии в лечении варикозного расширения вен применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фенилин

<p>2. Вазелин</p> <p>3. Винкристин</p> <p>4. Фибровейн</p> <p>5. Викасол</p>
<p>4. Что верно в указанных утверждениях, характеризующих показания к склерозирующей терапии варикозного расширения вен?</p> <p>1. Показана при варикозном расширении отдельных ветвей подкожных вен</p> <p>2. При рецидиве варикозного расширения немагистральной вены</p> <p>3. При рассыпном типе подкожных вен</p> <p>4. У беременных</p> <p>5. При наличии отдельных узлов в начальной стадии заболевания</p>
<p>5. Какая из операций, применяемых для лечения варикозного расширения вен, является наименее косметичной по своим результатам?</p> <p>1. Троянова - Тренделенбурга</p> <p>2. Нарата</p> <p>3. Маделунга</p> <p>4. Клаппа</p> <p>5. Шеде-Кохера</p>
<p>6. Какое заболевание не относится к врожденным ангиодисплазиям сосудов и приобретенным заболеваниям вен нижних конечностей</p> <p>1. Болезнь Паркс Вебера - Рубашова</p> <p>2. Болезнь Клиппель -Треноне</p> <p>3. Первичное варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей</p> <p>4. Посттромбофлебитический синдром</p> <p>5. Акромегалия</p>
<p>7. Какое из осложнений наблюдается наиболее часто при варикозном расширении вен?</p> <p>1. Кровотечение из расширенных вен</p> <p>2. Тромбофлебит глубоких вен</p> <p>3. Тромбофлебит поверхностных вен</p> <p>4. Целлюлит</p> <p>5. Варикозные язвы</p>
<p>8. На что может указывать пальпируемый "кашлевой толчок" в точке 3,5 см ниже и латеральнее лонного бугорка у больного с варикозным расширением вен?</p> <p>1. Сопутствующая паховая грыжа</p> <p>2. Артериовенозный свищ</p> <p>3. Бедренная аневризма</p> <p>4. Натечный абсцесс</p> <p>5. Недостаточность остиального клапана</p>
<p>9. Для первичного варикозного расширения поверхностных вен характерно:</p> <p>1. Расширение, удлинение и извитость поверхностных вен</p> <p>2. Несостоятельность клапанов поверхностных вен</p> <p>3. Гипоплазия или аплазия глубоких вен</p>

<p>4. Несостоятельность клапанов коммуникантных вен</p> <p>5. Извращенный ток крови в коммуникантных венах</p>
<p>10. В этиологии первичного варикозного расширения поверхностных вен имеет значение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Длительное пребывание на ногах, связанное с профессией 2. Наследственная предрасположенность 3. Нарушение венозного оттока, обусловленное повышением внутрибрюшного давления, беременностью, опухолями 4. Артериоловеноулярные анастомозы 5. Спазм в области остиального клапана
<p>11. Какие изменения кожи встречаются при варикозном расширении вен?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Шелушащий и мокнувший экзематозный дерматит 2. Язва на переднемедиальной поверхности голени 3. Пигментация 4. Целлюлит 5. Некроз I пальца стопы
<p>12. При варикозном расширении вен применяются следующие виды лечения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Консервативное - ношение эластического бинта или эластического чулка 2. Склерозирующее 3. Флебэктомия 4. Эндovasкулярная лазерная коагуляция венозной стенки
<p>13. Показанием к склерозирующему лечению является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Варикоз с выраженной недостаточностью клапанов поверхностных и коммуникантных вен 2. Варикозное расширение вен в начальной стадии заболевания при отрицательной пробе Троянова-Тренделенбурга 3. Варикозное расширение вен, осложненное тромбофлебитом 4. Наличие отдельных мелких узлов, оставшихся после флебэктомии
<p>14. Для склерозирующей терапии применяются следующие препараты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Фибровейн 2. Детралекс 3. Этоксисклерол 4. Викасол
<p>15. После операции венэктомии по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей больным показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возвышенное положение нижней конечности в постели 2. Раннее вставание со 2-го дня после операции 3. Эластическое бинтование голени в течение 8-12 недель после операции 4. Гемостатическая терапия в первые два дня после операции
<p>16. Какие вены впадают в v. saphena magna в области овальной ямки?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. V. pudenda externa 2. V. epigastrica superficialis 3. V. circumflexa ileum superficialis

4. V. epigastrica inferior
17. На нижней конечности различают следующие вены: 1. Поверхностные вены 2. Глубокие вены 3. Коммуникантные вены 4. Перфорантные вены
18. Продвижению крови вверх по венам нижних конечностей способствуют следующие факторы: 1. Клапаны 2. Присасывающие действие грудной клетки 3. Сокращение мышц голени и бедра 4. Коммуникантные вены
19. Что ВЕРНО в указанных утверждениях? 1. Кровь из поверхностных вен нижних конечностей оттекает в глубокие вены 2. Остиальный клапан находится в средней трети бедра 3. Клапаны в коммуникантных венах препятствуют забросу крови из глубоких вен в поверхностные 4. В глубоких венах нижних конечностей отсутствуют клапаны
20. Предрасполагающими факторами в этиологии первичного варикозного расширения подкожных вен являются: 1. Врожденная слабость венозной стенки 2. Наличие нефункционирующих артериоло-веноулярных анастомозов 3. Нейроэндокринные расстройства 4. Понижение тонуса стенок вен
21. Производящими факторами в патогенезе первичного варикозного расширения подкожных вен являются: 1. Повышение внутрибрюшного давления 2. Длительная ходьба 3. Ортостатическая перегрузка 4. Наследственность
22. Осложнения варикозного расширения подкожных вен: 1. Тромбофлебит варикозно расширенных вен 2. Кровотечение из варикозных узлов 3. Трофические язвы 4. Дерматомиозит
23. Функциональные пробы на состояние клапанов коммуникантных вен: 1. Шейниса 2. Тальмана 3. Пратта-II 4. Троянова-Тренделенбурга
24. Функциональные пробы на проходимость глубоких вен: 1. Дельбе-Пертеса 2. Шейниса

3. Пратга-I

4. Шварца

25. Для удаления варикозно расширенных вен применяют следующие инструменты:

1. Зонд Блэкмора

2. Катетер Фогарти

3. Двухпросветный зонд

4. Зонд Бэбкока

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная:

1. Веденский А.А. Варикозная болезнь. - Л.,1983
2. А.И.Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин Острый тромбофлебит. – М.: Литера, 2006. – 108 с.
3. Ревской А.К. Острый тромбофлебит нижних конечностей. – М.:Медицина, 1976
4. Савельев В.С., Думпе Е.Г., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен.- М., 1972
5. Савельев В.С., Яблонев Е.Г., Кириенко А.И. Тромбэмболия легочной артерии. – М.:Медицина, 1979
6. Шалимов А.А. Хирургия вен. - Киев, 1984
7. Хирургические болезни: учебник / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева + CD: в 2-х томах. – М., 2008. Т.1 – 608 с.; Т.2 – 400 с.

**Тема: «ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»
И**

ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ «ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ»

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить этиологию, патогенез, клинику заболеваний молочной железы, ознакомится с методами их диагностики и лечения. Во второй части занятия проведение итогового тестового контроля по разделу «Заболевания сосудов и молочной железы».

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Классификацию заболеваний молочной железы.
2. Методы исследования пациентов с заболеваниями молочной железы.
3. Острый гнойный мастит. Классификацию. Клинику, диагностику, лечение, профилактику.
4. Мастопатию. Классификацию, этиопатогенез. Клинику, диагностику, принципы лечения, профилактику.
5. Доброкачественные опухоли (фиброаденома, липома). Клинику, диагностику, лечение.
6. Рак молочной железы. Факторы, способствующие развитию заболевания. Пути метастазирования. Клинические формы: узловые, диффузные (отечно-инфильтративный, маститоподобный рак, рожеподобный рак, панцирный рак), рак Педжета. Методы ранней диагностики.
7. Принципы лечения рака молочной железы. Профилактику.
8. Протезирование молочной железы, косметические операции.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез и провести клиническое обследование пациентки с заболеванием молочной железы.
2. Произвести пальпацию молочной железы и регионарных лимфатических узлов.
3. Определить необходимые для уточнения диагноза лабораторные и инструментальные исследования.
4. Сформулировать диагноз при различных заболеваниях молочной железы.
5. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований.
6. Диагностировать острый мастит и провести дифференциальную диагностику между маститом, острым застоем молока и маститоподобной формой рака.
7. Назначить консервативную терапию и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства при маститах.
8. Поставить диагноз, включая форму и стадию рака молочной железы.

9. Провести дифференциальный диагноз рака молочной железы с дисгормональными и другими заболеваниями.

2. Учебные вопросы

1. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе. Классификация заболеваний.
2. Методы исследования пациентов с заболеваниями молочной железы.
3. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение.
4. Дисгормональные заболевания - мастопатия. Причины мастопатии. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
5. Доброкачественные опухоли (фиброаденома, липома). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Рак молочной железы. Патологическая анатомия. Пути метастазирования рака в зависимости от локализации.
7. Клинические формы рака: узловые, диффузные (инфильтрирующие, маститоподобный рак, рожеподобный рак, панцирный рак), рак Педжета.
8. Современные методы диагностики.
9. Принципы оперативного лечения.
10. Протезирование, косметические операции.
11. Профилактика рака молочной железы.

3. Примеры тестовых задач для контроля уровня знаний.

1. Больная 30 лет жалуется на уплотнения и боли в молочной железе, появляющиеся за несколько дней до менструации. При пальпации в наружном квадранте левой молочной железы определяется участок уплотнения, не связанный с кожей и соском, подвижный, размеры 2,5 x 2,0 см. При исследовании в положении лежа узел не пальпируется. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Наиболее вероятный диагноз?

1. Узловой рак молочных желез
2. Липома молочной железы
3. Узловая мастопатия
4. Фиброаденома
5. Болезнь Педжета

2. Какой симптом наиболее часто встречается при раке молочной железы?

1. Увеличение молочной железы
2. Уменьшение молочной железы
3. Кровянистые выделения из соска
4. Плотный узел в молочной железе
5. Увеличенные подмышечные лимфоузлы

3. Больная 50 лет обнаружила в молочной железе опухоль. При пальпации в верхне - наружном квадранте правой молочной железы определяется

<p>опухоль 3 см в диаметре плотно - эластической консистенции, безболезненная, поверхность бугристая. При пальпации в положении на спине узел не меняет своих контуров и не исчезает. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рак молочной железы 2. Фиброаденома 3. Узловая мастопатия 4. Гемангиома 5. Липома
<p>4. Укажите признак, не соответствующий действительности в отношении молочной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Молочная железа располагается между передней подмышечной и окологрудной линиями на уровне от III до VI ребра 2. Каждая молочная железа состоит из 15-20 долей 3. Каждая доля окружена рыхлой соединительной и жировой тканью 4. Каждая доля имеет млечный проток, который открывается на верхушке соска 5. Перед выходом на сосок протоки расширяются и образуют общий млечный синус
<p>5. На нормальное развитие и рост молочных желез влияют гормоны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Катехоламины 2. Окситоцин 3. Кортикостероиды 4. Эстрогены и прогестерон 5. Секретин
<p>6. Какое из заболеваний не относится к порокам развития молочной железы?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гинекомастия 2. Амастия 3. Полителия 4. Полимастия 5. Гипермастия
<p>7. Узловая форма рака молочной железы наиболее часто локализуется в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нижненаружном квадранте 2. Верхненаружном квадранте 3. Верхневнутреннем квадранте 4. Нижневнутреннем квадранте 5. Области ареолы и соска
<p>8. Молочная железа кровоснабжается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ветвями внутренней грудной артерии 2. Ветвями 3-7 задних межреберных артерий 3. Ветвями латеральной грудной артерии 4. Ветвями диафрагмальной артерии
<p>9. Венозная кровь от молочной железы оттекает в:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Подмышечную вену 2. Внутреннюю грудную вену 3. Латеральную грудную вену 4. Межреберные вены
<p>10. Отток лимфы от молочной железы осуществляется в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подмышечные лимфоузлы 2. Парастернальные лимфоузлы 3. Подключичные лимфоузлы 4. Надключичные лимфоузлы
<p>11. Специальные методы исследования молочной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Маммография 2. Дуктография 3. Ультразвуковая эхография 4. Термография
<p>12. По локализации мастит различают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Субареолярный 2. Интрамаммарный 3. Ретромаммарный 4. Подкожный
<p>13. Различают формы мастита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Серозную 2. Инфильтративную 3. Абсцедирующую 4. Гангренозную
<p>14. Причинами развития рака молочной железы являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наследственно-генетическая предрасположенность 2. Повторные роды 3. Гормональный дисбаланс 4. Лактация
<p>15. Различают клинические формы рака молочной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Узловая форма 2. Диффузная форма 3. Рак Педжета 4. Метастатическая форма
<p>16. В группу повышенного риска при раке молочной железы включают</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы 2. Женщин с поздно наступающей менопаузой 3. Женщин, страдающих дисменореей 4. Мастит в период менопаузы

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.

2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная

1. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. Медицина. 1985
2. Гостищев В.К. Оперативное лечение деструктивных форм лактационного мастита. М., 1986
3. Е.П. Куликов, Б.М. Варёнов. Рак молочной железы. Учебное пособие. 2002.
4. Сидоренко Л.Н. Гормонотерапия предрака и рака молочной железы. – Л.: Медиз, 1986
5. Путырский Л.А. Рак молочной железы. – Минск, 1998
6. Зотов А.С., Беллин Е.О. Мастопатии и рак молочной железы. Краткое руководство. – М.: Медпресс-информ. -2005.

Тема: **Заболевания щитовидной железы.**

I. Учебные и воспитательные цели:

Цель практического занятия: Изучить этиологию, патогенез, клинику заболевания щитовидной железы, ознакомится с методами их диагностики и лечения.

В результате изучения темы студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Основные сведения по анатомии щитовидной железы (строение, расположение, кровоснабжение, пути лимфооттока).
2. Гормоны щитовидной железы, регуляцию их секреции и физиологическую роль в организме.
3. Методы исследования пациентов с заболеваниями щитовидной железы, включая УЗИ и радиоиммунные, сканирование.
4. Классификацию заболевания щитовидной железы.
5. Этиологию и патогенез тиреотоксикоза и эндемического зоба.
6. Классификацию диффузного токсического зоба.
7. Классификацию эндемического зоба (по степени размеров зоба, функциональному состоянию щитовидной железы, форме разрастания щитовидной железы) и зобных эндемий по степени тяжести.
8. Классификацию рака щитовидной железы (TNM, морфологическую).
9. Клинику диффузного токсического зоба в зависимости от степени тяжести и стадии тиреотоксикоза, глазные симптомы.
10. Дифференциальную диагностику узлового зоба и рака щитовидной железы.
11. Принципы консервативного лечения пациентов диффузным токсическим зобом, показания к операции.
12. Показания к операции при эндемическом зобе.

В результате изучения темы студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать и проанализировать анамнез у пациента тиреотоксикозом, эндемическим зобом, раком щитовидной железы
2. Провести и правильно оценить результаты функционального исследования пациента, уметь пальпировать щитовидную железу, оценить данные УЗИ.
3. Выявить и оценить глазные симптомы (экзофтальм, лагофтальм, симптом Грефе, Мебиуса, Штельвага, Кохера и др.).
4. Наметить план обследования и обосновать необходимые лабораторные и инструментальные исследования, правильно оценить их результаты.
5. Сформулировать и аргументировать диагноз.
6. Проводить дифференциальную диагностику заболеваний щитовидной железы.

7. Обосновать лечебную тактику у пациентов диффузным токсическим, эндемическим зобом и раком щитовидной железы.

2. Учебные вопросы

1. Классификация заболеваний щитовидной железы. Методы исследования пациентов. Роль УЗИ, ТАПБ.
2. Роль аутоиммунных процессов в патологии щитовидной железы, диагностика.
3. Эндемический зоб. Определение понятия. Классификация по степени увеличения, форме, функции. Этиология, клиника, диагностика. Лечение. Показания к операции.
4. Тиреотоксикоз. Определение понятия, патогенез. Классификация по степени тяжести. Показания и противопоказания к операции.
5. Методы операций на щитовидной железе (экономная резекция, субтотальная резекция, тиреоидэктомия, комбинированные операции), показания к ним.
6. Осложнения во время операции и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика.
7. Острые тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
8. Рак щитовидной железы. Классификация гистологическая и TNM. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Комбинированное лечение. Исходы и отдаленные результаты. Профилактика.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Величина боковой доли щитовидной железы (по рекомендации ВОЗ) в норме составляет<ol style="list-style-type: none">1. 1 x 2 x 2 см2. Не более ногтевой фаланги V пальца кисти исследуемого3. Не более I пальца кисти4. Не более ногтевой фаланги I пальца кисти5. 2 x 3 x 5 см |
| <ol style="list-style-type: none">2. Верхняя щитовидная артерия является ветвью<ol style="list-style-type: none">1. Наружной сонной артерии2. Внутренней сонной артерии3. Подключичной артерии4. Подъязычной артерии5. Щитошейного ствола |

<p>3. Нижняя щитовидная артерия является ветвью</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наружной сонной артерии 2. Внутренней сонной артерии 3. Подключичной артерии 4. Общей сонной артерии 5. Щитошейного ствола
<p>4. При болезни Грейвса-Базедова не наблюдается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Слабости 2. Похудания 3. Раздражительности 4. Сердцебиения 5. Одышки покоя
<p>5. Эндемический зоб по функциональному состоянию может иметь все перечисленные формы, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тиреотоксического с явлениями экзофтальма 2. Гипертиреоидного 3. Гипотиреоидного 4. Гипотиреоидного с признаками микседемы 5. Эутиреоидного
<p>6. Какое заболевание щитовидной железы не относится к воспалительным?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острый тиреоидит (негнойный и гнойный) 2. Хронический тиреоидит (зоб Риделя) 3. Узловой зоб с кистозной дегенерацией и псаммоновыми тельцами 4. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото) 5. Редкие воспалительные (туберкулез, сифилис), грибковые и паразитарные заболевания (актиномикоз, эхинококк)
<p>7. С помощью сканирования щитовидной железы можно определить все перечисленное, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Формы железы 2. Наличия "горячих узлов" 3. Наличия "холодных узлов" 4. Наличия рецидива 5. Наличие псаммомных телец
<p>8. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы производится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. После обязательной обработки кожи 5% раствором йода 2. После предварительной обработки кожи бесцветным антисептиком, лучше спиртом 3. Из одного самого крупного узла 4. Из всех узлов под УЗИ контролем 5. С обязательным созданием вакуума при извлечении иглы

<p>9. Для автономной аденомы щитовидной железы не характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Плаксивость 2. Повышенная утомляемость 3. Тремор рук 4. Потливость и бессонница 5. Диффузное увеличение щитовидной железы
<p>10. Наиболее рациональным видом обезболивания, применяемого при операции на щитовидной железе, следует считать</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Местную инфильтрационную анестезию 2. Внутривенный наркоз 3. Местную инфильтрационную анестезию с нейролептанальгезией 4. Эндотрахеальный наркоз 5. Спинномозговую анестезию
<p>11. При развитии послеоперационного тиреотоксического криза показаны</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кортикостероиды 2. Сердечных гликозиды 3. Антикоагулянты 4. Внутривенное введение плазмы, альбумина 5. Жаропонижающие
<p>12. Во время оперативного вмешательства на щитовидной железе никогда не бывает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждения возвратного нерва 2. Кровотечения 3. Гипопаратиреоза 4. Ранения трахеи 5. Воздушной эмболии
<p>13. Повреждение обоих нижних гортанных нервов при операциях на щитовидной железе проявляется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стридором, удушьем 2. Нарушением глотания 3. Парестезиями 4. Осиплостью голоса 5. Гиперемией лица
<p>14. При острой паратиреоидной тетании приступам судорог предшествует</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Икота 2. Сардоническая улыбка 3. Парестезии 4. Боль в области раны 5. Дисфагия
<p>15. Узел в щитовидной железе, скорее всего, имеет раковое происхождение, если:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При сканировании с I^{131} он оказывается горячим 2. При аспирационной биопсии диагностируют его кистозный характер 3. У больного появилась осиплость голоса

<p>4. Есть признаки тиреотоксикоза</p> <p>5. У больного обнаружены антитела к тиреоглобулину</p>
<p>16. Щитовидная железа синтезирует все названное, КРОМЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Монойодтирозина 2. Дийодтирозина 3. Трийодтиронина 4. Тироксина 5. Тиреолиберина
<p>17. Гормоном щитовидной железы является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дийодтирозин 2. Трийодтиронин 3. Тетрайодтиронин 4. Катакальцин 5. Тирокальцитонин
<p>18. Сходство токсической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Начинаются с декомпенсации сердечной деятельности 2. Поражают лиц молодого возраста 3. Сопровождаются экзофтальмом 4. Имеют выраженную симптоматику тиреотоксикоза 5. Сопровождаются повышением уровня тиреотропного гормона в крови
<p>19. При папиллярном раке щитовидной железы T₁₋₂ N₀ M₀ выполняют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка, в последующем прием тироксина 2. Субтотальную резекцию щитовидной железы 3. Гемитиреоидэктомию с фасциально-футлярной диссекцией клетчатки 4. Экстракапсулярную тотальную тиреоидэктомию + переднюю и боковую диссекцию 5. Энуклеацию узла
<p>20. Эндемический простой зоб:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Имеет место, когда более 10% населения страдают зобом 2. Возникает после острого тиреоидита 3. Вызывается в основном низким содержанием йода в почве данной местности 4. Как правило, поражает мужчин и женщин примерно в равной степени
<p>21. При лечении диффузного эутиреоидного зоба применяют</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Субтотальную тиреоидэктомию 2. Микродозы йода 3. Радиоактивный йод 4. Тироксин
<p>22. При аутоиммунном тиреоидите (зоб Хасимото):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявляются аутоантитела к тиреоглобулину и АТПО (антитела к тиреоидной пероксидазе)

<p>2. Вначале гипертиреоз в последующем гипотиреоз</p> <p>3. Интерстициальная ткань инфильтрирована плазматическими клетками и активными лимфоцитами</p> <p>4. В процесс вовлекаются окружающие ткани (мышцы, сосуды, нервы).</p>
<p>23. К глазным симптомам при диффузном токсическом зобе относятся:</p> <p>1. Мебиуса</p> <p>2. Грефе</p> <p>3. Штельвага</p> <p>4. Труссо</p> <p>5. Кохера</p>
<p>24. По гистологическому строению различают следующие формы рака щитовидной железы:</p> <p>А. Медулярный рак</p> <p>В. Фолликулярный рак</p> <p>С. Недифференцированная анапластическая карцинома</p> <p>Д. Папиллярный рак</p> <p>Е. Скирр</p>
<p>25. Автономная (токсическая) аденома щитовидной железы:</p> <p>1. Избыточная продукция тиреоидных гормонов не зависит от общей регуляции функции щитовидной железы</p> <p>2. Как правило, является функционально активной (горячей)</p> <p>3. Лечится только хирургическим способом</p> <p>4. ТТГ повышен</p>
<p>26. В этиологии злокачественных заболеваний щитовидной железы:</p> <p>1. У детей, подвергшихся облучению головы или шеи, карцинома может развиваться спустя 7 и более лет</p> <p>2. Лечение L-тироксином увеличивает опасность возникновения рака щитовидной железы</p> <p>3. Карцинома щитовидной железы у детей Беларуси после Чернобыля возросла в несколько раз</p> <p>4. Нарушение соотношения T_3/T_4 может быть признаком медулярного рака</p>
<p>27. Рак щитовидной железы может проявляться:</p> <p>1. Синдромом Горнера</p> <p>2. Шейной лимфаденопатией</p> <p>3. Осиплостью голоса</p> <p>4. Дисфагией</p>

4. Заключение

В конце занятия преподаватель подводит итоги работы на занятии каждого студента. При этом акцентируется внимание на недостатках в теоретической подготовке и овладении практическими навыками. Определяются вопросы, которые студенты должны будут отработать в часы самоподготовки к следующему занятию.

5. Литература:

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная:

1. Н.Т. Старкова. Клиническая эндокринология. Руководство. Изд. третье. СпбПитер.,2002.
2. И.И. Дедов. Эндокринология. Учебное пособие. "Медицина" 2007.
3. Майкл Т. МакДермотт. Секреты эндокринологии. 2-е издание. 2003.

Тема: Аппендицит. Осложнения острого аппендицита.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Познакомить студентов с этиологией, патогенезом, клиникой и методами лечения острого аппендицита.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Классификацию, этиологию, патогенез острого аппендицита.
2. Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острого аппендицита.
3. Методы обследования пациентов и симптомы заболевания.
4. Особенности течения и симптоматику острого аппендицита у детей, лиц старческого возраста, беременных, при атипичном расположении отростка.
5. Осложнения острого аппендицита (инфильтрат, периаппендикулярный, межкишечный, подпеченочный, поддиафрагмальный, тазовый абсцессы, пилефлебит). Клинику осложнений, их диагностику и лечение.
6. Принципы лечения острого аппендицита и его осложнений.
7. Основные этапы выполнения аппендэктомии, принципы ведения послеоперационного периода.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Собрать анамнез,
2. Провести физикальные методы исследования,
3. Оценить лабораторные данные,
4. Провести дифференциальную диагностику и поставить диагноз острого аппендицита,
5. Определить лечебную тактику у пациента с острым аппендицитом.

2. Учебные вопросы

1. Анатомо-физиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке.
2. Острый аппендицит. Классификация, этиология и патогенез.
3. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика острого аппендицита.
4. Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных, стариков.
5. Лечение острого аппендицита. Показания и противопоказания к аппендэктомии.
6. Подготовка пациентов к операции, ведение послеоперационного периода.
7. Осложнения острого аппендицита (инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцессы, пилефлебит). Клиника осложнений, их диагностика и лечение.

8. Значение санитарно-просветительной работы среди населения и организация скорой помощи в снижении осложнений и летальности при остром аппендиците.
9. Забрюшинный доступ к периаппендикулярному абсцессу, этапы операции.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

<p>1. Какой из перечисленных симптомов при остром аппендиците появляется раньше всех?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 С-м Воскресенского 2 С-м Блюмберга 3.С-м Ровзинга 4. С-м Кохера 5.С-м Раздольского
<p>2. Какое из перечисленных утверждений не соответствует клинике острого аппендицита у детей?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Выраженные симптомы интоксикации 2.Частота пульса не соответствует температуре тела 3.Бывает тошнота, рвота, понос 4. Высокая температура тела 5.Воспалительный процесс носит местный характер
<p>3. Ветвью какой артерии является а.appendicularis, кровоснабжающая червеобразный отросток?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sigmoidea 2. colica dextra 3. mesenterica inferior 4. iliaca interna 5. ileocolica
<p>4. Укажите оптимальный разрез при операции по поводу аппендицита, осложненного распространенным перитонитом?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрез Леннандера 2. Разрез Шпренгеля 3. Разрез Пирогова 4. Срединная лапаротомия 5. Разрез Мак-Бурнея
<p>5. Укажите оптимальный доступ для вскрытия аппендикулярного абсцесса?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разрез по Мельникову 2. Разрез Мак-Бурнея 3. Разрез Леннандера 4. Разрез Пирогова 5. Поясничный доступ
<p>6. Появлении боли при постепенном нажатии на переднюю брюшную стенку и резком отнятии руки это:</p>

<p>1 Симптом Менделя</p> <p>2 Симптом Ровзинга</p> <p>3 Симптом Бартомье-Михельсона</p> <p>4 Симптом Щеткина-Блюмберга</p> <p>5 Симптом Раздольского</p>
<p>7. Болезненность при поколачивании по передней брюшной стенке над очагом воспаления это:</p> <p>1. Симптом Менделя</p> <p>2. Симптом Раздольского</p> <p>3. Симптом Ситковского</p> <p>4. Симптом Воскресенского</p> <p>5. Симптом Ровзинга</p>
<p>8. Болезненность при перкуссии над очагом воспаления это:</p> <p>1. Симптом Ровзинга</p> <p>2. Симптом Бартомье-Михельсона</p> <p>3. Симптом Габая</p> <p>4. Симптом Раздольского</p> <p>5. Симптом Воскресенского</p>
<p>9. Появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области это:</p> <p>1. Симптом Раздольского</p> <p>2. Симптом Ровзинга</p> <p>3. Симптом Ситковского</p> <p>4. Симптом Бартомье-Михельсона</p> <p>5. Симптом Яуре-Розанова</p>
<p>10. Появление или усиление боли в правой подвздошной области при повороте пациента со спины на левый бок это:</p> <p>1. Симптом Ровзинга</p> <p>2. Симптом Габая</p> <p>3. Симптом Ситковского</p> <p>4. Симптом Раздольского</p> <p>5. Симптом Воскресенского</p>
<p>11. Появление болезненности при надавливании пальцем в правом петитовом треугольнике.</p> <p>1. Симптом Раздольского</p> <p>2. Симптом Ровзинга</p> <p>3. Симптом Ситковского</p> <p>4. Симптом Щеткина-Блюмберга</p> <p>5. Симптом Яуре-Розанова</p>
<p>11. Появление болезненности при надавливании пальцем в правом петитовом треугольнике.</p> <p>1. Симптом Раздольского</p> <p>2. Симптом Ровзинга</p> <p>3. Симптом Ситковского</p>

<p>4. Симптом Щеткина-Блюмберга</p> <p>5. Симптом Яуре-Розанова</p>
<p>12. Появление боли в правой подвздошной области при скользящем движении пальцев руки с эпигастрия в правую подвздошную область во время вдоха пациента это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Симптом Раздольского 2. Симптом Ровзинга 3. Симптом Воскресенского 4. Симптом Менделя 5. Симптом Ситковского
<p>13. Хирургическая тактика при остром аппендиците:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аппендэктомия в течении 2-х часов 2. Наблюдение в течении 4 часов, потом аппендэктомия 3. Консервативное лечение 6 часов. При отсутствии эффекта-хирургическое лечение 4. Очистительная клизма, затем операция 5. Госпитализация в хирургическое отделение, колоноскопия, операция при появлении признаков перфорации или развития перитонита
<p>14. Аппендэктомия противопоказана, если диагноз очевиден при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инфаркте миокарда 2. Беременности 38-40 недель 3. Геморрагическом инсульте 4. Бронхиальной астме 5. Аппендикулярном инфильтрате
<p>15. К осложнениям острого аппендицита не относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перитонит 2. Пилефлебит 3. Поддиафрагмальный абсцесс 4. Гнойный холангит 5. Аппендикулярный абсцесс
<p>16. Одним из показательных симптомов при остром аппендиците у беременных во 2 триместре является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Симптом Раздольского 2. Симптом Ровзинга 3. Симптом Кушниренко 4. Симптом Бартомье-Михельсона 5. Симптом Коупа
<p>17. Оптимальный и рациональный метод лечения абсцесса дугласова пространства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Срединная лапаротомия 2. Разрез по Мак Бурнею 3. Антибиотикотерапия 4. Разрез Пирогова 5. Вскрытие абсцесса через прямую кишку

<p>18. Особенности острого аппендицита у детей являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стертая клиническая картина 2. Частое развитие разлитого перитонита 3. Местное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать 4. Часто осложняется аппендикулярным инфильтратом 5. Несоответствие частоты пульса и температуры
<p>19. При остром аппендиците показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Применение местного тепла на область живота 2. Оперативное лечение 3. Введение наркотических анальгетиков 4. Прием слабительных препаратов 5. Применение клизм
<p>20. У пациента был диагностирован аппендикулярный инфильтрат. Назначено лечение. Через 2 дня у пациента повысилась температура тела до гектической, резко усилились боли в правой подвздошной области. О каком осложнении следует думать?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пилефлебит 2. Абсцесс дугласова пространства 3. Разлитой перитонит 4. Аппендикулярный абсцесс 5. Поддиафрагмальный абсцесс
<p>21. При остром аппендиците наблюдаются следующие симптомы, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Симптом Мейо-Робсона 2. Боль в правой подвздошной области 3. Симптом Ситковского 4. Напряжение мышц в правой подвздошной области 5. Симптом Ровзинга
<p>22. Клиника острого аппендицита у людей пожилого возраста характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сильными болями в правой подвздошной области 2. Выраженным дефансом в правой подвздошной области 3. Стертая клиническая картина, слабо выражен болевой синдром 4. Повышением температуры тела до 39 ° 5. Наличием тяжелой сопутствующей патологии, отягощающей диагностику и послеоперационный период
<p>23. Клиника острого аппендицита у женщин во второй половине беременности характеризуется всем, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Часто отсутствием напряжения мышц брюшной стенки 2. Смещением зоны болезненности кверху 3. Схваткообразными болями в животе 4. Нередко отсутствием симптомов раздражения брюшины 5. Положительный симптом Бартомье-Михельсона
<p>24. Симптомами острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка являются:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Анорексия 2. Симптом Кохера 3. Симптом Ортнера 4. Тошнота и однократная рвота 5. Выраженная диарея
<p>25. Венозный отток крови от червеобразного отростка осуществляется в систему:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. V. mesenterica superior 2. V. mesenterica inferior 3. V. renalis 4. V. cava inferior 5. V. iliaca interna
<p>26. Для тазового расположения червеобразного отростка не характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выраженный болевой синдром 2. Тенезмы 3. Дизурические явления 4. Стертая клиническая картина 5. Не выражено мышечное напряжение
<p>27. Назовите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка во время аппендэктомии у взрослых при неизменной стенке слепой кишки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевязка шелком с погружением в кисетный и Z-образный швы 2. Перевязка кетгутом с погружением в кисетный и Z-образный швы 3. Перевязка культи капроном без ее погружения 4. Перевязка культи шелком с погружением ее отдельными серозо-серозными швами 5. Перевязка культи кетгутом с погружением ее отдельными серозо-серозными швами
<p>28. При аппендикулярном инфильтрате показано следующее лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Экстренная операция 2. Антибиотикотерапия 3. Очистительная клизма 4. Холод на живот, наблюдение 5. Прием слабительных препаратов
<p>29. Классическими симптомами острого аппендицита у взрослых являются все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Субфебрильная температура 2. Защитное напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области 3. Симптом Мюсси 4. Усиление боли при перемене положения тела 5. Симптом Кохера
<p>30. Какой из перечисленных симптомов не характерен для острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка?</p>

1. Постоянная боль в правой подвздошной области
2. Симптом Щеткина-Блюмберга
3. Симптом Ровзинга
4. Понос
5. Мышечная защита в правой подвздошной области

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Хирургические болезни: учеб. пособие / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – 2-е издан., перераб. и доп. – Витебск, ВГМУ. - 2014. – 465с.
3. Хирургические болезни: Под ред. Кузина М.И. / Изд. третье. - М., 2002.- 784с.
4. Хирургические болезни. Избранные разделы. (Учебное пособие под ред. проф. В.Н.Шиленка).- Витебск, 2005. – 366с.
5. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.

Дополнительная:

1. Хирургические болезни / Под.ред. В.Д.Федорова и С.И.Емельянова. – М.:МИА. – 2005
2. 80 лекций по хирургии / М.М.Абакумов, А.А.Адамян, Р.С.Акчурин, М.С.Алексеев и др.; По общей ред. С.В.Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – 912 с.
3. Завада Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) // Минск.: Бел МАПО, 2006. –117с.
4. Неотложные состояния: Диагностика, тактика, лечение: Справ. для врачей/А.А.Баешко, П.И.Булай, И.В.Василевский и др.; Сост. Г.А.Шершень. – 3-е изд., доп. – Мн.:Беларусь, 2002. – 527 с.
5. Григер А.Г., Череватенко А.М., Фоллер А.П. и др. Лапароскопическое лечение острого аппендицита. Эндоскопическая хирургия. – 1995, с.2-3, с.34-36.
6. Гринберг А.А., Михайлузов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. – М.: Триада-Х, 1998.
7. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. М.: Медпрактика - М. – 2002.
8. Ллойд М. Найхус, Джозеф М. Вителло, Роберт Э. Конден. Боль в животе.- М.: Бином. –2000.

СОДЕРЖАНИЕ:

Воспалительно-некротические заболевания пальцев кисти (панариций).....	3
Острые и хронические воспалительные заболевания костей и суставов. Остеомиелит, острый гнойный артрит.....	7
Анаэробная клостридиальная инфекция. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Сепсис. Столбняк.....	13
Гнойные заболевания легких и плевры. Итоговое занятие «Инфекция в хирургии и гнойные заболевания легких и плевры».....	21
Заболевания артерий. Облитерирующий атеросклероз и эндартериит. Артериальные тромбозы и эмболии. Некрозы. Гангрены.....	28
Болезни вен конечностей. Тромбозы и тромбофлебиты магистральных вен, постфлебитический синдром (ПТФС). Хирургия лимфатической системы.....	34
Заболевания молочной железы и итоговое занятие «Заболевания сосудов и молочной железы».....	40
Заболевания щитовидной железы.....	45
Острый аппендицит.....	52

Учебное издание

Богданович Алексей Викторович

Учебно-методическое пособие
по хирургическим болезням
для студентов стоматологического факультета.
Часть 3

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать _____. Формат 64x84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman Усл.
печ.л. _____
Уч. – изд.л. _____ Тираж _____ экз. Заказ № _____

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013.

пр. Фрунзе, 27210023, г. Витебск.