Дальневосточный государственный медицинский университет

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе

(декан факультета)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2001 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**по хирургическим болезням для студентов 3 - 4 курсов**

**стоматологического факультета**

VI, VII семестры

Лекции - 72 часа

Практические занятия - 108 часов

Экзамен - в конце VII семестра

Всего - 180 часов.

г. Хабаровск

2001 г.

Рабочая программа составлена на основании “Программы по хирургическим болезням", утвержденной 21 июня 1995 г.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры общей хирургии лечебного факультета и хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

1 октября 2001года

Заведующий кафедрой общей хирургии леч.фака и

хирургических болезней пед. и стом.фака, д.м.н., профессор,

(Е.В.Николаев)

Утверждена на заседании Председатель Методического Совета

Метод. совета стом.фака доцент

1.Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе

1.1. Цель преподавания дисциплины.

1.2. Задачи изучения дисциплины.

1.3.Перечень практических навыков.

1.4.Перечень дисциплин, усвоение которых студентами необходимо для изучения хирургических болезней.

2.Содержание дисциплины.

2.1.Наименование тем лекций.

2.2.Практические занятия

2.3.Формы и методы самостоятельной работы студентов.

**2.4.Формы контроля**

3.Учебно-методические материалы по дисциплине.

3.1.Список основной и дополнительной литературы.

3.2. Перечень методических пособий и рекомендаций.

3.3. Другие учебно-методические материалы.

3.4. Информация о банке тестовых заданий и ситуационных задачах.

**4.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ХИРУРГИЧЕСКИХ**

**БОЛЕЗНЕЙ**

5. ПротоколЫ согласования.

1.Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе

## 1.1. Цель преподавания дисциплины.

Целью курса хирургических болезней является обучение студентов умению диагностировать хирургические болезни, определять и знать методы их лечения и профилактики.

## 1.2. Задачи изучения дисциплины.

Научить студентов навыкам всестороннего клинического исследования хирургических больных и умению обобщать полученные данные для построения клинического диагноза, проведения дифференциальной диагностики.

Научить студентов приемам курации больных и написанию академической и клинической истории болезней.

## 1.3.Перечень практических навыков.

По теме "НАРУЖНЫЕ БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ"

Пальцевое обследование грыжевых ворот. (выполнять)

По теме "АППЕНДИЦИТ"

Методика пальпации живота и выявление аппендикулярных симптомов (выполнять)

Пальцевое исследование через прямую кишку (уметь).

Снятие кожных швов (уметь).

По теме "ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ"

Введение толстого и тонкого зонда в желудок. (уметь).

Снятие кожных швов. (уметь).

Чтение лабораторных исследований и рентгенограмм (уметь).

По теме "РАК ЖЕЛУДКА"

Промывание желудка. (уметь).

Чтение лабораторных исследований и рентгенограмм. (уметь).

По теме "ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА"

Чтение рентгенограмм (уметь).

По теме "ХОЛЕЦИСТИТ".

Определение объективных симптомов холецистита (выполнять)

Чтение лабораторных исследований, сонограмм (выполнять)

По теме "ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА"

Методическая пальпация толстой кишки (выполнять)

Ректороманоскопия (уметь)..

Пальцевое исследование прямой кишки (уметь)...

По теме "КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ"

Определение фиэикальных симптомов различных форм непроходи­мое ти (уметь)..

Чтение рентгенограмм при кишечной непроходимости (уметь)...

Пальцевое исследование через прямую кишку (уметь)..

Сифонная и очистительная клизмы (уметь)..

Промывание желудка. (уметь)..

По теме "ПЕРИТОНИТЫ"

Выявление объективных симптомов ( пальпацией, перкуссией, аускультацией) перитонита (уметь)..

Пальцевое обследование через прямую кишку (уметь)..

Чтение и анализ лабораторных исследований (уметь)..

По теме "ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ"

Методика объективного исследования (уметь)..

Методика дуоденального зондирования. (уметь)..

Чтение и анализ лабораторных исследований (уметь)..

По теме "ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ".

Пальцевое исследование прямой кишки(уметь)..

Исследование прямой кишки ректальным зеркалом. (уметь)..

Ректороманоскопия (знать).

По теме "ЗОБ И ТИРЕОТОКСИКОЗ"

Обследование щитовидной железы и определение симптомов тиреотоксикоза. (уметь)...

Чтение стенограмм.(уметь)..

По теме "НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.

Физикальное обследование больных. (уметь)..

Чтение рентгенограмм (уметь)...

Методика плевральной пункции (знать).

Налаживание системы для постоянной активной аспирации из плевральной полости. (знать).

Ознакомление с методикой бронхоскопии и бронхографии (знать).

По теме "ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ"

Пальпация молочной железы. . (уметь)..

Исследование лимфоузлов. . (уметь)..

По теме "ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ"

Определение функциональных проб. (уметь)..

Методика флебографии и ангиографии (знать).

Чтение ангио- и флебограмм, реограмм. (уметь)..

.

По теме "ПОЛИКЛИНИКА"

Перевязки больных. (уметь)..

Методика местной анестезии. (знать).

Вскрытие панарициев, абсцессов, флегмон. (знать).

Временная и постоянная иммобилизация конечностей (знать).

Первичная хирургическая обработка ран (знать).

## 1.4.Перечень дисциплин, усвоение которых студентами необходимо для изучения хирургических болезней.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кафедра | Курс | Тема |
| Патологическая анатомия | III | Патоморфология заболеваний внутренних органов, роль биопсии в диагностическом процессе. |
| Фармакология | III-IV | Основные группы лекарственных препаратов, используемых в терапии заболеваний внутренних органов: механизм действия. Показания и противопоказания. Дозировка. Схемы применения. |
| Топографическая анатомия | III | Топографическая анатомия пахового и бедренного канала, артерий и вен нижних конечностей. |

# 2.Содержание дисциплины.

## 2.1.Наименование тем лекций.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Темы лекций | Количество часов |
| 1. | Грыжи живота | 2 |
| 2. | Острый аппендицит | 2 |
| 3. | Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 2 |
| 4. | Осложнения язвенной болезни | 2 |
| 5. | Рак желудка | 2 |
| 6. | Желчно-каменная болезнь. Острый холецистит. | 2 |
| 7. | Острый панкреатит | 2 |
| 8. | Острая кишечная непроходимость | 2 |
| 9. | Перитониты | 2 |
| 10. | Рак пищевода | 2 |
| 11. | Заболевания и рак толстой кишки | 2 |
| 12. | Заболевания прямой кишки | 2 |
| 13. | Рак прямой кишки | 2 |
| 14. | Дисгормональные заболеваний молочных желез | 2 |
| 15. | Рак молочной железы | 2 |
| 16. | Хирургические заболевания щитовидной железы | 2 |
| 17. | Заболевания вен нижних конечностей | 2 |
| 18. | Заболевания артерий нижних конечностей | 2 |
| 19. | Ошибки и опасности острого аппендицита | 2 |
| 20. | Дифф.диагностика желудочно-кишечных кровотечений | 2 |
| 21. | Дифф.диагностика желтух. | 2 |
| 22. | Дифф.диагностика дисфагий | 2 |
| 23. | Хирургическое лечение ожирения | 2 |
| 24. | Доброкачественные заболевания легких | 2 |
| 25. | Рак легкого | 2 |
| 26. | Диафрагмальные грыжи | 2 |
| 27. | Медиастиниты | 2 |
| 28. | Диагностика и лечение послеоперационных осложнений | 2 |
| 29. | Хирургическая эндоскопия | 2 |
| 30. | Хирургическое лечение заболеваний сердца | 2 |
| 31. | Диагностика и лечение абдоминальной травмы | 2 |
| 32. | Заболевания печени. | 2 |
| 33. | Болезни оперированного желудка | 2 |
| 34. | Постхолецистэктомический синдром | 2 |
| 35. | Заболевания аорты и ее ветвей. Хирургия ИБС. | 2 |
| 36. | Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы, рак поджелудочной железы | 2 |

**Краткое содержание лекций.**

**ГРЫЖИ ЖИВОТА - 2 часа.**

Определение понятия. Элементы грыжи живота. Анатомические особенности скользящих грыж. Классификация грыж по происхождению, локализации, течению.

Этиология, патогенез (причины общего характера и местные, предрасполагающие и производящие факторы).

Общая симптоматология грыж. Диагностика. Хирургическое лечение. Принципы операций. Противопоказания к операции. Профилактика грыж.

Паховые грыжи. Анатомия паховой области. Прямая и косая паховые грыжи

(анатомические и клинические различия). Врожденная паховая грыжа. Диагностика и дифференциальная диагностика паховых грыж. Методы операций (пластика по Боброву, Мартынову, Жирару, Кимбароскому, Спасокукоцкому, Бассини). Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы операций (Бассини, Руджи, Перлаветчио. Райху ). Воспаление грыжи. Причины. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, Невправимость грыжи. Определение понятия. Причины. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

Копростаз. Определение понятия. Клиника, диагностика, лечение**.**

Ущемленная грыжа. Определение понятия. Механизм калового и эластического ущемления. Патологоанатомические изменения в ущемленном органе (странгуляционная борозда,изменения в ущемленной кишке, в приводящей петде, в отводящей петле, грыжевые вода, ишемический некроз). Виды ущемления: ретроградное, пристеночное (Рихтеровское). Клиника ущемленной грыжи, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники, определение жизнеспособности ущемленного органа, показания к резекции кишки. Тактика при самопроизвольном вправлении, мнимое вправление и ложное ущемление. Отдаленные результаты лечения.

**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ** - 2 часа

Анатомофизиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке. Классификация заболеваний. Острый аппендицит. Определение. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности течения острого аппендицита у детей, беременных, пожилых. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Оперативные доступы. Особенности оперативной техники в зависимости от форм острого аппендицита. (Типичная аппендэктомия. ретроградная аппендэктомия).

Подготовка больных к операции, ведение послеоперационного периода. Результаты оперативного лечения. Осложнения после операции.

Осложнение острого аппендицита (инфильтраты, гнойники илеоцекальной области, межкишечный, подпеченочный, поддиафрагмальный, тазовый абсцессы, пилефлебит). Клиника различных осложнений, диагностика и их лечение.

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**.- 2 часа

Неосложенная язвенная болезнь. Анатомия, физиология желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника , диагностика, дифференциальная диагностика. Рубцовые деформации желудка и 12-перстной кишки: стеноз привратника, деформация тела желудка, кардии, "улиткообразная" деформация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Водно-электролитные нарушения, их профилактика и лечение при стенозах. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация прободений, патологическая анатомия. Клиника (первичный шок, стадия эйфории, стадия разлитого перитонита). Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение (ушивание перфоративного отверстия, резекция желудка, ваготомия и дренирующие операции, дренирование брюшной полости). "Прикрытые" иатипичные перфорации.

Кровоточащая язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация кровотечений. Патологическая анатомия. Клиника желудочно-кишечных кровотечений. Диагностика, дифференциальная диагностика. Значение ФГДС в диагностике и лечении. Консервативное лечение кровоточащих язв. Оперативное лечение.

Оперативное лечение язвы желудка и 12-перстной кишки. Показания и противопоказания к операции. Основные этапы развития желудочной хирургии. Методы операции: резекция желудка, гаcтроэнтеростомия, ваготомия (стволовая, селективная проксимальная). Виды желудочно-кишечных анастомозов при резекции желудка: метод Бильрот-1, метод Бильрот-2 Гофмейстер - Финстерера, Полиа-Райхель, Бальфура, РУ.

Развитие желудочной хирургии в СССР (С.И.Спасокукоцкий, С.С.Юдин, А.Г.Савиных, Е.Л.Березов, А.В.Мельников, А.А.Русанов, А. Г. Земляной и др.). Современные достижения в хирургии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

**РАК ЖЕЛУДКА -** 2часа.

Патологоанатомическая и морфологическая классификация рака желудка. Стадии рака. Клиническая классификация. Синдром "малых признаков". Осложнения (кровотечение, воспаление, пенетрация, перфорация). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение профилактических осмотров в ранней диагностике рака желудка. Оперативное лечение: виды резекций желудка, гастрэктомия, комбинированные операции, паллиативная резекция желудка, гастроэнтеростомия, эзофагогастростомия**.**

**ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ**.- 2 часа.

Анатомофизиологические сведения о печени, желчном пузыре и желчных протоках. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с билиарной патологией. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камне-образования ( инфекционная теория, теория застоя желчи, теория нарушения обмена веществ и холат-холестеринового индекса). Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к операции. Методы операций: Холецистотомия, холецистостомия, холецистэктомия (от шейки и от дна). Острые и хронические холециститы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к оперативному вмешательству. Выбор срока и метода операции. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого холецистита. Водянка и эмпиема желчного пузы­ря. Клиника, диагностика, лечение.

Закупорка общего желчного протока (холедохолитиаз, рубцовые стриктуры). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз обтурационной желтухи. Значение эндоскопической палиллосфинктеротомии. Виды внутреннего и наружного дренирования.

Холемия и ахолия, их происхождение и осложнения при них. Особенности операции у больных с механической желтухой, предоперационная подготовка, меры предупреждения холемических кровотечений.

Холангиты. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, способы дренирования гепатохоледоха.

Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Радикальные и паллиативные операции (холецистэктомия, резекция гепатохоледоха, билиодигестивные анастомозы).

Подготовка больных к операции. Особенности послеоперационного периода Развитие хирургии желчнокаменной болезни в СССР (С.П.Федоров, А.В.Вишневский, А.Т.Лидский, Д.Л.Пиковский, А.И.Нечай, Ю.Н.Дедерер и др.). Современные достижения в этой области хирургии.

**ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ** - 2 часа.

Данные о поджелудочной железе.

Определение понятия. Классификация панкреатита. Острый панкреатит (острый отёк, жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз). Современное представление об этиологии и патогенезе. Значение для развития заболевания морфологических изменений в области фатерова соска, дуоденостаза, нарушение диеты, роль инфекции, сосудистых растройств, факторов, обусловливающих активизацию ферментов поджелудочной железы. Патологоанатомичеcкая и клиническая классификация острого панкреатита. Клиника. Осложнения (перитонит, абсцедирование, панкреатический свищ, эрозивные кровотечения, ложная киста).

Значение лабораторных методов исследования, лапароскопии, УЗИ, ангиографии в диагностике заболевания, дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому вмешательству, исходы консервативного и хирургического лечения. Прогноз.

**КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ** -2часа.

Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы исследования больных.

Динамическая (спастическая, паралитическая) кишечная непроходимость.

Этиопатогенез. Динамическая кишечная непроходимость как симптом острых заболеваний органов грудной, брюшной полостей и забрюшинного пространства. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения. Виды декомпрессии желудочно-кишечного тракта. Механическая кишечная непроходимость (обтурационная, странгуляционная). Классификация механической кишечной непроходимости. Патологическая анатомия при различных видах механической непроходимости. Теории патогенеза (нервнорефлекторные расстройства. Нарушения водно-солевого обмена, нарушения кругооборота пищеварительных соков, интоксикация при острой кишечной непроходимости и их роль в патогенезе заболевания).

Обтурационная кишечная непроходимость . Определение понятия. Причины. Патогенез. Клиника, Диагностика, дифференциальный диагноз. Определение уровня непроходимости. Виды операций. Условия для первичной резекции кишки. Странгуляционная кишечная непроходимость. Определение понятия. Заворот, узлообразование, ущемление. Причины. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.

Инвагинация . Определение понятия. Виды инвагинации. Причины. Патогенез. Инвагинация как совокупность обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации и резекции инвагината.

Классификация . Спаечная болезнь. Причины. Клиника, диагностика. Показания к консервативной терапии и оперативному лечению. Виды операций.

**ПЕРИТОНИТЫ**. - 2 часа.

Определение понятия. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Классификация перитонитов (по клиническому течению, распространенности, по характеру выпота, по характеру возбудителя). Острый гнойный перитонит. Источники развития острого гнойного перитонита, особенности распространения инфекции по брюшной полости при различных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Роль иммунологических клеточных и местных механизмов защиты организма в предупреждении распространения воспаления. Патологоанатомические изменения при остром гнойном перитоните. Патогенез. Значение процессов экссудации и транссудации, пареза кишечника, нарушений гемодинамики, интоксикации и нарушений электролитного равновесия в патогенезе и развитии клинической картины перитонита. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Современные принципы комплексного лечения. Особенности оперативного вмешательства, показания к тампонаде и дренированию брюшной полости. Роль антибиотиков в комплексном лечении перитонита, борьба с нарушениями гемодинамики, электролитыми нарушениями, интоксикацией и парезом кишечника в послеоперационном периоде. Роль современных способов активной детоксикации в лечении перитонита. Исходы лечения. Организация экстренной помощи в ранней диагностике и лечении перитонитов.

Местные перитониты (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцессы, абсцесс Дугласова пространства, аппендикулярный абсцесс, межкишечные абсцессы). Причины их возникновения, клиника, диагностика, лечение.

**РАК ПИЩЕВОДА** - 2 часа.

Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Методы исследования

(рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия, пневмомедиастинография, рентгенокинематография, радиоизотопная диагностика. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Виды операций (резекция кардии и нижнего отдела пищевода, удаление пищевода, операция Торека) и показания к ним. Паллиативные операции

(обходной анастомоз, гастростомия), показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Лучевое, химиотерапевтическое и симптоматическое лечение. Современные достижения в хирургии пищевода.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ** - 2 часа.

Классификация по анатомическим формам роста и гистологическому строению, стадии процесса, клиническому течению заболевания). Клиника. Осложнения непроходимость кишечника, перфорация, кровотечения, воспаление). Диагностика, дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (объём оперативного вмешательства одномоментные и многоэтапные операции и показания к ним). Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы. Паллиативные операции:паллиативные резекции, обходные анастомозы, постоянный противоестественный задний проход. Принципы предоперационной подготовки, особенности операционного и послеоперационного ведения больных после операций.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ** - 2 часа**.**

Анатомо-физиологичеекие сведения о прямой кишке. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки.

Геморрой. Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез. Расширение геморроидальных вен как симптом цирроза печени, опухолей органов малого таза и др. заболеваний. Клиника геморроя и различных его осложнений. Консервативное лечение. Оперативное лечение геморроя. Выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.

Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение.

Воспалительные процессы. Парапроктит. Классификация парапроктитов. Клиника, диагностика, лечение различных видов парапроктитов.

**РАК ПРЯМОЙ КИШКИ** - **2 часа.**

Классификация (по анатомическим формам роста и гистологическому строению, стадии процесса). Клиника, диагностика. Диагностическая ценность методов исследования ( пальцевого исследования, ректороманоскопии, ирригоскопии, биопсия). Причины запущенности заболевания. Дифференциальная диагностика. Методы операций: ампутация, комбинированная брюшноанальная резекция и чрезбрюширная экстирпсция кишки. Показания к сберегательным операциям при раке прямой кишки. Паллиативные операции: противоестественный задний проход, паллиативные экстирпации и резекции. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных раком прямой кишки. Лучевая терапия и химиотерапия.

**ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**- **2 часа.**

Анатомия молочной железы. Кровоснабжение, пути венозного и лимфатического оттока. Фиброзно-кистозная мастопатия. Этиология и патогенез. Роль гипо- и гиперфункции молочных желез, растройств функции гипофиза и щитовидной железы, заболеваний женской половой сферы. Сущность патологоана-томических изменений в молочных железах при мастопатии. фиброзно- кистозная мастопатия как предрак.

Клиника и ди агностика. Жалобы больных и клиническая симптоматика. Связь клинических проявлений заболевания с фазами менструального цикла. Формы мастопатии - узловая и диффузная. Локализация поражений. Данные объективного исследования при различных формах мастопатии. Симптом Кенига. Диагностическое значение лабораторных (цитологическое исследование выделений из соска) и инструментальных Странсиллюминация, маммография контрастная и бесконтрастная) исследований при мастопатии. Дифференциальный диагноз с фиброаденомой и раком молочной железы.

Лечение. Применение микродоз йода, гормонотерапия, лече­ние сопутствующих гинекологических заболеваний. Ретромамморная новокаиновая блокада. Показания к оперативному лечению. Секторальная резекция молочной железы как диагностическая, лечебная и профилактическая операция.

Фиброаденома. Клиника и диагностика. Особенности локализации, величины, формы, характер поверхности, консистенции, отношения к окружающим тканям. Характеристика фиброаденомы при трансиллюминации и маммографии. Лечение. Секторальная резекция.

**РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**.

Этиология и патогенез. Предрасполагающие факторы, гормональные нарушения, "фактор молока". Патологическая анатомия. Наиболее часто встречающиеся формы: солидный, скирр, аденокарцинома, Матастазирование. Клиника и диагностика. Клинические формы: узловой, диффузный, мастиподобный, рожеподобный, панцирный рак, рак Педжета. Роль анамнеза в диагностике рака молочной железы: перенесенные заболевания молочных желез» половая жизнь, начало и характер менструкций, роды, аборты, выкидыши, длительность кормления грудью, заболевания половых органов, ожирение. Жалобы больных и характер их изменений в динамике болезни. Методика исследования молочных желез в разных положениях обследуемой. форма желез, симметричность их расположения. Изменения кожи (симптомы "морщинистости", "площадки", "умбиликации", "лимонной корки") и сосков (уплотнение, смещение, втяжение). Данные пальпации опухоли: форма, поверхность, консистенция, смещаемость относительно кожи и подлежащих тканей. Обнаружение регионарных метастазов. Стадии заболевания.

Дифференциальный диагноз. Клинические признаки и данные специальных методов исследования в дифференциальной диагностике рака с доброкачественными опухолями, а также с другими болезнями (туберкулез, мастит, сифилис). Лечение. Принципы оперативного лечения - радикализм, абластичность, профилактика рецидивов и метастазирования. Виды операций и их обоснование (секторальная резекция, ампутация молочной железы, радикальная мастэктомия, расширенная мастэктомия). Лучевая терапия. Гормонотерапия. Овариоэктомия.

**ТИРЕОТОКСИКОЗ - 2 часа.**

Определение понятия. Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного тиреотоксического зоба и узловых форм. Диагностика (значение определения основного обмена, поглощения диагностической дозы йода - 131, сканирования щитовидной железы). Дифференциальный диагноз.

Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза: Методы операций (энуклеация, экономная резекция, расширенная резекция, субтотальная резекция, гемиструмэктомия). Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика. Лечение и профилактика тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности, как основных причин летальных исходов после операций у больных тиреотоксикозом. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Режим, долечивание, трудоустройство больных после операции.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**.-2 часа.

Анатомо-физиологические сведения о венах нижних конечностей. Классификация заболеваний. Методы исследования больных с заболеваниями вен.

Классификация. Этиология, патогенез (роль конституциональных особенностей соединительной ткани, артерио-венозных шунтов, предрасполагающих факторов).

Патологическая анатомия. Клиника первичного варикозного расширения вен. Диагностика. Методы определения проходимости вен, состояние клапанного аппарата и коммуникантных вен.

Дифференциальная диагностика. Лечение: консервативное, оперативное, склерозирующая терапия. Показания и противопоказания к операции. Операции: Троянова - Тренделенбурга, Бэбкокка, Маделунга, Шеде-Кохера. Ведение послеоперационного периода (значение бинтования конечностей, преимущества "раннего вставания"). Рецедивы заболевания, их причины. Осложнения варикозного расширения вен, клиника, диагностика и лечение их. Профилактика варикозного расширения вен.

**ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ЭНДАРТЕРИИТ, ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ**.- 2 часа.

Этиология и патогенез (значение воздействия неблагоприятных факторов, спазма сосудов, эндокринных нарушений). Кортикоорганная недостаточность. Клиника (стадия заболевания). Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Хирургическое лечение (операция Диэца, Огнева, Лериша ). Профилактика. Трудоустройство больных.

Атеросклеротические поражения артерии. Этиология, патогенез (роль нарушения липоидно-холестери-нового обмена, механических, аллергических факторов). Клинические формы облитерирующего атеросклероза ( болезнь Такаяси, синдром Лериша, окклюзия бедренной, подколенной артерии ). Клиника различных форм. Диагностика (реовазография, ангиография, капилляроскопия ). Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Методы операции. Профилактика. Трудоустройство больных.

**ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ** - 2 часа**.**

Особенности клинического течения острого аппендицита в зависимости от фактора времени, патологоанатомических изменений в червеобразном отростке, положения в брюшной полости, возраста, физиологического состояния организма. Диагностические и тактические ошибки на догоспитальном и госпитальном уровнях. Технические ошибки при аппендэктомии. Осложнения. Летальность.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ -** 2 часа.

Причины, клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Cовременные методы диагностики. Лечебно-диагностическая тактика. Консервативное и оперативное лечение. Эндоскопические и эндоваскулярные методы гемостаза. Показания к различным видам лечения, выбор метода операции.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХ.** -2 часа.

Дифференциальная диагностика желтух**.** Холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, опухоли. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика механической желтухи. Холемия и ахолия, их происхождение и осложнения при них. Предоперационная подготовка, особенности операции у желтушных больных.Цирроз печени и портальная гипертензия, классификация. Гиперспленизм. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Кровотечения из расширенных вен пищевода и кардии. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Применение зонда Блэкмора. Хирургическое лечение.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСФАГИЙ** - 2 часа..

Синдром дисфагии. Определение, классификация, этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Основные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение различных заболеваний, вызывающих дисфагию. Реабилитация.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ** - 2 часа.

Ожирение.Определение, классификация, этиопатогенез. Экзогенно-конституциональное ожирение. Диагностика. Методы консервативного, хирургического и лапароскопического лечения. Ближайшие и отдаленные результаты. Реабилитация.

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ** - 2 часа.

Методы диагностики. Пневмоторакс. Виды пневмоторакса. Лечение. Специфические воспалительные заболевания легких. Абсцесс легкого. Бронхоэктатическая болезнь. Заболевания плевры. Эмпиема плевры.

**РАК ЛЕГКОГО** - 2 часа.

Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Рентгенотерапия. Химиотерапия. Хирургическое лечение. Осложнения, ближайшие и отдаленные результаты.

**ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ** - 2 часа.

Диафрагмальные грыжи**.** Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, классификация. Скользящие и параэзофагеальные грыжи, клиника и диагностика, осложнения, консервативное лечение, показания к операции, характер оперативного вмешательства. Иные диафрагмальные грыжи, клиника, диагностика, показания к операции, методы оперативных вмешательств.

**МЕДИАСТИНИТЫ -** 2 часа.

Медиастинит. Определение, этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Методы обследования. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Хирургические методы лечения. Профилактика. Реабилитация.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ** - 2 часа.

Абдоминальные и внеабдоминальные послеоперационные осложнения. Диагностика послеоперационных осложнений.

Консервативные методы лечения. Лечебно-диагностическая лапароскопия. Релапаротомия. Показания и результаты лечения.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ -** 2 часа.

Классификация хирургических и лапароскопических оперативных вмешательств. Показания и противопоказания к их применению. Эндоскопическая полипэктомия. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Лапароскопическая холецистэктомия. Другие эндоскопические операции. Результаты лечения. Осложнения и методы их профилактики.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА** - 2 часа.

Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика. Клиника, дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения незаращения артериального протока, септальных дефектов, тетрады Фалло. Хирургический доступ. Аппарат искусственного кровообращения.

Приобретенные пороки сердца. Пороки митрального клапана и других клапанов. Классификация, клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы операции. Закрытые и открытые методы, комиссуротомия и протезирование клапанов. Искусственные клапаны сердца.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ** - 2 часа.

Классификация абдоминальных травм. Клиника и диагностика закрытых и открытых повреждений органов брюшной полости. Выбор метода операции при различных видах повреждений органов брюшной полости. Торакоабдоминальная травма. Сочетанная и комбинированная травма.

**БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ** - 2 часа.

Цирроз печени и портальная гипертензия, классификация. Гиперспленизм. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Кровотечения из расширенных вен пищевода и кардии. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Применение зонда Блэкмора. Хирургическое лечение. Абсцессы печени. Эхинококкоз печени.

**БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА** - 2 часа.

Классификация. Незажившие, рецидивные язвы желудка, пептические язвы тощей кишки, желудочно-ободочный свищ, синдром приводящей петли, демпинг-синдром и др. Причины, клиника, методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Методы реконструктивных операций.

**ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** - 2 часа.

Определение понятия, причины, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к эндоскопическим и хирургическим операциям. Значение рентгеноконтрастных, ультразвуковых, эндоскопических и интраоперационных методов диагностики. Повторные операции на желчных путях. Желчные свищи, клиника, диагностика, методы лечения.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ. ХИРУРГИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА** - 2 часа.

Атеросклеротическое поражение артерий, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиника различных форм атеросклеротического поражения артерий. Диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Профилактика. Трудоустройство больных.

Расслаивающая аневризма аорты. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

ИБС, аневризмы сердца, перикардиты. Классификация, клиника, диагностика, специальные методы исследования. Лечение. Подготовка к операции, методы оперативного лечения, профилактика. Вопросы трудоспособности.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ** - 2 часа.

Классификация, клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. Выбор метода хирургического лечения. Классификация, клиника и диагностика осложненных и неосложненных кист поджелудочной железы. Выбор метода лечения. Клиника, диагностика и лечение рака поджелудочной железы.

## 2.2.Практические занятия

Практическоезанятие начинается в 9 часов. В течение 15-20 минут ассистент отражает актуальность темы, излагает цель занятия, основные учебно-целевые вопросы. Осуществляется тестовый контроль в течение 20 минут. Затем курация больного в течение 30 минут. Следующие 85-90 минут - совместный разбор курируемого, тематического больного всей группой под контролем преподавателя с обращением особого внимания на практические навыки, проведения дифференци­ального и обоснования клинического диагноза, выработки показа­ний к хирургическому лечению. Диагностика возможных осложнений и их лечения. Определение прогноза, вопросов экспертизы трудо­способности.

Последующие 15-20 минут рассматриваются основные вопросы темы, подводится итог усвоения студентами темы занятия. На занятиях используются ситуационные задачи.

Самостоятельная работа студентов на практических занятиях под контролем преподавателя включает контроль за усвоением практических навыков (обследование больных, анализ рентгенограмм, лабораторных исследований, параклинических тесов и т.д.). К вопросам самостоятельной подготовки относятся работа над дополнительной литературой, решение ситуационных задач, самостоятельное освоение включённых в программу тем по онкологии (рак щитовидной железы, рак ободочной кишки ) гепатологии (механическая желтуха), пульмонологии (острые и хронические воспалительные процессы лёгких, плевры ).

**ЗАНЯТИЕ № 1. Тема: ГРЫЖИ ЖИВОТА - 4 часа.**

В начале занятия разбираются основные положения учения о грыжах живота ( определение, этиология, патогенез, классификация, частота заболевания и пр. ).

Наружной брюшной грыжей называется заболевание, при котором через естественные или искусственные дефекты в мышечно-эпоневротическом слое брюшной стенки происходит выпячивание внутренних органов вместе с париетальным листком брюшины при неповрежденных кожных покровах. В грыже принято различать 4 составных части: грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка и грыжевые оболочки.

Причины возникновения грыж могут быть подразделены на пред­располагающие ( наследственность, возраст, пол, конституция и пр. ) и производящие (ряд моментов, вызывающих повышение внутрибрюшного давления и ослабление брюшной стенки).

Наружные брюшные грыжи делятся в зависимости от их анатомического расположения : паховые, пупочные, белой линии, поясничные, запирательные, промежностные и пр. По происхождению они подразделяются на врожденные и приобретенные, послеоперационные, рецидивные. Кроме того, выделяются осложненные и неосложненные грыжи.

Грыжи живота являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний, частота которого среди населения составляет до 3-4 *%,* По частоте на первом месте находятся паховые грыжи, далее следуют пупочные, бедренные, белой линии живота и более редкие виды грыж.

Следующим этапом занятия - разбор больного с паховой грыжей. На примере этого больного одновременно обсуждаются общие положения учения о грыжах и частные вопросы клиники, диагностики и лечения паховых грыж. Предварительно кратко разбирается анатомия паховой области и паховых грыж (прямой, косой, скользящей, врожденной). Возможен другой вариант, когда вопросы анатомии разбираются при исследовании местного статуса.

Местный статус исследуется и подробно описывается одним из студентов группы, который демонстрирует своё умение обследовать больного с паховой грыжей и сопоставляет полученные данные с данными куратора.

При осмотре обращается внимание на конфигурацию паховых областей, форму, размеры и направление грыжевого выпячивания, изменение его формы и размеров при натуживании и особенно в положении больного стоя. Визуально определяется симптом "кашлевого толчка". Перед пальпаторным исследованием проводитсяаускультация и перкуссия грыжевого выпячивания, что может дать представление о содержимом грыжевого мешка.

При пальпации определяется консистенция грыжевого содержимого, возможность его вправления в брюшную полость. Обследуется наружное отверстие пахового канала, его размеры и форма, состояние апоневроза, отношение семенного канатика и яичка и грыжевому выпячиванию, проверяется симптом "кашлевого толчка". Обязательно подчеркивается отношение грыжи к паховой связке и лонному бугорку (для дифференциации с бедренной грыжей).

В конце осмотра внимание студентов фиксируется на необходимости исследования противоположного пахового канала, так как при этом могут быть выявлены канальная или начальная паховая грыжи, протекающие беесимптомно. Кроме того указывается на необходимость ректального исследования для определения состояния предстательной железы.

Следующим этапом разбора больного является обоснование кли­нического и дифференциального диагноза. Используя клинические данные, куратор обосновывает диагноз паховой грыжи (прямой или косой). Далее он останавливается на признаках, отличающих прямую и косую паховые грыжи (форма направления грыжевого выпячивания, отношение его к мошонке, одно- иди двухсторонность, отношение к семенному канатику). На основании анамнеза и объективного исследования устанавливается: является ли грыжа врожденной либо приобретенной. Затем приводятся данные, отличающие паховую грыжу от бедренной, от липомы паховой области, лимфаденита( банального и специфического), водянки семенного канатика и оболочек яичка, кисты круглой связки матки, "холодного" абсцесса.

Возможен и другой вариант этого этапа разбора, когда в начале производится дифференциация паховой грыжи от других образований этой области ("не грыжевого" характера), затем от бедренной грыжи и, наконец, дифференциация проводится между различными видами паховых грыж.

При решении вопроса о лечении следует подчеркнуть, что сам по себе диагноз грыжи является показанием к операции, если к её выполнению нет противопоказаний ( это не касается лиц детского возраста). Важность провести мысль о том, что если у больного имеются какие-то заболевания, вызывающие повышение внутрибрюшного давления, т.е. являющиеся этиологическими факторами для образования грыж, то операция противопоказана.

Следующий этап занятия посвящен основным принципам лечения паховых грыж. Подробно разбираются операции по методу Боброва, Спасокукоцкого-Жирара и Бассини Кукуджанова особенности вмеша­тельства при скользящей и врожденной грыжах.

Особое внимание уделяется разбору осложнений паховых грыж и грыж другой локализации: ущемление, невправимость, флегмона в области грыжевого выпячивания. Следует остановиться на механизмах ущемления (эластическое, каловое) и некоторых его разновидностях (ретроградное, пристеночное). При наличии в клинике больного с ущемленной грыжей он даётся одному из студентов на микрокурацию с последующим разбором клиники по описанной выше схеме. Если больного нет, то один из студентов группы докладывает основные клинические признаки ущемления и дифференциальную диагностику ущемленных грыж.

Следует требовать от студентов четкого знания тактики при ущемленных грыжах (недопустимость вправления особенности пред-

операционной подготовки и оперативного вмешательства, определение жизнеспособности ущемленного органа и методы его оживления). Освещаются принципы лечения грыж, осложненных флегмоной грыжевого мешка.

Далее разбираются клиника, диагностика и лечение следующих видов грыж: бедренной, пупочной, белой линии живота, послеоперационных и рецидивных.

Вначале кратко разбираются особенности анатомии при каждом из указанных видов грыж. При разборе больного последовательно обсуждаются жалобы, анамнез, данные объективного исследования, обосновывается и диагноз, разбираются основные принципы оперативного лечения.

Ниже приводятся особенности клинического разбора больных с бедренной, пупочной грыжами, грыжей белой линии живота, после­операционной и рецидивной грыжами.

При разборе больного с бедренной грыжей внимание студентов обращается на большую заболеваемость этим видом грыж среди женщин, склонность грыжи к частому ущемлению.

Дифференциальный диагноз проводится с паховой грыжей, изо­лированным варикозом устья большой подкожной вены бедра, лимфа­денитом, опухолями этой области, "холодным" натёчником.

Подробно разбираются способы операции и пластики по Бассини, Руджи и Райха. Следует обратить внимание студентов на тот факт, что при ущемленной бедренной грыже ущемляющее кольцо должно рассекаться только кнутри, помнить о смертельной короне.

При разборе больного с пупочной грыжей и белой линии живота.

следует отметить то обстоятельство, что эта локализация грыж может наблюдаться у больных, страдающих заболеваниями желудка, печени и кишечника. Важно провести мысль о том, что операция по поводу не­большой, неосложненной пупочной грыжи (белой линии живота) у больных с какой-либо патологией желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, опухоли) является грубейшей тактической ошибкой, приносящей иногда непоправимый вред больному. При обсуждении плана обследования у данной категории больных требуется подчеркнуть значение рентгенологического исследования желудка и кишечника.

В разделе "Лечение" в основном касаются метода операции Мэйо-Сапежко. При разборе вопроса о лечении ущемленной грыжи (при флегмоне грыжевого мешка) целесообразно упомянуть об операции по Грекову.

При разборе послеоперационных и рецидивных грыж внимание студентов фиксируется на причинах рецидивов (недоучет противопоказаний к грыжесечению, технические ошибки во время операщи, послеоперационные осложнения, гематомы, нагноения, лигатурные свищи). Следует остановиться на основных видах пластических операций при послеоперационных и рецидивных грыжах (особенно на аллопластике грыж, подкожной пластине и требованиях, предъявляемых к трансплантантам и пр.).

Занятие заканчивается разбором вопроса о трудовой экспертизе у больных после операций по поводу грыж.

**ЗАНЯТИЕ № 2. Тема: ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.-4 часа.**

При изложении студентом методики развития заболевания обращается внимание на первые симптомы заболевания и динамику их развития (изменение локализации боли, характер диспептических расстройств, изменение общего состояния больного и т.д.).

Важно установить сроки обращения больного к врачу и правильность врачебных назначений ( неправильность назначения слабительных, тепла и анальгетиков при неясном диагнозе). Подчеркнуть зависимость результатов лечения от сроков госпитализации больных в стационар.

Описывая общее состояние больного, студент должен обратить внимание на поведение больного, положение его в постели, психическое состояние. Необходимо обратить внимание студентов на то, что острый аппендицит есть локализованный воспалительный процесс в брюшной полости и он вызывает у больного клинические проявления, которые отличаются от почечной, печеночной колик ( главным отличием их является беспокойное поведение больного, кратковременность и интенсивность развития, болей, отсутствие температурной реакции). При обследовании больного обращается внимание на состояние слизистой языка, подчеркивается значение расхождения между частотой пульса и температурой.

Симптомы, характеризующие развитие воспалительного процесса в червеобразном отростке: ограничение брюшной стенки (правой под­вздошной области ) в акте дыхания, "симптом кашлевого толчка", наличие защитного напряжения мышц брюшной стенки, симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскересенского. Обратить внимание на особенности клиники при атипичных рас положениях червеобразного отростка (ретроцекальная, тазовая, подпеченочная позиция отростка).

Разбирается значение вагинального и ректального пальцевого исследования при заболеваниях брюшной полости. Во время практических занятий или на дежурстве студент проводит самостоятельно эти исследования курируемым больным.

Подчеркивается различие клинической картины при разных формах острого аппендицита.

Проводится анализ лабораторного исследования крови и мочи. Указывается относительность значения высокого лейкоцитоза при остром аппендиците (у людей в пожилом возрасте, при деструктивном аппендиците). Изменения в моче (белок, лейкоциты, эритроциты) наблюдается при заболеваниях мочеполовой системы, но эти изменения могут быть и при ретроперитонеальном аппендиците.

Дифференциальная диагностика проводится с обострением или перфорацией язвы 12-ти перстной кишки и желудка, острым холециститом, печёночной почечной коликой, болезнью Крона, заболеваниями женской половой сферы.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо обратить внимание на общие симптомы, которые могут явиться причиной диагностических ошибок. Так, при остром аппендиците, как и при перфорации язвы 12-ти перстной кишки и желудка, боли вначале, из-за раздражения верхнего брыжеечного, солнечного сплетений, могут быть по всему животу, либо в подложечной области. Боли при перфорации более интенсивные, сопровождаются выраженным мышечным защитным напряжением, а нередко и коллапсом. Через 4-6 часов, когда явления шока стихают, а излившееся при перфорации язвы содержимое скопится в правой подвздошной области, возникнут трудности дифференциальной диагностики и особенно в тех случаях, когда у больного отсутствует "желудочный" анамнез и когда начало заболевания более мягкое и сохранена печёночная тупость.

Следует указать на трудность установления диагноза острого аппендицита - как причины разлитого перитонита при позднем поступлении больного и при отсутствии убедительных анамнестических данных.

Необходимо разобрать особенности клиники острого аппендицита у беременных, в детском и пожилом возрасте.

В типичных случаях установить диагноз острого аппендицита нетрудно. При атипичном расположении червеобразного отростка сделать это иногда весьма сложно. Врач должен основывать свой диагноз на симптомах, предшествующих возникновению острой боли в животе, анализе состояния больного во время самого приступа болей, очередности появления симптомов. Следует заострить внимание студентов на заболеваниях, которые могут напоминать острый аппендицит (пневмония, брюшной тиф, болезни спинного мозга, мочекаменная болезнь, пищевая интоксикация, энтерит, острый холецистит, перфоративная язва желудка или 12-ти перстной кишки, воспалительные заболевания придатков матки, внематочная беремен­ность дивертикулит, болезнь Крона, глистная инвазия, инвагинация и др.).

При разборе вопросов лечения необходимо подчеркнуть принцип срочного оперативного вмешательства при остром аппендиците.

Подробно разбираются вопросы подготовки к операции, обез­боливания, техники оперативного вмешательства (технику аппендэктомии студент должен знать детально). Подчеркиваются особенности операции при различных формах острого аппендицита, а также особенности оперативной техники при аппендэктомии у детей, беременных и при необычных локализациях червеобразного отростка.

Подробно разбираются вопросы ведения послеоперационного периода, особенно при деструктивных формах аппендицита.

Коротко останавливаются на сроках временной нетрудоспособ­ности после операции аппендэктомии.

**ЗАНЯТИЕ №3. Тема:ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.**

**4 часа.**

Во время занятия проводится разбор основных осложнений,

к которым относятся:

1. Аппендикулярный инфильтрат.

2. Ограниченный или диффузный перитонит.

3. Ограниченные гнойники в брюшной полости (абсцесс дугласова пространства, межкишечный абсцесс, поддиафрагмальный абсцесс).

Кроме того студенты в общих чертах знакомятся с более редкими осложнениями острого аппендицита: пиелофлебитом, с исходом в абсцессы печени, флегмоной забрюшииного пространства. Аппендикулярный инфильтрат. При выяснении анамнеза заболевания болезни, необходимо уточнить подробно начало развития, сроки первого обращения больного за врачебной помощью и госпитализации. Важно также установить, не проводилось ли до поступления в клинику какое-либо лечение на дому каксамим больным, так и врачом.

Уделяется внимание динамике развития заболевания: характер болей, их интенсивность и продолжительность, наличие тошноты, рвоты и т.д. Преподаватель должен подчеркнуть при разборе, что острый аппендицит и его осложнения являются воспалительный, т.е. довольно бистро текущим процесcом в брюшной полости. Студенты проводят дифференциальный диагноз между аппендикулярным инфильтратом, опухолью илеоцекального угла и инвагинацией подвздошной кишки в толстую, дистопированной почкой.

Студенты сами должны установить причину возникшего осложнения и назначить больному соответствующее лечение. Необходимо обосновать консервативную тактику при аппендикулярном инфильтрате и оперативную- при его абсцедировании. Аппендикулярный перитонит. При разборе больного учитываются сроки и динамика развития заболевания, подчеркивается важность установления момента перфорации червеобразного отростка. Объективная симптоматика перитонита: обратить внимание на положение и поведение больного, изменение слизистой языка, отсутствие участия брюшной стенки в акте дыхания, наличие локального или распространенного напряжения брюшной стенки, симптомов Щеткина-Блюмберга, Раздольского, отсутствие или ослабление перистальтики кишечника.

Подчеркивается своевременность оперативного вмешательства и одновременно делается акцент на высокую вирулентность толстокишечной флоры. При разборе оперативного вмешательства необходимо показать важность удаления перфорированного червеобразного отростка, удаления экссудата, санации брюшной полости при разлитом перитоните и адекватного дренирования брюшной полости, как профилактики образования локализованных гнойников.

Послеоперационное ведение больного с перитонитом: положение в постели с приподнятым головным концом кровати, проведение дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии. Обращается внимание на возможность развития межкишечных абсцессов после разлитого перитонита, рассматривается техника вскрытия межкишечного абсцесса, подчеркивается зависимость исхода перитонита от сроков оперативного вмешательства.

Абсцесс дугласова пространства.

Разбор проводится в непосредственной связи с предыдущей темой "Аппендикулярный перитонит". Подчеркивается анатомическое значение дугласова пространства как места, наиболее благоприятного для развития гнойника в брюшной полости, одновременно подчеркивается значение для больного дренажного положения с приподнятым головным концом.

Деструктивный и тазовый аппендицит, предрасполагающий к развитию абсцесса дугласова пространства. Указывается на важность тщательного гемостаза во время аппендэктомии как профилактики развития тазового инфильтрата и абсцесса. Клиника и диагностика абсцесса дугласова пространства: характер и иррадиация болей, динамика температуры лейкоцитоза и лейкоформулы.

Подчеркивается особая важность вагинального и ректального исследования для диагностики тазового абсцесса. Проводится диф­ференциальный диагноз между гнойниками алпендикулярного и гинеко­логического происхождения. Показана и техника вскрытия тазового абсцесса у мужчин и женщин. Послеоперационное ведение больного: важность фиксации дренажа, назначение диеты, задержки стула, сроки удаления дренажей.

Абсцесс поддифрагмального пространства. Разбор также проводится в непосредственной связи с темой "Аппендикулярный перитонит". Обращается внимание на причины возникновения поддиафрагмального абсцесса: вследствие разлитого перитонита, вследствие анатомических особенностей поддиафрагмального пространства и высокого расположения червеобразного отростка. Подчёркивается важность дренажного положения больного в послеоперационном периоде.

Клиника и диагностика поддиафрагмального абсцесса: характер болей, их иррадиация, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, выбухание межреберных промежутков, увеличение печёночной тупости, гектический характер температурной кривой. Важность рентгенологического исследования и УЗИ для диагностики абсцесса: высокое стояние и неподвижность правого купола диафрагмы, наличие под ним уровня жидкости.

Лечение поддиафрагмального абсцесса. Сложность техники вскрытия в связи с опасностью инфицирования правой плевральной полости, вскрытие абсцесса один либо в два этапа. Послеоперационное ведение больного: положение в постели, перевязки, сроки удаления дренажей. Критерий излеченности поддиафрагмального абсцесса в связи с возможностью наличия остаточной полости. Межкишечный абсцесс. Так же, как и при других локализациях гнойников (тазовый, поддиафрагмальный и др.), необходимо прежде всего обратить внимание на анамнез, характерный для острого аппендицита. Из объективных симптомов отметить высокую лихорадку, признаки гнойной интоксикации, наличие пальпируемого, болезненного инфильтрата в животе.

Нужно подчеркнуть особенности оперативной техники вскрытия межкишечного абсцесса и ведения послеоперационного периода (сроки удаления тампонов, антибиотикотерапия и т.д.). Пилефлебит разбирается как редкое, но крайне опасное осложнение, в большинстве случаев заканчивающееся летальным исходом. Подчеркиваются особенности клиники (ранняя лихорадка, желтуха, увеличение печени, гиперлейкоцитоз), необходимость массивной антибиотико-дезинтоксикационной терапии через пупочную вену. Останавливаются на поздних осложнениях: абсцессы печени, синдром Хиари.

Клинические проявления хронического аппендицита бывают очень разнообразными и не всегда достаточно характерными, чаще больные жалуются на боли в правой подвздошной области, иногда имеющие постоянный характер, иногда возникающие в виде коротких приступов. У некоторых больных также приступы бывают связаны с физической нагрузкой или с приемом пищи. В ряде случаев нельзя установить какой-либо связи с указанными моментами.

Иногда боли при хроническом аппендиците носят распространенный характер, локализуясь одновременно в правой подвздошной и пупочной областях или эпигастрии. Причиной атипичности проявления болевого синдрома и различных жалоб является клиническое проявление содружественных функциональных расстройств со стороны других органов желудочно-кишечного тракта "Нередко больные жалуются на расстройство деятельности кишечника - запоры, поносы, сопровождающиеся неопределенными болями внизу живота.

Следует различать: а) хронический резидуальный или остаточный аппендицит, при котором болезненные явления в отростке являются результатом перенесенного ранее острого приступа, б) хронический рецидивирующий аппендицит, при котором наблюдаются рецидивы острых приступов, в) первично хронический аппендицит, при котором болезненные явления в отростке развиваются постепенно, без особого приступа.

Особо следует остановиться на трудности дифференциального диагноза при хроническом аппендиците. Дифференциальный диагноз следует проводить с хроническим спастическим колитом, заболеваниями мочевыводящих путей, туберкулез отростка, опухолью червеобразного отростка и слепой кишки, хроническими заболеваниями женской половой сферы. Принципом дифференциального диагноза является "метод исключения".

Лечение хронического аппендицита хирургическое. Необходимо разъяснить студентам, что в зависимости от обоснованного и постановки диагноза - острого или хронического аппендицита диктуется хирургическая тактика.

Предостеречь студентов от возможности постановки диагноза "обострение хронического аппендицита" так как часто под этим диагнозом несвоевременно распознается острый аппендицит и несвоевременно выставляются показания к оперативному лечению, что в итоге это может привести к многочисленным осложнениям.

**ЗАНЯТИЕ № 4. Тема: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ - 4 часа.**

Активный сбор анамнез позволяет выяснить периодичность в течении болезни и сезонность (периоды обострении чаще наблюдаются осенью и весной). Периодичность и сезонность характеризуют неосложненную язвенную болезнь.

Диспептические явления: изжога, отрыжка, тошнота, рвота, наблюда­ются в 50-80 *%* случаев. Большое значение имеет частое применение больными соды, что говорит о наличии у больных повышенной секреции соляной кислоты.

Выясняя у больного перенесенные заболевания, обращается внимание на заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, энтерит, хронический аппендицит и т.д.), могущие явиться предпосылкой для возникновения язвенной болезни. Студент должен тщательно выяснить все применявшиеся методы лечения - стационарное, санаторно-курортное, амбулаторное.

Ассистент должен обратить внимание на возможную иррадиацию болей в спину и рекомендовать студентам проводить пальпацию позвоночника и параверетебральной области с целью выяснения болевых точек ( область Ш -1У грудных позвонков, ХП грудного позвонка и I поясничного ).

По окончании доклада куратора и уточнения полученных данных после дополнительного опроса больного ассистент делает краткое резюме по анамнезу и объективным данным, переходит к разбору лабораторных исследований.

Тщательно разбираются результаты исследования желудочного сока, крови, мочи. Ассистент подчеркивает возможность нормальной или даже пониженной кислотности у язвенного больного. Анализируются рентгенологические данные.

Обоснование диагноза проводится одним из студентов группы. При этом следует требовать от студентов не только перечисления симптомов, в объяснение механизма возникновения того или иного симптома (боль и её иррадиация, тошнота, рвота, снижение аппетита, зависимость течения болезни от психического состояния больного, xapaктepa питания). Это формирует у студентов клиническое мышление и делает занятие более интересным. Ассистент своими замечаниями старается правильно направить мысль студентов.

Разбираются возможные варианты пенетрации язвы, особенности клинической картины (исчезновение сезонности в течении заболевания, появление симптомов со стороны органов вовлечённых в процесс). Малигнизация язвы встречается у 10-12 *%* больных. Обращается внимание студентов на изменение характера болей, понижение аппетита, развитие ахилии, длительные скрытые кровотечения, похудание.

Дифференциальный диагноз хронической язвы желудка и 12-ти перстной кишки значительно отличается от дифференциального диаг­ноза язвенной болезни в стадии обострения. Этот момент должен хорошо представлять себе ассистент и разъяснить студентам причину такого деления. .Хроническую язву желудка приходится дифференцировать с заболеваниями органов брюшной полости, протекающих также по типу хронических. Ассистентом предлагается кому-либо из студентов перечислить заболевания, с которыми нужно дифференцировать хроническую язву желудка, объясняя, почему необходимо дифференцировать то или иное заболевание с язвенной болезнью.

Не менее важное значение имеет дифференциальный диагноз с другими заболеваниями - хроническим панкреатитом, хроническим колитом, заболеваниями почек и т.д.

После дифференциального диагноза ассистент разбирает со студентами вопросы лечения язвенной болезни. Остановившись кратко на консервативных методах лечения, ассистент путём опроса студентов разбирает показания к операции. При этом следует особо обратить внимание студентов на то, что операция обоснована в том случае, если консервативное лечение не дает стойкого эффекта. Обращается внимание студентов на значение локализации язвы и возраста больного для решения вопросов об операции. Пожилой возраст и локализация язвы в желудке даже при сравнительно кратковременном лечении в некоторых случаях являются показаниями для операции ввиду возможности трансформации язвы в рак.

Разбираются вопросы подготовки к операции и общие принципы хирургического лечения язвенной болезни. Содержание второго занятия.

Занятие проводится по такому же плану, как и первое. В течении занятия следует разобрать: а) основные осложнения язвенной болезни; б) предоперационную подготовку и послеоперационное ведение больного; в) принципы хирургического лечения.

**ЗАНЯТИЕ № 5. Тема: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (продолжение) -**

**4 часа.**

Стеноз привратника. Среди осложнений язве осле краткого изложения студентом истории заболевания следует обратить внимание на изменение клинической картины язвен­ной болезни в связи с развитием стеноза. Прежде всего теряется периодичность в течении болезни,' изменяется болевой синдром и появляется целый ряд новых жалоб: I) боли приобретают тупой характер и усиливаются к вечеру; 2) кислые отрыжки сменяются тухлыми; 3) самым характерным симптомом является рвота пищей, съеденной несколько дней назад или накануне. Очень важно отметить искусственно вызываемые больным рвота, которые приносят облегчение.

При анализе объективных данных обращается внимание на исхудание, обезвоживание больного, выбухание в эютастральной области за счет расширенного желудка, видимая на глаз перистальтике желудка, натощак "щум плеска". Придается особое значение исследованию диуреза. Отмечается возможность "сгущения" крови, гипохлоремии, высоких цифр мочевины, гипокалиемия.

После разбора лабораторных данных следует обосновать диагноз язвенного стеноза с указанием стадии заболевания: I стадия -компенсации, П стация - субкомпенсации, Ш стадия - декомпенсации.

Особо следует обратить внимание на вопросы дифференциально­го диагноза между стенозами язвенной и раковой этиологии.

Желудочное кровотечение. Оно наблюдается у 7-15 *%* больных язвенной болезнью, преимущественно в возрасте 40-50 лет. Следует отметить, что наличие скрытой крови в каловых массах, выявленной клиническими реакциями, является симптом язвенной болезни, а в некоторых случаях кровотечение приобретает характер грозного осложнения, угрожающего жизни больного.

Обращается внимание студента на частоту кровотечений язвенной этиологии ( 75-78 *%* всех желудочных кровотечений) и разъясняется зависимость массивного кровотечения от локализации язвенного процесса. Анализируются симптомы скрытого кровотечения;

прогрессивно нарастающая картина анемии - слабость, головокру­жение, похудание, потеря работоспособности. Внимание студентов обращается на то, что больные, страдающие скрытым кровотечением, могут работать месяцами, не подозревая о наличии у них кровотечения. Подчеркивается особенно важное значение в этих случаях исследования кала на скрытую кровь.

Сильное (профузное) желудочное кровотечение выражается внезапно наступающей слабостью (иногда - коллапс!), появлением тошноты, а затем рвоты, содержимым цвета "кофейной гущи" (кровью, разложившейся под действием соляной кислоты). Особо обращается внимание студентов на необходимость осмотра каловых масс врачом. Это позволяет визуально установить наличие крови в кале - "черный лак" или "деготь". Следует подчеркнуть, что жидкий дегтеобразный кал - признак профузного кровотечения (чаще из 12-ти перстной кишки).

Ассистентом разъясняются причины более частого кровотечения из язв 12-ти перстной кишки, особенно локализующихся на задней стенке и из язв пилорического отдела.

Подчеркивается необходимость немедленной госпитализации таких больных.,

Особое внимание обращается на проведение дифференциального диагноза с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (портальная гипертензия), при разрыве слизистой кардии (синдром Меллори-Вейса) из овухоли желудка, кровотечением на почве заболеваний крови и острых эрозивных гастритов.

При решении вопроса о лечении таких больных подчеркивается, что профузное желудочное кровотечение является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

. Но в то же время подчеркивается преимущество оперативного лечения после остановки кровотечения консервативными методами: соблюдение строгого постельного режима, возвышенное положение ножного конца кровати, голод или диета Мейаенграхта, изолированная гипотермия желудка, переливание крови и плазмы, холод на живот. Следует остановиться на случаях, когда кровотечение не останавливается под влиянием консерватив­ных мер, что является абсолютным показанием к экстренной операции. Обратить внимание студентов на активно-выжидательную тактику при кровотечениях.

Перфоративная язва желудка. Частота (3-5 *%* от всех язв) и тяжесть этого осложнения являются доказательством необходимости краткого разбора хотя бы и оперированного больного.

При анализе анамнеза заболевания, объективного и лаборатор-но-рентгенологического исследования, необходимо обратить внимание на следующие моменты: а) длительность язвенного анамнеза, в то же время следует подчеркнуть, что перфоративная язва может быть первым проявлением язвенной болезни; б) внезапность заболевания ( на работе, в транспорте, ночью во сне); в) острота заболевания и сила болей (возможность коллап'а, шока); г) характер болей ( "как удар кинжалом", жгучие боли, усиливающиеся при перемене положения); д) отсутствие рвоты и тошноты (за редким исключением); е) резчайшее напряжение мышц живота и т.д.

Подчеркивается различие в клинической картине в зависимости от стадии заболевания. Разбирается клиника в ранние сроки после перфорации.

Обращается внимание на внешний вид больного, его поведение, вынужденное положение, частый пульс, сухой язык, втянутый напряженный живот, отсутствие дыхательных движений брюшной стенки, укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота, сглаженность печеночной "тупости и "серп" воздуха под диафрагмой при рентгеноскопии брюшной полости. Акцентируется внимание студентов на клинике прикрытой перфорации.

Проводя дифференциальную диагностику, следует остановиться на желчнокаменной болезни и печечной колике, остром аппендиците и холецистите, остром панкреатите, острой кишечной непроходимо­сти, инфаркте миокарда. Подчеркивается значение лапароскопичес-кого исследования в сомнительных случаях и УЗИ брюшной полости.

Переходя к оперативному лечению, ассистент подчеркивает не­обходимость экстренной операции, останавливается на видах оперативного вмешательства в зависимости от возраста больного, тяжести его состояния и срока с момента перфорации. Рассмотреть принципы предоперационной подготовки больного с хронической язвой и при осложненной язвенной болезни. Ведение послеоперационного периода. Ассистент разъясняет студентам о необходимости проведения мероприятий, направленных на улучшение общего состояния: запрещение курения, общеукрепляющая терапия, витаминотерапия, переливание крови и т.д.

Следует остановиться особо на подготовке к операции больных со стенозом привратника. Подчеркивается необходимость борьбы с обезвоженностью, гипохлоремией, гипопротеинемией. Подготовка не­посредственно желудка направлена на поднятие его тонуса и борьбу с гнилостной флорой. С этой целью больным ежедневно через три часа после ужина проводится промывание желудка.

Принципы оперативного лечения. Прежде всего необходимо остановиться на том, что показания к операции делаться на :

а) абсолютные (перфорация и малигнизация язвы, пилородуоденаль-ный стеноз;

б) условно абсолютные (язвенные кровотечения, пенетрирующие язвы);

в) относительные (хронические язвы).

При прободной язве необходимо оперировать немедленно при установлении диагноза. При благоприятных условиях (молодой возраст, удовлетворительное общее состояние, раннее поступление больного, достаточный опыт хирурга) производится резекция желудка. При невозможности выполнить резекцию желудка производят ушивание перфоративного отверстия. Рассмотреть показания к ваготомии.

При кровоточащей язве в случае отсутствия эффекта от кон­сервативных мероприятий, обеспечив операцию достаточным количеством крови, проводится резекция желудка. Операция перевязки сосудов и резекции с выключением язвы будут ошибкой, так как не может надежно обеспечить остановку кровотечения. Разобрать возможности эндоскопического гемостаза. Сущность ваготомии при кровотечении из язвы.

При язвенном стенозе привратника операция проводится после ликвидации нарушений водного, солевого и белкового обменов. Необходимо подчеркнуть, что при резком истощении и тяжелых сопутствующих заболеваниях производят наложение желудочно-кишечного анастомоза. При удовлетворительном общем состоянии больного выполняется резекция желудка.

При хронической язве желудка, если консервативная терапия в течение трёх лет и диетпитание не дали положительных результатов, то показана резекция желудка.

Метод операции зависит от локализации язвы. Основные методы - Бильрот-1 и Бильрот-П. Резекция желудка с выключением язвы проводятся при низко расположенных и технически неудалимых язвах 12-ти перстной кишки.

При обсуждении методов операций следует указать, что классическая резекция желудка, являясь весьма эффективным методом лечения язвенной болезни, нередко приводит к развитию постгаст-рорезекционных синдромов. С целью избежания подобных осложнений, обусловленных удалением большей части желудка, в настоящее время применяются так называемые органосохраняющих (ваготомия в сочетании с пилоропластикой или гастроэнтеростомией) и органощадящие (ваготомия в сочетании с экономной резекцией желудка) операции.

Необходимо отметить, что при определении показаний к тому или иному вмешательству учитывается характер секреции. В конце занятия рассматриваются особенности послеоперационного течения, возможные осложнения, методы их профилактики и лечения.

**ЗАНЯТИЕ № 6. Тема: РАК ЖЕЛУДКА. - 4 часа.**

Вводная часть занятия посвящается проверке знаний студентов, полученных при самостоятельной работе с литературой дома методом опроса, либо методом тестирования. Разбираются кратко этиология и патогенез. Основное внимание обращается на предраковые состояния желудка (полипоз, анацидный гастрит, болезнь Менетрие, антрум гастрит, длительно незаживающая каллезная язва желудка). Роль наследственности. Эпидемиология рака. География рака. Распространенность: 40 *%* от всех раковых заболеваний, чаще болеют мужчины в возрасте 40-60 лет. Локализация - пилорический отдел - 60 %, тело ( малая кривизна) - 20 *%:* кардия, дно, большая кривизна - 20 *%,* Гистологическое строение и особенности роста опухоли, влияние на организм в целом.

В заключение следует подчеркнуть, что рак желудка характеризуется большим разнообразием клинических проявлений. Многие явные симптомы рака проявляются поздно. Характер клинического течения рака желудка зависит от: I) локализации, 2) структурных особенностей опухоли, 3) степени распространенности процесеа, 4) стадии заболевания, 5) возраста больного, 6) предшествующих заболеваний желудка.

Данные анамнеза относящиеся к заболеванию раком родственников больного, необходимо сообщить вне палаты. Особое внимание обращается на те сведения, которые понадобится для дифференциального диагноза.

Данные объективного исследования излагаются куратором и их правильность контролируется одним из студентов группы. В процессе разбора данных объективного исследования обращается внимание на: а) общие симптомы - выражение лица, цвет кожных покровов и слизистых, состояние подкожножирового слоя и тургор кожи, б) местные симптомы - атрофия сосочков языка, состояние зубов, запах изо рта, пальпация опухоли, отдаленных метастазов, "шум плеска", асцит, гидроторакс.

При анализе данных объективного исследования желательно обратить внимание на симптомы, играющие большую роль в дифференциальном диагнозе.

Разбор лабораторных и специальных исследований, обоснование диагноза и проведение дифференциального диагноза проводятся вне палаты. В процессе разбора данных лабораторных и специальных исследований

( рентгеноскопия желудка, гаетроскопия, лапароскопия, УЗИ ) изучают :

I) Клинико-рентгенологические и морфологические формы рака:

а) "полипообразная" или "грибовидная" форма рака желудка - резко очерченная опухоль, имеет широкое или узкое основание и вдаётся. в полость желудка. Для этой формы характерно относительно медленное развитие, позднее метасгазирование. Опухоль чаще всего располагается в антральной части желудка; б) "блюдцеобразная" форма опухоли относится тоже к резко очерченным, края её приподняты, она изъязвлена в центре, всё это вместе взятое придаст ей форму блюдца. Этот видтоже отличается медленным разви­тием и поздним метасгазированием, в) диффузные формы карциномыотличаются тем, что инфильтрируют стенку желудка без видимой границы г) смешанная форма рака отчасти развивается экзофитно, отчасти диффузно инфильтрирует стенку желудка. В подслизистом слое эти опухоли распространяются дальше видимых границ опухоли, д) рак из язвы и рак из полипа.

2- Стадия рака. I стадия - поражение только слизистой оболочки с диаметром 2 см. П-я стадия - более обширное поражение с прорастанием подслизистого слоя мышечной оболочки без регионарных метастазов диаметром - 5 см ( диагностируется чаще). Ш стадия - значительное местное распространение опухоли с прорастанием серозной оболочки и с метастазами в регионарные метастатические узлы ( диагностируется часто). 1У стадия - тотальное поражение желудка, отдаленные метастаэы (диагностируется легко, но лечится паллиативно).

3. Метастазирование рака желудка - подробно разбираются пути метастазирования соответственно четырем главным путям лимфооттока ( по А.В.Мельникову ).

Обоснование диагноза. Проводится одним из студентов при активном участии всей группы по плану: а) обоснование диагноза"рак желудка", б) обоснование локализации, в) морфологическая форма рака, г) осложнения - стеноз привратника, кровотечение, перфорация, механическая желтуха, асцит, канкрозный перитонит, непроходимость кишечника и т.д.

Следует подчеркнуть, что в связи с многообразием клинических проявление рака желудка обоснование диагноза иногда бывает весьма затруднительно. Большое значение в этих случаях имеет комплексная оценка клинических и,особенно, эндоскопических данных. Необходимо подчеркнуть большую диагностическую ценность эндоскопических методов исследования: фаброгастроскопии и лапароскопии.

Дифференциальный диагноз рака желудка проводится в зависимости от формы рака, стадии и локализации рака желудка у разбираемого больного.

Основное внимание в этом разделе следует обратить на формирование у студентов четкого понятия кардинальных клинических различий между раком тела, проксимального и дистального отделов желудка. Подчеркнуть, что рак проксимального и дистального отделов желудка различается по жалобам и клинике так при первом -дисфагия, при втором - нарушения эвакуации на желудке, тогда как при раке тела желудка чаще наблюдаются общие симптомы: потеря веса, пищевой дискомфорт, анемия и другие.

В плане дифференциального диагноза можно указать на несколько групп заболеваний, дающих сходную с раком желудка клиническую картину : I) группа общих заболеваний - пернициозная анемия, циррозы печени, 2) группа труднодифференцируемых предраковых заболеваний - ахилический гастрит, хронический гипертрофический гастрит, регидный антральный гастрит, каллезная язва желудка, 3) группа труднодифференцируемых редких заболеваний - сифилис, туберкулёз, лимфогранулематоз желудка, 4) группа относительно легко дифференцируемых заболеваний - язва желудка, безоары и инородные тела, доброкачественные опухоли желудка (невриномы, лейомиомы), кисты, дивертикулы, варикозное расширение вен желудка, саркома, 5) группа относительно легко дифференцируемых заболеваний нежелудочного происхождения - киста поджелудочной железы, рак поперечно-ободочной кишки, опухоли большого сальника и передней брюшной стенки, рак желчного пузыря и первичный рак печени.

Показания к операции всегда абсолютные. Противопоказания :

I) онкологические - отдаленные матастазы в соседние органы, 1У стадия), 2) технические - невозможность удалить опухоль,

3) общие - тяжелые сопутствующие заболевания и осложнения ос­новного заболевания. Операция: а) радикальные - резекция желудка простая, субтотальная, тотальная, субтотальная, тотальная (гастрактомия), комбинированная резевдия. б) паллиативные -гастроэнтеростомия, гастростомия, эзофагоеюноанастомоз.

Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения в зависимости от локализации и формы рака: промывание желудка слабым раствором соляной кислоты, применение смеси С.И.Спасокукоцкого, коррекция водноэлектролитных и белковых нарушений.

**ЗАНЯТИЕ № 7.Тема: ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.- 4 часа.**

При обсуждении анамнеза особое внимание следует уделить выяснению: I) начала заболевания и его длительности, 2) частоты приступов болей, их длительности и тяжести, 3) времени возникновения печеночных колик, их связи с приемом жареной, жирной пищи,

4) локализации. болей и их иррадиация; 5) температурной реакции, её продолжительности и характера. Следует подчеркнуть возникновение желтухи после болевого приступа отметить интенсивность желтухи и её продолжительность. Установить характер рвоты, время появления обесцвеченного кала, темного цвета мочи. Необходимо подробно разобрать клиническую симптоматику последнего болевого приступа.

При изучении анамнеза жизни, обращается внимание на пато­генетические факторы желчнокаменной болезни (пол, возраст, беременность, нарушение жирового обмена, условия жизни и характер питания, перенесенные болезни). Здесь же следует остановиться на механизме образования камней, желчнокаменной колики и возникновения механической желтухи с миграцией камней в гепатохоледох и их ущемлением в ретродуоденальном отделе холедоха и фатеровом сосочке. При этом следует остановиться на возможности образования после приступа печеночной колики водянки желчного пузыря, рубцовой структуры холедоха и фатерова сосочка.

При разборе объективных данных отмечается состояние больного, его упитанность, окраска кожных покровов и слизистых, интенсивность желтухи, кожный зуд, расчесы, наличие температуры и её характер, ознобы, потливость.

Из данных объективного осмотра следует отметить у больных с механической желтухой, холангитом и водянкой желчного пузыря отсутствие напряжения мышц в правом подреберье и наличие болезненности в области желчного пузыря, положительных симптомов Ортнера-Грекова и Мюсси, увеличения печени. Особо следует рассмотреть синдром Курвуазье и его дифференциально-диагностическое значение.

Анализируя лабораторные данные, фиксируют внимание на из­менениях крови (билирубин, холестерин, печеночные пробы и др.), мочи (желчные пигменты, уробилин, диастаза), свертывающей системы крови (коагулограмма), кала (стеркобилин). Подчеркнуть роль метода непрерывного хроматического дуоденального зондирования и выявлении двигательных расстройств желчного гузыря и сфинктера Одди, а также холецистографии и холангиографии и УЗИ в диагностике желчнокаменной болезни. Коротко рассказать о методике контрактного исследования внепеченочных желчных протоков, о применяемых рентгеноконтрастных препаратах.

**ЗАНЯТИЕ № 8.Тема: ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСТРЫЙКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА - 4 часа.**

Большое внимание уделяется дифференциальной диагностике механической желтухи. Следует указать на значение ФГДС дуоденографии в условиях гипотонии УЗИ для выявления опухоли фатерова сосочка и опухоли головки поджелудочной железы при наличии механической желтухи.

Необходимо остановиться на консервативном лечении желчно-каменной болезни (купирование печеночной колики), а затем разобрать показания и противопоказания к операции при осложнениях желчнокаменной болезни, вопросы подготовки больных к операции.

Обсуждая вопросы хирургического лечения необходимо обратить внимание студентов на необходимости холецистэктомии у больных желчнокаменной болезнью, видах её; разбираются показания к холедохотомии, наружному дренированию холедоха, виды внутреннего дренирования холедоха (супра- и трансдудуоденальная холедо. ходуоденостомия, папиллотомия). Указать на возможность лапаро-скопической холецистэктомии.

Следует остановиться на осложнениях послеоперационного периода (холемическое кровотечение желчный перитонит, печеночно-почечная недостаточность, сердечно-легочная недостаточность ) и их профилактика. При обсуждении анамнеза заболевания подчеркиваются симптомы, которые указывают на острое воспаление желчного пузыря. Необходимо обратить внимание студентов на : а) острое начало заболевание, частое возникновение приступов в ночное время и их связи с приёмом жирной пищи, б) первичную локализацию болей в области желчного пузыря и эпигастрии, характерную иррадиацию болей в правую надключичную область, правое надплечье, область угла правой лопатки, в) длительность болей и их интенсивность; отличие их от болей при печеночной колике, г) появление тошноты и повторной рвоты.

При выяснении анамнеза следует уточнить наличие приступов печеночной колики в прошлом.

При разборе объективных данных отмечаются зависимость общего состояния больного от формы острого холецистита. Дать характеристику желтухи, состояния языка и местных симптомов холецистита (боль в правом подреберье, напряжение мышц, симптомы Щеткина, Ортнера, Мюсси). Необходимо фиксировать внимание студентов на выявлении симптомов панкреатита, который может сопутствовать острому холециститу (симптом Воскресенского, Мэйо-Робсона, болезненность в левом подреберье. Необходимо остановиться на изменениях в клиническом анализе крови; характере температуры, диастаэурии.

При обсуждении диагноза следует обосновать форму острого холецистита; здесь же можно разобрать паталогоанатомические изменения при различных формах острого холецистита. Дифференциальный диагноз проводится с печеночной коликой, острым панкреатитом, аппендицитом, кишечной непроходимостью, прободением желудка и 12-ти перстной кишки. Следует подчеркнуть роль лапароскопии в уточнении диагноза.

Подробно обсуждаются показания к экстренному и отсроченному оперативному вмешательству при остром холецистите. Следует остановиться на показаниях к технике, видах холецистэктомии, методах ревизии холедоха, холангиографии и манометрии. Обсуждается тактика при остром холецистите, сочетающемся с панкреатитом. Рассматриваются особенности оперативного лечения у больных пожилого и старческого возраста (лапароскопическая холецистостомия, двухэтапные операции).

•Затем подробно останавливаются на ведении послеоперационного периода.

**Занятие № 9. Тема: ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. - 4 часа.**

В вводной части занятия и в процессе проверки знаний студентов из области анатомии и физиологии поджелудочной железы следует обратить внимание на развитие способности рассматривать анатомические и физиологические данные в клиническом освещении. Разбирается анатомическое положение поджелудочной железы, ее проекция на переднюю брюшную стенку (треугольник Шоффара), значение забрюшинного расположения фасциальных пространств, прилежащих сосудов, особенностей кровоснабжения и инервации. Значение инервации в иррадиации болей при поражении различных отделов поджелудочной железы. Особенности взаимоотношения панкреатических и желчных протоков. Особенности физиологии поджелудочной железы. Основные ферментии поджелудочной железы, их взаимосвязь, активизация и инактивация, а также данные об инсулине и глюкагоне в плане патогенеза острого панкреатита и его осложнений. Вводная часть занятий заканчивается разбором морфоклинической классификации острого панкреатита, причем подчеркивается, что данный процесс рассматривается как единый патологический процесс перехода отечной формы в жировой панкреонекроз, в отечно-геморрагическую и некротическую формы острого панкреатита, конечной стадией которых является секвестрация железы с образованием ложной кисты или абсцеса поджелудочной железы, а также гнойный панкреатит, развивающийся в случае присоединения инфекции.

При изложении жалоб больного обратить внимание на: а) характер болей (локализация, иррадиация, интенсивность, указать на возможность множественной иррадиации, б) подчеркнуть неукротимость рвоты, мучительность её для больного, рвоту по типу "срыгивания". Отметить, что непрекращающаяся рвота служит плохим прогностическим признаком,

в) поведение больного .в момент острого приступа болей.

При изучении анамнеза жизни необходимо выяснить перенесенные заболевания как: гастрит, дуоденит, болезнь Боткина, заболевания желчных путей и желчного пузыря, алкоголизм.

При анализе истории заболевания необходимо обратить внимание на: I) начало заболевания - постепенное или внезапное, связь её с приемом жирной, острой пищи или алкоголя, 2) осложнения в течении болезни - присоединение желтухи, появление сердечно-сосудистой недостаточности и т.д., 3) течение и развитие заболевания - обратить внимание на быстроту процесса. Рассказать студентам о возможности "молниеносных" форм поражения, особенно у алкоголиков, беременных и других лиц.

При осмотре обратить внимание на положение больного в постели. Поведение зависит от патоанатомических изменений в железе: при отечной форме больные мечутся в постели, беспокойны, иногда принимают колеино-локтевое положение; при деструктивных формах больные лежат неподвижно, редко меняют положение. Иногда у больных развивается интоксикационный психоз, что свидетельствует о декструктивном процессе в железе.

Изменению окраски кожных покровов и слизистых придается большое значение - желтушность, наличие акроцианоза и цианоза губ. Необходимо обратить внимание студентов на появление "мраморной" окраски живота (симптом Холстеда, Мондора). Обратить внимание студентов на то, что у части больных артериальное давление снижено и они склонны к коллаптоидным реакциям вследствие высокого содержания в крови биогенных аминов (калликреина), свободных кининов.

При осмотре живота необходимо обратить внимание на вздутие в эпигастральной области, появление в этом месте некоторой инфильтрации (симптом Кертэ). Необходимо обратить внимание студентов на то, чтодаже при декструктивных формах заболевания живот остается мягким. Важно подчеркнуть несоответствие между общим тяжелым состоянием больного и, казалось бы, благополучной картиной при осмотре живота. Из специфических симптомов острого панкреатита отметить симптомы Мэйо-Робсона и Воскресенского и разъяснить студентам механизм появления их.

При анализе лабораторных данных обратить внимание на повышение количества лейкоцитов и высокие цифры диастазы мочи. Коротко остановиться на механизме повышения диастазы мочи, изменении уровня сахара крови и кальция сыворотки крови.

При проведении дифференциального диагноза следует обратить внимание на такие заболевания: острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки, заболевания печени, инфаркт миокарда.

При разборе методов лечения следует обосновать консервативную тактику. Оперативному лечению подлежат случаи, осложненные перитонитом. При обосновании консервативного лечения необходимо подчеркнуть его многогранность и комплексность (создание покоя органу, снятие ферментной интоксикации, борьба с парезом кишечника и желудка, коррекция кислотно-щелочного состояния, снятие интоксикации, предупреждение коллипса и т.д.). Особое внимание уделяется антиферментной терапии (трасилол, контрикал, гордокс пантрипин), как перспективному методу лечения острых панкреатитов.

Касаясь оперативных методов лечения острого панкреатита, кратко остановиться на интраоперационной диагностике - геморрагический выпот, бляшки жирового некроза, вид поджелудочной железы.

При разборе прогноза заболевания остановиться на переходе его в хроническую форму, развития диабета и других осложнениях острого панкреатита. Подчеркнуть зависимость прогноза от формы заболевания.

Осложнения острого панкреатита. Хронический панкреатит, диабет, кисты поджелудочной железы. При собирании анамнеза обратить внимание на ранее перенесенные заболевания: приступы острого панкреатита, связь с патологией желчных путей, желудка и 12-ти перстной кишки, характер питания, злоупотребление алкоголем. Из жалоб больного обратить внимание на следующее: I) характер болей, их локализация, иррадиация, связь с приемом пищи, 2) появление вздутия живота, отрыжки, неустойчивого стула, рвоты, 3) похудание, понижение трудоспособности.

Обратить внимание студентов на несоответствие между много­численными жалобами больного и скудными данными исследования вне острого периода. При раэборе клинической картины остановиться на основных формах хронического панкреатита: I) холецистопанкреатит, 2) рецидивирующий, 3) болевой, 4) желтушный.

Обратить внимание студентов на трудность постановки диагноза, а в плане дифференциального диагноза иметь в виду язвенную болезнь, заболевания печени, хронический холецистит и, особенно, рак поджелудочной железы.

Для диагностики хронического панкреатита необходимо применять комплексные методики, рентгеноскопию желудка, холеграфию, лапароскопию, УЗИ, ЭРХГП, компьютерную томографию. Из лабораторных методов исследования подчеркнуть важность определения сахара в крови, ферментов сыворотки крови (трипсин, липаза, амилаза). При разборе больного с кистой поджелудочной железы дать понятие о ложной и истинной кисте, разобрать механизм образования кист. Особое внимание уделить методам диагностики кист поджелудочной железы.

При разборе методов лечения указать на то, что хирургическое вмешательство приобретает всё больше сторонников. Вид вмешательства зависит от формы заболевания. При холецистопанкреатитах - холецистэктомия и холедоходуоденостомия, при болевых и рецидивирующих формах - вмешательства на нервной системе, резекция хвоста, тела железы. При разборе методов хирургического лечения кист поджелудочной железы указать на принципиальные различия марсупиализации и операций внутреннего дренирования кист (цистоеюностомия).

В конце занятия рекомендуется указать на актуальные проблемы как острого, так и хронического панкреатита вследствие увеличения числа больных и нерешенности многих вопросов диагностики и лечения.

**Занятие № 10. Тема: ПЕРИТОНИТЫ - 4 часа.**

При разборе больного ассистент должен обратить внимание студентов на основные моменты в истории болезни. Так при раэборе жалоб обращается внимание на боли (острое начало болей или постепенное, интенсивность болей, их продолжительность, иррадиация, локализация, зависимость от физических напряжений, приёма пищи), рвоту и тошноту - как постоянные и ранние симптомы перитонита (рвота пищей, желудочным соком, желчью, её частота), жажду, наличие или отсутствие стула и отхождения газов (был ли стул после наступления болей, характер его), расстройства мочеиспускания (учащенное, затрудненное или задержка мочеиспускания, олигурия), повышение температуры, изменения со стороны общего состояния.

При изучении анамнеза настоящего заболевания обращается внимание на начало заболевания (день, час, боли, характер болей, их локализация), наличие лиспептических явлений, длительность болезни, появление осложнений в течении болезни (высокая температура, вздутие живота, ознобы, ухудшение общего состояния).

Здесь необходимо подчеркнуть, что течение этого заболевания, как и начало, варирует в зависимости от возбудителя перитонита и локализации первичного очага поражения.

При изучении анамнеза жизни обращается внимание на перенесенные заболевания, наличие в прошлом приступов болей в животе, локализацию болей, их характер. Необходимо выяснить, не подвергался ли при этом больной врачебному наблюдению и какой был поставлен диагноз. У женщин обращается внимание на время последних менструаций.

При изучении данных объективного исследования ассистент обращает внимание на оценку общего состояния больного (тяжелее, средней тяжести, удовлетворительное), поведение в постели (активное, пассивное), температуру тела, внешний вид больного (заостренные черты лица, впалые глаза с темными кругами вокруг, сухой язык, сиплый голос, желтуха, цианоз, эйфория или безучастное отношение к окружающему), характер пульса (малый, частный), характер дыхания (поверхностное, глубокое, частота дыхания), падение кровяного давления, наличие диспептических явлений (тошнота, рвота), задержка стула и газов. Необходимо придавать большое значение наличию следующих объективных симптомов: напряжение брю­шной мускулатуры (локализация и степень), положительный симптом Щеткина-Блюмберга, вздутие живота, отсутствие перистальтики, при­тупление в боковых частях живота, отсутствие печеночной тупости, затруднение мочеиспускания.

При изучении данных объективного исследования необходимо от-метить, что в разных стадиях перитонита симптомы различны. Так, в начальной (реактивной) стадии перитонита боли и напряжение мышц носят выраженный характер соответственно расположению источника инфекции. Например, при прободной язве 12-ти перстной кишки или желудка боли носят острый характер и локализуются в начале в правом подреберье или в подложечной области, при остром аппендиците боли локализуются в правой подвздошной области и т.д. В токсической стадии перитонита боли распространяются на весь живот и становятся слабее. При рвоте в начальной стадии извергается содержимое желудка, затем примешивается желчь, в терминальной стадии, когда отсутствуют перистальника, - содержимое тонких кишок ("каловая рвота"). Выпот незначительный по количеству в реактивной стадии становится возможным его определение в отлогих частях живота.

Обращается внимание на данные ректального исследования (наличие или отсутствие кала в ампуле прямой кишки, наличие крови в прямой кишке, болезненность в области дутлаеова пространства), данные вагинального исследования (сглаженность и болезненность заднего свода, наличие кровянистых выделений из влагалища).

При изучении лабораторных данных необходимо обратить внимание на картину крови (лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево ), картину мочи (белок, цилиндры), диурез.

Студенты должны дать оценку биохимического исследования сыворотки крови (хлориды, белок, мочевина, остаточный азот), и обратить внимание на ценность обзорной рентгеноскопии брюшной полости (наличие свободного газа в брюшной полости при перфорации язвы желудка или 12-ти перстной кишки, разрыве кишки, раздутие петли кишки и чаши Клойбера при паралитической непроходимости кишок).

В результате анализа жалоб больного и данных, полученных при объективном исследовании, куратор ставит предположительный диагноз, а остальные студенты его исправляют или дополняют.

Диагноз может считаться установленным после проведения диф-ференциальной диагностики. При подозрении на перитонит необходимо исключить центральную пневмонию, диафрагмальный плеврит (физикальнае данные, рентгеноскопия грудной клетки УЗИ, желчную и

почечную колики (интенсивность и внезапность болей, их иррадиация и приступообразный характер, отсутствие других симптомов перитонита), забрюшинную гематому, повреждения позвоночника (анамнез локализация болей, рентгенограмма позвоночника), непроходимость кишечника (приступообразный характер болей, "урчание" при непроходимости и "гробовое молчание" при перитоните).

После подробного освещения студентами вопросов этиологии, классификации, патогенеза, патологической анатомии, клиники и диагностики перитонитов рассматривается их лечение. Ассистент должен подчеркнуть, что оперативное лечение направляется на источник перитонита, т.е. аппендикс, перфоративную язву желудка, разрыв кишки и т.д. Придается большое значение подготовке больного к операции (сердечные средства, растворы калия, натрия, глюкозы, переливание крови, плазмы), обращается внимание студентов на срочность вмешательства. Характер вмешательства определяется источником перитонита (удаление червеобразного отростка, ушивание язвы желудка или разрыва кишки и т.д.).

Обращается внимание на тщательный туалет и санацию брюшной полости во время операции, пути введения антибиотиков, проведение перитонеального диализа. Виды диализа.

При разборе послеоперационного периода обращается внимание на важность компенсации тяжелых обменных нарушений: парентеральному введению больших количеств солевых растворов, белковых препаратов, плазмы, крови, глюкозы. Разбираются вопросы с послеоперационным парезом кишечника и методы эфферентной терапии, подчеркивается важность желудочно-кишечной декомпрессии и её способы.

В заключении ассистент обращает внимание студентов на необ-ходимость чёткой организации работы поликлинических врачей и врачей скорой помощи, от которых зависит своевременность раннего диагноза аппендицита и других острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Прогноз при перитонитах несомненно зависит от своевременности оперативного лечения.

**Занятие № 11. Тема: ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ - 4 часа.**

При анализе жалоб больного обращается внимание на отсутствие стула и газов, а при обтурационной непроходимости и на характер выделений из прямой кишки, а также на период времени в течение которого больной отмечает нарушения функций кишечника. Подчеркивается схваткообразный характер и периодичность болевых ощущений, их интенсивность, изменение характера болей и поздние сроки заболевания - они принимают более постоянный характер и постепенно могут терять интенсивность в связи с потерей мышечного тонуса кишечной стенки или с развитием перитонита. Диспептические явления - тошнота, рвота, отрыжка, потеря аппетита всегда имеются у этих больных. Необходимо обратить внимание студентов на частоту рвоты, характер рвотных масс и их количество, изменение рвотных масс по мере прогрессирования заболевания и от локализации препятствия (высокая и низкая непроходимость) -рвота пищей вначале заболевания, обильная рвота желчью при развивающемся перитоните и "каловая" рвота в терминальной стадии.

При анализе анамнеза жизни обращается внимание на перенесенные операции, которые могли привести к образованию спаек; перенесенные воспалительные заболевания - аппендицит, перитонит, пельвеоперитонит, ранения и травмы брюшной полости, глистные инвазии, частые поносы у детей. Имеют значение нерегулярное питание, голодание.

Из истории настоящего заболевания обращается внимание на момент появления боли, чтобы точно знать длительность заболевания. При этом подчеркивается особая важность сроков обращения больного к врачу и сроков госпитализации, определяющих в значительной степени прогноз. Важное значение имеет последовательность появления симптомов болезни, быстрота нарастания и их интенсивность .

При анализе данных объективного исследования внимание студентов обращается на положение больного в постели, резкие изменения в состоянии больного и его поведении в зависимости от нарастания или затихания приступов болей в животе. Интервалы между ними бывают разными, в. зависимости от того, какая кишка поражена, и от интенсивности раздражения кишечной стенки. Обычно в ранних стадиях обращает на себя внимание возбудимость больного, а в поздних - адинамия. При выраженной клинике болезни обычно имеются налицо симптомы интоксикации и обезвоживания.

Из данных обследования по органам обращается внимание на сухость языка, асимметричное вздутие живота ("косой" живот)при заворотах сигновидной и слепой кишок, участие его в дыхании, видимую перистальтику (симптом Валя). При пальпации следует обратить внимание на отсутствие напряжения брюшной стенки и её перерастянутость. Боль различной локализации и интенсивности.

При копростазе, завороте сигмовидной кишки, подозрение на обтурационную непроходимость вследствие опухоли конечного отдела толстой кишки большое значение имеет пальцевое обследование прямой кишки (пустая ампула, расслабление сфинктера - симптом Обуховской больницы и Цеге Мантейфеля). Показать ценность ректального исследования при инвагинации.

Нужно подчеркнуть большое значение рентгенологического ис-следования, особенно динамического контроля за пассажем бария (проба П.Н.Напалкова). Если нет рентгенограмм курируемого больного, студентам демонстрируют в учебной комнате несколько рентгенограмм при тонкокишечной и толстокишечной непроходимости.

Объяснить, что анализ лабораторных данных, полученных при исследовании мочи и крови, дает представление о степени обезвоживания и интоксикации. Имеет значение измерения суточного диуреза, определение гематокрита, содержания электролитов и состояние кислотно-щелочного равновесия.

Необходимо остановиться на дифференциальной диагностике с эмболией или тромбозом мезентериальных сосудов. Следует подчеркнуть, что это заболевание - обособленная нозологическая единица.

Не следует забывать, что кишечная непроходимость может возникнуть в результате ущемления кишечной петли в грыже. Поэтому рекомендуется всем больным с кишечной непроходимостью тщательно обследовать те места, где следует предполагать ущемление грыжевого содержимого.

Лечение, как правило, оперативное, если непроходимость не разрешается при помощи консервативных мероприятий в течение 2-6 часов. Подчеркивается значение сроков производства операции. Они определяют размер и характер операции, а также частоту летальных исходов. Показать значение тотальной интубации тонкой, толстой кишки в профилактике паралитической кишечной непроходимости и несостоятельности швов кишечных анастамозов.

Подробнейшим образом необходимо остановиться на консервативных мероприятиях. Необходимо подчеркнуть значение промывания и опорожнения желудка как перед началом операции по поводу непроходимости кишечника, так и в послеоперационном периоде для ликвидации явлений пареза кишечника.

Характер оперативных вмешательств при разных видах кишечной непроходимости различен. Рассечение странгуляционного тяжа спаек, дезинвагинация, резекция кишки. Иногда тяжелое состояние больного заставляет отказаться от резекции кишечных петель, а ограничиться палиативной операцией цекостомией, обходным анастомозом, выведением некротиэированной петли кишки и пр. Необходимо подчеркнуть значение опорожнения содержимого кишечника во время операции.

Необходимо остановиться на послеоперационном ведении больного подчеркнуть важность компенсации потерь жидкости, электролитов, белка, коррекции кислотно-щелочного равновесия, борьбы с парезом кишечника.

Следует так же остановиться на прогнозе при кишечной непро-ходимости, особенно в случаях странгуляционной непроходимости, а также обтурационной на почве опухолей кишечника.

**Занятие № 12. Тема: ОБХОД ПРОФЕССОРА -4 часа.**

Цель и содержание занятия: Формирование у студентов основ клинического и алгоритмического мышления, совершенствование навыков и умения обследования больных, закрепление элементов дифференциальной диагностики, знание современных методов лечения, соблюдение важнейших аспектов врачебной этики и деонтологии. Контроль тренировки умения докладывать студентами о курируемых больных.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОБХОДА ПРОФЕССОРА СО СТУДЕНТАМИ 4 и 5 КУРСОВ

1. К обходу профессора каждая студенческая группа подготавливает истории курируемых больных для доклада.

*2.* Докладчик из студентов группы докладывает историю болезни курируемого больного в присутствии группы.

3. Изложение истории болезни проводится в принятом академическом плане. Присутствующие студенты активно уточняют неясные вопросы по истории болезни.

4. Профессор осматривает больного с привлечением студентов.

5. После этого предлагается студентам выделить наиболее важные симптомы и синдромы. Провести обоснование основного диагноза и дифференциальную диагностику.

6. После обсуждения диагноза обговаривается план лечения больного, вопросы предоперационной подготовки и послеоперационный период.

7. Профессор заключает обход, дополняет формулировку полного кли­нического диагноза, рекомендации по обследованию и лечению.

**Занятие № 13.** **Тема: ОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕНЬ - 4 часа.**

Студенты присутствуют на хирургической операции, которую проводит профессор или доцент. Перед операцией проводится подробный разбор больного. После завершения операции рассматривается макропрепарат и ассистент проводит оператор проводит разбор прошедшей операции.

**Занятие № 14. Тема: ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ - 4 часа**

Цель и содержание занятия: Проверка усвоения студентами пройденного на практических занятиях раздела программы по хирургии: знание анатомии, оперативной хирургии, вопросов этио- патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики, навыков обследования больных, умение сформулировать и обосновать клиничекий диагноз, знание вопросов профилактики, диспансеризации, врачебной этики. Проводится тестовый зачет и защита истории болезни.

**Занятие № 15. Тема: РАК ПРЯМОЙ КИШКИ - 4 часа.**

При анализе жалоб больного обращается особое внимание на незначительность объективных признаков в начале заболевания и, обычно, случайное обнаружение больным его страдания. Это имеет прямое отношение к вопросам ранней диагностики рака прямой кишки и обуславливает необходимость тщательно обследовать прямую кишку у всех больных, предъявляющих какие-либо характерные жалобы. Студенты должны твердо усвоить, что помимо пальцевого исследования должно производиться исследование прямой кишки ректальным зеркалом или ректоскопом, что выявление полипов прямой кишки требует своевременного их удаления или электрокоагуляции. Необходимо обязательное лечение таких заболеваний как трещины заднего прохода, свищи, геморрой.

Следует подчеркнуть, что появление первых симптомов заболевания динамика развития болезни будет зависеть от локализации опухоли (рак анального отдела, ампулы, верхнего отдела прямой кишки), характера её роста (экзофитный, эндофитный, диффузный инфильтрирующий), степени злокачественности (плоскоклеточный, солидный рак и др.), пола, возраста. Наиболее часто поражается ампула прямой кишки 84 (84 %), реже - -надампулярный (12 *%)* отдел и еще реже - промежностный (4 *%)* отдел. Иногда новообразование захватывает прямую кишку на всем протяжении.

Разобрать классификацию рака прямой кишки. Необходимо детально остановиться на особенностях клинической картины рака ректосигмоидного отдела, рака ампулы, анального рака, подчеркнув различие в симптоматике. При этом следует выделить как объективные, так и субъективные признаки, показать трудность диагностики "высоких" раков прямой кишки.

Куратор, излагающий жалобы больного, должен подробно оста-новиться на характеристике отделяемого из прямой кишки (слизистое, кровянистое, гнойное, ихорозное) отметить количество выделяющейся крови, её вид, связь с актом дефекации. В дальнейшем необходимо провести дифференциальную диагностику кровотечений (рак, геморрой, трещина, полип, дизентерия).

Затем следует разобрать пути метастазирования опухоли прямой кишки. Надо разъяснить, что лимфатические сосуды ампулы прямой кишки проходят сзади и идут кверху, причем, их первым барьером являются лимфатические узлы, расположенные вдоль верхней вены прямой кишки. Метасгазирование происходит, в основном, в краниальном направлении.

С развитием изъявления опухоли у больных начинает повышаться температура, появляются ознобы, резкое похудание, хронические запоры, потеря белков с кровью и гноем постепенно приводят к выраженному истощению. Бледность кожных покровов, желтая окраска, землистый цвет лица, сухость кожи являются внешними признаками больных при запущенном раке прямой кишки. Длительность жизни больных после проявления первых симптомов заболевания исчисляется 12-19 месяцами.

Из анамнеза жизни больного обращается внимание на наследст венность, бывшие заболевания прямой кишки или других отделов желудочно-кишечного тракта, профессиональные вредности.

Местный статус исследуется в перевязочной (куратор предварительно без больного его подробно описывает). Исследование начинается с осмотра окружности прямой кишки, затем пальцевого исследования. Подчеркнуть, что пальцевое исследование прямой кишки позволяет выявить опухоль у 90 % больных. В последнюю очередь прямая кишка осматривается ректальным зеркалом или ректоскопом. Обращается внимание студентов на локализацию опухоли, её величину, консистенцию, характер и степень сужения просвета кишки. Производится биопсия.

Все данные в дальнейшем должны быть увязаны и объяснены при разборе больного. В случае, если больному не производится ректоскопия, необходимо показать ректоскоп, объяснить его устройство и технику применения. Необходимо обратить внимание студентов, что пальцевое исследование прямой кишки должно проводиться в четырех положениях. Исследование прямой кишки следует дополнять влагалищным исследованием у женщин. Обязательно разбирается рентгенограмма прямой кишки (исследование с барием).

Следующим этапом занятия является обоснование диагноза, дифференциальная диагностика, разбор возможных причин заболевания, выбор метода лечения, обсуждение прогноза заболевания у больного. На этом этапе основная активность должна принадлежать студентам группы.

Дифференциальная диагностика проводится между раком прямой кишки и следующими заболеваниями: геморроем, полипом прямой кишки, трещиной заднего прохода, туберкулезом прямой кишки. При проведении дифференциальной диагностики необходимо активное участие студентов группы. Ассистенту желательно узнать мнение студентов о том, с какими заболеваниями прямой кишки целесообразно проведение дифференциального диагноза у разбираемого больного. Студент, высказавший свое мнение по этому вопросу, должен обосновать его и провести дифференциацию по данным, полученным при обследовании больного. Внесения той или иной коррекции следует добиваться силами самих студентов, а также куратора.

Далее разбираются принципы оперативного лечения, показания или противопоказания к тому или иному методу лечения (паллиативному, радикальному, оперативному, лучевой терапии). Студенты должны твердо усвоить, что выбор метода операции зависит от локализации опухоли, распространенности процесса, стадии заболевания, возраста, состояния больного. Выбор оперативного доступа также зависит от этих причин: (промежностный, чрезбрюшинный, брюшно-промежностный). В настоящее время применяется, в основном, комбинированный брюшно-промежностный доступ. Рассмотреть типы радикальных операций (брюшно-промежностная экстирпация, брюшноанальная резекция, передняя резекция). Разобрать комбинированные методы лечения (предоперационное облучение, регионарная химиотерапия).

Студенты должны знать принципы лечения больных с запущенными формами рака прямой кишки. При поступлении больных с обтурационной кишечной непроходимостью на почве рака прямой кишки возможно наложение кишечного свища или постоянного противоестественного заднего прохода. Наложение кишечного свища может быть первым этапом радикальной операции (цекостома, свищ на поперечноободочную кишку).

При разборе предоперационной подготовки следует наряду с общей подготовкой остановиться на методе механического очищения кишечника. В послеоперационном периоде надо отметить режим питания больных, особенности ведения больных после передней резекции прямой кишки, уход за искусственным задним проходом.

**Занятие № 16. Тема : ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. - 4 часа.**

Куратор докладывает жалобы и анамнез больного тиреотоксическим зобом. При этом следует выделить те жалобы, которые связаны с увеличением щитовидной железы (косметический дефект, симптомы сдавления органов шеи), и те, которые обусловлены тиреотоксикозом. В анамнезе заболевания особый акцент делается на непосредственную связь начала болезни с психической травмой, последовательность возникновения клинических симптомов, характер течения. В анамнезе жизни обращается внимание на условия труда и быта больного, наличие этого заболевания у ближайших родственников и вообще на распрастраненность заболевания щитовидной железы в той местности, где больной провел большую часть своей жизни. Далее переходят к осмотру больного. При этом нужно обратить внимание студентов на тот факт, что при тиреотоксикозе в той или иной степени страдают все органы и системы организма, что имеет соответствующие клинические проявления (тиреотоксическое сердце, тиреотоксический гепатит, нарушения со стороны желудочно-кишечного традста, патологические изменения в половой сфере, неврологические и психические расстройства). В процессе разбора следует показать, что больной с тиреотоксическим зобом в зависимости от характера клинических проявлений при первых признаках заболевания может обратиться к врачу любой специальности - отсюда важность знания данной патологии.

Особое значение придается исследованию местного статуса. Каждый студент должен освоить методику палапаторного исследования щитовидной железы (зоба): особенности расположения, форма, консистенция, смещаемость при глотании. Одновременно разбирается классификация зоба по степени увеличения и морфологической характеристике (диффузный, узловой и смешанный, коллоидный, сосудистый и др.). Затем куратор или кто-нибудь из студентов демонстрирует специфические симптомы и пробы, имеющие значение для диагностики тиреотоксикоза (симптом Мебиуса, Грефе, Штельвага, Кохера, тремор рук, век и пр).

Следующим этапом разбора является обсуждение плана обследования больного с тиреотоксическим зобом: исследование нарушений обмена и функций печени (основной обмен, биохимический анализ крови, индекс протромбина холестерина, диурез, динамика веса больного), ЭКГ, реатгеновское исследование органов шеи и грудной клетки, радиоизотопная диагностика, УЗИ щитовидной железы.

Заключительным этапом разбора является постановка диагноза с точной его формулировкой в соответствии с существующими клас-сификациями. Во-первых, следует четко установить, является ли зоб первичным тиреотоксическим или вторичным (базедовифицированным). Одновременно студенты должны уяснить, что базедовой болезнью можно назвать только первичный диффузный тиреотоксический зоб. Во-вторых, должна быть дана морфологическая характеристика зоба и его степень увеличения. В-третьих, на основании клинических и лабораторных данных должна быть установлена форма проявления тяжести тиреотоксикоэа (легкая, среднетяжелая, тяжелая). Только ответив на эти вопросы, можно считать диагноз окончательно сформулированным.

Дифференциальный диагноз проводится с опухолями, кистами шеи, тиреоидитом и другими формами зобов.

Важным разделом занятия является раэбор вопроса о методах лечения зоба. При этом должны быть четко разграничены показания к консервативному и оперативному лечению. Следует подчеркнуть, что узловые формы зоба являются абсолютным показанием к оперативному вмешательству и попытка консервативного лечения в данном случае является грубой тактической ошибкой. Консервативному лечению подлежат лишь диффузные формы тиреотоксического зоба в начальной стадии заболевания.

Очень подробно должен быть разобран вопрос о предоперационной подготовке больного с тиреотоксическим зобом. Это целесообразно сделать на примере больного с среднетяжелой, тяжелой формой тиреотоксикоза, в предоперационную подготовку которого включается максимум терапевтических средств и лечебных манипуляций. В целях облегчения восприятия материала необходима сгруппировать все многочисленные мероприятия, направленные на подготовку больного к операции, соответственно преследуемым целям к механизму действия: тиреотоксические вещества (исключая радиоактивные, которые противопоказаны), дезинтоксикадионные, седативные, нейроплегические и гакглиоблокирующие средства, новокаиновые блокады, "тренировки" больного к положению на операционном столе, психотерапии.

При обсуждении вопроса о выборе метода обезболивания следует охарактеризовать положительные и отрицательные стороны различных видов анестезии. Важно подчеркнуть, что при тяжелых формах тиреотоксикоза в большинстве случаев показан наркоэ.

Далее разбираются методы оперативных вмешательств при зобе. При этом следует обратить внимание на то, что в зависимости от формы зоба и формы тяжести.тиреотоксикоза показаны различные виды вмешательств (энуклеация узла, гемиструмактомия, субтотальная внутрифасциальная резекция железы). Одновременно с раэбором основных принципов операций целесообразно остановиться на вопросах анатомии (фасциальных пространств шеи, строение щитовидной железы, её кровоснабжение, взаимоотношение её с паращитовидными железами и возвратным нервом). Затем следует разобрать ведение послеоперационного периода, ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения (тиреотоксический криз, афония, паратиреоидная тетания, гипотиреоз) и их профилактика.

Занятие заканчивается кратким разбором вопросов, касающихся других заболеваний щитовидной железы (гипотиреоз, эутиреоидный зоб, рак, тиреоидит, эндемический зоб).

**Занятия № 17. Тема : РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.-4 часа.**

При анализе жалоб курируемой больной обращается внимание на цикличность болей в связи с менструальным циклом при некоторых доброкачественных новообразованиях молочной железы и отсутствие этого при раке. Следует заострить внимание студентов на указание больных об изменениях величины и консистенции опухоли в связи с месячными, как на одном из важных дифференциальных диагностических признаках. В запущенных случаях рака молочной железы присоединяются жалобы на общее недомогание, постоянные боли в молочной железе, области верхней конечности, отечность последней, параличи и парезы, что должно рассматриваться как признаки неоперабельности.

При обсуждении анамнеза заболевания особое внимание следует уделять гинекологическому анамнезу (аборты, роды, неполноценное кормление и пр.). Указать на роль воспалительных процессов, травмы, семейного предрасположения (фактор "молока") в генезе рака молочной железы.

При изучении общего состояния больной куратору предлагается описать данные наружного осмотра молочных желез как в положении лежа, так и в положении стоя. Больная должна быть обнажена до пояса. Внимание студентов обращается на асимметричность расположения молочных желез, изменения конфигурации пораженной молочной железы, соска, состояния кожных покровов.

Переходя к объективному обследованию больной, преподаватель демонстрирует различные методики пальпации железы и региональных лимфатических узлов. Далее двум-трем студентам предлагается провести обследование молочной железы и доложить о результатах его. В процессе обсуждения преподаватель фиксирует внимание студентов на необходимости оценки состояния кожных покровов, размеров и консистенции опухоли, отношения её к окружающим тканям и состояния лимфатических узлов. Провести анализ клинических форм рака молочной железы (болезни Педжета, острого ракового мастита, панцирного рака, рожеподобного рака), после чего куратору предлагается сформулировать полный клинический диагноз (клиническая форма, стадия заболевания).

При дифференциальной диагностике рака молочной железы следует обсудить такие заболевания, как фиброаденома, фиброаденоматоз, липомы, кисты молочной железы. При обсуждении этих новообразований следует фиксировать внимание студентов на таких особенностях доброкачественных опухолей, как двусторонняя локализация, изменение консистенции опухоли в зависимости от положения больной.

Отличительным признаком рака молочной железы от туберкулезного процесса в ней является медленный рост туберкулезного узла, тенденция его к расплавлению с образованием свищевых ходов.

При саркоме молочной железы отличительными признаками являются быстрый рост опухоли, отсутствие поражения регионаршх лимфатических узлов и наличие ранних отдаленных метастаэов.

Среди других опухолевых заболеваний следует также коротко обсудить актиномикоз молочной железы и сифилитическое её поражение.

Обсуждение принципов лечения следует проводить вне палаты. При оценке показания к хирургическому лечению следует остановиться на путях метастазирования и методах лечения в зависимости от стадии заболевания. Далее следует обсудить методы лечения рака молочной железы.

1. При разборе хирургического лечения необходимо остановиться на методике радикальной мастэктомии, которой предшествует секторальная резекция - биопсия.

2. При рассмотрении оперативно-лучевых методов особое внимание следует обратить на дозировку лучевого облучения железы путем лимфооттока, принципы ведения и обследования больных, подвергающихся лучевому лечению, лечение возникающих осложнений.

3. При обсуждении комплексных методов лечения необходимо разобрать такие методы, как сочетание мастэктомии с биовариоэктомией и гормонотерапией.

4. Необходимо остановиться на принципах химиотерапии рака молочной железы.

**Занятие № 18. Тема: РАК ПИЩЕВОДА. -4 часа.**

Разбирается гистологическое строение, особенности роста опухоли пищевода. Подчеркивается, что особенности клинического .течения пищевода зависит от локализации опухоли, структурных её особенностей стадии заболевания, возраста больного.

У постели больного занятие желательно построить следующим образом: подробно изучаются жалобы больного, дисфагия, непроходимость твердой жидкости и пищи, боли в груда; и спине, общая слабость, потеря или снижение работоспособности, кашель в связи с приемом пищи, отхождение пищи при кашле с мокротой, изменение голоса, припухание и боль в области шеи. Следует обратить особое внимание студентов на симптомы общего и местного характера.

Анамнестические данные излагаются куратором при активном участии всех студентов группы. Ассистент включает студентов в активное собирание анамнеза постановкой к ним наводящих вопросов. Особое внимание обращается на сведения, которые понадобятся для дифференциального диагноза (диагностика развития нарушений прохождения пищи по пищеводу и нарастания общих симптомов), выявляются факторы, могущие играть известную роль в возникновении новообразования в пищеводе (горячая пища, злоупотребление алкоголем, курение). Разобрать заболевания, предрасполагающие развитию рака (дивертикулы пищевода, кардиоспазм, рубцовые стриктуры, доброкачественные опухоли.

Подробно разбираются данные объективного обследования при активном участии всех студентов группы. При анализе данных объективного обследования желательно обратить внимание студентов на симптомы, играющие большую роль в дифференциальном диагнозе.

Разбор данных рентгенологического и специальных исследований (эзофагоснопия, биопсия), обоснование диагноза и дифференциальный диагноз проводятся вне палаты. В процессе обсуждения специального исследования изучаются клинико-рентгенологические и морфологические признаки рака пищевода и стадии развития, пути метастазирования рака пищевода.

Обоснование диагноза у данного больного следует построить по плану: а) обоснование диагноза "рак пищевода", б) обоснование локализации, в) морфологическая (клинико-рентгенологическая) форма рака, стадия заболевания, г) осложнения: пищеводно-бронхиальный свищ, медиастинит, кровотечение и др.).

Дифференциальный диагноз рака пищевода проводится одним из студентов группы при активном участии всей группы. Необходимо разобрать рентгенограммы курируемого больного и рентгенограммы других аналогичных больных с различными локализациями рака пищевода, больных с ожогами пищевода, кардиоспазмом, доброкачественными опухолями легкого, с метастатическим-, поражением лимфатических узлов и бифуркации трахеи (желательно присутствие студентов на рентгенологическом исследовании пищевода у курируемого больного ).

Дифференциальный диагноз у курируемого больного строится в зависимости от локализации клинико-ренгенологической формы и стадии рака пищевода.

Ведущий симптом в клинической картине рака пищевода - дисфагия, заключающийся в болезненности при прохождении пищи по пищеводу. Кроме того, наблюдается кашель при глотании, боли, не зависящие от приема пищи, изменение голоса, саливация, регургитация. Слабость, похудание, снижение аппетита, расстройство стула (запор), нарушение сна.

В плане дифференциального диагноза следует выделить *2* группы заболеваний, имеющих сходную с раком пищевода клиническую картину:

1. Заболевания пищевода нераковой природы: спазм пищевода и кардиоспазм; инородные тела пищевода; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; приобретенные трахео- и бронхопищеводные свищи; химические ожоги и рубцовые сужения пищевода, доброкачественные опухоли пищевода; воспалительные заболевания пищевода (эзофагиты), туберкулез, сифилис, актиномикоз пищевода.
2. 2) Заболевания внепищеводного происхождения: опухоли средостения, лимфогранулематоз, туберкулез бронхиальных лимфоузлов, опухоли щитовидной и вилочковой желез, опухоли гортани, кардиального отдела желудка, аневризма аорты, аномалии отхождения сосудов в области пищевода.

Далее разбираются показания к операции у курируемого больного, основные принципы предоперационного обследования: внешнее дыхание, ЭКГ, основной обмен, водно-солевой баланс противопоказания к оперативному лечению.

Выясняется знакомство студентов с методами радикальных и паллиативных операций, включая методы комбинированного (хирур-гического и лучевого лечения.

Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

**Занятие № 19. Тема : РАК ЛЕГКОГО - 4 часа.**

При разборе больного раком легкого следует особо подчеркнуть, что такие больные часто не предъявляют никаких жалоб, что обычно и наблюдается в ранней стадии заболевания и при периферической локализации опухоли. При разборе жалоб обращают внимание на постепенное нарастание симптомов, обусловленных прогрессированием заболевания: сдавление бронха, прорастание в плевру, возникновение ателактаэов и его абсцедирование, метастазирова-ние в ближайшие лимфоузлы и отдаленные органы.

При обсуждении истории заболевания необходимо подчеркнуть развитие симптомов заболевания при центральном и периферическом раке легкого, показать их сходство и различие.

Внимание студентов фиксируется на многообразии и сложности клинической картины центрального рака легкого, что находит обоснование в многочисленных осложнениях, сопутствующих этой форме заболевания. Обращается внимание на то, что проявление и степень выраженности симптомов центрального рака определяются исходной локализацией и анатомической формой опухолевого роста (эндобронхиальный или перибронхиальный). Подчеркиваются относительно ранние симптомы центрального рака (кашель, кровохарканье, лихорадочный синдром, одышка) и поздние (слабость, похудание, боли в груди)

Разбирая историю заболевания при периферическом раке легкого, необходимо подчеркнуть бедность клинической симптоматики при этой форме заболевания, что объясняется локализацией опухолевого узла вдали от крупных бронхов, а также отсутствием воспалительной реакции. Надо указать, что выраженные симптомы заболевания проявляются лишь тогда, когда опухоль вовлекает в процесс соседние анатомические структуры (крупный бронх, сосуды, нервы, плевру, грудную стенку). При раэборе анамнеза больного важно подчеркнуть, что больные раком легкого нередко длительно обследуются по поводу пневмонии, гриппа, туберкулеза, что отодвигает сроки радикального лечения и резко ухудшает прогноз.

Необходимо также .кратко остановиться на этипичных формах рака легкого, когда основной очаг заболевания протекает латентно, а клиническая картина обусловлена отдаленными метастазами (медиастинальный синдром, патологические переломы костей и пр.).

Общий осмотр и исследование больного раком легкого иногда могут дать многое: небольшая бледность, землистый цвет кожных покровов, быстрая утомляемость, усталый вид больного, мало заметная одышка при разговоре, иногда осиплый голос. Необходимо обратить внимание студентов на тщательное исследование лимфатических узлов, костей и суставов, являющихся наиболее частой локализацией метастазов.

Разбирая объективные данные, особенно органы дыхания, асистент проверяет навыки студентов, проверяет умение перкутировать, определять границы легких, притуплении, бронхофонию и голосовое дрожание, проведение фоб Штанге, Собразе.

Необходимо подчеркнуть диагностическое значение рано прояв-ляющейся деформации грудной клетки, смещения средостения, симптомов лопатки, обусловленного атрофией мускулатуры мышц спины. Следует обратить внимание студентов на то, что физикальное исследование при раке легкого дает самые разнообразные результаты. При небольшой раковой опухоли, находящейся в глубине легочной ткани, самое внимательное выстушивание, самая тщательная перкуссия могут не выявить каких-либо заметных патологических изменений.

С другой стороны, закупорка более или менее крупного бронха рас-тущей в нем хотя бы небольшой опухолью может вызвать ателектаз соответствующей доли легкого.

В подавляющем большинстве случаес присоединяющиеся пери-фокальные воспалительные изменения в прилегающем к опухоли участке обусловливают неустойчивость и изменчивость физикальных явлений. Следует подчеркнуть, что при раке легкого часто наблюдаются сухие и экссудативные плевриты.

После изучения настоящего состояния необходимо перейти к рассмотрению анализов и результатов специальных методов исследования. В анализах мокроты обращается внимание на наличие эритроцитов, указывающих на поражение бронхов, эластических волокон, свидетельствующих о разрушении легочной ткани, наличие атиптических клеток. В анализе крови - снижение гемоглобина, ускорение РОЭ, лимфо- и тромбоцитов.

Однако следует отметить, что основой диагностики является рентгенологическое исследование, различные его методики.

При обычной рентгеноскопии, как правило, уже в ранней стадии обнаруживается довольно отчетливое затемнение, часто треугольной формы, прогрессивно растущее, что дает возможность сравнительно быстро отличить это затемнение от такого при доброкачественной опухоли. Для последней, кроме того, характерен гладкий контур и большая четкость его. Для вн/трибронхиального рака характерным является наличие ателектаза, иногда переходящего характера.

"Провисание" тени в междолевую щель тоже характерно для рака (симптом Ленка), симптом Гольцкнехта-Якобсона - смещаемость сре-достения во время быстрого вдоха и выдоха. Тень ракового узла всегда довольно интенсивна по сравнению с таковой при кисте (краевой симптом). Для эхинококковой кисты характерен ещё симптом Эскудеро-Неменова - изменение формы тени при глубоком вдохе. Рентгеноскопия и рентгенография позволяют диагностировать метастазы в лимфоузлы.

Кроме простой рентгеноскопии и рентгенографии важное значение в диагностике имеют суперэкспонированные рентгеноснимки, томография. Следует кратко остановиться на принципе томографии, наблюдаемых при этом рентгенологических симптомах.

Особо отмечается диагностическая ценность бронхохрафии (симптом "ампутация" бронха, "дефект наполнения" в бронхе ). Подчеркнуть значение бронхоскопии и биопсии опухоли.

Следует остановиться на клинической классификации рака легкого и четырех стадиях развития рака легкого (отечественная классификация).

Необходимо отметить особенности развития и клиники перифе­рического рака легкого, в том числе опухоли Панкоста.

При разборе лечения рака легкого необходимо подчеркнуть, что современное лечение - лечение комплексное, но в котором основное значение имеет хирургическая операция (удаление легкого -пульмонэктомия или пораженной доли - лобэктомия). Показания к каждой из них устанавливается в зависимости от стадии заболевания,размеров поражения, возраста и состояния больного.

Необходимо разобрать оперативные доступы (задний, боковой, передне-боковой). Если радикальная операция при раке 6-10 лет назад производилась только методом изолированной перевязки сосудов, то в настоящее время сосуды обрабатываются аппаратом УКЛ в массе корня легкого, в бронх - УКБ.

Изолированная перевязка легочных сосудов проводится только в запущенных случаях, при расширенных операциях.

В конце занятия желательно провести беседу о профилактике рака, диспансерном учете часто болеющих воспалением легких, о необходимости рентгенологического исследования легких у амбулаторных больных.

Отдельно следует остановиться на разборе показаний и про-тивопоказаний к, радикальной операции при раке легкого, об отдаленных результатах после пневмонотомии и лобэктомии, подчеркнуть значение предоперационной подготовки и тщательного послеоперационного ухода. Можно кратко остановиться на тяжелых осложнениях, возникающих при внутригрудных операциях и на методах борьбы с ним.

Необходимо остановиться на химиотерапии и лучевом лечении, которые комбинируются с хирургическими методами лечения или про-водятся самостоятельно при неоперабельных случаях.

**Занятие № 20. Тема: ОБЛИТЕРИРУЩИЙ ЭНДАРТЕРИИТ И ОБЛИТЕРИРУЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ. - 4 часа.**

В начале занятия обращается внимание студентов на множество различных названий данного заболевания - перемежающаяся хромота, симопроизвольная гангрена, облитерирующий эндартериит, тромбангиит, эндартериоз, траншейная стопа и т.д.

Преподаватель должен указать, что облитерирующий эндартериит является хроническим системным заболеванием преимущественным поражением артерий нижних конечностей, разобрать патанатомические изменения в сосудах при этом заболевании, отметить наиболее распространенные теории возникновения эндартериита: инфекционно-токсическую, гормонально-надпочечниковую, нейрогенную.

При изложении куратором жалоб больного обращается внимание на значение выявления ранних симптомов заболевания, при которых часто ставится неправильный диашо.э плоскостопия, артрита, миозита. К ранним симптомам относятся жалобы на неопределенные боли в ногах, быстрое утомление при ходьбе, ощущение "онемения" и"ползания мурашек", зябкость, перемежающаяся хромота.

При изучении истории жизни обращается внимание на факторы, предрасполагающие к возникновению эндартериита - длительные и повторные охлаждения, наркомании (курение, алкоголь, наркотики), перенесенные инфекционные заболевания, авитаминоз. Воспалительные процессы, повышение функции надпочечников.

При изучении истории настоящего заболевания обращается внимание на медленно прогрессирующее течение: сезонность, волнообразность течения, постоянные боли, изменение психики больного в связи с болевым синдромом.

К поздним симптомам заболевания относятся мучительные пос-тоянные ишемические боли, не поддающиеся воздействию наркотиков и ослабляющиеся при опущенном положении конечностей. Объективные изменения зависят от недостаточности кровообращения: бледность, цианоз стоп, атрофия тканей, трофические нарушения, ослабление или отсутствие пульсации на периферических сосудах и симптом плантарной ишемии Оппеля, симптом прижатия пальца, пробы Панченко, Самуэлса. Подчеркивается необходимость исследования пульса на сосудах верхних и нижних конечностях с обеих сторон. Обращается внимание на значение исследования коллатерального кровообращения (пробы Мошковича, Короткова), осциллометрии и ангиографии и реовазографии для установления диагноза и стадии заболевания.

Проводится дифференциальный диагноз заболевания с болезнью Рейно хроническим озноблением, хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Необходимо подчеркнуть различие в локализации трофических нарушений при венозной недостаточности и облитерирующем эндартериите.

Если для заболевания облитерирующим эндартериитом характерен молодой возраст, длительный анамнез заболевания, волнообразное течение, плохая компенсация кровообращения с ранней гангреной, то для атеросклеротической окклюзии характерен возраст свыше 40-50 лет, короткий анамнез болезни, постоянное течение, хорошее коллатеральное кровообращение, нередко отсутствие пульсации на бедренной артерии, признаки общего атеросклероза.

Отметить значение ангиографии, реоваэографии и пробы с нит-роглицерином для дифференцировки этих заболеваний.

После обоснования диагноза студенты должны,.основываясь на современной классификации, установить стадию заболевания и назначить соответствующее лечение.

В период функциональных изменений (ангиоспастическая стадия) назначаются поясничные и периартериальные блокады, сосудорасширяющие средства (но-шпа, папаверин, трентал, депо-падутин, депо-калликреин, ангиотрофин), витамины группы В, электрофорез.

В период функционально-органических нарушений (тромботическая стадия) кроме вышеперечисленных средств назначается оксибаротерапия и методы, направленные на улучшение коллатерального кровообращения: массаж, поясничная диатермия.

Оперативное лечение: а) на симпатической нервной системе -периартериальная симпатэктомия, люмбальная симпатактомия, б) на надпочечниках - эпинефрэктомия, в) на сосудах - тромбэн-дартериоэктомия.

Так как эндартериит является системный заболеванием и поражает сосуды мелкого калибра, операции, применяемые при атеросклеротической окклюзии (интимтромбэктомия, обходное шунтирование, резекция сосуда с замещением его протезом) не применяются.

В стадиях некробиотическихизменений (некротическая, гангренозная) производят ампутация конечностей.

Вопросы пластики сосудов (шунтирования и полной замены по­раженного участка протезом) излагаются при разборе лечения обли терирующего атеросклероза, при котором поражения сосуда имеют сегментарный характер, в то время как при облитерирующем эндартериите из-за генерализованного поражения мелких артерий эти вмешательства не показаны.

В заключении подчеркивается значение профилактики заболевания раннего распознавания и комплексного лечения облитерирующего эндартериита. Рассматриваются вопросы диспансеризации и профилактического лечения и прогноз.

**Занятие № 21. Тема: ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ -4 часа.**

Предварительно разбираются основные положения о причинах вкутрисосудистого тромбообраэования: изменения сосудистой стенки (роль алергического фактора), повышенная способность крови к тромбообразованию (причины повышения свертываемости крови и угнетения фибринолиэа), местные и общие нарушения гемодинамики (варикозное расширение вен, сегментарные сужения вен, перегородки, экстраваэальная компрессия; роль венозного застоя в нижних конечностях). Необходимо особо подчеркнуть тот факт, что сама по себе инфекция не является непосредственной причиной венозного тромбоза. Отсюда - бессмысленность применения антибиотиков при этом заболевании.

Следующим этапом заболевания является разбор больного острым тромбофлебитом поверхностных вен. Внимание студентов обращается на основные клинические симптомы тромбоза поверхностных вен (болевой синдром, плотные болезненные тяжи по ходу вен, местное и общее повышение температуры). Важно отметить, что при тромбозе поверхностных вен обычно не наблюдается выраженного отёка конечности, а если последний имеется, следует думать о наличии тромбоза глубоких вен.

При раэборе метода лечения острого тромбоза поверхностных вен необходимо четко определить показания к консервативным и оперативным методам. Консервативной терапии подлежат тромбофлебиты с локализацией на голени при наличии незначительного расширения поверхностных вен, а также когда имеются противопоказания к операции (пожилой возраст, общее тяжелое состояние больного). Среди лечебных мероприятий следует остановиться на местном применении холода, введении десенсибилизирующих средств димедрол, тавегил, препаратов нестероидной терапии (реопирин, бутадион) и антикоагулянтов. Разбираются принципиальные основы лечения антикоагулянтами прямого и непрямого действия, механизм их действия, контроль за дозировкой.

Следует показать необходимость оперативного вмешательства при остром тромбофлебите поверхностных вен бедра (опасность рас-пространения на глубокие вены и тромбоэмболий легочной артерии). Разбираются особенности вмешательства на поверхностных венах при тромбофлебите.

При изучении вопросов клиники, диагностики и лечения острого тромбоза глубоких вен желательно разобрать больного с острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом, который имеет наиболее яркую клиническую картину. Разбираются основные симптомы острого тромбоза глубоких вен: боли по ходу сосудов, цианоз кожных покровов и отек конечности; зависимость этих симптомов от локализации и протяженности тромботического процесса. Важно подчеркнуть тот факт, что начальный период венозного тромбоза чаще всего протекает бессимптомно и в это время он чрезвычайно опасен так как может явиться источником тромбоэмболии легочной артерии. При разборе дифференциального диагноза следует остановиться на остром лимфостазе, сдавлении магистральных вен оцухоли.

Разбирая метода диагностики острых тромбозов глубоких вен, следует остановиться на флебографическом методе исследования и продемонстрировать типичная флебограммы. Кратко ознакомить студентов с новыми методами диагностики - ультразвуковая эхолокация и радиоиндикация с использованием меченного фибриногена. Говоря об исследовании коагулолитической системы крови, следует подчеркнуть, что изменения её не имеют самостоятельного диагностического значения, но знать их необходимо для определения характера и объёма антикоагулянтной и тромболитической терапии.

При разборе методов лечения следует, главным образом, остановиться на методах, восстанавливающих проходимость магистральных вен (тромболитическая терапия, тромбоэктомия). Следует указать на трудности лечения больных с острыми венознью тромбозами, которые обусловлены запоздалой диагностикой тромбоза, а также тем, что многие вопросы этиологии и патогенеэа заболевания еще не известны. Кратко освещается вопрос о ближайших (тромбоэмболия легочной артерии, венозная гангрена) и отдаленные (посттромбофлебитическая болезнь) осложнениях острых венозных тромбозов.

**Занятие № 22. Тема: ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ И ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. - 4 часа.**

Прежде чем начать разбор больного, следует кратко остановиться на анатомии и физиологии венозной системы нижней конечности (поверхностная и глубокая венозные системы, перфорирующие вены, основные факторы венозной гемодинамики). В последующем при раэборе больных необходимо подчеркивать связь клинических проявлений заболевания с гемодинамическими нарушениями в пораженной конечности.

Следующим этапом занятия является разбор больного варикозной болезнью поверхностных вен. Курирующий студент докладывает группе его жалобы, анамнез и настоящее состояние. Обращается внимание на профессию больного. При разборе жалоб следует выделить жалобы присущие неосложненной варикозной болезни (утомляемость, напряжение, тяжесть в конечности, судороги, небольшой отёк в области лодыжек) и жалобы, свидетельствующие в присоединении осложнений (боли в ноге, изменение цвета кожных покровов, выраженные отёки и пр. ).

В анамнезе заболевания следует подчеркнуть время возникновения варикозного расширения вен и последовательность развития симптомов. Расширение вен с детского возраста позволяет высказать мнение в пользу какой-либо врожденной патологии венозной системы конечности или наличия артериовенозных свищей. Если развитию варикоэа предшествовал отек конечности, следует думать о расширении поверхностных вен на почве посттромботической болезни после перенесенного тромбоза глубоких вен.

Анализируя анамнестические данные, куратор должен подчеркнуть связь начала заболевания со специфическими условиями труда, беременностью, родами, а также указать на имевшие место осложнения (кровотечение из узлов, тромбофлебиты, трофические нарушения). Важно выяснить вопрос о лечении, которое применялось у данного больного до поступления его в стационар (ношение эластического чулка или бинта, склерозирующая терапия) и его эффективность.

В анамнезе жизни куратор должен отметить те факторы, которые по его мнению, сыграли роль в развитии заболевания у данного больного (влияние профессии, фактор наследственности, беременность и роды ).

При разборе настоящего состояния больного особое внимание обращается на местный статус. При этом рекомендуется следующий план осмотра: а) осмотр конечности производится в положении больного лежа, стоя и при ходьбе. Обязательно проводят сравнительное измерение периметров обоих ног на различных уровнях, б) определяется топография варикозно расширенных вен (по ходу большой или малой подкожной вен, сочетанное поражение), устанавливается степень расширения и его тип (магистральный, рассыпной), в) отмечается локализация и характер трофических нарушений (пигментация, сухость, изтончение кожи, индурация подкожной клетчатки, гипергидроз, дерматит, экзема, язвы), г) проводится аускульта-ция области венозных узлов с целью выявления сосудистых шумов, свидетельствующих о наличии артерио-венозных свищей, д) пальпаторным исследованием определяется наличие болезненности и уплотнений по ходу вен (тромбофлебит, перифлебит), е) исследуется артериальная пульсация на предмет выявления сопутствующих заболеваний артерий, чем в ряде случаев может быть объяснен болевой синдром, ж) во время осмотра следует обратить внимание на наличие варикозного расширения поверхностных вен передней брюшной стенки и лобка, что чаще всего указывает на вторичный характер варикоза, связанного с патологией магистральных вен нижних конечностей и таза.

Важным этапом осмотра больного является поведение и правильная оценка специальных проб, применяемых у больных варикозной болезнью поверхностных вен:- а) проба Броди - Троянова -Тренделенбурга, при которой определяется клапанная недостаточность поверхностных и перфорационных вен; б) "кашлевой" симптом Гаккенбруха, называющий на недостаточность клапанов большой подкожной вены; в) трехжгутовая проба Шейниса и проба Претта (с двумя бинтами), позволяющие выявить дюкалиэадщю несостоятельных венозных перфорантов, г) проба Дельбе -Пертеса, позволяющая определить функцию глубокихвен и перфорантов.

Разбираются показания и методика флебографии и других спе­циальных методов исследования (флеботонометрия, исследование газового состава крови из расширенных вен, кожная термометрия ). В заключении формулируется полный клинический диагноз.

Далее разбираются различные методы лечения варикозной болезни поверхностных вен. Подчеркивается паллиативное знгачение кон­сервативных методов лечения. При разборе инъекционного метода терапии обращается внимание на определение строгих показаний к этому виду лечения (мелкие вены рассыпного типа). Кратко освещается метод эндо и перивазальной электрокоагуляции (демонстрируются зонды для электрокоагуляции вен).

При раэборе оперативных методов лечения варикозного расширения вен останавливаются на операциях Троянова - Тренделенбурга, Бабкокка, Маделунга - Нарата, Линтона, Коккета, Клаппа - Соколова.

Клиника и лечение осложненного варикозного расширения вен рассматриваются в процессе раэбора курируемого больного (если у него имеются осложнения) или для этого демонстрируется другой больной. Особое внимание следует обратить на разбор трофических варикозных язв и острого тромбофлебита поверхностных вен.

Кратко разбираются причины образования язв, обращая внимание студентов на нарушения гемодинамики в области медиальной лодыжки, т.е. где обычно располагаются трофические язвы. Касаясь вопроса о лечении трофических язв, следует провести мысль о том, что сами по себе местные методы лечения (мазевые, лейкопластыр-ные повязки, вакуум-терапия и пр.) дают лишь временный эффект. Окончательное заживление язвы может наступить только после ликвидации причины этого осложнения, т.е. после удаления поверхностных вен и перевязки несостоятельных перфорантов.

Острый тромбофлебит варикозно расширенных вен можно разобрать на этом занятии или, что более целесообразно, на занятии, посвященном острым венозным тромбозам.

В заключении кратко освещаются вопросы экспертизы трудоспо-собности больных варикозной болезнью поверхностных вен нижних ко-нечностей.

**Занятия № 23 и 24. Тема: РАБОТА ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ. - 8 часов.**

В вводной части занятия ассистент знакомит студентов с задачами поликлинического хирургического отделения, подчеркивает его роль в оказании амбулаторной хирургической помощи, своевременном выявлении острой хирургической патологии, оказании экстренной травматологической помощи, организации онкологической и ортопедической помощи населению, санитарно-просветительной работе.

Место поликлинического хирургического отделения в системе здравоохранения, его связь со стационаром. Повышение квалификации врачей-хирургов поликлиники (поликлиническая секция хирургического общества, специализация, усовершенствование и др.).

Штатные нормативы поликлиники устанавливаются из расчета 10 посещений в среднем на одного жителя в год, в том числе к хирургам 1,5 посещения. При наличии б врачебных должностей организуется поликлиническое хирургическое отделение. Длительность амбулаторного рабочего дня 5,5 часов, средняя норма амбулаторного приема у хирурга - 9 человек в час, у травматолога - 7 человек в час, у уролога и онколога - 5 человек в час.

В основной части занятия студенты знакомятся со структурой данного хирургического отделения,расположением и оборудованием основных и вспомогательных кабинетов. Подчеркивается роль регистратуры и организации амбулаторного приема. Подробно останавливаются на четкости и оказания хирургической помощи. Роль световых табло, объявлений на дверях кабинетов и др. организационных моментов. Здесь же подчеркивается необходимость раздельного приема "чистых" и "гнойных" больных. Подчеркнуть, что зал ожидания хирургического кабинета является лицом хирургического отделения и должен служить целям санитарного просвещения (плакаты, доска вопросов и ответов на медицинские темы, санитарный бюллетень).

Знакомство с работой "чистого" (травматологического) кабинета. Организация работы в "чистом" отделении. Оборудование хирургического кабинета. Документация, карта амбулаторного больного, статистический талон для учета заболеваемости, журнал регистрации и журнал госпитализации, журнал регистрации иммунизации против столбняка, дневник работы врача, операционные и перевязочные журналы, медицинские бланки (справки, талон для направления на госпитализацию, рецептурные бланки).

Изучение объема хирургической помощи:

I. Экстренная хирургическая (травматологическая) помощь:

а) первичная обработка рак мягких тканей, знакомство с первичным, вторичным и первично отсроченньвл швом раны, б) вправление вывихов, в) репозиция и наложение гипсовой повязки при закрытых переломах костей предплечья, кисти, лодыжек, ключицы и др. г) обработка травматических повреждений фаланг пальцев, д) диагностика и лечение растяжений околосуставных связок, е) диагностика и лечение гемартрозов, диагностика и лечение ушибов различных частей тела, ж) диагностика и лечение переломов ребер (новокаиновая местная и паравертебральная блокады, тугая повязка) и иммунизация против столбняка. *2.* Плановая хирургическая помощь: а) удаление доброкачественных поверхностно расположенных опухолей (липомы, атеромы, дерматофибромы), б) электроэксцизия наибольших папиллом, в) новокаиновые блокады, г) введение лекарственных веществ в полости суставов и периартикулярно (гидрокартизон, д) инъекционная те-рапия варикозно расширенных вен нижних конечностей, е) удаление когтевой пластинки при "вросшем ногте", ж) производство пункционных биопсий, э) производство эндоскопий (ректоскопия, цистоскопия), и) наблюдение и лечение больных, оперированных в стационаре, к) наблюдение и лечение ортопедических больных (плоскостопие, сколиозы и др.), л) хронические артрозы и артриты, пяточные шпоры, хронические эпикондилиты), лимфостаз.

3. Госпитализация больных, требующих стационарного лечения:

острые хирургические заболевания органов брюшной полости, слож­ная травма, опухоли и др.

Знакомство с работой гнойного отделения, перевязочной. Организация работы в гнойном кабинете. Оборудование гнойного хирургического кабинета. Особенности организации (санобработка, обработка инструментов, хранение и уничтожение повязок, снятых с гнойных ран, мероприятия по соблюдению асептики).

Изучение объема хирургической помощи.

1. Острая хирургическая инфекция: инфециирование раны, потертости, ожоги, панариции, флегиона мягких тканей, фурункулы, абсцессы, парапроктиты, острые тромбофлебиты поверхностных вен, острые артриты и бурситы, рожистое воспаление, острый тромбофлебит геморроидальных вен. Краткие сведения о лечении и хирургических операциях при вышеперечисленной паталогии. Особенности некоторых форм заболеваний (фурункулы лица).

2. Хроническая хирургическая инфекция остеомиелиты, хронические парапроктиты, острые тромбофлебиты поверхностных вен, параректальные свищи, геморрой (осложненный и неосложненный), хронические тромбофлебиты поверхностных: вен нижних конечностей, хроническое рожистое воспаление, трофические язвы, варикозные язвы, хронические артриты и артрозы, различные свищи, актиномикоз, атеросклеротические окклюзии сосудов конечностей, облите-рирующий эндартериит. Особенности лечения отдельных форм заболеваний (варикозные язвы голеней).

Знакомство с работой онкологического кабинета. Обратить внимание на организацию выявления, наблюдения, госпитализации больных предопухолевыми, опухолевыми заболеваниями и диспансеризацию больных, перенесших операцию или лучевое лечение. Документация онкологического кабинета.

Знакомство с диспансеризацией хирургических больных. Нозо­логические формы, подлежащие диспансерному лечению облитерирующий эндартериит, осложнения варикозного расширения поверхностных вен, тромбофлебиты и флеботромбозы глубоких вен конечностей, хронические остеомиелиты, инвалиды Отечественной войны.

По окончании знакомства с хирургическим отделением поликлиники ассистент распределяет студентов в "чистый" и "гнойный" кабинеты, где они под руководством поликлинического врача знакомятся с работой хирургического кабинета, участвуют в оказании хирургической помощи.

**Занятие № 25. Тема: ОБХОД ПРОФЕССОРА - 4 часа.**

Цель и содержание занятия: Формирование у студентов основ клинического и алгоритмического мышления, совершенствование навыков и умения обследования больных, закрепление элементов дифференциальной диагностики, знание современных методов лечения, соблюдение важнейших аспектов врачебной этики и деонтологии. Контроль тренировки умения докладывать студентами о курируемых больных.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОБХОДА ПРОФЕССОРА СО СТУДЕНТАМИ 4 и 5 КУРСОВ

1. К обходу профессора каждая студенческая группа подготавливает истории курируемых больных для доклада.

*2.* Докладчик из студентов группы докладывает историю болезни курируемого больного в присутствии группы.

3. Изложение истории болезни проводится в принятом академическом плане. Присутствующие студенты активно уточняют неясные вопросы по истории болезни.

4. Профессор осматривает больного с привлечением студентов.

5. После этого предлагается студентам выделить наиболее важные симптомы и синдромы. Провести обоснование основного диагноза и дифференциальную диагностику.

6. После обсуждения диагноза обговаривается план лечения больного, вопросы предоперационной подготовки и послеоперационный период.

7. Профессор заключает обход, дополняет формулировку полного клинического диагноза, рекомендации по обследованию и лечению.

**Занятие № 26. Тема: ОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕНЬ - 4 часа.**

Студенты присутствуют на хирургической операции, которую проводит профессор или доцент. Перед операцией проводится подробный разбор больного. После завершения операции рассматривается макропрепарат и ассистент проводит оператор проводит разбор прошедшей операции.

**Занятие № 27. Тема: ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ - 4 часа.**

Цель и содержание занятия: Проверка усвоения студентами пройденного на практических занятиях раздела программы по хирургии: знание анатомии, оперативной хирургии, вопросов этио- патогенеза, классификации, клиники, методов диагностики, навыков обследования больных, умение сформулировать и обосновать клиничекий диагноз, знание вопросов профилактики, диспансеризации, врачебной этики. Проводится тестовый зачет и защита истории болезни.

## 2.3. Формы и методы самостоятельной работы студентов.

1.Самостоятельная курация больных.

2. Интерпретацией данных лабораторных, рентгенологических и инструментальных исследований.

3. Участие в клиническом разборе больных.

4. Вечерние дежурства студентов в качестве помощника медицинской сестры с отчетом в группе на занятиях.

5. УИРС.

6. Решение клинических, ситуационных задач.

7. Решение тестов на занятиях.

## 2.4. Формы контроля.

* + 1. Входной тестовый контроль.

2.4.2. Выходной тестовый контроль.

2.4.3. Рубежный тестовый контроль.

2.4.4. Итоговый тестовый контроль.

2.4.5. Проверка решения ситуационных задач.

2.4.6. Разбор курируемых больных.

2.4.7. Опрос.

2.4.8. Прием практических навыков.

# 3.Учебно-методические материалы по дисциплине.

## 3.1.Список основной и дополнительной литературы.

**Основная литература.**

1. Хирургические болезни. Под ред. М.И.Кузина. М., Медицина, 1987.

**Дополнительная литература**.

**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.**

1. Альбицкий Б.А. Клинические лекции по хирургическим болезням. Томск, 1976.

2. Альперович Б.И., Соловьев М.И. Очерки неотложной хирургии живота. Томск, 1975..

3. Лехтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин. М., 1965.

4. Колесов В.И. Острый аппендицит. Л., 1959.

5. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. T.I, М.-Л., 1939. Самарин Н.Н. Диагностика "острого живота". Л., 1952.

6. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., 1980.

7. Русанов А.А. Аппендицит. Л. 1979.

8. Под ред. В.С.Савельева. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986.

**ГРЫЖИ ЖИВОТА.**

1. Воскресенский П.Б. Наружные брюшные грыжи. М., 1969.

*2.* Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., 1965.

3. Долецкий С.Я. Ущемленные паховые грыжи у детей. М.,1952.

4. Иоффе И. Л\* Оперативное лечение паховых грыж. М., 1968.

5. Крымов А.П. Брюшные грыжи. М., 1965.

6. Кукуджанов Н.П. Прямые паховые грыжи и их оперативное лечение.

8. Савельев B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986.

9. Янов В.Н. Аутодермальная пластика при лечении больных верхнебоковых вентральных грыж // Вести, хир. - 1975. - N II. -С.40-45.

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

1. Александрович Г.Л. Резекция желудка с сохранением привратника при язвенной болезни. Хабаровск, 1978.

2. Горбашко А.И. Острые желудочнокишечные кровотечения. М., 1982.

3. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1986.

4.А.А.Шалимов,В.Ф.Саенко.Хирургия пищеварительного тракта.Киев,1987,

5. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1988.

6.Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

7. Русанов А.А. Резекция и чрезбрюшная экстирпация желуд­ка. Л., 1961.

**РАК ЖЕЛУДКА.**

1. Альбицкий Б.А. Клинические лекции по хирургическим болезням. Томск, 1976.

2. Березов Б.Е. Рак кардиального отдела желудка. М., I960.

3. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка. М., 1981. 4. Под ред. Блохина Н.Н. Клиническая онкология. Т. 1-2. М., 1979.

5. Василенко В.Х. Опухоли желудка. М., 1989.

6. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.Н. Опухоли желудка. М., 1988.

7. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача. М., 1987.

8. . Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественньх опухолей. М., 1976.

9. Русанов А.А. Рак желудка. М., 1980.

10. Под ред. Чиссова В.И. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. М., 1989.

11. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987.

**ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.**

1. Богуслав Нидерле и соавт. Хирургия желчных путей. Прага, 1982.
2. Вишневский А.А., Ульманис Я.Л., Гришкевич Э.В. Желчеотводящие анастомозы. М., 1972.
3. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М., 1978.

4. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М., 1988.

6. Дидерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. М., 1983.

7. Нечай А.И., Стукалов В.В., Жук А.М. Неоперативное удаление камней из желчных протоков при их наружном дренировании. Ленин

град. "Медицина, 1987.

8. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой. М., 1991.

9. Под ред. Савельева B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986.

19. Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. Л., 1972.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

1. Акжигитов Г.Н. Острый панкреатит. М., 1974.

2. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический

панкреатит. М., 1985.

3. Милонов 0.Б. Хронический панкреатит. М., 1976.

4. Под ред. Савельева B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986. 7.Савельев В.С..Буянов 5.М.,Огнев Ю.В.Острый панкреатит.М.,1983.

6. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987.

7. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев, "Наукова думка", 1990.

**ПЕРИТОНИТЫ.**

1. Александрович Г.Л., Росляков А.Г., Бояринцев Н.И. Неотложные релапаротомии. Владивосток, 1989.

2. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. T.I. М.-Л., 1939. и Т.2. М.-Л., 1940.

3. Попов В.А. Перитонит. Л., 1985.

4. Под ред. Савельева B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 1986.

5. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.

**ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.**

1. Дедерер Ю.М. Патагенез и лечение острой непроходимости кишечника. М., 1971.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. М., 1989.
3. Под ред. Савельева B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Н., Изд.2, 1986.

4. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости, Киев, 1986.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

1. Драчинская E.G., Брейдо И.С. Хирургия щитовидной железы. Л., 1966.

2. Страшимир Зографски. Эндокринная хирургия. София, 1977. 10. 3.Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. М., 1979.

**ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.**

1. Амосов Н.М. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958. Моисеев B.C. Болезни легких. М., 1987.

2. Стручков В. И. Хирургия хронических гнойных заболеваний легких. М., 1982.

3. Толузаков В.Л., Егиазарян В.Т. Консервативное лечение острых нагноений легкого. Л., 1985.

4. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. Томск, 1986.

5. Под ред. Колесникова И.С. Хирургия легких и плевры. Л., 1988.

**РАК ЛЁГКОГО.**

1. Блинов Н.Н. Ошибки диагностики рака легких на амбулаторном этапе. Киев, 1990.

2. Под ред. Блохина Н.Н. Клиническая онкология. М., 1979.

3. Под ред. Колесова И.О., Лыткина М.И. Хирургия легких и плевры. Л., 1988.

4. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача. М., 1987.

5. Под ред. Петерсона Б.Е. Атлас онкологических операций. М., 1987.

6. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. М., 1987.

14. Под ред. Чиссова В. И. 1Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. М., 1989.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

1.Под ред. В.И.Чиссова. Комбинированное и комплексное ле­чение больных со злокачественными опухолями. М., 1989.

2. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. М., 1980.

3. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. М., 1985.

4. Лечение рака молочной железы (метод рекоменд.). Л., 1986.

5. Дополнительная химиотерапия в лечении злокачественных опухолей (рак молочной железы и яичников). (Метод.рекомендации). Л., 1986.

6. Под ред. Петерсона Б.Е. Атлас онкологических операций. М., 1987.

7. Сидоренко Л.Н. Мастопатия, Л., 1991.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА**.

1. Березов Ю.Е. Рак пищевода. М., 1979.

2. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. М., 1976.

3. Черноусов B.C., Сильвестров B.C., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода желудком при рике и доброкачественных стриктурах. М., 1990.

4. Под ред. Чиссова В.И. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. М., 1989.

5. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987.

**РАК ПРЯМОЙ КЙШКИ.**

1. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. М., 1987.
2. Блохин Н.Н. Диагностика и лечение рака ободочной и прямой кишки. М., 1984.

3.Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций. М., 1987.

4. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987.

5. Под ред. Чиссова В.И. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. М., 1989.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ**.

1. Дульцев Ю.М., Саламонов К.Н. Парапроктит. М., 1981.

2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. М., 1982.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН.**

1. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. Л., 1983.

2. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. М., 1986.

3. Клемент А.А., Веденский А.Н. Хирургическое лечение забо­леваний вен конечностей. Л., 1976.

1. Савельев B.C., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. М., т. 1972.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ.**

1. Грицюк А.И. Клиническая ангиология. Киев, 1988.

2. Савельев B.C., Затевахин И.И., Степанов Н.В.. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. М., 1987.

1. Шабанов А.Н., Котельников В.П.. Патогенез и лечение обли-терирующего эндартерита. М., 1983.

**ЭНДОСКОПИЯ.**

1. Эндоскопическая хирургия. ( под ред.В.С.Савельева). М., 1996.

**ХИРУРГИЯ.**

1. Хирургия ( под ред.В.С.Савельева и Ю.М.Лопухина) - М., 1998.

## 3.2. Перечень методических пособий и рекомендаций.

3.2.1. Классификация важнейших форм хирургической патологии. 1980 год (учебное пособие).

3.2.2. Острая аппендицитоподобная форма болезни Крона. 1982 год (методические рекомендации).

3.2.3. Лапароскопическая микрохолецистостомия в лечении больных острым холециститом. 1983 год (методическое письмо).

* + 1. Хирургическая коррекция синдрома укороченного кишечника. 1995 год. (методическое пособие).
    2. Наружные грыжи живота. 1999 год. (методические указания для студентов).
    3. Острый аппендицит. 1999 год. (методические указания для студентов).
    4. Острая икшечная непроходимость . 1999 год. (методические указания для студентов).

## 3.3. Другие учебно-методические материалы.

**1.Таблицы.**

1.Острый холецистит. ЖКБ.Механическая желтуха – 9 таблиц.

2.Заболевания поджелудочной железы. Панкреатиты – 4 таблицы.

3.Острый аппендицит.Дивертикул Меккеля – 13 таблиц.

4.Классификация шока – 5 таблиц.

5.Заболевания молочной железы.Рак молочной железы.– 4 таблицы

6.Варикозная болезнь - 7 таблиц

7.Цирроз печени - 5 таблиц

8.Язвенная болезнь - 40 таблиц

9.Грыжи - 40 таблиц

10.Рак желудка - 1 таблица

11.Рак прямой кишки - 1 таблица

12.Панкреатодуоденальная резекция - 1 таблица

13.Перитонит- 1 таблица

14.Травмы живота - 2 таблицы

15.Острая кишечная непроходимость. ХНДП. - 3 таблицы

16.Операция Гаген-Торна - 1 таблица

17.Операции на щитовидной железе - 1 таблица

18.Шов сухожилия и шов нерва - 2 таблицы.

**2.Видеофильмы.**

1.Диагностика и лечение повреждений магистральных кровеносных сосудов и конечностей. - 20 минут

2.Хирургия доброкачественных заболеваний молочной железы - 20 минут

3.Клиника, диагностика и оперативное лечение зоба. - 18 минут

4.Варикозное расширение вен нижних конечностей. - 18 минут

5.Хирургия аневризмы брюшной аорты- 18 минут

6..Ренгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. - 20 минут

7.Гастроеюнопластика в предупреждении и лечении постгастрорезекционных синдромов. - 22 минуты

8.Оперативное лечение постгастрорезекционных синдромов.- 20 минут

9.Операции на прямой кишке. - 12 минут

10.Аппендэктомия - 20 минут

11.Гастропластика при резекции желудка. - 25 минут

12.Химико-топагрофическая антрумэктомия. - 20 минут

13.Операции на щитовидной железе - 20 минут

14.Ампутации конечностей. - 25 минут

15.Гастроеюнопластика в предупреждении и лечении пострезекционных синдромов- 20 минут

16.Торокоскопические исследования и операции - 36 минут

17.Симпатэктомия. - 25 минут

18.Диагностика и лечение рака толстой кишки. - 26 минут

19.Резекция печени. - 26 минут

20.Трофические язвы нижних конечностей. - 25 минут

21.Язвенная болезнь 12-перстной кишки. - 30 минут

22.Хирургическое лечение облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. - 40 минут

23.Лапароскопическая холецистэктомия - 20 минут

24.Лапароскопическая герноиррафия - 40 минут

25.Лапароскопическая аппендэктомия - 10 минут

26.Эндоскопические вмещательства на желудке, толстой кишке и на фатеровом соске - 150 минут

27.Лапароскопические вмешательства при раннем раке желудка - 20 мин.

**3.Рентгенограммы.**

1. Язвенная болезнь желудка и ее осложнения - 48

1. Рак желудка - 15
2. Рак толстой кишки - 12
3. Патология гепатобилиарной зоны - 80
4. Заболевания толстой кишки - 8
5. Острая кишечная непроходимость - 21.

**4.Стенды.**

1. Клиническая эндоскопия - 1 стенд.

2.Ультразвуковая диагностика - 1 стенд

**5.Слайды.**

1. Грыжи - 42
2. Язвенная болезнь - 27
3. Заболевания прямой и толстой кишки - 12
4. Желчнокаменная болезнь - 45
5. Заболевания пищевода - 14
6. Варикозная болезнь - 26
7. Рак желудка - 28
8. Заболевания поджелудочной железы - 24
9. Острый аппендицит - 27
10. Перитониты - 18
11. Острая кишечная непроходимость - 25
12. Заболевания щитовидной железы - 28
13. Заболевания молочной железы - 24.

## 3.4. Информация о банке тестовых заданий и ситуационных задачах.

1.Тестовые задания для практических занятий:

1. Острый аппендицит - 65
2. Грыжи - 55
3. Острый холецистит - 50
4. Острый панекреатит - 20
5. Острая кишечная непроходимость - 40
6. Язвенная болезнь и ее осложнения - 40
7. Рак желудка - 20
8. Заболевания щитовидной железы - 30
9. Заболевания ободочной кишки - 30
10. Варикозная болезнь - 35
11. Рак молочной железы - 30
12. Перитонит - 20
13. Итоговый тестовый контроль для 4 курса- 160 тестов
14. Итоговый тестовый контроль для 5 курса -180 тестов

2.Ситуационные задачи:

1. Острый аппендицит - 7
2. Грыжи - 6
3. Острый холецистит - 6
4. Острый панкреатит - 3
5. Язвенная болезнь - 8
6. Острая кишечная непроходимость - 2
7. Рак желудка - 2
8. Заболевания легких - 1
9. Цирроз печени - 2
10. Заболевания щитовидной железы - 1
11. Заболевания молочной железы - 2
12. Перитонит - 1
13. Заболевания сосудов - 2
14. Травмы - 7

4.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер недели  Номер лекции и тема | Наименование вопросов, изучаемых на лекции | Практические занятия  №, Тема | Используемые наглядные и методические пособия | Самостоятельная работа студентов.  Содержание,  часы | Формы контроля |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 1 | Лекция № 1. Грыжи живота. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 1. Грыжи живота. Разбор больных с грыжами живота. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции грыжесечения. | 1. Метод. указания для студентов 3.2.5. 2. Таблицы 3.3.1.9.. 3. Литература   3.1.1+ дополнительная по теме "Грыжи"  4. Слайды 3.3.5.1. | 1. Посещение операционной и перевязочной.   2. Видеофильм 3.3.2.24. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 2 | Лекция № 2. Острый аппендицит. . Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 2 и 3. Острый аппендицит. Разбор больных с острым аппендицитом. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции аппендэктомии. | 1.Метод. указания для студентов 3.2.2. и 3.2.6.  2.Таблицы 3.3.1.3.   1. Литература   3.1.1+ дополн. по теме "Аппендицит"  4. Слайды 3.3.5.25. | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.10 и 25. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 3 | Лекция № 3 и 4. Осложнения язвенной болезни . Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 4 и 5. Осложнения язвенной болезни. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1. Таблицы 3.3.1.8. 2. Литература   3.1.1+ дополн. по теме "Язвенная болезнь"   1. Слайды 3.3.5.2. 2. Рентгеногр. 3.3.3.1. 3. Стенд 3.3.4.1. | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.6,7,11,12,15,21. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 4 | Лекция № 5. Рак желудка. . Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 6. Рак желудка. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.10.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак желудка"  3.Рентгеногр. 3.3.3.2  4.Слайды 3.3.5.7   1. Стенд 3.3.4.1. | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.27 | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 5 | Лекция № 6. Желчно-каменная болезнь. Острый холецистит . Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 7 и 8. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.1.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Острый холецистит"  3.Рентгеногр. 3.3.3.4  4.Слайды 3.3.5.4   1. Стенд 3.3.4.2. | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.23, 26 | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 6 | Лекция № 7. Острый панкреатит . Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 9. Острый панкреатит. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.2.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Острый панкреатит"  3.Слайды 3.3.5.8   1. Стенд 3.3.4.2. | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.26 | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 7 | Лекция № 8.Острая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 11.Острая кишечная непроходимость. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Метод. указания для студентов 3.2.7.  2.Таблицы 3.3.1.15.   1. Литература   3.1.1+ дополн. по теме "Кишечная непроходимость"  4. Слайды 3.3.5.11. | 1.Посещение операционной и перевязочной. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 8 | Лекция № 9. Перитониты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 10. Перитониты. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.13.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Перитонит"  3.Слайды 3.3.5.10 | 1.Посещение операционной и перевязочной. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 9 | Лекция № 10. Рак пищевода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 18. Рак пищевода. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак пищевода"  2.Слайды 3.3.5.5 | 1.Посещение операционной и перевязочной. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 10 | Лекция № 11.Заболевания и рак толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак прямой кишки"  3.Слайды 3.3.5.3  4.Рентгеногр. 3.3.3.3,5 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.26. |  |
| 11 | Лекция № 12. Заболевания прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак прямой кишки"  3.Слайды 3.3.5.3 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.18, 26. |  |
| 12 | Лекция № 13. Рак прямой кишки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 15. Рак прямой кишки. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.10.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак прямой кишки"  3.Слайды 3.3.5.3 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.9. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 13 | Лекция № 14. Дисгормональные заболевания молочных желез.. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Таблицы 3.3.1.5.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболеван. молочных желез"  3.Слайды 3.3.5.3 | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 14 | Лекция № 15. Рак молочной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 17. Рак молочной железы. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.50.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболеван. молочных желез"  3.Слайды 3.3.5.13 | 1.Посещение операционной и перевязочной. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 15 | Лекция № 16.Заболевания щитовидной железы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 16. Заболевания щитовидной железы. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.17.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболеван. щитовид.железы"  3.Слайды 3.3.5.8 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.3, 13. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 16 | Лекция № 17.Заболевания вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 21- Острые венозные тромбозы и 22 - Варикозная болезнь. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Таблицы 3.3.1.6.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболеван. вен"  3.Слайды 3.3.5.6 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.4. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 17 | Лекция № 18.Заболевания артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. | Занятие № 20. Облитерирующий эндартериит и атеросклероз. Разбор тематических больных. Обсуждение лечебной тактики. Присутствие на операции тематического больного. | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболеван. артерий" | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.1, 22. | 2.4.1.,2.4.2., 2.4.5.-2.4.8. |
| 18 | Лекция № 19.Ошибки и опасности острого аппендицита. Диагностические, тактические и технические ошибки при остром аппендиците. |  | 1.Таблицы 3.3.1.3.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Острый аппендицит"  3.Слайды 3.3.5.9 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.10, 25. |  |
| 19 | Лекция № 20.Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений. Причины кровотечений. Диагностическая и лечебная тактика. |  | 1.Таблицы 3.3.1.8 и 10  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Язвенная болезнь',"Рак желудка".  3.Слайды 3.3.5.2,7 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.26. |  |
| 20 | Лекция № 21. Дифференциальная диагностика желтух. Причины. Диагностическая и лечебная тактика. |  | 1.Таблицы 3.3.1.1 и 2.  2.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Острый холецистит"  3.Слайды 3.3.5.4 и 8 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.26. |  |
| 21 | Лекция № 22. Дифференциальная диагностика дисфагий. Причины. Диагностическая и лечебная тактика. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заб.пищевода"  3.Слайды 3.3.5.5 | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 22 | Лекция № 23. Хирургическое лечение ожирения. Причины. Диагностическая и лечебная тактика. Методы оперативного лечения. |  |  | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 23 | Лекция № 24. Доброкачественные заболевания легких. Причины. Диагностическая и лечебная тактика. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заболевания легких ." | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.16. |  |
| 24 | Лекция № 25. Рак легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Рак легкого"  2.Слайды 3.3.5.4 и 8 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2.Видеофильм 3.3.2.16. |  |
| 25 | Лекция № 26. Диафрагмальные грыжи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заб.пищевода"  2.Слайды 3.3.5.5 | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 26 | Лекция № 27. Медиастиниты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Заб.пищевода"  2.Слайды 3.3.5.4 и 8 | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 27 | Лекция № 28. Диагностика и лечение послеоперационных осложнений. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме "Перитониты" | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 28 | Лекция № 29. Хирургическая эндоскопия. Классификация эндоскопических и лапароскопических хирургических вмешательств. Показания, техника выполнения, эффективность и осложнения.. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по теме Эндоскопия"  2.Слайды 3.3.5.4 и 8 | 1.Посещение операционной и перевязочной.  2. Видеофильм 3.3.2.23-26. |  |
| 29 | Лекция № 30. Хирургическое лечение заболеваний сердца. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Хирургия" |  |  |
| 30 | Лекция № 31. Диагностика и лечение абдоминальной травмы. Классификация. Тактика лечения. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Хирургия" | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 31 | Лекция № 32. Заболевания печени. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика лечения. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Хирургия" | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 32 | Лекция № 33. Болезни оперированного желудка. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика лечения. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Хирургия" | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 33 | Лекция № 34. Постхолецистэктомический синдром. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика лечения. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Острый холецистит"  2.Слайды 3.3.5.4. | 1.Посещение операционной и перевязочной. |  |
| 34 | Лекция № 35. Заболевания аорты и ее ветвей. Хирургия ИБС. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика лечения. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Хирургия" |  |  |
| 35 | Лекция № 36. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. |  | 1.Литература  3.1.1+ дополн. по разделу "Острый панкреатит"  2.Таблицы 3.3.1.2.  2.Слайды 3.3.5.8. |  |  |
| 36 |  | Занятие № 12 и 25. Обход профессора. Обход хирургических отделений с углубленным обсуждением ряда больных. |  |  |  |
| 37 |  | Занятие № 13 и 26. Операцион. день. Студенты присутствуют на операции, выполняемой сотрудником кафедры с разбором больного до операции. |  |  |  |
| 38 |  | Занятие № 23 и 24. Занятие проводится в хирургическом кабинете поликлиники. Осматриваются больные, производятся перевязки и небольшие операции. |  |  |  |
| 39 |  | Занятие № 14 и 27. Итоговые занятия с повторением наиболее важных аспектов изученных тем и осмотром больных по изученным темам. | Вся литература, таблицы, стенды, видеофильмы. |  | 2.4.1.-2.4.8. |

# 5.Протоколы согласования.

**ПРОТОКОЛ**

**координации рабочих программ кафедры хирургических болезней и патологической анатомии** **у** **студентов** **педиатрического факультета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Темы | ХИРУРГИЯ | пАТАНАТОМИЯ |
| Дифференциальная диагностика кровотечений. | Виды и причины кровотечений, клиника, диагностика и лечение | Наружное и внутреннее, первичные и вторичные. Кровотечения в связи с разрывом, эрозией и повышенной проницаемостью сосудов. Виды кровотечений, гематомы |
| Заболевания аорты и артерий. | Классификация, причины развития, клиника и лечение | Истинные, ложные и расслаивающиеся аневризмы аорты при атеросклерозе и сифилисе |
| Рак пищевода, рак желудка, рак молочной железы | Этиопатогенез. Теории возникновения. Особенности доброкачественного и злокачественного роста. Раки и саркомы. Особенности метастазирования опухолей различных локализаций. | Гисто- и морфогенез. Рост опухолей и опухолевая прогрессия. Опухолевое поле. Морфологические признаки доброкачественных и злокачественных опухолей. Патанатомия раков легких, желудка, пищевода, матки и молочной железы. |

Зав. кафедрой общей хирургии леч.фака и

хирургических болезней пед. и стом.фака, профессор (Е.В.Николаев)

Протокол кафедрального совещания N 5 от 11.10.01 г.

Зав. кафедрой патанатомии, доцент (П.Б.Ладнюк)

**ПРОТОКОЛ**

**координации рабочих программ кафедры хирургических болезней и фармакологии у студентов педиатрического факультета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Темы | ХИРУРГИЯ | фармакология |
| Все темы курса. | Применение полученных знаний при проведении консервативной терапии у больных с хирургической патологией. | Основные группы лекарственных препаратов, используемых в терапии заболеваний внутренних органов: механизм действия. Показания и противопоказания. Дозировка. Схемы применения. |

Зав. кафедрой общей хирургии леч.фака и

хирургических болезней пед. и стом.фака, профессор (Е.В.Николаев)

Протокол кафедрального совещания N 5 от 11.10.01 г.

Зав. кафедрой фармакологии, профессор (С.Ш.Сулейманов

**ПРОТОКОЛ**

**координации рабочих программ** **кафедры хирургических болезней пед.фака и кафедры топографической анатомии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Темы | кафедра Хирургических болезней | кафедра Топографической анатомии |
| Грыжи | Операции при брюшных грыжах | Топографическая анатомия пахового и бедренного каналов |
| Заболевания артерий и вен нижних конечностей. | Методы оперативного лечения заболеваний артерий и вен | Топографическая анатомия артерий и вен нижних конечностей. |
| Реанимация. | Катетеризация подключичной артерии. | Топографическая анатомия подключичной артерии. |

Зав. кафедрой хирургических болезней пед.фака, профессор (Е.В.Николаев)

протокол № 5 от 11.10.01 г.

Зав. кафедрой топографической анатомии, профессор .(Б.М.Когут)