**Билет № 1**

**1. Анатомо-физиол особен-ти желчного пузыря. Острый холецистит. Понятие. Этиология. Патогенез**. Классификация.

ЖП расположен в области 5 сегмента печени, на нижней поверхности. Большая его часть покрыта брюшиной, кроме поверхности прилегающей к печени. Различают дно, тело и шейку ЖП. В шейке может образовываться выпячивание-карман Гартмана. Стенка состоит из серозной, мышечной и слизистой. Слиз оболочка образует множественные складки. В области шейки и начальной части пузырного протока она формирует спиральную складку (клапаны Гейстера). В дистальном отделе пузырного протока образуется сфинктер Люткенса. Кровоснабжение пузырной артерией от собственной печеночной артерии или ее правой ветви. Лимфототток в л/у печени и ее ворот. Иннервация из печеночного сплетения, левого блужд и правого диафрагм. Отделы желчного протока: супра- и ретродуоденальный, дуоденальный и панкратический. По ходам Люшка желчь поступает в ЖП.Острый холецистит- это восп процесс в ЖП.Этиология: ОХ является полиэтиологическим заболеванием. Наиболее частой причиной является на­личие камней в ЖП, которые вклиниваются в шейку желчного пузыря, вызывая его обтурацию. Основной причиной острых бескаменных холециститов является инфекция, которая может про­никать в желчь ретроградно из кишечника, а также лимфогенным и гематогенным путями. Дей-е хим в-в может приводить к асептич воспалению. В этиологии ОХ может быть: описторхоз, лямблиоз и др. У пожилых и ста­рых больных в развитии острого холецистита играет роль сосудистый фактор.

Пат-з: застой желчи - желчная гипертензия (растяжение стенки ЖП) – асептическое воспаление – нарушения микроциркуляции – экссудация – увеличение гипертензии+инфекция – усиление повреждения стенки ЖП. Блокада ЖП – травма слиз – высвобождение фосфолипазы А2(которая дей-ет на превращение изолецетина из лецетина) – образование желч солей – повреждение слиз – нарушение проницаемости.Классификация: 1.Первичный: - острый калькулезный (с обтурацией и без)- острый безкаменный (сосудистый, ферментативный, бактериальный, паразитарный)2.Вторичный (травмы, острые заболевания, послеоперационный, аллергии)

Клинико-морф класс-я:1.Неосложненный: катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичн и втор)

2.Осложнения катарального (эмпиема ЖП, перфорация, наруж и внутр свищи) Осложнения флегм (околопузырный инфильтрат, паравезик. абсцессы и разлитой перитонит).

2. клиника,дс-ка, диф.дс-ка узловой ф.рака мол.жел.принципы леч-яЗаб-ние возн на фоне полного зд-я. Женщ случ обнаруж в м.ж. плотное образование, кот ничем не беспо­коит. Для рака хар-на плотная, иногда хрящевая консистенция опухоли, неровность её поверхности и нечеткость границ. Наиболее часто локализуется в верхненаружном квадранте. сим-мы: симптом лимонн.корочки, втяжение кожи над оп-лью-умбиликация,деформация и втяжение соска, отек м.ж., морщинистость кожи над оп-лью. Диагностикаосмотр, пальпация, маммография: бесконтраст­ная и контрастная, пункция с цитологией,.сцинтиграфия. диф.диаг-ка:1мастопатии2фиброаденома3липома4липогранулема5саркома ЛечениеI. Комбинированное лечение (хирургическое + луче­вая терапия).Виды операций: 1радикал.секторал.резекция, 2квадрантэктомия, 3оп-я по Мадену, 4радикальная мастэктомия по Холстеду (с удален бол и мал гр м);, 5операция Пейти
Лучевая терапия:а) предоперационная , б)послеоперационная Комбинированное лечение — это местное воздейст­вие на зоны метастатических очагов и зоны, где могли бы быть метастазы.II.Комплексное лечение: комбинированное лечение +химиотерапия + гормонотерапия. Это общее лече­ние, применяется чаше при III стадии, где имеется значительное регионарное распространение.Гормонотерапия:методыI.Оперативный:овариоэктомия (2-сторонняя); адреналэктомия; гипофизэктомия (или облучение с целью по­давления функции).II. Фармакологическое воздействие (введение гор­мональных препаратов):

3.Задача: ДЗ-периферический рак нижней доли левого легкого. T2NxMx. Плеврит. Лечение- необходимо уточнить есть ли атипические клетки в геморр жидкости. Если да , то необходимо проводить химио- лучевую терапию и оперативное лечение. В объеме- пульмонэктомия. После эвакуации жидкости вв химиопрепар локально в плевр полость.

**Билет № 2**

**1. Острый абсцесс легкого. Клиника**: в период формирования абсцесса: подъем температ тела, озноб, проливной пот, боль в гр клетке на мтороне поражения, кашель с отделением гнойной мокроты. Симптомы быстро прогрессируют, нарост признаков интоксикации: гол боль, общ слабость, потеря аппетита, головокруж… При прорыве абсцесса в бронх у больного возникает кашель с отхождением большого кол-ва гнойной мокроты («полным ртом») с гнилостным запахом, примесью крови. После массивного отхождения гноя симптомы интоксикации быстро угасают, состояние улучшается. Диагностика : отставание пораженной половины гр клетки при дыхании, кожная гиперэстезия в проекции абсцесса, усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука в этой зоне. Лаб данные: повыш СОЭ, лейкоцитоз, анемия, диспротеинемия, С-реактивный белок, сиаловые кислоты. При рентген исследовании в период формирования абсцесса: гомогенный учок инфильтрации с четкими границами и круглыми контурами. После прорыва гнойника в бронх на месте бывшего инфильтрата определяется круглая тень с горизонт уровнем жидкости.( КТ, бронхоскопия, сцинтиграфия легких). Диф диагностика: нагноившаяся киста легкого, расаодающ туберкулома легкого, центральный рак с постобтурационной пневмонией с распадом. Лечение: 1 а\б включая внутритканевую, 2 дренирование гнойников, 3 поддерживающая криоплазменно-антиферментная тер, 4 лечебная бронхоскопия, 5 селективная катетеризация бронхов, 6 интракорпоральная иммунокоррекция 7 транспозиция экстракорпорально стимулированных фагоцитов, 8 коррекция волемических нарушений, 9 улучшение реологии крови, 10 устранение анемии, 11 восполнение энергетических затрат и белковых потерь, 12 десенсебилизирующая тер, 13 общеукрепляющая тер, 14 физиотерапия, 15 лечебная терапия, 16 симптоматическая терапия.

2. Лечение ЖКБ. Виды операций.При установлении д-за ЖКБ больному дб предложено плановое оперативное лечение. При подготовке к нему, в случае отказа б-го от операции, при наличии противопоказаний необходимо рекомендовать соблюдение диеты, стол №5 (огранич продукты, усил секрецию желудка, ПЖЖ, желчеотделение – это жареная пища, животные жиры, экстрактивные вещ-ва). Назначаем мотилиум, церукал, спазмолитики.

*Виды операций:*I - Радикальные операции на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях 1.Холецистэктомия2.Холецистэктомия и холедохотомия 3.Холецистэктомия с билиодигестивными анастомозами 4.Холецистэктомия с папиллосфинктеропластикой5.Холецистэктомия с д войным дренированием (билиодигестивный анастомоз и папиллосфинктеропластикой)6.Лапароскопическая холецистэктомияII.Операции при котором желчный пузырь остается неудаленным1.Органосохраняющие- холецистолитотомия - холецистохоледохоанастомоз по Прибраму-Ратнеру2.Щадящие- холецистолитотомия - холецистолитостомия - холецистоеюноанастомоз - лапароскопическая холецистолитостоми - лапароскопическая микрохолецистолитостомия

III.Симультативные операцииIV.Повторные (реконструктивные) оперрации на желчных путях. *Альтернативные методы лечения ЖКБ*: I.Механические1 .Лапароцентезная холецистолитотомия2.Эндоскопическая холецистолитотомия3.Эндоскопическая папиллосфинктеротомия4.Удаление конкрементов через дренажи и свищи5.Чрескожное чреспеченочное извлечение конкрементов6.Сочетанные методыII.Физические1.Ультразвук2.Лазер3.Ударноволновая литотрипсия4.Пьезоэлектричесая литотрипсияIII.Химические1.Общего действия - методы растворения - методы изгнания2.Местного воздействия - средства растворения холестериновых желчных камней - средства растворения пигментных желчных камней.

3. Задача: Рак соска молочной железы ( Педжета). Обследования- соскоб язвы, пункция подмышеч л/у с цитологией, УЗИ,. Определить гормонзав или нет ?. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер, операция+ кастрация, гормонотер. Если негормонзав, то химиотер, операция, химио-лучевая терапия. Операция по Модену. Лучевая локально?

**Билет № 3**

**1. Принципы лечения острого холецистита. Показания к операции. Виды операций.**

Все больные острым холециститом госпитализиру­ются в хирургические стационары. Показанием для консервативного лечения является катаральная форма холецистита.Консервативное лечение: диета, инфузионно-транфузион терапия (р-ры глюкозы, Рингера,
гемодез)., дезинтоксикация, спазмолитики, а/б терапия, обезболивание, противовосп терапия, лечение сопутсвующ патологии.*Хирургическое лечение.* Показанием являются де­структивные и осложненные формы острого холецис­тита. В зависимости от сроков выполнения операции подразделяются на:- Экстренные операции (в первые часы с момента поступления после интенсивной предоперационной подготовки). Проводятся больным острым холециститом, осложненным перитонитом, а также больным с деструктивными формами холецистита (перфорация, гангрена ­ ЖП)- Срочные операции ( в первые 24-48 часов если после консервативной терапии не наступило улучшение или заболевание прогрессирует -флегмозная форма холецистита).- Операции по вынужденным показаниям (при позднем поступлении боль­ных, на 5-7 сутки, когда воспалительный процесс выходит за пределы ЖП).

При состоянии тяжести до тяжелой- открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа. При крайне тяжелой поэтапно: транскутанная холецистостомия под контролем УЗИ, открытая холецистостомия, лапароскопическая холецистостомия, холецистостомия из мини доступа, санационная пункция ЖП с послед введением а/б в ЖП.

Противопоказания к холицистэктомии: ожирение 4 ст, поздние сроки беременности, толщина стенки ЖП более 8 мм, интраоперационные сложности.Виды операции:Холецистэктомия («от шейки» или «от дна»);Холецистостомия у тяжелого контингента боль­ных при наличии сопутствующих заболев.Лапарокопичекая чрескожная, чреспеченочная пункция ЖП при повышенном опер риске

2. рак м.ж.клас-я.пути МТS.клин.формы. Класс-я – 1. Источник образования:Дольки (из эпителия) — дольковый.Протоки — протоковый.Дистопия эпителия из кожи — кожный.Апокриновые железы — апокриновый.2. Этапы развития:Неинвазивный — внутридольковый, -внутрипротоковый .Инвазивный3. Структурные формы рака .а) *медуллярный рак* (моэговик) б) *скирр* в)*солидный рак* г) адено-карциномы4. По степени зрелости.а) дифференцированный (плоскоклеточный, аде-нокарцинома);б)недифференцированный (округлый, овсянокле-точный, веретенообразный);в) неклассифицируемый Т-первич.оп-ль

Тis-рак in situ. Т1а- оп-ль до 0.5см в наиб.измер.Т1б- оп-ль до 1см в наиб.измер.Т1с- оп-ль до 2см в наиб.измер.Т2- до 5см в наиб.измер. Т3- бол. 5см в наиб.измер.Т4-оп-ль любого размера с прям.распростр.на гр.стенку или кожу.N-рег.л.у. Nх-недостат-но дан-х д.оценки пораж-я л.у. N0-нет MTS в рег.л.у. N1-MTS в смещаем.л.у. на стор.пораж-я.N2- MTS в подмыш.л.у. на стор.пор-я, спаян.между собой, либо MTSво внутригруд.л.у.при отсутст.клинически явного пор-я подмыш.л.у. N3- MTS в подключич.на стор. Пор-я или клин-ки опред-е MTS во внутригруд.л.у. при наличии клинич.явного пораж-я подмыш.л.у.,или MTS в надключич.л.у.на стор.пор-я.

M-отдален.MTS Mх-недостат.данных M0-нет пр-ков отдал.MTS M1- имеются MTS Стадии: 1-Т1N0M0 2a-T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0 2b-T2N1M0 T3N0M0 3a-T0(1.2)N2M0 T3N1M0 T3N2M0 3b- T4N0(1.2)M0 3c-любаяTN3M0 4-любая T любаяNM1 Пути MTS: 1.подмышечный(основной)-по ходу л.сос-в от подареоляр-го сплетения к подмыш.л.у. 2.парастернальный-от глубоких отделов центр.и медиал.частей м.ж. по л.сос-ам вдоль ветвей внутр.груд.арт. в парастернал.л.у. 3.подключичный-от л.сплет-й верх-зад.отделов м.ж.к подключич.л.у.

Клин.формы: 1 узловая 2 диффузная( отечно-инфильтратив, панцирный, маститоподобн., рожеподобн.) 3 рак соска м.ж. 4 метастатич-я 5 внутрипротоковый 6 внутридольковый

3.Задача: Рак верхушки правого легкого. Лечение- Лучевая терапия.

 **Билет № 4**

**1 Легочное кровотечение .Причины. Клиника. Диагностика ,дифференциальная диагностика**. Лечение.Лег кровот(гемофтиз)- это выдел с кашлем крови в кол-ве более 50мл/сут.Этиология:А.заб бронхо-легоч сис-мы-1.Туберкулез легких (лег кровот - более 60% всех наблюдений), 2.Острые инфекционно-деструктивные заб: пневмония, абсцесс, гангрена, мицетома.3.Хр гнойные за: хр абсцесс, хр эмпиема, бронхоэктазия, хр пневмония с пневмосклерозом.4. Злокачественные опухоли.5.Кисты легких.6.Паразитарные заболевания 7.Доброкач опухоли.8. Инородные тела бронхо-легочной системы.9.Травмы органов гр кл.10.Лег васкулиты: гранулематоз Вегенера, синдромГудпасчера.11.Инфаркт легкого.Б. заб плевры-1.Мезотелиома.2.Пиопневмоторакс.В. заб ССС-1.Артер гипертензия,2.Аневризма аорты,3.Пороки сердца (митральный стеноз) Г. заболевания системы крови:1.Гемофилии. В завис от интенсив кровопотери-1 степень: кровохарканье- 1а – 50 мл/сут.- 1б – 50-200 мл/сут.- 1в – 200-500 мл/сут. 2 ст: массивное лег кровот- 2а – 30-200 мл/час.- 2б – 200-500 мл/час. 3 ст: профузное лег кровот- 3а – 100 мл одномоментно - 3б - >100 мл одномоментно + обструкция трахео- бронхиального дерева, асфиксия. В зависимости от обЪема кровопотери:малое лег кровот – от 50 до 100 мл/сут,сред лег кровот – от100 до 500 мл/сут.,тяж лег кровот более 500 мл/сут.,особо тяж – обильное лег кровот более 500 мл, возник одномоментно или в течение короткого промежутка времени. 1ст-кровопотеря до 300мл/сут с кашлем-Однократное:Скрытое,Явное,Многократное: Скрытое.Явное.2ст-до 700мл/сут-Однократное:со снижением АД и Hb,без снижения АД и Hb.Многократное:со снижением АД Hb.без снижения АД и . Hb 3ст-свыше 700мл/сут-Массивное лег кровот –при этом учитывают одно- или многократность повторения эпизодов выделения крови, изменения артер давления, лейк формулы крови.Молниеносное лег кровотс летальным исходом – обильные (более 500 мл), возник одномоментно или в течение короткого промежутка времени.Клиника: Приступообр или длительно не прекращающийся кашель (в мокроте появляются прожилки крови, а вскоре она приобретает вид жидкой алой крови и ее сгустков).Одышка.Боли в груд кл.Чувство тревоги, страха за жизнь.Слабость, головокруж, беспокойство.Различные проявления дыхательного дискомфорта.Влажные хрипы на стороне поражения, позже с 2-х сторон.Тахикардия .Гипотония.Тахипноэ.Диагностика:1. общ анализ крови для орпед ст кровопотери, смотрим(Ht, эритр, тромб),объем циркулирующей крови.2.Общий анализ мокроты с микроскопией мазка, окрашенного по Грамму, цитологическое и микробиологическое исследование мокроты, бактериоскопия на КУБ.3.Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях.4.Бронхоскопия .5Консультация – ЛОР-врача, стоматолога.6.Компьютерная томография 7.Бронхиальная артериография.8.Ангиопульмонография 9.Аортография. 10.Торакоскопия.+доп 11.Коагулограмма. 12.Биохимический анализ сыворотки венозной крови: K, Na, Ca, мочевина, креатинин, общий белок, АлАТ, АсАТ, билирубин и его фракции.13.КЩР.14.Группа крови, Rh-фактор. 15 ЭКГ. Дифф Диаг-ка:1.Кровотечения из желудочно-кишечного тракта.2.Кровотечения при заболеваниях ЛОР-органов.3.Кровотечения при заболеваниях полости рта и зубов. Тактика терапии в зависимости от объема кровопот-1ст-Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях.,ФБС., Бронхиальная артериография. ,Гемостаз.,Плановое оперативное вмешательство.2ст-ФБС с клапанной бронхоблокацией, Эндоваскулярная окклюзия., Гемостаз.,Экстренное оперативное вмешательство.3ст-ФБС с клапанной бронхоблокацией.,Вынужденное оперативное вмешательство (по жизненным показаниям).Принципы лечения-А. Предупреждение асфиксии:Восст проходим дых путей:,Возвышенное положение тела., Положение больного на больном боку., Интубация трахеи, аспирация излившейся крови.,нормализация газообмена:, Оксигенотерапия при гипоксемии (РО2 <60 мм. рт. ст., SaO2 <90%), ИВЛ при наличии ОДН (гипоксемия, гиперкапния, респираторный ацидоз),*Лег кров яв показанием для эндобронхиальной интубации.* *Б. Остановка кровотечения:I. Консервативное лечение:*1. Медикаментозный гемостаз:Sol. Aminocapronici 5%-200,0-300,0 ml, в/в, per oss.,Sol. Vicasoli 1%-6,0 ml в/в, в/м, Sol. Dicinoni 12,5% -6,0-8,0 ml в/в, в/м,, Sol. CaCl2 10%-10,0 ml, 1%-200,0 ml в/в, Sol. Contricali 100-500 тыс. ед. в/в, Sol. Acidi Ascorbinici 5%-20,0 ml в/в, в/м, СЗП 200,0-500,0 мл в/в, Гемотрасфузия по показания, Управляемая гипотония при АГ: пентамин, атропин, арфонад. 2. Бронхоскопия с окклюзией бронха тугим марлевым тампоном, гемостатической или паралоновой губкой, баллоном Фогарти, а также электрокоагуляцией или аппликацией полимерами. В последнее время ведущим методом остановки кровотечения – клапанная бронхоблокация. II. Хирургическое лечение - неотложное и плановое:1.Временная окклюзия ветвей легочной артерии катетером с надувной манжетой от специального двух- или трехпросветного сердечного катетера;2.Эндоваскулярная катетерная эмболизация бронхиальных артерий. 3. Радикальные операции:а) сегментэктомия;б) лобэктомия; в) билобэктомия; г) пневмонэктомия; д) атипическая резекция легкого. 4. Паллиативные операции: а) перевязка легочной артерии; б) перевязка легочной артерии с пневмотомией и дренированием полости распада.

2. ЖКБ. Клиника и д-ка при неосложненных формах.В редких случаях протекает бессимптомно. Жалобы:1) Приступообразные или постоянные боли, возн после приема жирной, острой, жареной пищи, алкоголя. Боли лок-ся в правом подреберье, эпигастральной области, м иррадиировать в область правого предплечья, надключичную обл, обл правой лопатки. 2) Тошнота, рвота, не прин облегчения.3) Изменения стула (обесцвеченный кал, нарушение ф-и кишечника, запор, метеоризм).Объективно: возможно выбухание в правом подреберье. При пальпации – мыш защита, зоны гиперэстезии, боль в точке Шофара, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.Диагностика:1) клиника2) данные анамнеза ( обратить внимание на частое сочетание с ЖКБ с/д, ГБ, ожирением, насл предрасп).3) Данные объективного осмотра.

4) Лабораторные данные. Чаще всего нет изменений.5)УЗИ – размеры ЖП, утолщение его стенки, перегибы, камни в просвете, расширения внутри- и внепеченочных протоков, наличие в них конкрементов.6) Непрямая хоецистохолангиография. Метод основан на способности Кл печени вместе с желчью выделять контрастное вещество. Если внепеченочные протоки контрастируются, а пузырь не определяется, можно говорить об отключенном ЖП (Мб при облитерации пузырного протока, закупорка его камнем, сгустком желчи или слизи).7)Прямая холангиография. Применяется при подозрении на мех желтуху с целью выявления причин холестаза.8) Лапароскопия.

3.Задача: Фиброаденома правой молочной железы. Лечение: пункция, центральная резекция с цитобиопсией.

**Билет № 5**

**1. Осложения острого холецистита. Острый холангит: клиника, диагностика, лечение.**

Осложнения катарального холецистита: эмпиема ЖП, перфорация, наруж и внутр желчные свищи. Осложнения флегмонозного: околопузырный инфильтрат, паравезик. абсцессы и разлитой перитонит.

Острый холангит – это воспаления в желчевыводящих путях. Чаще возникает при наличии камней в желчных протоках или рубцовой стриктуры большого дуод сосочка. Также возможно развитие холангита в результате перехода воспаления с ЖП на внепеченочные желчные протоки. Клиника проявляется на 3-4 день от начала приступа. Хар-ны: нарастающая желтуха кожи и склер, фебрильная t0, озноб, боли в правом подреберье (триада Шарко). Состояние тяжелое, вялость, заторможенность, пульс частый, снижения АД. При пальпация симптомы острого холецистита+ увеличение печени и селезенки, выраженная болезненность в правом подреберье.

Диагн-ка: ЭРХПГ, КТ, лапароскопия, УЗИ. В крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ резко увеличено, повышение билирубин, трансаминаз, ЩФ. Прогрессирование острого холангита приводит к развитию почечной и печеночной недост-ти. Осложнением холангита м.б. абсцесс печени и билиарный сепсис.

Хир тактика зависит от выраженности воспалительного процесса в ЖП и брюшной полости, а также тяжести состояния больного (степени опер риска). Спазмолитики, а/б, устранение препятствия.

2.дисгормонал.заб-я м.ж.клас-я. клиника.диаг-ка.диф.диаг-ка.лечение.пок-я к оп-ции.

Класс-я:1диффузная мастопатия-простая-с умеренной внутрипротоковой пролиферацией эпителия-с умеренно выраж-й атипией эпителия,2узловая мастопатия-с пролиферацией

-с пролиферацией и атипией,3фиброаденома м.ж.-интраканаликулярная-периканаликулярная

-листовидная-внутрипротоковая папиллома,4аденома

Клиника уплотнение в м.ж.,боли, чувство распирания, набухания в м.ж.,особенно перед менструацией, головные боли, раздражительность,инверсия сна, ипохондричность.

Диагностика 1 анамнез,2объектив.исследование(осмотр, пальпация) ,3маммография

4УЗИ, 5галактография, 6 гормоны-АКТГ, пролактин, гонадотропин,7пункция очаговых уплотненийДиф.ди-ка1злокач.оп-ли м.ж.2реже-туберкулез, сифилис, кандидомикоз.

Лечение 1 консервативное -витаминотерапия-седативная тер-я-общеукрепляющ. Тер-я(настойка женьшеня,лимонника,родиола,аралия)-гормонотерапия(пр-ты андроген д-я, прогестерон,прогестины, тиреоидин). 2оперативное. Показания к операции-узловая форма мастопатии.

3.Задача: Центральный рак левого легкого T3NxMx. Обслед- КТ средостения, УЗИ органов брюшной полости. Лечение- консервативное/ гемостатическая и антибиотики, через 10 дней контроль ФБС, если опухоль не кровоточить, то пров лучевая.

**Билет № 6**

**1.Острая эмпиема плевры.Классиф.Этиол.Пат,Клин,Диагн**,Лечение.Эмпиема плевры-патологич проц, обуслов-й воздействием на плевру микробного или др поврежд агента инициирующих активацию цитокиновой сети, преимущ-но провоспалительной направленности.Эмпиема плевры – это ограниченное или диффузное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации и нередко дыхательной недостаточности. Классификация эмпием плевры и пиопневмотораксаA. По содержимому плевральной полости.1Эмпиема плевры2ПиопневмотораксБ. По характеру плеврального эксудата:1Серозно-гнойный.2Серозно-фибринозный.3Фибринозный4.Гнойный.5Гнилостный.6С геморрагическим компонентом.B. По характеру возбудителей: 1Асептическая. 2Неспецифическая. 3Анаэробная.4 Специфическая5Смешанная.Г. По патогенетическому механизму:1Первичная (посттравматическая).2Вторичная:А. Связанная с патологией легких *а) пара ,метапневмоническая ;б)осложнение гнойно-деструктивного про­
цесса легкого;в) послеоперационная;г)пневмоторакс.*Б. Не связанная с патологией легких:*а)контактная;б) лимфогенная;в) гематогенная.*Д. По распространенности1:Тотальная.2Распространенная.3Ограниченная:а)верх шечная;б) костальная;в)медиастинальная;г) диафрагмальная;д) междолевая.

Е. По свободе перемещения жидкостей в плевраль­ной полости:1Свободная. 2Сегментированная.3Панцирная.

Ж. По сообщению с внешней средой и воздухоносны­ми путями легких:1Закрытая 2Сообщающаяся с внешней средой:а) с плевроторакальным свищем;б) Empyema necessitates.3. Сообщающиеся с воздухоносными путями лег­ких:а) с бронхоплевральным свищем;б) с плевропульмональным свищем.

4. С бронхо-, пульмоноплевроторакальным сви-3. По клиническому течению и тяжести лечения:1. Острая:а) средней тяжести;б) тяжелая;в) крайне тяжелая2. Хроническая. Клиника. высок Т тела (до 38-39С и выше), слабость, недомогание, повышен потоотделение, бледностью, цианоз слизистых оболочек и тахикардия. Постепенно развивается одышка, может быть сухой кашель, боль в соответствующей половине грудной клетки и понижение массы тела.Основные синдромы Интоксикационный.Одышки. Физикально: жидкость в плевральной полости.Лабораторно: признаки воспаления.УЗИ: жидкость в плевральной полости.Рентгенологически: гомогенное затемнение пле­
вральной полости.Пункционно: гнойный эксудат.ДиагностикаЖалобы.Анамнез заболевания.

Объективное обследование больного.Данные лабораторного обследования. Рентгенологическое исследование грудной клетки:Микробиологическое исследование плеврально­го экссудата.Цитологическое исследование плеврального экссудата.Исследование системы гемостаза. Схема лечения эмпиемы плевры. 1Антибактериальная терапия/лечение основного заболевания и осложнений.

2Эвакуация гноя из плевральной полости:Пункционное ведение плевральной полости
(при положительной клинической динами­ке).Дренирование плевральной полости (пас­
сивный при гнойном плеврите, активныйпри пиопневмотораксе).Постоянный или фракционный лаваж (про­мывание) плевральной полости 3.Детоксикационная терапия:а) инфузионная терапия (растворы глюкозы,растворы кристаллоидов, гемодез, реополиглюкин);б) лечебный плазмаферез; в) переливание нативной, замороженной плаз­
мы, протеина, альбумина.4. Коррекция гемостаза, особенно при выражен­
ных проявлениях ДВС-синдрома: а)применение антиферментных препаратов
(контрикал, гепарин, гордокс и др.);б)переливание замороженной (лечебной) плаз­
мы с целью дотации антитромбина-Ш и дру­
гих факторов.5. Заместительная терапия: а)переливание белковых препаратов для лик­
видации гипопротеинемии и диспротеинемии; б)переливание консервированной крови при
анемии ние 80 г/л; в) витаминотерапия.6. Препараты, улучшающие реологические свова крови (реополиглюкин, гемодез, трентал, ку-
рантил, никотиновая кислота и др.).

2.Диф. д-ка ЖКБ.Проводиться с заболеваниями ЖП и заболеваниями др органов.

Заболевания ЖП:1) бескаменный холл-т (длительные, иногда постоянные боли, усилив после погрешностей в диете).2) лямблиоз ЖП, описторхоз.3) холестероз ЖП.4) аденомы и аденомиоматоз (в отличие от конкрементов – при холецистографии проявляются в виде дефекта наполнения, на УЗИ не меняет своего положения при изменении положения тела в пространстве).5)рак желчного пузыря.Заболевания др органов:1) хр гепатит.2) хр панкр-т3) хр гастрит, дуоденит, ЯБЖ и ДПК.4) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.5) оп правой половины толстой кишки.

3.Задача: Фиброаденома правой молочной железы. Лечение: пункция, центральная резекция с цитобиопсией.

 **Билет № 7**

**1 Острый холецистит: клиника, диагностика, диф диагн-ка.**

Клиника: боль в правом побреберье, тошнота, рвота желчью, не приносящая облегчения, повышение t0, тахикардия. Повышение сожержания ферментов, лейкоцитоз.

Симптом Ортнера (болезненность при поколачивании ладонью по прав реберной дуге)

Симптом Керра (бол-ть в области проекции ЖП на переднюю брюшную стенку при пальпации на высоте вдоха)

Мерфи (больной лежит на спине, кисть врача на проекции ЖП, больной не сможет вдохнуть из-за острой боли)

Мюсси-Георгивского (болез-ть при надавливании пальцем над ключицей м/у передними ножками правой грудино-ключично-сосцев мышцы)

Щеткина-Блюмберга.Диагн-ка: - характерная клиника

- лаборат методы (клинические анализы крови, показатели азотемии, билирубин и его фракции, амилаза крови и диастаза мочи)

- неинвазивные инстр методы (ЭКГ, рентген грудной клетки, УЗИ брюшной полости)

- инвазивные (ЭРХПГ при подозрении на патологию протоков, лапароскопия как резервный метод). Если сочетается с желтухой, то все эти методы+ ферменты крови (АСТ, АЛТ, ЩФ), ЭРХПГ и билирубин крови с фракциями. На УЗИ о гипертензии говорит расширения внутрипеченочных протоков.

Диф. DS: острый панкреатит, прободная язва желудка, инфаркт миокарда, нижнедолевая пневмония, базальные плевриты, пиелонефрит, ПТИ, б-нь Боткина.

2. Бронхоэктатическая болезнь.- это необратимые цилиндрические или мешковидные расирения просвета сегментарных и субсегментарных бронхов. Бронхоэктазии — необратимые морфологические изменения (рас­ширение, деформация) и функциональная неполноценность брон­хов, приводящие к хроническому нагноительному заболеванию лёгких. Весь комплекс лёгочных и внелёгочных изменений при на­личии бронхоэктазов называют бронхоэктатической болезнью. Классификация бронхоэктазии*1.По происхождению :*первичные (врождённые);вторичные (приобретённые).*2. По виду расширения бронхов :*цилиндрические; мешотчатые; кистоподобные; смешанные.*3. По распространению :*ограниченные или распространённые; односторонние или двусторонние.тяжёлая осложнённая форма. *По клиническому течению :*фаза ремиссии; фаза обострения..Диагностика физикальные данные притупление перкуторного звука, ослабленное или жёсткое дыхание с различным количеством полиморфных (сухих и влажных) хрипов. Звучные разнокалиберные влажные хрипы сохраняются и в период ремиссии. Лаб данные: анемия, высокий лейкоцитоз в периферической крови с палочкоядерным сдвигом, увеличение СОЭ, гипоальбуминемия, угнетение фибринолитической активности кро-ви, повышение агрегационных свойств эритроцитов и тромбоцитов. Рентген уменьшение объёма и уплотнение тени поражённых отделов лёгкого, ячеистость и сетчатость лёгочного рисунка ,сегментарные и долевые ателектазы, наличие плевральных шварт, гиперплазию и уплотнение лимфатических узлов корня лёгкого. Повышение воздушности его непоражённых отделов за счёт викарной эмфиземы, смещение тени средостения в сторону поражения. Диф диагностика туберкулёз лёгких, абсцесс легкого, центральная карцинома. Показания к операции 1. легочное кровотечение 2.Упорно рецидивирующая пневмония одной и той же локализации. Виды операций: 1.сегментэктомия, 2.билобэктомия, 3. лобэктомия, 4. декортикация.

3. Задача: Эхинококкоз печени. Обследование- УЗИ печени, КТ, серология (ИФА), в крови - эозинофилия, реакция агглютинации с латексом, рентген, ляпороскопия Лечение- Методы хир лечение:

- закрытая одномоментная эхинококкэктомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе - открытая одномоментная эхинококкэктомия- вылущивание паразиты с капсулой- резекция печени.

**Билет № 8**

**1 Осложнения ЖКБ. Механич желтуха, клиника, д-ка,** лечение.

1) Хлецистит с его возможными осложнениями.

2) Вдянка ЖП (мукоцеле) является исходом обтурации шейки ЖП или пузырного протока (вклиненный конкремент, облитерация, густая слизь).

3) Холедохолитиз – наличие конкрем в общем желчном протоке. Наиб часто камни лок-ся в обл большого дуод сосочка. Мб полная и неполная обтурация камнем. При полной – быстрое развитие механической желтухи.

4) Рубцовые стриктуры желчевыводящих путей. Объясняется длительным нахождением камня в общем желчном протоке и его местным раздражающим действием на стенку протока. Мб ограниченные (по протяж-ти от неск мм до 1 см) и тубулярные (2-2.5 см).

5) Вторичный билиарный цирроз. Явл осложнением длительно неразрешающейся желтухи на фоне холедохолитиаза или рубцовых стриктур желчных протоков.6) Развитие желчных свищей. Возн при длительном нахождении камней в ЖП и образ-я пролежня его стенки и близлежащего органа. Чаще м/у ЖП и ДПК или печеночным изгибом толстой кишки.

Механическая желтуха – синдром, возникающий при частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей, нарушении пассажа желчи в кишечник. Клинические признаки:

-пожелтение кожных покровов, склер и слизистых об.

-кожный зуд (м опережать появление желтухи).

-увеличение в размерах печени и ЖП.

-обесцвечивание кала, потемнение мочи.

-приступообразные боли.

Выделяют несколько клин форм: желтушно-болевая (тошнота, боль, лихорадка, желтуха), желтушно-панкреатическая, желтушно-холециститная, желтушно-септическая, желтушно-безболевая. Следует отметить, что при мех желтухе возможно поступление желчи в ДПК при наличие вентильного камня, что клин проявл реммитир желтухой.Д-ка:1) лаборат признаки. Гипербилирубинемия за счет прямого бил-на, выс уровень желчных кислот в крови, гиперХСемия, увелич акт-ти печеночной фракции ЩФ крови, увелич акт-ти ГГТП крови, отсутствие стеркобилина в кале, увелич сод уробилина и появление желчных пигментов в моче. В ОАК – лейкоциотоз, СОЭ увелич.

2) ЭРХПГ, УЗИ, КТ, эндоскопические методы для дифференцировки от различных видов желтух.

Лечение: мех желтуха явл абсолютным показанием к операции. Предоперационная подготовка: для проф-ки холемических кровотечений – викасол, при развитии ДВС(1 ст) – гепаринпод контролем времени сверт крови, свежезам плазму, игибиторы протеаз. Для коррекции ф-и ГЦ Рим в/в карбоксилазу, АТФ, вит гр В, антиоксиданты, гепатопротекторы. Возникающую при длительной мех желтухе гипо- и диспротеинемию корригируют введением альбумина, протеина, плазмы. С целью сниж интокс проводят: форсир диурез в 3 этапа – 1 – увелич ОЦК (полиионные р-ры, кристаллоиды), 2 – форс диурез на фоне водной нагрузки (петл, осм диуретики), 3 – коррекция КЩР. +лимфосорбция, плазмаферез.

1) Холедохотомия с дренир протока при желтухе, вызванной холедохолитиазом.2) Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия при стенозирующем паппилите. Ущемившихся конкрементах в терминальных отделах Ж протока. (эндоскопическая сейчас).3) Билиодигестивные анастомозы для отведения желчи из Ж протоков в тонкую к при д/к заб-ях (стриктуры, стенозы протоков).4) Холецистоэнтеростомия в случае непроходимости Ж протока при неоперабельных оп, закрывающих просвет дистальной части общего желчного ротока.

5) Холедохо- или гепетикодуоденостомия.

2. периферический рак легкого. Клинико-анатом формы.Клиника. Диагностика.Лечение. формы1.Узловая.( внутридолев,субплевр,с прораст плевры и смеж-х оргпнов)2.Полостная.( первичная, вторичная)3.Бронхиолоальвеолярная (распространение поальвеолярным ходам и бронхиолам):( без внутриальвеоляр распростр-я, с внутриальв распростр)4.Внутриальвеолярная. 5.Вехушечная (Панкоста) Клиника: Местные симптомы: боль, одышка, кашель, кровохарканье. Общие симптомы. Диагностика: 1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5.Трансторокальная( чрезкожная) пункция.6. УЗИ бр полости и забр пространства. 7 .КТ лег и средостения. Дифф Диагн: 1.доброкач опух, 2. туберкулема, 3.ограниченный пневмосклероз, 4. солитарный метастаз др опухоли ( меланома кожи, рак почки), 5. шаровидная пневмония, 6. абсцесс. 7. кисты. Лечение: Радикальное лечение:1.Хирургическое лечение2.Комбинированное – операция + лучевая терапия 3.Комплексное – операция + химиотерапия4.Комплексное – операция + химиотерапия + лучевая терапияПаллиативная терапия:1.Лучевая терапия 2.Комплексное – химиотерапия + лучевая терапия Немелкоклеточного рака: I радикальное.1.хир леч,2.комбинированное-опер+лучевая,3.комплесное-опер+химиотер,4.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная 1.луч,2.комплекс химио+луч Мелкоклеточного: I комплекс радикальное,1. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,2.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио.II комплекс паллистив,1.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,2.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио.

3. Задача: 2b-T2N1M0(Т2- до 5см в наиб.измер, N1-MTS в подмощ.у. на стор.пораж-я, M0-нет пр-ков отдал.) T3N0M0 (Т3- бол. 5см в наиб.измер., N0-нет MTS в рег.л.у., M0-нет пр-ков отдал.).Лечение- Определить гормонзав или нет. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер, операция (радикальн мастэктомия + кастрация, гормонотер. Если негормонзав, то химиотер, операция (радикальн мастэктомия, химио-лучевая терапия

 **Билет № 9**

**1.О.панкреатит:клиника,диаг-ка.**ДифКлиника:внезапная боль,аще вечером или ночью,после погрешности в диете или алкоголя,интенсивная, без светлых промежутков,лок-ся в эпигастральной области, чаще опоясывающего хар-ра.Многократная рвота, не приносящая облегчения,температура, метеоризм.Симптом Мейо-Робсона-пальпация поясничной области,особенно в левом ребеоно-позвоночном углу,резко болезненна.Диаг-ка:1)клиника2)определение активности ферментов крови,моче,перитонеальном экссудате,гомеостатические данные (лейкоциты, лейкоцитарный индекс интоксикации, трансаминазы,гематокрит,глюкоза , билирубин ,мочевина ,креатинин ,белок, электролиты)3)рентгенография4)УЗИ 5)лапароскопия 6)КТ 7)чрезкожная пункция под контролем УЗИ и КТ 8)эндоскопическая визуализация фатерова сосочка.Диф:1)о.холецистит 2)о.киш непроходимость 3)о.инфаркт миокарда 4)перфорация язвой желудка 5)разрыв аневризмы брюшного отдела аорты.

2 Доброкач опухоли и кисты легкого. Этиология. Клиника. Диагностика.Лечение. Виды операций.Доброк: А.центр опух (эндобронх, экстрабронх), Б.периферич опух (субплевральн , глубокие). Гистология: А.эпителиальн опух ( аденомы, папилломы ), Б. нейроэктодерм (невриномы, нейрофибромы), В. Мезодерм ( фибромы, липомы, миомы, сосудистые, гистиоцитомы, ксантомы), Г. дизэмбриогенетические( гамартомы, тератомы ). Аденома- образ из слизист бронхов, ( аденоид, базально-кл карцинома, карциноид, цилиндрома).Карциноид- разв-ся из низкодифф Кл Кульчинского из нейроэктодермальн происхожд-я, они вырабатывают – адреналин, серотонин, мелатонин+ полипеитид гормоны.АПУД-система. Папиллома- сост из соед стромы с многочисленными папиллярн выростами, покр-ми куб или метаплазир-ым многосл эпит-ем, лок-ся только в бронхах, внешний вид напоминает цв капусту. Гамартома- порок развития элементов мезо и эктодермы. Тератома- имеет вид кисты или плотной опух, лок-ся преимущ-но в верх доле левого легкого, растет медленно, почти никогда не малигнизир-ся. Фибромы- лок-ся в обоих легких, достигают 2-3см, но могут достигать больш размеров. Липомы: Лейомиома- разв из гладкомыш волокон, вход в состав стенки бронха или кров сосуда, имеет выраженную капсулу. Добр гемангиоэндотелиома- чаще у детей, распол-ся в глубине паренхимы тк легкого. Добр гемангиоперицитома- плотный четко огранич узел красного цв. Фиброзная гистиоцитома- встре редко, возник на фоне длительно сущ воспал проц. Плазмоцитарная гранулема- четко очерченное образ, воз на фоне наруш белкового обмена. Клиника: центр опух- бронхостенох 1-2ст, клапанный бронхостеноз, окклюзия бронха, периф опух- бессимптом тече, началь клин проявления, выражен клин проявл. Осложнения- пневмофиброз, ателектаз, бронхоэктазия, абсцедирующ пневмония, компрессион синдром, кровотеч, малигнизация, метастазиров. Лечение: зависит от вида опух, аденома- это оператив лечение( сегменэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия в зависим-ти от размера), фибромы- за ними нужно наблюдать, если начинают увелич-ся, то опер удаление, Кисты: врожденный, приобретенные. Истинные, ложные( нет эпит выстилки).А. Врожден:1. поликистоз легких( кистозная гипоплазия лег), 2. микрокистозное легкое9 бронхиолярная эмфизема лег), 3.внутридолевая секвестрация, 4. добавочное кистозное лег, 5. гигантская киста у новорожд и детей раннего дет возр. Б. Приобрет: 1. абсцесс, эхинококк, туб-я каверна, 2. пневматоцеле, 3. прогрессир-я эмфизематозно-буллезная дистрофия лег( исчезающее лег Бурке, гигант эмфиземат киста), 4. эмфизематозная секвестрация, 5. буллезная эмфизема. В. Дизонтогенетич: 1. солитарная бронхогенная киста лег, 2. гигантск бронхогенн киста у взр, 3. дермоидная, 4. солитарная бронхогенн кистаденома. Лечение- если киста небольш размеров, то лечат консервативно, при прорвавшейся кисте- дренирование. Диагностика- рентгеногр в 2-х проек, томогр, КТ, УЗИ орг бр пол, мокрота, бронхоскопия.

3. Задача.

ДЗ-о. некалькул флегмонозный холецистит( располож внутрипеченочно), осложненный околопеченн инфильтратом. Лечение-пункция,для снятия гипертензии, вв антибиотиков в полость ж.п.

**Билет № 9**

**1.О.панкреатит:клиника,диаг-ка.ДифКлиника**:внезапная боль,аще вечером или ночью,после погрешности в диете или алкоголя,интенсивная, без светлых промежутков,лок-ся в эпигастральной области, чаще опоясывающего хар-ра.Многократная рвота, не приносящая облегчения,температура, метеоризм.Симптом Мейо-Робсона-пальпация поясничной области,особенно в левом ребеоно-позвоночном углу,резко болезненна.Диаг-ка:1)клиника2)определение активности ферментов крови,моче,перитонеальном экссудате,гомеостатические данные (лейкоциты, лейкоцитарный индекс интоксикации, трансаминазы,гематокрит,глюкоза , билирубин ,мочевина ,креатинин ,белок, электролиты)3)рентгенография4)УЗИ 5)лапароскопия 6)КТ 7)чрезкожная пункция под контролем УЗИ и КТ 8)эндоскопическая визуализация фатерова сосочка.Диф:1)о.холецистит 2)о.киш непроходимость 3)о.инфаркт миокарда 4)перфорация язвой желудка 5)разрыв аневризмы брюшного отдела аорты.

2 Доброкач опухоли и кисты легкого. Этиология. Клиника. Диагностика.Лечение. Виды операций.Доброк: А.центр опух (эндобронх, экстрабронх), Б.периферич опух (субплевральн , глубокие). Гистология: А.эпителиальн опух ( аденомы, папилломы ), Б. нейроэктодерм (невриномы, нейрофибромы), В. Мезодерм ( фибромы, липомы, миомы, сосудистые, гистиоцитомы, ксантомы), Г. дизэмбриогенетические( гамартомы, тератомы ). Аденома- образ из слизист бронхов, ( аденоид, базально-кл карцинома, карциноид, цилиндрома).Карциноид- разв-ся из низкодифф Кл Кульчинского из нейроэктодермальн происхожд-я, они вырабатывают – адреналин, серотонин, мелатонин+ полипеитид гормоны.АПУД-система. Папиллома- сост из соед стромы с многочисленными папиллярн выростами, покр-ми куб или метаплазир-ым многосл эпит-ем, лок-ся только в бронхах, внешний вид напоминает цв капусту. Гамартома- порок развития элементов мезо и эктодермы. Тератома- имеет вид кисты или плотной опух, лок-ся преимущ-но в верх доле левого легкого, растет медленно, почти никогда не малигнизир-ся. Фибромы- лок-ся в обоих легких, достигают 2-3см, но могут достигать больш размеров. Липомы: Лейомиома- разв из гладкомыш волокон, вход в состав стенки бронха или кров сосуда, имеет выраженную капсулу. Добр гемангиоэндотелиома- чаще у детей, распол-ся в глубине паренхимы тк легкого. Добр гемангиоперицитома- плотный четко огранич узел красного цв. Фиброзная гистиоцитома- встре редко, возник на фоне длительно сущ воспал проц. Плазмоцитарная гранулема- четко очерченное образ, воз на фоне наруш белкового обмена. Клиника: центр опух- бронхостенох 1-2ст, клапанный бронхостеноз, окклюзия бронха, периф опух- бессимптом тече, началь клин проявления, выражен клин проявл. Осложнения- пневмофиброз, ателектаз, бронхоэктазия, абсцедирующ пневмония, компрессион синдром, кровотеч, малигнизация, метастазиров. Лечение: зависит от вида опух, аденома- это оператив лечение( сегменэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия в зависим-ти от размера), фибромы- за ними нужно наблюдать, если начинают увелич-ся, то опер удаление, Кисты: врожденный, приобретенные. Истинные, ложные( нет эпит выстилки).А. Врожден:1. поликистоз легких( кистозная гипоплазия лег), 2. микрокистозное легкое9 бронхиолярная эмфизема лег), 3.внутридолевая секвестрация, 4. добавочное кистозное лег, 5. гигантская киста у новорожд и детей раннего дет возр. Б. Приобрет: 1. абсцесс, эхинококк, туб-я каверна, 2. пневматоцеле, 3. прогрессир-я эмфизематозно-буллезная дистрофия лег( исчезающее лег Бурке, гигант эмфиземат киста), 4. эмфизематозная секвестрация, 5. буллезная эмфизема. В. Дизонтогенетич: 1. солитарная бронхогенная киста лег, 2. гигантск бронхогенн киста у взр, 3. дермоидная, 4. солитарная бронхогенн кистаденома. Лечение- если киста небольш размеров, то лечат консервативно, при прорвавшейся кисте- дренирование. Диагностика- рентгеногр в 2-х проек, томогр, КТ, УЗИ орг бр пол, мокрота, бронхоскопия.

3. Задача.

ДЗ-о. некалькул флегмонозный холецистит( располож внутрипеченочно), осложненный околопеченн инфильтратом. Лечение-пункция,для снятия гипертензии, вв антибиотиков в полость ж.п

. **Билет № 10**

**1. ЖКБ. Этиология. Патогенез. Клинич формы.**

ЖКБ – это Заболевание печени, при кот печень продуцирует желчь, способную образовывать желчние камни.

Этиология и патогенез:

- Нарушение физико-хим состава желчи. При ЖКБ происходит изменение нормального содержаниея в желчи ХС, лецитина, солей ЖК. Кол-во ХС превышает границы его растворимости – желч становиться перенасыщенной ХС, при этом ХС выпадает в осадок. Также повышается литогенность желчи, увелич содержание желчных кислот.

- Застой желчи. Происходит вследствие гипотонич и гипертонич дискинезии, кот явл также благопр фактором для камнеобразования. Гипертонич дискинезия – спазм сф Одди, при эт происх поступление желчи и панкреатич сока в протоки и ЖП. Гипотонич дискинезия – расслаблние сф Одди, происходит заброс содержимого ДПК в желчные протоки+инфицирование.

- Воспалительные изменения эпителия ЖП. В рез воспаления в просвет ЖП попад микрочастицы, кот являются матрицей для отложения на них кристаллов вещества, находящегося в перенасыщенном состоянии.

Клинические формы ЖКБ:

1) Латентная ( камненосительство). Жалоб не предъявляют. Чаще через 10-15 лет развиваются у таких больных другие формы ЖКБ и ее осложнения.

2) Первично-хр холецистит (диспептическая форма). Жалобы связаны с функц расстройствами деят-ти жкт: чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, неустойчивый стул, горечь во рту, изжега. Чаще возн после еды, особ если она включала в себя жирные, жареные, острые блюда или была обильной.

3) печеночная колика. Проявл внезапно возникающими и периодически повторяющимися приступами печеночной (желчной) колики. Чаще всего приступ обусловлен нарушением оттока желчи из ЖП ( спазм пузырного протока, обтурация его камнем, комочком слизи) или нарушением отходения желчи по общему желчному протоку ( спазм сф Одди, обтурация его камнем, комочком слизи, прохождение камня по холедоху). Приступ возникает внезапно, может длиться часами, редко сут. Боли лок-ся в эпигастрии и правом подреберье. По вегетативным нервам боли иррадиируют в правые лопатку, спину, плечо. Приступ может сопр рефлекторной рвотой, кот не приносит облегчения.Приступ обычно также внезапно прекращ. Между приступами б-й чувствует себя удовлетворительно.

4) Хр рецидив калькулезный холецистит. Хаар-но повторение приступов боли в правом подреберье и эпигастрии, сопров воспалением ЖП с хар-ми симпт: повыш Т, лейкоцитоз, сдвиг ф-лы влево, СОЭ увелич, появл перитонеальные симпт. Каждый рецидив воспаления рассматривают как о заболевание, треб активного лечении в обл хир стационара.

5) Хр резидуальный холл-т. Приступ о холл-та закончился, Т норм, уменьш лейкоцитоз, но сохран болевой синдром и пальпаторная болезн-ть в области проекции желчного пузыря.Полного благополучия пациенты между приступами не отмечают.

6) прочие формы холл-та.

Стенокардитическая: Боткиным описан холецисто-кардиальный синдром, при кот боли, возн при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии.

Синдром Сейнта: сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки (патогенез не ясен, скорее всего ген дефект).

2. Центральный рак легкого. Клиник-анатом формы.Клиника. Диагностика. Дифф Диагност. Лечение. по уровню поражения бронхов:типичная форма Субсегментарного, Сегментарного, Долевого (включая поражение промежуточ­ного), Главного (включая переход на трахею).Формы роста Экзофитная (эндобронхиальная), Эндофитная (экзобронхиальная, Разветвленная с перибронхиальным муфтообразным ростом. Атипичная форма1.С нагноительным проц в зоне гиповентиляции( в ателектазе)2.С прорастаниев в средостение. Клиника- Первичные или местные симптомы – кашель(возникающий рефлекторно, сначала сух,потом надсадный,сопровожд выд мокроты, слиз или слиз-гн,) - кровохарканье- одышка - боль в груди.Вторичные симптомы (осложнения, прорастание в соседние органы и ткани). Общие симптомы (астения, гиподинамия, снижение трудоспособности).Диагностика: 1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5. УЗИ бр полости и забр пространства. 6.КТ лег и средостения. Дифф диагностика: 1.Хр неспециф пневмония.2.туберкулез.3.пневмосклероз.4.доброкач опухоли легких. Радикальное лечение:1.Хирургическое лечение2.Комбинированное – операция + лучевая терапия 3.Комплексное – операция + химиотерапия4.Комплексное – операция + химиотерапия + лучевая терапияПаллиативная терапия:1.Лучевая терапия 2.Комплексное – химиотерапия + лучевая терапия Немелкоклеточного рака: I радикальное.1.хир леч,2.комбинированное-опер+лучевая,3.комплесное-опер+химиотер,4.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная 1.луч,2.комплекс-химио+луч.Мелкоклеточного: I комплекс радикальное,1. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,2.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио.II комплекс паллистив,1.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,2.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио.

3. Задача: Дз- О. стерильный смешанный панкреонекроз, ферментативный перитонит. Лечение- 1. дренирование брюшной полости. 2. консервативное лечение (1Спазмолитики 2Обезболивающая тер.3.. Инфузионно-трансфузионная тер до 3,5 л р-рами Рингера, Глюк , инсулином, Реополиглюкина, Аминокисл,10% глюк с калием 4. «прерывающая терапия»( октреотид, ацетата сталамин, 5-фторурацил)- для выключения подж.ж., блокада секретор ф-ии.5.Антибиотики.6. экстрокорпоральная Детокс ( плазмеферез) и ГБО 7.Диета, постельный режим,.

**Билет № 11**

**1. Анатомо-физ особ ПДЖ.О** панкреатит:понятие,этио,патогенез

ПДЖ расположена забрюшинно на Ур-не 1-2 пояс позвонков.Различают головку, тело, хвост.Главный проток(вирсунгов) образуется из слияния мелких дольковых протоков. В головке вирсунгов проток соед-ся с добавочным.Кровоснабжение-ветвями панкреатодуоденальной артерией,кото снабжает кровью большую часть головки.Ветви верхней брыж артерии обеспечивают кровью головку и т тело, а ветви селезеночной-тело и хвост.ПДЖ обладает внешнесекреторной и инкреторной функцией.

О панкреатит-воспалительно-некротическое поражение ПДЖ,обусловленное ферментативным аутолизом.Этио:1)заб-я внепеченочных желч путей 2)ЖКБ,холедохолитиаз3)спазм или воспаление большого дуод сосочка4)дискинезия желчных путей5)алкоголь6)травмы7)хир вмешательства8)заб-я ДПК

Пат-з: основа-процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментови цитокинов различной природы.Происходит активация вырабатываемых железой ферментов,они выход\т за пределы протоков и происходит увеличение паренхимы,затем ферменты начинают расщипляться и оказывают влияние на ткань ПДЖ,могут входить в малую Сальникову сумку, а оттуда в брюш полость через отв-е Вислоу

2 Хроническая эмпиема чаще поддерживается смешанной флорой с преобладанием грамотрицательных бактерий (кишечной, синегнойных палочек). Основными условиями для возникновения хронической эмпиемы плевры является недостаточное расправление легкого с формированием стойкой остаточной плевральной полости и поддержание инфекции в стенках этой полости. Главными поддерживающими факторами служат бронхиальные свищи, хондриты, склеротические изменения коллабированных участков легкого. В основе причинных факторов, ведущих к развитию хронической эмпиемы плевры, лежат несвоевременное или недостаточное лечение острой эмпиемы, ошибки в лечебной тактике, тяжелые деструктивные изменения в легких, плевре, грудной стенке. Клиника. Периодическое повышение Т тела, слабость, недомогание, повышен потоотделение, бледность. Диагностика Длительность заболевания более 6-8 недель.В ОАК- повыш СОЭ, лимфопения, нейтрофильный сдвиг влево, лейкоцитоз рентгенологическое обследование : утолщенная плевра. Показания к операции: 1тотальная эмпиема 2 эмпиема остаточной полости с бронхоплевральным свищем 3 выраженный коллапс легкого 4 нарастающие признаки плеврогенного цирроза легкого со снижением его функции 5 отсутствие успеха в лечении эмпиемы более 2 месяцев.

Оперативные вмешательства: декортикация плевры, лестничный марш.

3. Задача: От дна.

 **Билет № 12**

**1.О.интерстициальный мастит. стадии.клиника.диа-**ка.лечениеСтадии 1 серозная 2инфильтративная 3некротическая 4 нагноения Клиника: нач-ся остро-боли, чув-во распирания в м.ж., озноб, повыш-е температуры, слабость. М.ж. увелич-ся в размерах, появ-ся гиперемиякожи в зоне вос-я. сцеживание молока и пальпация в области гиперемии болезненна .кол-во сцеживаемого молока умен-ся. В крови лейкоцитоз, повыш-е СОЭ. Диг-ка 1 осмотр 2 пальпация леч-е Лечение- 1консервативное -сцеживание молока каждые 3 часа-в/м 2.0 дротаверина 3 раза в день за 20 мин. До сцеживания-ежедневные ретромаммарные новокаиновые блокады-антибиотики-десенсебилизирующ тер-я-витаминотерапия-полуспиртовые повязки на м.ж.-физиолеч-е2оперативное- некрэктомия с послед дренир-ем Показания к оп-ции1 неэффективность консер.леч-я, 2длит заб-я бол 3 сут, 3инфильтрат, заним бол 1 квадранта железы, 4мест сим-мы гнойн восп-я.

2. Виды желтух. Диф.д-ка. Принципы предоперационной подготовки. Виды операций.В зависимости от причины повышения уровня билирубина в крови выд 3 осн типа желтухи.1) Гемолитическая (надпеченочная). Возн в рез интенсивного распада эр и чрезмерной продукции непрямого билирубина. Процесс возникает при гиперф-и кл ретикулоэндотелиальной с-мы, прежде всего селезенки, мб вызвана гемолитич ядами, продуктами распада обширных гематом, всасывающихся в кровь. Кожные покровы им умеренно выраж лимонно-желт окраску, зуда нет или незначительный, печень норм размеров или неск увелич. Иногда мб спленомегалия. Моча им темный цвет за счет повыш конц уробилиногена и стеркобилиногена, билирубин отс. Кал темно-бурый, много стеркобилина. В крови – повыш ур непрямого билирубина, прямой не повышен, мб анемия, ретикулоцитоз, повыш СОЭ. Уровень сыворотночного железа в крови повыш.

2) Печеночная (паренхиматозная). Развив при повреждении ГЦ, способность которых связывать непрямой билирубин и переводить его в прямой уменьш. Образовавшийся прямой билирубин лишь частично поступает в желчные капилляры, большая его часть возвращ в кровеносное русло. Чаще возн при вир гепатитах, циррозе печ, отравлениями ядов (тетрахлорэтан, мышьяк). Кожа им шафраново-желтый с рубиновым оттенком цвет. Кожный зуд выражен незначительно. Ч/з 3-4 нед кожа становится зеленоватого оттенка, т к в тканях накапл биливердин. Печень увеличена, при циррозе мб уменьшена и уплотнена, селезенка увелич.Мб симптомы портальной гипертензии (варик расширение вен пищевода, геморроид кровотеч).Цвет кала более светлый, чем обычно (снижен стеркобилин). Моча темно-бурого цвета. В анализах крови – увел СОЭ, Повыш ур прямого и непрямого билирубина, концентрация протромбина сниж, трансаминазы, ЩФ повыш. В моче повышен уробилин и уробилиноген, перемежающаяся билирубинурия.

3) Обтурационная (механическая, подпеченочная). Развив при частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей, нарушении пассажа желчи в кишечник. Кожные покровы желтовато-зеленые. Кожный зуд выражен. Печень норм или немного увелич. Селезенка не увелич. Мб боли. Кал обычно им светло-серую окраску, а при полной непроходимости – ахоличный (снижение или отсутствие стеркобилина в кале). Моча цвета пива, темная. В анализах – увелич СОЭ, лейкоцитоз, конц прямого резко повыш, непрямого незначительно повыш. В моче – выраж билирубинурия, уробилиноиды не опред-ся.Предоперационная подготовка: для проф-ки холемических кровотечений – викасол, при развитии ДВС(1 ст) – гепаринпод контролем времени сверт крови, свежезам плазму, игибиторы протеаз. Для коррекции ф-и ГЦ Рим в/в карбоксилазу, АТФ, вит гр В, антиоксиданты, гепатопротекторы. Возникающую при длительной мех желтухе гипо- и диспротеинемию корригируют введением альбумина, протеина, плазмы. С целью сниж интокс проводят: форсир диурез в 3 этапа – 1 – увелич ОЦК (полиионные р-ры, кристаллоиды), 2 – форс диурез на фоне водной нагрузки (петл, осм диуретики), 3 – коррекция КЩР. +лимфосорбция, плазмаферез.Виды операций:1) Холедохотомия с дренир протока при желтухе, вызванной холедохолитиазом.2) Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия при стенозирующем паппилите. Ущемившихся конкрементах в терминальных отделах Ж протока. (эндоскопическая сейчас).3) Билиодигестивные анастомозы для отведения желчи из Ж протоков в тонкую к при д/к заб-ях (стриктуры, стенозы протоков).4) Холецистоэнтеростомия в случае непроходимости Ж протока при неоперабельных оп, закрывающих просвет дистальной части общего желчного ротока.5) Холедохо- или гепетикодуоденостомия

3. Задача: ДЗ- Центральный рак нижней доли левого легкого T2NxMx. Осложненный ателектазом нижней доли левого легкого и постобтурационной пневмонией. Лечение- комплексное-операция в объеме пульмонэктомии, после опер химио и лучевая терапия.

**Билет № 14**

**1.Острый мастит.клас-я.клиника.д-тика.диф.ди-ка.лечение.пок-я к оп-ии.**

Класс-я1по генезу –лактацион. – нелактацион.2хар-р воспалит Процесса1)негнойный-серозный-инфильтративный2)гнойный-абсцедирующий-инфильтративно-абсцедирующий-флегмонозный-гангренозный3по локализации гнойника-субареолярный

-подкожный-интрамаммарный-ретромаммарный4по распространенности пр-са-ограниченный(1 квадрант)-диффзный(2-3 квадранта)-тотальный(4 квадранта)

Клиника- нач-ся остро:боль и чувство тяжести в м.ж., озноб, повыш-е температуры, слабость,недомогание. М.ж.увелич-ся в объеме, появ-ся незначит гиперемия кожи в обл восп-я. Сцеживание грудного молока из м.ж. и пальпация в обл гиперемии кожи болезненна. Кол-во сцеживаемого молока уменьшается. В крови-лейкоцитоз, повыш-е СОЭ. Диаг-ка 1 осмотр 2 пальпация3 анамнез Диф.диаг-ка 1 лактостаз 2 рак м.ж. леч-е1консервативное -сцеживание молока каждые 3 часа, -в/м 2.0 дротаверина 3 раза в день за 20 мин. До сцеживания, в теч-и 3 сут, -ежедневные ретромаммарные новокаиновые блокады-антибиотики-десенсебилизирующ тер-я(антигистамин.пр-ты 2р/сут в/м)-витаминотерапия-полуспиртовые повязки на м.ж.-физиолеч-е(ультразвук.тер-я)

2оперативное-некрэктомия с послед дренир-ем Показания к оп-ции1 отсутствие положит динамики при консер.леч-и, 2длит-ть заб-я бол 3 сут, 3инфильтрат, заним бол 1 квадранта железы, 4мест сим-мы гнойн восп-я.

2. Эхинококкоз печени. Эпидемиология. Клиника, диагн-ка, диф диагн-ка. Методы хир лечение.

Распространение повсеместно. Вызывается заболевание эхинококкус гранулезус. Окончательный хозяин –собака, волк. Промежуточный –копытные. Содержимое кисты жид-ть, сколексы и дочерние пузыри. Оболочки: герминативная (зародышевая), кутикулярная (хитиновая), фиброзная капсула.

Клиника: длительное время клиники может не быть. При достижение больших размеров кисты появляются тупые, ноющие постоянные боли в правом подреберье, эпигатрии, нижних отделах правой половины грудной клетки. При осмотре можно увидеть выбухание брюшной стенки. При перкуссии расширения границ печени. При пальпации определяется округлое образование эластической консистенции (если образование в ближайших сегментах). Симптомы других органов.

Периоды развития: латентный, продромальных явлений, прогрессивное увеличение печени, период осложнений.

Стадии течения по Мельникову: 1ст-начальная (бессимптомная), 2ст-клинич проявления, 3 ст-осложнения.Диагн-ка: клиника, эпид анамнез, УЗИ печени, КТ, серология (ИФА), в крови - эозинофилия, реакция агглютинации с латексом, рентген.

Диф диагн-ка: альвеококкоз, абсцессы, опухоли.

Методы хир лечение:- закрытая одномоментная эхинококкэктомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе - открытая одномоментная эхинококкэктомия- вылущивание паразиты с капсулой

- резекция печени.

3.Задача: Дз- центральный рак левого легкого. T3NxMx. Лечение-1. Бронхоблокация для остановки кровотечения,2. предоперационная лучевая терапия на фоне ПВ терапии,3.Операция в объеме пульмонэктомии.

 **Билет № 15**

**1. Классиф о.панкреатита.ОсложненияКлинико**-морфологич класс-я(по Савельеву

1.панкреатит отечный(интерстициальный)2.некротический(панкреонекроз) стерильный -по хар-ру некротич поражения:жировой,геморрагический,смешанный -по распространенности поражения:мелкоочаговый,крупноочаговый -по локализации: с поражением головки,тела,хвоста,всех отделов ПЖ3.некротический панкреатит(панкреонекроз) инфицированный.Осложнения:1)панкреатический инфильтрат 2)панкреатический абсцесс 3)перитонит ферментативный,бактериальный 4)септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой 5)аррозивнокровотечение 6)мех желтуха 7)псевдокиста 8)внутренние и наружные свищи ЖКТ

2. .Рак м.ж.клас-я. DS.Диф.DS.леч-еКласс-я –

1. Источник образования:1Дольки (из эпителия) — дольковый.2Протоки — протоковый.

Диаг-ка: 1 осмотр 2 пальпация 3 маммография 4 пункция с цитологией 5 узи м.ж. 6 осмотр гинеколога, узи легких, печени 7сцинтиграфия 8 трепанобиопсия оп-ли(для опред.гормонозависимости)

Диф.диаг-ка: 1 мастопатии 2 фиброаденома 3 липома 4 липогранулема 5 галактоцеле 6ангиоматоз.оп-ли 7 саркомаЛечение 1 комбинир-е(хир-е+луч.тер-я)

 операции:1 радикал.секторал.резекция м.ж.( при раке 1-2ст.)-отступить от оп-ли 3см+лимфодиссекция2 квадрантэктоми 3 оп-я по Мадену(удаляют фасцию бол.гр.м., клет-ку между бол.и мал гр.м.+ лимфодиссекция)4 оп-я Пейти –удаляют мал.гр.м. 5 радикал.мастэктомия по Холстеду –с удален.бол.и мал.гр.м.Луч.тер-я: 1 предопер-я 2 послеопер-я 2 комплексное (комбинир+химия+гормонотер-я)

 С учетом стадии: 1- операт.леч-е+послеопер.луч.тер-я 2- дооперац.луч.тер-я, через 2-3 нед- опер-я+ послеопер-я луч.тер-я(не всегда) 3-дооперац.луч.тер-я, через 2-3 нед-опер-я+обязат.луч.или химиотер-я.

3.задача: Дз- центральный рак верхней доли левого легкого, осложненный ателектазом ?

Обслед-бронхоскопия с биопсией, мокрота, лаваж бр дерева с исслед жидкости на стап кл, Кт , УЗИ ор бр полости. Лечение- комплексное-опер пульмонэктомия, с лимфодесекцией л/у средостения?+химия+лучевая

 **Билет № 16**

**1.абсцессы (А) и гангрена (Г) легких. А без** секвестрации- гнойно-некротическое вос-е легкого с бак и (или) аутолитическим протеолизом некроза по мере его формирования с образованием одиночной (или множеств) полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани. А с секвестрацией- некроз уч-ка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с секвестрацией зоны некроза. Г легкого- бурно прогрессирующий гнойно-гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомич структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления, не отторгнутого и секвестрированного некроза. КЛАССИФИКАЦИЯ: клин-морф формы 1.О.абсцесс а) без секвестрации б) с секвестрацией 2. гангрена. По этиологии 1.Гр+ кокки а)sta б)str 2.Гр- палочки а)enterobacteriaceae б) синегн палочки 3 неклостридиальные анаэробные мко 4 патогенные микоплазмы 5 грибы. По мех-му проник поврежд агента 1 эндобронхиальный а)ингаляционный б) аспирационный в) обтурационный 2 гематогенный а) тромбоэмболический б)септический 3 травматический 4 из пограничных тк и органов а) контактный б) лимфогенный. По предрасполаг факторам 1. РВИ 2 пневмония 3 др педрас факторы( бессознат сост, алкоголизм, чмт…). По распространению:I односторонние поражения 1 абсцессы а) одиночные б) множественные 2 гангрена а) лобарная б) субтотальная в) тотальная II двусторонние поражения1 абсцессы множественные 2 гангрена 3 абсц одного легк и гангрена др. по тяжести течения: 1 легкая: бронхолегочная симптоматика без признаков ДН 2 средней тяжести: а) бронхолегочная симптоматика с ДН б) сочетание бронхолегочной симптоматики , ДН с сепсисом. 3 тяжелое: сочетание бронхолегочной симптоматики , ДН с тяжелым сепсисом сопров-ся деструкцией органов, гипоперфузией или гипотензией.4. крайне тяжелое: А септич шок, сохр-ся несмотря на адекватную инфуз терап.а) с превалированием гипотензии б) со снижением перфузии органов при отсутствии гипотензии Б синдром полиорганной недостаточности.

2. Рак ПДЖ.Факторы риска.Клиника.Д-ка.Диф д-ка,Факторы риска:курение,хар-р питания,диабет,хр панкреатит,болезни желчного пузыря,пожилой возраст,пол(мужчины).Клиника головки:1)боль 2)чув-во тяжести в правом подреберье 3)похудание4)тошнота 5)нарушение стула 6)слабость 7)повыш утомляемость 8)кожный зуд. Желтушный период:1)стойкая интенсивная мех желтуха2)мучительный кожный зуд 3)боли в правом подреберье или надчревной области 4)нарастает похудание, слабость 5)анорексия 6)рвота. Клиника рака тела и хвоста ПДЖ: сильная постоянная боль в надчревной об-ти,быстрое прогрессирующее похудание,тромбозы вен,желтуха при распространении опухоли на головку или сдавлении протоков метастазами.Диаг-ка:1)УЗИ 2)Рентген 3)КТ 4)МРТ 4)эндоск методы 5)радиоизотопное ис-е 6)ангиография 7)лапароскопия 8)информативные тесты.Диф:1)заб-я желчевыводящих путей 2)доброкач опух ПДЖ 3)хр панкреатит.

3.Задача: Рак педжета. Лечение- соскоб с язвы, пункция л/у. Хирургическое лечение- радикальная мастэктомия. Проверить гормрнзавис или нет. Определить гормонзав или нет. Если да, то кастрация и после операции гормонотерапия.

**Билет № 17**

**1. Лечение о.панкреатита.Показания к операции.Виды операций**.

Консерв. Лечение:1)инфузионная терапия 2)фнтибиотики 3)ингибиторы ферментов 4)постельный режим 5)холод на область проекции ПДЖ на брюш стенку6)диетаПоказания к опер:-инфицированный панкреонекроз,панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки,гнойный перитонит,независимо от степени полиорганных нарушений- стойкая или прогрессирующая полиорганная нед-ть. Виды опер:1)резекция ПДЖ 2)абдоминизпация 3)некрэктомия 4)секвестрэктомия.

2 Ц.ентральный рак легкого. Клиник-анатом формы.Клиника. Диагностика. Дифф Диагност. Лечение. по уровню поражения бронхов:типичная форма Субсегментарного, Сегментарного, Долевого (включая поражение промежуточ­ного), Главного (включая переход на трахею).Формы роста Экзофитная (эндобронхиальная), Эндофитная (экзобронхиальная, Разветвленная с перибронхиальным муфтообразным ростом. Атипичная форма1.С нагноительным проц в зоне гиповентиляции( в ателектазе)2.С прорастаниев в средостение. Клиника- Первичные или местные симптомы – кашель(возникающий рефлекторно, сначала сух,потом надсадный,сопровожд выд мокроты, слиз или слиз-гн,) - кровохарканье- одышка - боль в груди.Вторичные симптомы (осложнения, прорастание в соседние органы и ткани). Общие симптомы (астения, гиподинамия, снижение трудоспособности).Диагностика: 1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5. УЗИ бр полости и забр пространства. 6.КТ лег и средостения. Дифф диагностика: 1.Хр неспециф пневмония.2.туберкулез.3.пневмосклероз.4.доброкач опухоли легких. Радикальное лечение:1.Хирургическое лечение2.Комбинированное – операция + лучевая терапия 3.Комплексное – операция + химиотерапия4.Комплексное – операция + химиотерапия + лучевая терапияПаллиативная терапия:1.Лучевая терапия 2.Комплексное – химиотерапия + лучевая терапия Немелкоклеточного рака: I радикальное.1.хир леч,2.комбинированное-опер+лучевая,3.комплесное-опер+химиотер,4.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная 1.луч,2.комплекс-химио+луч.Мелкоклеточного: I комплекс радикальное,1. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,2.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио.II комплекс паллистив,1.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,2.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио.

3. Задача: Дз- О.калькулезный флегмонозный холецистит. Местный перитонит. Лечение- холецистэктомия.

**Билет № 18**

**1. Эмпиема плевры, Диагност, Лечение**- Лабораторно: признаки воспаления.УЗИ: жидкость в плевральной полости.Рентгенологически: гомогенное затемнение пле­
вральной полости.Пункционно: гнойный эксудат.ДиагностикаЖалобы.Анамнез заболевания.

Объективное обследование больного.Данные лабораторного обследования. Рентгенологическое исследование грудной
клетки:Микробиологическое исследование плеврально­го экссудата.Цитологическое исследование плеврального экссудата.Исследование системы гемостаза.Схема лечения эмпиемы плевры1Антибактериальная терапия/лечение основного заболевания и осложнений.

2Эвакуация гноя из плевральной полости:Пункционное ведение плевральной полости
(при положительной клинической динами­ке).Дренирование плевральной полости (пас­
сивный при гнойном плеврите, активныйпри пиопневмотораксе).Постоянный или фракционный лаваж (про­мывание) плевральной полости3.Детоксикационная терапия:а) инфузионная терапия (растворы глюкозы,растворы кристаллоидов, гемодез, реополиглюкин);б) лечебный плазмаферез; в)переливание нативной, замороженной плаз­
мы, протеина, альбумина.4. Коррекция гемостаза, особенно при выражен­
ных проявлениях ДВС-синдрома: а)применение антиферментных препаратов
(контрикал, гепарин, гордокс и др.);б)переливание замороженной (лечебной) плаз­
мы с целью дотации антитромбина-Ш и дру­
гих факторов.5. Заместительная терапия: а)переливание белковых препаратов для лик­
видации гипопротеинемии и диспротеинемии; б)переливание консервированной крови при
анемии ниже 80 г/л; в) витаминотерапия.6. Препараты, улучшающие реологические свова крови (реополиглюкин, гемодез, трентал, ку-
рантил, никотиновая кислота и др.).

2. . Альвеококкоз. Клиника, диагн-ка, диф диагн-ка. Лечение. Виды операций.

Это ленточный биогельминт. Дефинитивные хозяева – собаки, кошки, колки, лисы. Промежут – мышевидные грызуны.Стадии развития: латентная, клиника (начальные проявления, явные), ослоднения.По Брегадзе: ранняя бессимптомная стадия, типичная, атипичная (с преобладанием диспептич расстр-в и холецистоподобная)Клиника: увеличение печени, ее деревянистая плотность в зоне поражения паразитом, боли, желтуха, кожный зуд, асимметрия живота, желудочный дискомфорт, симптомы портальной гипертензии.Диагн-ка: УЗИ печени с бипсией, КТ печени, лапароскопия с биопсией образования.Диф диагн-ка: первичный рак печени, MTS опухоли в печень, эхинококкоз.Лечение: оперативное Виды операций:I. Радикальные (типичная и атипичная резекция печени, резекция – вылущивание, вылущивание узла)II. Условно-радикальные (условно-радик резекция печени, резекция – вылущивание, вылущивание)III. Паллиативные резекцииIV. Консервативные: (обкалывание узла антипаразитарными средствами, дренаж с послед химией, кавернотомия и дренирование полостей распада, инфузии антипаразит ср-в в сосуды печени)V. Направленные на ликвидацию осложнений (операции при прорыве полостей распада, желчеотводящие, при асците сосудистые и органные анастомозы, при гнойно-желчных свищах, при кровотечениях)VI. Комбинированные (1- и 2х этапные): - резекция паразитарных узлов (прав и лев половины печени, печени и диафр, печени и легк, печени и гол мозга)- комбинация опер и консерв методов.

3.задача: : 2b-T2N1M0(Т2- до 5см в наиб.измер, N1-MTS в подмощ.у. на стор.пораж-я, M0-нет пр-ков отдал.) T3N0M0 (Т3- бол. 5см в наиб.измер., N0-нет MTS в рег.л.у., M0-нет пр-ков отдал.).Лечение- Определить гормонзав или нет. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер,

**Билет № 19**

**1 Острый абсцесс легкого**. **Клиника**: в период формирования абсцесса: подъем температ тела, озноб, проливной пот, боль в гр клетке на мтороне поражения, кашель с отделением гнойной мокроты. Симптомы быстро прогрессируют, нарост признаков интоксикации: гол боль, общ слабость, потеря аппетита, головокруж… При прорыве абсцесса в бронх у больного возникает кашель с отхождением большого кол-ва гнойной мокроты («полным ртом») с гнилостным запахом, примесью крови. После массивного отхождения гноя симптомы интоксикации быстро угасают, состояние улучшается. **Диагностика** : отставание пораженной половины гр клетки при дыхании, кожная гиперэстезия в проекции абсцесса, усиление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука в этой зоне. Лаб данные: повыш СОЭ, лейкоцитоз, анемия, диспротеинемия, С-реактивный белок, сиаловые кислоты. При рентген исследовании в период формирования абсцесса: гомогенный учок инфильтрации с четкими границами и круглыми контурами. После прорыва гнойника в бронх на месте бывшего инфильтрата определяется круглая тень с горизонт уровнем жидкости.( КТ, бронхоскопия, сцинтиграфия легких). **Диф диагностика:** нагноившаяся киста легкого, расаодающ туберкулома легкого, центральный рак с постобтурационной пневмонией с распадом. **Лечение: 1** а\б включая внутритканевую, 2 дренирование гнойников, 3 поддерживающая криоплазменно-антиферментная тер, 4 лечебная бронхоскопия, 5 селективная катетеризация бронхов, 6 интракорпоральная иммунокоррекция 7 транспозиция экстракорпорально стимулированных фагоцитов, 8 коррекция волемических нарушений, 9 улучшение реологии крови, 10 устранение анемии, 11 восполнение энергетических затрат и белковых потерь, 12 десенсебилизирующая тер, 13 общеукрепляющая тер, 14 физиотерапия, 15 лечебная терапия, 16 симптоматическая терапия.

**2**.**Рак печени.Этиология.Клинические формы.Клиника,диагностика. Рак печени**.**этиология**-вирус гепат В,С и D,цирроз печени, параз инвазия,хим канцерогены, гепатотропные яды, микотоксины, добро пухоли, ген болезни и нарушения обмена веществ, радиационный фактор, другие факторы:- курение- алкоголь- противозачаточные средства- травма. **Формы роста**-1УЗЛОВАЯ,2 МАССИВНАЯ -массивная в виде одиночного узла -полостная -массивная с сателлитами3.ДИФФУЗНАЯ -цирроз-рак печени4.ВНУТРИПРОТОКОВЫЙ РАК.**Гистология**-Гепатоцеллюлярный рак, Холангиоцеллюлярный рак, Гепатохолангиоцеллюлярный рак, Недифференцированный.**Клиника**- Лат (скрытый) период, Период клин проявлений, Термин период. **Клинические варианты**- I.Неосложненный первичный рак печени.1.Бессимптомная, скрыто протекающая форма.2.Рак с типичной клинической картиной: - гепатомегалическая- желтушная - асцитическая – лихорадочная3.Раковая токсемия 4.Рак с атипичной клинической картиной: Маскированная: - легочная форма - мозговая - сердечная - костная- абсцессоподобная - острая абдоминальная5.Рак-цирроза.а) с преобладанием симптомов циррозаб) с преобладанием симптомов рака. II.Осложненный первичный рак печени.1Спонтанный разрыв.2.Кровотечение:а) в брюшную полость;б) внутриорганное (гемобилия).3Портальная гипертензия. 4.Желтуха . Диагностика-общ клин, Узи, Кт, МРТ,радионукл диагн, ангиография, лпапроскопия, пункционная биопсия.определение окомаркеров при рецидиве.**Дифф диагност**-1.Очаговые поражения печени:-метастатический рак печени-доброкачественные опухоли (гемангиома)-гепатома-кисты печени:*паразитарные (альвеококкоз, эхинококкоз)*, *непаразитарные*2.Диффузные поражения печени**:**-хронические гепатиты, - циррозы. Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухолиTo – первичная опухоль не определяется, T1 - солитарная опухоль без инвазии сосудов, T**2 -** солитарная опухоль с инвазией сосудов или множественные опухоли \_**<**5 см в наименьшем измерении, T**3 –** множественные опухоли >5 см или опухоль, вовлекающая большую ветвь воротной вены или печеночной, T**4 –** опухоль(и) с прямым распространением на прилежащие органы, другие чем желчный пузырь или с перфорацией висцеральной брюшины.**Лечение**-Оперативное лечение (гемигепатэктомия)Лекарственная терапия:- химиотерапия- гормонотерапия, Лучевая терапия, Трансплантация печени. I.Радикальные операции.1.Резекция печени:а) правосторонняя гемигепатэктомия; б) правосторонная расширенная гемигепатэктомия; в) левосторонняя гемигепатэктомия; г) левосторонняя расширенная гемигепатэктомия; д) левосторонняя кавальная лобэктомия – иссечение левой «классической» доли. 2.Тотальная гепатэктомия с ортотопической пересадкой печени. II.Паллиативные операции.Резекция печени любого типа с заведомым оставлением метастазов в самой печени или других органах (санационная). Деартериализация печени: а) перевязка печеночной артерии; б) эмболизация печеночной артерии; в) перевязка воротной вены. Операции, направленные на ликвидацию осложнений: а) операции при распаде, разрыве и кровотечении; б) желчеотводящие операции при механической желтухе

**3.задача**: Дз- осложнилось разлитым перитонитом. Лечение- 1.удаление ж.п.-холецистэктомия,2. санация брюшной полости- промывание полости антибиотиками,3. дренирование-

 **Билет № 20**

**1**.**острый( Гнойный)мастит.клас-я.клиника.д-тика.диф.ди-ка.лечение.пок-я к оп-ии**.

Класс-я1)гнойный-абсцедирующий-инфильтративно-абсцедирующий-флегмонозный

-гангренозный3по локализации гнойника-субареолярный-подкожный-интрамаммарный-ретромаммарный4по распространенности пр-са-ограниченный(1 квадрант)-диффзный(2-3 квадранта)-тотальный(4 квадранта)**Клиника**- нач-ся остро:боль и чувство тяжести в м.ж., озноб, повыш-е температуры, слабость,недомогание. М.ж.увелич-ся в объеме, появ-ся незначит гиперемия кожи в обл восп-я. Сцеживание грудного молока из м.ж. и пальпация в обл гиперемии кожи болезненна. Кол-во сцеживаемого молока уменьшается. В крови-лейкоцитоз, повыш-е СОЭ. **Диаг-ка** 1 осмотр 2 пальпация3 анамнез**Диф.диаг-ка** 1 лактостаз 2 рак м.ж. **леч-е** 1консервативное -сцеживание молока каждые 3 часа-в/м 2.0 дротаверина 3 раза в день за 20 мин. До сцеживания, в теч-и 3 сут-ежедневные ретромаммарные новокаиновые блокады-антибиотики-десенсебилизирующ тер-я(антигистамин.пр-ты 2р/сут в/м)-витаминотерапия-полуспиртовые повязки на м.ж.

-физиолеч-е(ультразвук.тер-я)2оперативное-некрэктомия с послед дренир-ем **Показания к оп-ции**1 отсутствие положит динамики при консер.леч-и2длит-ть заб-я бол 3 сут3инфильтрат, заним бол 1 квадранта железы4мест сим-мы гнойн восп-я

**2**. **Рак ПДЖ. виды хир лечения**..**Лечение:1)**хир 2)комбиниров и комплексное 3)гормонотерапия 4)химиотерапмя 5)лучевая терапия 6)симптоматическая терапия.**Операции:Радикальные:**панкреатодуоденальная резекция**;**тотальная дуоденопанкреаэктомия;дистальная(левосторонняя) резекция различного объема.**Паллиативные**(билиодегестивные аностомозы):устранение желтухи,устранение дуоденальной непрох-ти, снятие болей,включение в пищеварение секрета панкреас,устранение побочных эффектов, связанных с наличием метастазов рака панкреас

**3.задача**: ДЗ- О.калькулезный флегмонозный холецистит. Местный перитонит. Лечение- холецистэктомия

**Билет №22**

**1**. **Периферический рак легкого. Клинико-анатом формы.Клиника. Диагностика.Лечение**. **формы**1.Узловая.( внутридолев,субплевр,с прораст плевры и смеж-х оргпнов)2.Полостная.( первичная, вторичная)3.Бронхиолоальвеолярная (распространение поальвеолярным ходам и бронхиолам):( без внутриальвеоляр распростр-я, с внутриальв распростр)4.Внутриальвеолярная. 5.Вехушечная (Панкоста) **Клиника:** Местные симптомы**:** боль,одышка,кашель, кровохарканье.Общие симптомы. **Диагностика**: 1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5.Трансторокальная( чрезкожная) пункция.6. УЗИ бр полости и забр пространства. 7 .КТ лег и средостения. **Дифф Диагн**: 1.доброкач опух, 2. туберкулема, 3.ограниченный пневмосклероз, 4. солитарный метастаз др опухоли ( меланома кожи, рак почки), 5. шаровидная пневмония, 6. абсцесс. 7. кисты. **Лечение**: **Радикальное лечение:**1.Хирургическое лечение2.Комбинированное – операция + лучевая терапия3.Комплексное – операция + химиотерапия4.Комплексное – операция + химиотерапия + лучевая терапия**Паллиативная терапия:**1.Лучевая терапия 2.Комплексное – химиотерапия + лучевая терапия Немелкоклеточного рака: **I** радикальное**.1**.хир леч,**2**.комбинированное-опер+лучевая**,3**.комплесное-опер+химиотер**,4**.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная 1.луч,2.комплекс-химио+луч .Мелкоклеточного: **I** комплекс радикальное,**1**. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,**2**.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио**.II** комплекс паллистив,**1**.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,**2**.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио

**2. Рак м.ж.клас-я.пути МТS.клин.формы.Класс-я** – **1Источник образования:**1Дольки (из эпителия) — дольковый.2Протоки — протоковый.3Дистопия эпителия из кожи — кожный.4Апокриновые железы — апокриновый.**2.Этапы развития:**1Неинвазивный — внутридольковый, -внутрипротоковый .2Инвазивный**3.Структурные формы рака** .а) *медуллярный рак* (моэговик) б) *скирр* в) *солидный рак*г) адено-карциномы4. **По** степени **зрелости.**а)дифференцированный (плоскоклеточный, аде-
нокарцинома);б) недифференцированный (округлый, овсянокле-точный, веретенообразный);в)неклассифицируемый **Т**-первич.оп-льТis-рак in situ. Т1а- оп-ль до 0.5см в наиб.измер.Т1б- оп-ль до 1см в наиб.измер.Т1с- оп-ль до 2см в наиб.измер.Т2- до 5см в наиб.измер. Т3- бол. 5см в наиб.измер.Т4-оп-ль любого размера с прям.распростр.на гр.стенку или кожу.

**N**-рег.л.у. Nх-недостат-но дан-х д.оценки пораж-я л.у. N0-нет MTS в рег.л.у. N1-MTS в смещаем.л.у. на стор.пораж-я.N2- MTS в подмыш.л.у. на стор.пор-я, спаян.между собой, либо MTSво внутригруд.л.у.при отсутст.клинически явного пор-я подмыш.л.у. N3- MTS в подключич.на стор. Пор-я или клин-ки опред-е MTS во внутригруд.л.у. при наличии клинич.явного пораж-я подмыш.л.у.,или MTS в надключич.л.у.на стор.пор-я.**M**-отдален.MTS Mх-недостат.данных M0-нет пр-ков отдал.MTS M1- имеются MTS

Стадии: **1**-Т1N0M0 **2a**-T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0 **2b**-T2N1M0 T3N0M0 **3a**-T0(1.2)N2M0 T3N1M0 T3N2M0 **3b**- T4N0(1.2)M0 **3c**-любаяTN3M0 **4**-любая T любаяNM1 **Пути MTS**: 1.подмышечный(основной)-по ходу л.сос-в от подареоляр-го сплетения к подмыш.л.у. 2.парастернальный-от глубоких отделов центр.и медиал.частей м.ж. по л.сос-ам вдоль ветвей внутр.груд.арт. в парастернал.л.у. 3.подключичный-от л.сплет-й верх-зад.отделов м.ж.к подключич.л.у.

**Клин.формы**: 1 узловая 2 диффузная( отечно-инфильтратив, панцирный, маститоподобн., рожеподобн.) 3 рак соска м.ж. 4 метастатич-я 5 внутрипротоковый 6 внутридольковый

**3.Задача**: ДЗ- о.стерильный( отечный) панкреонекреатит, ЖКБ. Лечение- снять гипертензию- холецистостома( наружн свищь).

**Билет № 23**

**1О.панкреатит:клиника,диаг-ка.ДифКлиника**:внезапная боль,аще вечером или ночью,после погрешности в диете или алкоголя,интенсивная, без светлых промежутков,лок-ся в эпигастральной области, чаще опоясывающего хар-ра.Многократная рвота, не приносящая облегчения,температура, метеоризм.Симптом Мейо-Робсона-пальпация поясничной области,особенно в левом ребеоно-позвоночном углу,резко болезненна.**Диаг-ка**:1)клиника2)определение активности ферментов крови,моче,перитонеальном экссудате,гомеостатические данные (лейкоциты, лейкоцитарный индексинтоксикации, трансаминазы ,гематокрит ,глюкоза, билирубин, мочевина, креатинин,белок,электролиты)3)рентгенография4)УЗИ 5)лапароскопия 6)КТ 7)чрезкожная пункция под контролем УЗИ и КТ 8)эндоскопическая визуализация фатерова сосочка.**Диф**:1)о.холецистит 2)о.киш непроходимость 3)о.инфаркт миокарда 4)перфорация язвой желудка 5)разрыв аневризмы брюшного отдела аорты.

**2. Эмпиема плевры**-патологич проц, обуслов-й воздействием на плевру микробного или др поврежд агента инициирующих активацию цитокиновой сети, преимущ-но провоспалительной направленности.Эмпиема плевры – это ограниченное или диффузное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации и нередко дыхательной недостаточности. Классификация эмпием плевры и пиопневмоторакса**A**. По содержимому плевральной полости.1Эмпиема плевры2Пиопневмоторакс**Б**. По характеру плеврального эксудата:1Серозно-гнойный.2Серозно-фибринозный.3Фибринозный4.Гнойный.5Гнилостный.6С геморрагическим компонентом.**B**. По характеру возбудителей: 1Асептическая. 2Неспецифическая. 3Анаэробная.4 Специфическая5Смешанная.**Г.** По патогенетическому механизму:1Первичная (посттравматическая).2Вторичная:А. Связанная с патологией легких*а) пара ,метапневмоническая;б)осложнение гнойно-деструктивного про­
цесса легкого;в) послеоперационная;г)пневмоторакс.*Б. Не связанная с патологией легких:*а)контактная;б)лимфогенная;в)гематогенная.***Д**. По распространенности1:Тотальная.2Распространенная.3Ограниченная:а)верхушечная;б) костальная;в)медиастинальная;г)диафрагмальная;д)междолевая.**Е**. По свободе перемещения жидкостей в плевраль­ной полости:1Свободная.2Сегментированная.3Панцирная.

**Ж.** По сообщению с внешней средой и воздухоносны­ми путями легких:1Закрытая 2Сообщающаяся с внешней средой:а) с плевроторакальным свищем;б)Empyema necessitates.3. Сообщающиеся с воздухоносными путями лег­ких:а) с бронхоплевральным свищем;б) с плевропульмональным свищем.4. С бронхо-, пульмоноплевроторакальным сви- **3**. По клиническому течению и тяжести лечения:1.Острая:а)средней тяжести;б)тяжелая;в)крайне тяжелая2. Хроническая. **Клиника.** высок Т тела (до 38-39С и выше), слабость, недомогание, повышен потоотделение, бледностью, цианоз слизистых оболочек и тахикардия. Постепенно развивается одышка, может быть сухой кашель, боль в соответствующей половине грудной клетки и понижение массы тела.Основные синдромыИнтоксикационный.Одышки.

Физикально: жидкость в плевральной полости.Лабораторно: признаки воспаления.УЗИ: жидкость в плевральной полости.Рентгенологически: гомогенное затемнение пле­
вральной полости.Пункционно: гнойный эксудат.ДиагностикаЖалобы.Анамнез заболевания.

Объективное обследование больного.Данные лабораторного обследования. Рентгенологическое исследование груднойклетки:Микробиологическое исследование плеврально­го экссудата.Цитологическое исследование плеврального экссудата.Исследование системы гемостаза.**Схема лечения эмпиемыплевры1**Антибактериальная терапия/лечение основного заболевания и осложнений.

2Эвакуация гноя из плевральной полости:Пункционное ведение плевральной полости(при положительной клинической динами­ке).Дренирование плевральной полости (пас­сивный при гнойном плеврите, активныйпри пиопневмотораксе).Постоянный или фракционный лаваж (про­мывание) плевральной полости3.Детоксикационная терапия:

а) инфузионная терапия (растворы глюкозы,растворы кристаллоидов, гемодез, реополиглюкин);б) лечебный плазмаферез; в)переливание нативной, замороженной плаз­
мы, протеина, альбумина.4. Коррекция гемостаза, особенно при выражен­
ных проявлениях ДВС-синдрома: а)применение антиферментных препаратов
(контрикал, гепарин, гордокс и др.);б)переливание замороженной (лечебной) плаз­
мы с целью дотации антитромбина-Ш и дру­
гих факторов.5. Заместительная терапия: а)переливание белковых препаратов для лик­
видации гипопротеинемии и диспротеинемии; б)переливание консервированной крови при
анемии ниже 80 г/л; в) витаминотерапия.6. Препараты, улучшающие реологические свова крови (реополиглюкин, гемодез, трентал, ку-
рантил, никотиновая кислота и др.).

**3.Задача**: Фиброаденома правой молочной железы. Лечение: пункция, центральная резекция с цитобиопсие

**Билет № 24**

**1.нагноительные заболевания легких. абсцессы (А) и гангрена (Г) легких.** **А** без секвестрации- гнойно-некротическое вос-е легкого с бак и (или) аутолитическим протеолизом некроза по мере его формирования с образованием одиночной (или множеств) полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани. **А**  с секвестрацией- некроз уч-ка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с секвестрацией зоны некроза**. Г** легкого- бурно прогрессирующий гнойно-гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомич структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления, не отторгнутого и секвестрированного некроза. КЛАССИФИКАЦИЯ: клин-морф формы 1.О.абсцесс а) без секвестрации б) с секвестрацией 2. гангрена. По этиологии 1.Гр+ кокки а)sta б)str 2.Гр- палочки а)enterobacteriaceae б) синегн палочки 3 неклостридиальные анаэробные мко 4 патогенные микоплазмы 5 грибы. По мех-му проник поврежд агента 1 эндобронхиальный а)ингаляционный б) аспирационный в) обтурационный 2 гематогенный а) тромбоэмболический б)септический 3 травматический 4 из пограничных тк и органов а) контактный б) лимфогенный. По предрасполаг факторам 1. РВИ 2 пневмония 3 др педрас факторы( бессознат сост, алкоголизм, чмт…). По распространению:I односторонние поражения 1 абсцессы а) одиночные б) множественные 2 гангрена а) лобарная б) субтотальная в) тотальная II двусторонние поражения1 абсцессы множественные 2 гангрена 3 абсц одного легк и гангрена др. по тяжести течения: 1 легкая: бронхолегочная симптоматика без признаков ДН 2 средней тяжести: а) бронхолегочная симптоматика с ДН б) сочетание бронхолегочной симптоматики , ДН с сепсисом. 3 тяжелое: сочетание бронхолегочной симптоматики , ДН с тяжелым сепсисом сопров-ся деструкцией органов, гипоперфузией или гипотензией.4. крайне тяжелое: А септич шок, сохр-ся несмотря на адекватную инфуз терап.а) с превалированием гипотензии б) со снижением перфузии органов при отсутствии гипотензии Б синдром полиорганной недостаточности.

**2.Формы деструктивного панкреатита, местные осложнения. Лечение**.1. некротический (панкреонекроз) стерильный-по хар-ру некротич поражения:жировой, геморрагический, смешанный-по распространенности поражения:мелкоочаговый ,крупноочаговый -по локализации: с поражением головки,тела,хвоста,всех отделов ПЖ. 2..некротический панкреатит(панкреонекроз) инфицированный.**Осложнения**:1)панкреатический инфильтрат 2)панкреатический абсцесс 3)перитонит ферментативный,бактериальный 4)септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической,п араколической, паранефральной,тазовой 5)аррозивное кровотечение 6)мех желтуха 7)псевдокиста 8)внутренние и наружные свищи ЖКТ**Лечение о.панкреатита.Показания к операции.Виды операций**.**Показания к опер**:-инфицированный панкреонекроз,панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки,гнойный перитонит,независимо от степени полиорганных нарушений

- стойкая или прогрессирующая полиорганная нед-ть. **Виды опер:**1)резекция ПДЖ 2)абдоминизпация 3)некрэктомия 4)секвестрэктомия

**3.задача**: Эхинококкоз печени. Обследование- УЗИ печени, КТ, серология (ИФА), в крови - эозинофилия, реакция агглютинации с латексом, рентген, ляпороскопия Лечение- Методы хир лечение:

- закрытая одномоментная эхинококкэктомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе - открытая одномоментная эхинококкэктомия- вылущивание паразиты с капсулой- резекция печени.

**Билет № 25**

**1.. Эхинококкоз печени. Эпидемиология. Клиника, диагн-ка, диф диагн-ка. Методы хир лечение.**Распространение повсеместно. Вызывается заболевание эхинококкус гранулезус. Окончательный хозяин –собака, волк. Промежуточный –копытные. Содержимое кисты жид-ть, сколексы и дочерние пузыри. Оболочки: герминативная (зародышевая), кутикулярная (хитиновая), фиброзная капсула.Клиника: длительное время клиники может не быть. При достижение больших размеров кисты появляются тупые, ноющие постоянные боли в правом подреберье, эпигатрии, нижних отделах правой половины грудной клетки. При осмотре можно увидеть выбухание брюшной стенки. При перкуссии расширения границ печени. При пальпации определяется округлое образование эластической консистенции (если образование в ближайших сегментах). Симптомы других органов.Периоды развития: латентный, продромальных явлений, прогрессивное увеличение печени, период осложнений.Стадии течения по Мельникову: 1ст-начальная (бессимптомная), 2ст-клинич проявления, 3 ст-осложнения.Диагн-ка: клиника, эпид анамнез, УЗИ печени, КТ, серология (ИФА), в крови - эозинофилия, реакция агглютинации с латексом, рентген.Диф диагн-ка: альвеококкоз, абсцессы, опухоли.

Методы хир лечение:- закрытая одномоментная эхинококкэктомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе - открытая одномоментная эхинококкэктомия- резекция печени.

**2**. **Анатомо-физ особ ПДЖ.О панкреатит:понятие,этио,патогенез**ПДЖ расположена забрюшинно на Ур-не 1-2 пояс позвонков.Различают головку, тело, хвост.Главный проток(вирсунгов) образуется из слияния мелких дольковых протоков. В головке вирсунгов проток соед-ся с добавочным.Кровоснабжение-ветвями панкреатодуоденальной артерией,кото снабжает кровью большую часть головки.Ветви верхней брыж артерии обеспечивают кровью головку и т тело, а ветви селезеночной-тело и хвост.ПДЖ обладает внешнесекреторной и инкреторной функцией.О панкреатит-воспалительно-некротическое поражение ПДЖ,обусловленное ферментативным аутолизом.**Этио**:1)заб-я внепеченочных желч путей 2)ЖКБ,холедохолитиаз3)спазм или воспаление большого дуод сосочка4)дискинезия желчных путей5)алкоголь6)травмы7)хир вмешательства8)заб-я ДПК. **Пат-з:** основа-процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментови цитокинов различной природы.Происходит активация вырабатываемых железой ферментов,они выход\т за пределы протоков и происходит увеличение паренхимы,затем ферменты начинают расщипляться и оказывают влияние на ткань ПДЖ,могут входить в малую Сальникову сумку, а оттуда в брюш полость через отв-е Вислоу

**3.Задача**:ДЗ- Рак левой молочной железы 4 ст. Лечение-1.лучевая терапия на позвоночник , 2.Паллиативная операция- мастэктомия,3. опеределить гормонзав или нет.4. Если да- кастрация и послеоперационная гормонотерапия и лучевая,5. если нет- послеоперационная химио- лучевая терапия

**Билет № 26**

**1**.**острый( Гнойный)мастит.клас-я.клиника.д-тика.диф.ди-ка.лечение.пок-я к оп-ии**.

Класс-я1)гнойный-абсцедирующий-инфильтративно-абсцедирующий-флегмонозный

-гангренозный3по локализации гнойника-субареолярный-подкожный-интрамаммарный-ретромаммарный4по распространенности пр-са-ограниченный(1 квадрант)-диффзный(2-3 квадранта)-тотальный(4 квадранта)**Клиника**- нач-ся остро:боль и чувство тяжести в м.ж., озноб, повыш-е температуры, слабость,недомогание. М.ж.увелич-ся в объеме, появ-ся незначит гиперемия кожи в обл восп-я. Сцеживание грудного молока из м.ж. и пальпация в обл гиперемии кожи болезненна. Кол-во сцеживаемого молока уменьшается. В крови-лейкоцитоз, повыш-е СОЭ. **Диаг-ка** 1 осмотр 2 пальпация3 анамнез**Диф.диаг-ка** 1 лактостаз 2 рак м.ж. **леч-е** 1консервативное -сцеживание молока каждые 3 часа-в/м 2.0 дротаверина 3 раза в день за 20 мин. До сцеживания, в теч-и 3 сут-ежедневные ретромаммарные новокаиновые блокады-антибиотики-десенсебилизирующ тер-я(антигистамин.пр-ты 2р/сут в/м)-витаминотерапия-полуспиртовые повязки на м.ж.

-физиолеч-е(ультразвук.тер-я)2оперативное-некрэктомия с послед дренир-ем **Показания к оп-ции**1 отсутствие положит динамики при консер.леч-и2длит-ть заб-я бол 3 сут3инфильтрат, заним бол 1 квадранта железы4мест сим-мы гнойн восп-я

**2**. **Центральный рак легкого. Диагностика. Дифф Диагност. Лечение**..**Диагностика**: 1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5. УЗИ бр полости и забр пространства. 6.КТ лег и средостения. **Дифф диагностика**: 1.Хр неспециф пневмония.2.туберкулез.3.пневмосклероз.4.доброкач опухоли легких. **Радикальное лечение:**1.Хирургическое лечение2.Комбинированное – операция + лучевая терапия3.Комплексное – операция + химиотерапия4.Комплексное – операция + химиотерапия + лучевая терапия**Паллиативная терапия:**1.Лучевая терапия 2.Комплексное – химиотерапия + лучевая терапия Немелкоклеточного рака: **I** радикальное**.1**.хир леч,**2**.комбинированное-опер+лучевая**,3**.комплесное-опер+химиотер**,4**.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная 1.луч,2.комплекс-химио+луч.Мелкоклеточного: **I** комплекс радикальное,**1**. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,**2**.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио**.II** комплекс паллистив,**1**.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,**2**.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио.

**3.Задача**: Дз- О. стерильный смешанный панкреонекроз, ферментативный перитонит. Лечение- 1. дренирование брюшной полости. 2. консервативное лечение (1Спазмолитики 2Обезболивающая тер.3.. Инфузионно-трансфузионная тер до 3,5 л р-рами Рингера, Глюк , инсулином, Реополиглюкина, Аминокисл,10% глюк с калием 4. «прерывающая терапия»( октреотид, ацетата сталамин, 5-фторурацил)- для выключения подж.ж., блокада секретор ф-ии.5.Антибиотики.6. экстрокорпоральная Детокс и ГБО 7.Диета, постельный режим,.

 **Билеь № 27**

**1 Рак легкого. Классификация. ДиагностикаСовпр принцип лечения**. Клинико-анатом класс:А.С установленной локализ-ей первичной опух в лег 1. центральный,2. периф. Б. Без устан лок-ии 1.медиастенальная,2. диссеминированная. **Центральный рак :по уровню поражения бронхов:типичная форма** Субсегментарного, Сегментарного, Долевого (включая поражение промежуточ­ного), Главного (включая переход на трахею).**Формы роста** Экзофитная (эндобронхиальная), Эндофитная (экзобронхиальная, Разветвленная с перибронхиальным муфтообразным ростом. **Атипичная форма1.**С нагноительным проц в зоне гиповентиляции( в ателектазе)**2.**С прорастаниев в средостение. **Периферический рак легкого. Клинико-анато­мические формы**1.Узловая.( внутридолев,субплевр,с прораст плевры и смеж-х оргпнов)2.Полостная.( первичная, вторичная)3.Бронхиолоальвеолярная (распространение поальвеолярным ходам и бронхиолам):( без внутриальвеоляр распростр-я, с внутриальв распростр)4.Внутриальвеолярная. 5.Вехушечная (Панкоста).**Гистология**:1.Мелкоклеточн-овсянокл, веретенокл, плеоморфный. 2.немелкокл-крупнокл(гигантокл, светлокл, недифф ), аденокарц( высокодифф, умеренно, мало, ), плоскокл( вымокодифф, умеренно, мало), бронхоальв, железистоплоскокл.**Диагностика**1.общеклиническое обследо.2.рентген в 2-х проекц,томография органов гр Кл.3.цитологическое исслед мокроты 5-6 раз. 4. Бронхоскопия с получе материала для исслед( отпечатки опухоли и прямая биопсия).+лаваж.5. УЗИ бр полости и забр пространства. 6.КТ лег и средостения.

**Лечение**: Немелкоклеточного рака: **I** радикальное**.1**.хир леч,**2**.комбинированное-опер+лучевая**,3**.комплесное-опер+химиотер**,4**.компл-опер+химио+лучев.II Паллиативная1.луч,2.комплекс-химио+луч.Мелкоклеточного: **I** комплекс радикальное,**1**. 3 курса химио+опер,включ лимфодисекц средостен и шеи,+ 3 курса химио в послеопер период,**2**.2-3 курса химио+луч+опер, лимфдис средст и шеи, + 3 курса химио**.II** комплекс паллистив,**1**.2-3 курса химио, луч 36-40гр + 3-4 курса химио,**2**.лучев 36-40гр,+3 курса химио, лучев до СОД 60-80гр,+ 3 курса химио.

**2 Эхинококкоз печени. Эпидемиология. Клиника, диагн-ка, диф диагн-ка. Методы хир лечение.**Распространение повсеместно. Вызывается заболевание эхинококкус гранулезус. Окончательный хозяин –собака, волк. Промежуточный –копытные. Содержимое кисты жид-ть, сколексы и дочерние пузыри. Оболочки: герминативная (зародышевая), кутикулярная (хитиновая), фиброзная капсула.Клиника: длительное время клиники может не быть. При достижение больших размеров кисты появляются тупые, ноющие постоянные боли в правом подреберье, эпигатрии, нижних отделах правой половины грудной клетки. При осмотре можно увидеть выбухание брюшной стенки. При перкуссии расширения границ печени. При пальпации определяется округлое образование эластической консистенции (если образование в ближайших сегментах). Симптомы других органов.Периоды развития: латентный, продромальных явлений, прогрессивное увеличение печени, период осложнений.Стадии течения по Мельникову: 1ст-начальная (бессимптомная), 2ст-клинич проявления, 3 ст-осложнения.Диагн-ка: клиника, эпид анамнез, УЗИ печени, КТ, серология (ИФА), в крови - эозинофилия, реакция агглютинации с латексом, рентген.Диф диагн-ка: альвеококкоз, абсцессы, опухоли.

Методы хир лечение:- закрытая одномоментная эхинококкэктомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе - открытая одномоментная эхинококкэктомия- вылущивание паразиты с капсулой- резекция печени.

**3.Задача**: **2b**-T2N1M0(Т2- до 5см в наиб.измер, N1-MTS в подмощ.у. на стор.пораж-я, M0-нет пр-ков отдал.) T3N0M0 (Т3- бол. 5см в наиб.измер., N0-нет MTS в рег.л.у., M0-нет пр-ков отдал.).Лечение- Определить гормонзав или нет. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер, операция (радикальн мастэктомия + кастрация, гормонотер. Если негормонзав, то химиотер, операция (радикальн мастэктомия, химио-лучевая терапия

**Билет № 28**

**1 Эмпиема плевры**-патологич проц, обуслов-й воздействием на плевру микробного или др поврежд агента инициирующих активацию цитокиновой сети, преимущ-но провоспалительной направленности.Эмпиема плевры – это ограниченное или диффузное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации и нередко дыхательной недостаточности. Классификация эмпием плевры и пиопневмоторакса**A**. По содержимому плевральной полости.1Эмпиема плевры2Пиопневмоторакс**Б**. По характеру плеврального эксудата:1Серозно-гнойный.2Серозно-фибринозный.3Фибринозный4.Гнойный.5Гнилостный.6С геморрагическим компонентом.**B**. По характеру возбудителей: 1Асептическая. 2Неспецифическая. 3Анаэробная.4 Специфическая5Смешанная.**Г.** По патогенетическому механизму:1Первичная (посттравматическая).2Вторичная:А. Связанная с патологией легких*а) пара ,метапневмоническая;б)осложнение гнойно-деструктивного про­
цесса легкого;в) послеоперационная;г)пневмоторакс.*Б. Не связанная с патологией легких:*а)контактная;б) лимфогенная;в) гематогенная.***Д**. По распространенности1:Тотальная.2Распространенная.3Ограниченная:а)верхушечная;б) костальная;в)медиастинальная;г)диафрагмальная;д)междолевая.**Е**. По свободе перемещения жидкостей в плевраль­ной полости:1Свободная.2Сегментированная.3Панцирная.

**Ж.** По сообщению с внешней средой и воздухоносны­ми путями легких:1Закрытая 2Сообщающаяся с внешней средой:а) с плевроторакальным свищем;б)Empyema necessitates.3. Сообщающиеся с воздухоносными путями лег­ких:а) с бронхоплевральным свищем;б) с плевропульмональным свищем.4. С бронхо-,пульмоноплевроторакальным сви-**3**. По клиническому течению и тяжести лечения:1.Острая:а)средней тяжести;б)тяжелая;в) крайне тяжелая2. Хроническая. **Клиника.** высок Т тела (до 38-39С и выше), слабость, недомогание, повышен потоотделение, бледностью, цианоз слизистых оболочек и тахикардия. Постепенно развивается одышка, может быть сухой кашель, боль в соответствующей половине грудной клетки и понижение массы тела.Основные синдромыИнтоксикационный.Одышки.

Физикально: жидкость в плевральной полости.Лабораторно: признаки воспаления.УЗИ: жидкость в плевральной полости.Рентгенологически: гомогенное затемнение пле­
вральной полости.Пункционно: гнойный эксудат.ДиагностикаЖалобы.Анамнез заболевания.

Объективное обследование больного.Данные лабораторного обследования. Рентгенологическое исследование груднойклетки:Микробиологическое исследование плеврально­го экссудата.Цитологическое исследование плеврального экссудата.Исследование системы гемостаза.**Схема лечения эмпиемы плевры1**Антибактериальная терапия/лечение основного заболевания и осложнений.2Эвакуация гноя из плевральной полости:Пункционное ведение плевральной полости
(при положительной клинической динами­ке).Дренирование плевральной полости (пас­
сивный при гнойном плеврите, активныйпри пиопневмотораксе).Постоянный или фракционный лаваж (про­мывание) плевральной полости3.Детоксикационная терапия:а) инфузионная терапия (растворыглюкозы,растворы кристаллоидов, гемодез, реополиглюкин);б) лечебный плазмаферез; в)переливание нативной, замороженной плаз­
мы, протеина, альбумина.4. Коррекция гемостаза, особенно при выражен­
ныхпроявлениях ДВС-синдрома: а) применение антиферментных препаратов(контрикал, гепарин, гордокс и др.);б) переливание замороженной (лечебной) плаз­
мы с целью дотации антитромбина-Ш и дру­
гих факторов.5. Заместительная терапия: а)переливание белковых препаратов для лик­
видации гипопротеинемии и диспротеинемии; б)переливание консервированной крови при
анемии ниже 80 г/л; в) витаминотерапия.6. Препараты, улучшающие реологические свова крови (реополиглюкин, гемодез, трентал, ку-
рантил, никотиновая кислота и др.).

**2**. **ЖКБ. Этиология. Патогенез. Клинич формы.**ЖКБ – это Заболевание печени, при кот печень продуцирует желчь, способную образовывать желчние камни.Этиология и патогенез: - Нарушение физико-хим состава желчи. При ЖКБ происходит изменение нормального содержаниея в желчи ХС, лецитина, солей ЖК. Кол-во ХС превышает границы его растворимости – желч становиться перенасыщенной ХС, при этом ХС выпадает в осадок. Также повышается литогенность желчи, увелич содержание желчных кислот.- Застой желчи. Происходит вследствие гипотонич и гипертонич дискинезии, кот явл также благопр фактором для камнеобразования. Гипертонич дискинезия – спазм сф Одди, при эт происх поступление желчи и панкреатич сока в протоки и ЖП. Гипотонич дискинезия – расслаблние сф Одди, происходит заброс содержимого ДПК в желчные протоки+инфицирование. - Воспалительные изменения эпителия ЖП. В рез воспаления в просвет ЖП попад микрочастицы, кот являются матрицей для отложения на них кристаллов вещества, находящегося в перенасыщенном состоянии.**Клинические формы ЖКБ**: 1) Латентная ( камненосительство). Жалоб не предъявляют. Чаще через 10-15 лет развиваются у таких больных другие формы ЖКБ и ее осложнения.2) Первично-хр холецистит (диспептическая форма). Жалобы связаны с функц расстройствами деят-ти жкт: чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, неустойчивый стул, горечь во рту, изжега. Чаще возн после еды, особ если она включала в себя жирные, жареные, острые блюда или была обильной.3) печеночная колика. Проявл внезапно возникающими и периодически повторяющимися приступами печеночной (желчной) колики. Чаще всего приступ обусловлен нарушением оттока желчи из ЖП ( спазм пузырного протока, обтурация его камнем, комочком слизи) или нарушением отходения желчи по общему желчному протоку ( спазм сф Одди, обтурация его камнем, комочком слизи, прохождение камня по холедоху). Приступ возникает внезапно, может длиться часами, редко сут. Боли лок-ся в эпигастрии и правом подреберье. По вегетативным нервам боли иррадиируют в правые лопатку, спину, плечо. Приступ может сопр рефлекторной рвотой, кот не приносит облегчения.Приступ обычно также внезапно прекращ. Между приступами б-й чувствует себя удовлетворительно.4) Хр рецидив калькулезный холецистит. Хаар-но повторение приступов боли в правом подреберье и эпигастрии, сопров воспалением ЖП с хар-ми симпт: повыш Т, лейкоцитоз, сдвиг ф-лы влево, СОЭ увелич, появл перитонеальные симпт. Каждый рецидив воспаления рассматривают как о заболевание, треб активного лечении в обл хир стационара.5) Хр резидуальный холл-т. Приступ о холл-та закончился, Т норм, уменьш лейкоцитоз, но сохран болевой синдром и пальпаторная болезн-ть в области проекции желчного пузыря.Полного благополучия пациенты между приступами не отмечают.6) прочие формы холл-та.Стенокардитическая: Боткиным описан холецисто-кардиальный синдром, при кот боли, возн при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии.Синдром Сейнта: сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки (патогенез не ясен, скорее всего ген дефект).

**3.Задача**: ДЗ- Центральный рак нижней доли левого легкого T2NxMx. Осложненный ателектазом нижней доли левого легкого и постобтурационной пневмонией. Лечение- комплексное-операция в объеме пульмонэктомии, после опер химио и лучевая терапия.

**Билет № 29**

**1. Анатомо-физиол особен-ти желчного пузыря. Острый холецистит. Понятие. Этиология. Патогенез. Классификация.**ЖП расположен в области 5 сегмента печени, на нижней поверхности. Большая его часть покрыта брюшиной, кроме поверхности прилегающей к печени. Различают дно, тело и шейку ЖП. В шейке может образовываться выпячивание-карман Гартмана. Стенка состоит из серозной, мышечной и слизистой. Слиз оболочка образует множественные складки. В области шейки и начальной части пузырного протока она формирует спиральную складку (клапаны Гейстера). В дистальном отделе пузырного протока образуется сфинктер Люткенса. Кровоснабжение пузырной артерией от собственной печеночной артерии или ее правой ветви. Лимфототток в л/у печени и ее ворот. Иннервация из печеночного сплетения, левого блужд и правого диафрагм. Отделы желчного протока: супра- и ретродуоденальный, дуоденальный и панкратический. По ходам Люшка желчь поступает в ЖП.Острый холецистит- это восп процесс в ЖП.Этиология: ОХ является полиэтиологическим заболеванием. Наиболее частой причиной является на­личие камней в ЖП, которые вклиниваются в шейку желчного пузыря, вызывая его обтурацию. Основной причиной острых бескаменных холециститов является инфекция, которая может про­никать в желчь ретроградно из кишечника, а также лимфогенным и гематогенным путями. Дей-е хим в-в может приводить к асептич воспалению. В этиологии ОХ может быть: описторхоз, лямблиоз и др. У пожилых и ста­рых больных в развитии острого холецистита играет роль сосудистый фактор.Пат-з: застой желчи - желчная гипертензия (растяжение стенки ЖП) – асептическое воспаление – нарушения микроциркуляции – экссудация – увеличение гипертензии+инфекция – усиление повреждения стенки ЖП. Блокада ЖП – травма слиз – высвобождение фосфолипазы А2(которая дей-ет на превращение изолецетина из лецетина) – образование желч солей – повреждение слиз – нарушение проницаемости.Классификация: 1.Первичный: - острый калькулезный (с обтурацией и без)- острый безкаменный (сосудистый, ферментативный, бактериальный, паразитарный)2.Вторичный (травмы, острые заболевания, послеоперационный, аллергии)Клинико-морф класс-я:1.Неосложненный: катаральный, флегмонозный, гангренозный (первичн и втор)2.Осложнения катарального (эмпиема ЖП, перфорация, наруж и внутр свищи)Осложнения флегм (околопузырный инфильтрат, паравезик. абсцессы и разлитой перитонит).

**2**.**Рак печени.Этиология.Клинические формы.Клиника,диагностика.**

**Рак печени**.**этиология**-вирус гепат В,С и D,цирроз печени, параз инвазия,хим канцерогены, гепатотропные яды, микотоксины, добро пухоли, ген болезни и нарушения обмена веществ, радиационный фактор, другие факторы:- курение- алкогольпротивозачаточные средства- травма. **Формы роста**-1УЗЛОВАЯ,2 МАССИВНАЯ -массивная в виде одиночного узла -полостная -массивная с сателлитами3.ДИФФУЗНАЯ -цирроз-рак печени4.ВНУТРИПРОТОКОВЫЙ РАК.**Гистология**-Гепатоцеллюлярный рак, Холангиоцеллюлярный рак, Гепатохолангиоцеллюлярный рак, Недифференцированный.**Клиника**- Лат (скрытый) период, Период клин проявлений, Термин период. **Клинические варианты**- I.Неосложненный первичный рак печени.1.Бессимптомная, скрыто протекающая форма.2.Рак с типичной клинической картиной: - гепатомегалическая- желтушная - асцитическая – лихорадочная3.Раковая токсемия 4.Рак с атипичной клинической картиной: Маскированная: - легочная форма - мозговая - сердечная - костная- абсцессоподобная - острая абдоминальная5.Рак-цирроза.а) с преобладанием симптомов циррозаб) с преобладанием симптомов рака. II.Осложненный первичный рак печени.1Спонтанный разрыв.2.Кровотечение:а) в брюшную полость;б) внутриорганное (гемобилия).3Портальная гипертензия. 4.Желтуха . Диагностика-общ клин, Узи, Кт, МРТ,радионукл диагн, ангиография, лпапроскопия, пункционная биопсия.определение окомаркеров при рецидиве.**Дифф диагност**-1.Очаговые поражения печени:-метастатический рак печени-доброкачественные опухоли (гемангиома)-гепатома-кисты печени:*паразитарные (альвеококкоз, эхинококкоз)*, *непаразитарные*2.Диффузные поражения печени**:**-хронические гепатиты, - циррозы. Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухолиTo – первичная опухоль не определяется, T1 - солитарная опухоль без инвазии сосудов, T**2 -** солитарная опухоль с инвазией сосудов или множественные опухоли \_**<**5 см в наименьшем измерении, T**3 –** множественные опухоли >5 см или опухоль, вовлекающая большую ветвь воротной вены или печеночной, T**4 –** опухоль(и) с прямым распространением на прилежащие органы, другие чем желчный пузырь или с перфорацией висцеральной брюшины.**Лечение**-Оперативное лечение (гемигепатэктомия)Лекарственная терапия:- химиотерапия- гормонотерапия, Лучевая терапия, Трансплантация печени. I.Радикальные операции.1.Резекция печени:а) правосторонняя гемигепатэктомия; б) правосторонная расширенная гемигепатэктомия; в) левосторонняя гемигепатэктомия; г) левосторонняя расширенная гемигепатэктомия; д) левосторонняя кавальная лобэктомия – иссечение левой «классической» доли. 2.Тотальная гепатэктомия с ортотопической пересадкой печени. II.Паллиативные операции.Резекция печени любого типа с заведомым оставлением метастазов в самой печени или других органах (санационная). Деартериализация печени: а) перевязка печеночной артерии; б) эмболизация печеночной артерии; в) перевязка воротной вены. Операции, направленные на ликвидацию осложнений: а) операции при распаде, разрыве и кровотечении; б) желчеотводящие операции при механической желтухе

**3.Задача-** ДЗ- Центральный рак нижней доли левого легкого T2NxMx. Осложненный ателектазом нижней доли левого легкого и постобтурационной пневмонией. Лечение- комплексное-операция в объеме пульмонэктомии, после опер химио и лучевая терапия.

**Билет № 30**

**1**. **Доброкач опухоли и кисты легкого. Этиология. Клиника. Диагностика.Лечение. Виды операций.Доброк**: А.центр опух (эндобронх, экстрабронх), Б.периферич опух (субплевральн , глубокие). **Гистология**: А.эпителиальн опух ( аденомы, папилломы ), Б. нейроэктодерм (невриномы, нейрофибромы), В. Мезодерм ( фибромы, липомы, миомы, сосудистые, гистиоцитомы, ксантомы), Г. дизэмбриогенетические( гамартомы, тератомы ). **Аденома**- образ из слизист бронхов, ( аденоид, базально-кл карцинома, карциноид, цилиндрома).Карциноид- разв-ся из низкодифф Кл Кульчинского из нейроэктодермальн происхожд-я, они вырабатывают – адреналин, серотонин, мелатонин+ полипеитид гормоны.АПУД-система. **Папиллома**- сост из соед стромы с многочисленными папиллярн выростами, покр-ми куб или метаплазир-ым многосл эпит-ем, лок-ся только в бронхах, внешний вид напоминает цв капусту. **Гамартома**- порок развития элементов мезо и эктодермы. **Тератома**- имеет вид кисты или плотной опух, лок-ся преимущ-но в верх доле левого легкого, растет медленно, почти никогда не малигнизир-ся. **Фибромы**- лок-ся в обоих легких, достигают 2-3см, но могут достигать больш размеров. **Липомы: Лейомиома**- разв из гладкомыш волокон, вход в состав стенки бронха или кров сосуда, имеет выраженную капсулу. **Добр гемангиоэндотелиома**- чаще у детей, распол-ся в глубине паренхимы тк легкого. **Добр гемангиоперицитома**- плотный четко огранич узел красного цв. **Фиброзная гистиоцитома**- встре редко, возник на фоне длительно сущ воспал проц. **Плазмоцитарная гранулема**- четко очерченное образ, воз на фоне наруш белкового обмена. **Клиника**: центр опух- бронхостенох 1-2ст, клапанный бронхостеноз, окклюзия бронха, периф опух- бессимптом тече, началь клин проявления, выражен клин проявл. Осложнения- пневмофиброз, ателектаз, бронхоэктазия, абсцедирующ пневмония, компрессион синдром, кровотеч, малигнизация, метастазиров. **Лечение**: зависит от вида опух, аденома- это оператив лечение( сегменэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия в зависим-ти от размера), фибромы- за ними нужно наблюдать, если начинают увелич-ся, то опер удаление, **Кисты**: врожденный, приобретенные. Истинные, ложные( нет эпит выстилки).**А**. **Врожден**:1. поликистоз легких( кистозная гипоплазия лег), 2. микрокистозное легкое9 бронхиолярная эмфизема лег), 3.внутридолевая секвестрация, 4. добавочное кистозное лег, 5. гигантская киста у новорожд и детей раннего дет возр. **Б. Приобрет**: 1. абсцесс, эхинококк, туб-я каверна, 2. пневматоцеле, 3. прогрессир-я эмфизематозно-буллезная дистрофия лег( исчезающее лег Бурке, гигант эмфиземат киста), 4. эмфизематозная секвестрация, 5. буллезная эмфизема. **В. Дизонтогенетич**: 1. солитарная бронхогенная киста лег, 2. гигантск бронхогенн киста у взр, 3. дермоидная, 4. солитарная бронхогенн кистаденома. **Лечение**- если киста небольш размеров, то лечат консервативно, при прорвавшейся кисте- дренирование. **Диагностика**- рентгеногр в 2-х проек, томогр, КТ, УЗИ орг бр пол, мокрота, бронхоскопия.

**2. . Анатомо-физ особ ПДЖ.О панкреатит:понятие,этио,патогенез**ПДЖ расположена забрюшинно на Ур-не 1-2 пояс позвонков.Различают головку, тело, хвост.Главный проток(вирсунгов) образуется из слияния мелких дольковых протоков. В головке вирсунгов проток соед-ся с добавочным.Кровоснабжение-ветвями панкреатодуоденальной артерией,кото снабжает кровью большую часть головки.Ветви верхней брыж артерии обеспечивают кровью головку и т тело, а ветви селезеночной-тело и хвост.ПДЖ обладает внешнесекреторной и инкреторной функцией.О панкреатит-воспалительно-некротическое поражение ПДЖ,обусловленное ферментативным аутолизом.**Этио**:1)заб-я внепеченочных желч путей 2)ЖКБ,холедохолитиаз3)спазм или воспаление большого дуод сосочка4)дискинезия желчных путей5)алкоголь6)травмы7)хир вмешательства8)заб-я ДПК**Пат-з:** основа-процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментови цитокинов различной природы.Происходит активация вырабатываемых железой ферментов,они выход\т за пределы протоков и происходит увеличение паренхимы,затем ферменты начинают расщипляться и оказывают влияние на ткань ПДЖ,могут входить в малую Сальникову сумку, а оттуда в брюш полость через отв-е Вислоу

**3.Задача**: ДЗ-Рак соска молочной железы ( Педжета). Обследования- соскоб язвы, пункция подмышеч л/у с цитологией, УЗИ,. Определить гормонзав или нет ?. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер, операция+ кастрация, гормонотер. Если негормонзав, то химиотер, операция, химио-лучевая терапия. Операция по Модену. Лучевая локально?

**Билет № 30**

**1**. **Доброкач опухоли и кисты легкого. Этиология. Клиника. Диагностика.Лечение. Виды операций.Доброк**: А.центр опух (эндобронх, экстрабронх), Б.периферич опух (субплевральн , глубокие). **Гистология**: А.эпителиальн опух ( аденомы, папилломы ), Б. нейроэктодерм (невриномы, нейрофибромы), В. Мезодерм ( фибромы, липомы, миомы, сосудистые, гистиоцитомы, ксантомы), Г. дизэмбриогенетические( гамартомы, тератомы ). **Аденома**- образ из слизист бронхов, ( аденоид, базально-кл карцинома, карциноид, цилиндрома).Карциноид- разв-ся из низкодифф Кл Кульчинского из нейроэктодермальн происхожд-я, они вырабатывают – адреналин, серотонин, мелатонин+ полипеитид гормоны.АПУД-система. **Папиллома**- сост из соед стромы с многочисленными папиллярн выростами, покр-ми куб или метаплазир-ым многосл эпит-ем, лок-ся только в бронхах, внешний вид напоминает цв капусту. **Гамартома**- порок развития элементов мезо и эктодермы. **Тератома**- имеет вид кисты или плотной опух, лок-ся преимущ-но в верх доле левого легкого, растет медленно, почти никогда не малигнизир-ся. **Фибромы**- лок-ся в обоих легких, достигают 2-3см, но могут достигать больш размеров. **Липомы: Лейомиома**- разв из гладкомыш волокон, вход в состав стенки бронха или кров сосуда, имеет выраженную капсулу. **Добр гемангиоэндотелиома**- чаще у детей, распол-ся в глубине паренхимы тк легкого. **Добр гемангиоперицитома**- плотный четко огранич узел красного цв. **Фиброзная гистиоцитома**- встре редко, возник на фоне длительно сущ воспал проц. **Плазмоцитарная гранулема**- четко очерченное образ, воз на фоне наруш белкового обмена. **Клиника**: центр опух- бронхостенох 1-2ст, клапанный бронхостеноз, окклюзия бронха, периф опух- бессимптом тече, началь клин проявления, выражен клин проявл. Осложнения- пневмофиброз, ателектаз, бронхоэктазия, абсцедирующ пневмония, компрессион синдром, кровотеч, малигнизация, метастазиров. **Лечение**: зависит от вида опух, аденома- это оператив лечение( сегменэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия в зависим-ти от размера), фибромы- за ними нужно наблюдать, если начинают увелич-ся, то опер удаление, **Кисты**: врожденный, приобретенные. Истинные, ложные( нет эпит выстилки).**А**. **Врожден**:1. поликистоз легких( кистозная гипоплазия лег), 2. микрокистозное легкое9 бронхиолярная эмфизема лег), 3.внутридолевая секвестрация, 4. добавочное кистозное лег, 5. гигантская киста у новорожд и детей раннего дет возр. **Б. Приобрет**: 1. абсцесс, эхинококк, туб-я каверна, 2. пневматоцеле, 3. прогрессир-я эмфизематозно-буллезная дистрофия лег( исчезающее лег Бурке, гигант эмфиземат киста), 4. эмфизематозная секвестрация, 5. буллезная эмфизема. **В. Дизонтогенетич**: 1. солитарная бронхогенная киста лег, 2. гигантск бронхогенн киста у взр, 3. дермоидная, 4. солитарная бронхогенн кистаденома. **Лечение**- если киста небольш размеров, то лечат консервативно, при прорвавшейся кисте- дренирование. **Диагностика**- рентгеногр в 2-х проек, томогр, КТ, УЗИ орг бр пол, мокрота, бронхоскопия.

**2. . Анатомо-физ особ ПДЖ.О панкреатит:понятие,этио,патогенез**ПДЖ расположена забрюшинно на Ур-не 1-2 пояс позвонков.Различают головку, тело, хвост.Главный проток(вирсунгов) образуется из слияния мелких дольковых протоков. В головке вирсунгов проток соед-ся с добавочным.Кровоснабжение-ветвями панкреатодуоденальной артерией,кото снабжает кровью большую часть головки.Ветви верхней брыж артерии обеспечивают кровью головку и т тело, а ветви селезеночной-тело и хвост.ПДЖ обладает внешнесекреторной и инкреторной функцией.О панкреатит-воспалительно-некротическое поражение ПДЖ,обусловленное ферментативным аутолизом.**Этио**:1)заб-я внепеченочных желч путей 2)ЖКБ,холедохолитиаз3)спазм или воспаление большого дуод сосочка4)дискинезия желчных путей5)алкоголь6)травмы7)хир вмешательства8)заб-я ДПК**Пат-з:** основа-процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментови цитокинов различной природы.Происходит активация вырабатываемых железой ферментов,они выход\т за пределы протоков и происходит увеличение паренхимы,затем ферменты начинают расщипляться и оказывают влияние на ткань ПДЖ,могут входить в малую Сальникову сумку, а оттуда в брюш полость через отв-е Вислоу

**3.Задача**: ДЗ-Рак соска молочной железы ( Педжета). Обследования- соскоб язвы, пункция подмышеч л/у с цитологией, УЗИ,. Определить гормонзав или нет ?. Если да, то лечение следует проводить- лучевая тер, операция+ кастрация, гормонотер. Если негормонзав, то химиотер, операция, химио-лучевая терапия. Операция по Модену. Лучевая локально?