

Методические указания к занятиям для клинических ординаторов в рамках модуля «Хирургия»

Методические рекомендации к занятию по теме: «Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного. Порядок и стандарты оказания помощи пациентам хирургического профиля»

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ. Сформировать у ординаторов представление о важности правильного заполнения истории болезни, как одновременно медицинского и юридического документа. Научить технике проведения специфических исследований, применяемых в хирургической практике и порядок оказания помощи таким больным.

Цель: Знать:

методику обследования хирургического больного, схему истории болезни. Схему истории болезни хирургического больного и ее основные разделы:

что значит «основные жалобы больного?»;

основные моменты, которые следует отразить в истории настоящего заболевания;

почему необходимо тщательно собирать историю жизни больного;

что включает в себя раздел «общее состояние больного в момент исследования»;

исследование каких органов и в какой последовательности необходимо записывать в разделе «общее состояние больного»;

какие данные и в какой последовательности записываются в> «местный статус»;

что следует отнести к дополнительным методам обследования,"

из каких разделов состоит клинический диагноз.

Уметь:

опрашивать больных, записывать их жалобы, историю развития заболевания, произвести объективное исследование.

Знакомство со схемой истории болезни хирургического больного. Методика обследования хирургического больного: опрос (жалобы, анамнез, заболевания, анамнез жизни), осмотр, исследование кожи, видимых слизистых оболочек, подкожной жировой клетчатки, лимфатических узлов.

собрать согласно схемы истории болезни хирургического больного паспортную часть, главные жалобы и жалобы на сопутствующие заболевания, историю настоящего заболевания, историю жизни;

произвести объективное исследование путем осмотра, пальпации, перкуссии и ауокультации общего состояния больного, кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов, мышц, суставов, позвоночника, головы, шеи, системы органов дыхания, кровообращения, пищеварения, органов выделения, нервной системы, местного-статуса; дать оценку полученным данным лабораторных исследований;

обосновать клинический диагноз;

кратко описать этиологию и патогенез травмы или заболевания; описать методы лечения курируемого больного по данным литературы и в хирургическом отделении;

написать эпикриз, прогноз для жизни и труда.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

1. Паспортная часть (общие сведения о больном). Групповая принадлежность крови — Резус-фактор принадлежность —

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Дата и время поступления в клинику.
3. Дата выписки.
4. Количество койко-дней.
5. Пол.
6. Возраст.

7. Образование.
8. Профессия.
9. Место работы.
10. Домашний адрес.
11. Диагноз при направлении.
12. Диагноз при поступлении.
13. Клинический диагноз.
14. Осложнения.
15. Сопутствующие заболевания.
16. Лечение (консервативное, оперативное — дата и название операции, обезболивание).
17. Осложнения после операции.
18. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен,, ухудшение, смерть).

II. Основные жалобы больного (в момент опроса). Больной жалуется на

1. Боль — характер, постоянная или появляющаяся периодически, локализация, в связи с чем появляющаяся (прием пищи, перемен» положения и т. д.), усиливающаяся (в связи с чем) ,ирирадирующая (локализация), сопутствующие явления;
2. Наличие образований, дефектов, деформаций (локализация);
3. Жалобы на сопутствующие заболевания.

III. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi). Сколько времени болеет. Дата заболевания. Причина, начало (внезапное, постепенное) и дальнейшее развитие заболевания в динамике (в хронологическом порядке от момента появления первых признаков заболевания до настоящего времени).

У больных, поступивших по экстренным показаниям, динамику развития заболевания или травмы следует описывать по часам.

У больных с травмой необходимо выяснить: механизм травмы, какого характера, когда и где была оказана первая помощь. Лечение в домашних условиях. Когда впервые обратился к врачу, какое проведено лечение (консервативное, оперативное, вид обезболивания) и его результаты. Причина поступления в стационар. Лечение и состояние больного в стационаре.

IV. История жизни больного (Anamnesis vitae).

Где родился (местность), в какой семье, каким по счету. Развитие с детства. Начало учебы и трудовой деятельности (дальнейший трудовой анамнез). Условия работы и быта. Перенесенные болезни, интоксикации, травмы и операции. Состояние, здоровья родных и ближайших родственников.

Период половой зрелости, менструальные кровотечения, их характер.

Замужество, беременности, роды, аборт. Туберкулез, аллергия, болезнь Боткина, злокачественные заболевания, венерические болезни, алкоголизм (у себя и у ближайших родственников). Влияние внешней среды и социально-бытовых факторов: а) жилищные условия; б) материальная обеспеченность; в) характер и режим питания; г) использование отдыха (после работы, в выходные дни и во время тарифного отпуска); д) личная гигиена; е) вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ); ж) перенесенные гемотрансфузии, реакция на них.

V. Общее состояние больного в момент исследования (Status praesens communis).

Общее состояние. Сознание. Положение в постели. Выражение лица. Вид больного. Питание. Вес. Рост. Температура тела, пульс, дыхание.

Кожа — цвет, эластичность, влажность, расчесы, рубцы, пигментные пятна и др. Ногти. Волосы. Развитие подкожной жировой клетчатки, отеки.

Слизистые оболочки.

Лимфатические узлы (локализация, консистенция, отношение друг к другу и окружающим тканям, болезненность, размеры).

Мышцы — степень развития, тонус, сила.

Кости — деформация, болезненность. Длина конечностей.

Суставы — конфигурация, болезненность, активные и пассивные движения.

Позвоночник — (форма, объем движений, болезненность).

Голова — форма, соотношение между мозговым и лицевым черепом и деформации.

Исследование отдельных областей лица и волосистой части головы.

Шея — форма, симметрия, состояние щитовидной железы.

Система органов дыхания

Грудная клетка, ее форма, симметричность, над- и подключичные ямки, межреберные промежутки. Дыхательные движения грудной клетки, глубина и ритм дыхания, частота.

Пальпация грудной клетки, поперечная и продольная нагрузка.

Перкуссия легких: верхние границы легких (верхушек) спереди и сзади, ширина их (ширина полей Кренига), нижних границ (топографическая перкуссия). Сравнительная перкуссия. Подвижность нижних j < рае легких. Аускультация легких. Бронхофония и голосовое дрожание. Молочные железы.

Система органов кровообращения

Осмотр (выпячивание или пульсация в области сердца и больших сосудов). Верхушечный толчок, его локализация и характер. Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца. Поперечник сосудистой тупости. Проба Штанге, Генча-Сообразе. Пульс (на лучевой артерии, частота, ритм, напряжение, наполнение). Исследование сосудов (артерий, поверхностных вен). Артериальное давление.

Система органов пищеварения

Ротовая полость: губы, десны, зубная формула, язык, твердое и мягкое нёбо, миндалины, глотка, слюнные железы и их выводные протоки.

Живот — форма, симметрия, участие брюшной стенки в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, пупок. Видимая перистальтика желудка и кишечника. Симптом Розанова.

Поверхностная пальпация (состояние передней брюшной стенки). Глубокая, скользящая, методическая пальпация органов брюшной полости: сигмовидная и слепая кишка, желудок, печень, селезенка. Размеры печени по Курлову. Выявление опухолей, инфильтратов. Симптом Щеткина — Блюмберга. Перкуссия живота — определение границ внутренних органов, наличие свободной жидкости в брюшной полости методом ундуляции. Аускультация живота.

Мочеполовая система

Осмотр области почек. Бимануальная пальпация почек. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные), мочеточниково-вые (верхние и нижние) точки. Симптомы Пастернацкого. Наружные половые органы. Органы мошонки (яички, придатки, семенные канатики). Исследование наружного (поверхностного) отверстия пахового канала с обеих сторон (форма, края, размеры).

Нервная система

Сознание (ясное, спутанное, отсутствует). Возбужден, угнетен, встревожен. Бред. Сон (его характер). Форма и величина зрачков, движение глазных яблок, смыкание век. Реакция зрачков на свет — прямая и содружественная. Кожные рефлексы — брюшные (верхний, средний, нижний), подошвенный. Сухожильные рефлексы — с сухожилия двуглавой мышцы плеча, коленей, с ахиллового сухожилия. Дермографизм. Оценка полученных рефлексов (повышенные, живые, пониженные, не вызываются). Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига). Чувствительная и двигательная сфера. Органы чувств. - Зрение, обоняние, слух, осязание, вкус.

VI. Местный статус (Status localis) — описать данные осмотра пальпации, перкуссии и аускультации области, связанной с патологическим процессом. Схематическая зарисовка места болезни.

VII. Данные дополнительных исследований:

- а) исследование крови;
- б) исследование мочи;

- в) исследование желудочного сока;
- г) рентгеноскопия органов грудной клетки;
- д) специальные исследования в зависимости от заболевания (эндоскопические методы и др.).

Оценка полученных данных.

VIII. Клинический диагноз и его обоснование:

- а) основной;
- б) сопутствующий;
- в) осложнения.

IX. Этиология и патогенез.

X. Методы лечения (по данным литературы).

XI. Лечение курируемого больного.

XII. Эпикриз.

XIII. Прогноз:

- а) для жизни;
- б) для труда.

XIV. Список использованной литературы.

Особенности обследования хирургических больных с заболеваниями головы, лица, шеи, грудной клетки, молочных желез, опорно-двигательного аппарата, нервной и мышечной системы.

Осмотр головы: пропорциональность головы к другим частям тела, соотношение мозгового и лицевого отделов черепа. Наличие утолщений надкостницы, дефектов, припухлостей или других изменений, болезненность их при пальпации, надавливании и поколачивании.

Исследование лица: осмотр лица, симметрия его, глазные щели (суженные, расширенные), положение глазного яблока (экзофтальм, энофтальм), несмыкание век («заячий глаз»). Глазные симптомы Кохера, Грефе, Мебиуса, Штельвага. Выраженность но-согубных складок. Наличие припухлости, дефектов, расщелины твердого неба и др. Нос — форма (седловидный, птичий) деформация, определение перелома костей носа. Нижняя челюсть, десны, зубная формула, прикус, язык.

Исследование шеи: форма, степень развития мышц (кривошея), определение на глаз щитовидной железы. Пальпация щитовидной железы (контуры, поверхность, консистенция, отношение к окружающим тканям, четкость границ, размеры, болезненность). Симптом глотка. Другие образования на шее (срединные или боковые кисты шеи, опухоли, увеличение лимфатических узлов и т. д.).

Исследование грудной клетки: форма грудной клетки, симметричность, надключичные и подключичные впадины, межреберные промежутки, направление ребер, эпигастральный угол. Наличие деформаций. Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания. Пальпаторно определяется локализация болезненности, подкожная эмфизема, крепитация, голосовое дрожание, поперечная и продольная нагрузка. Перкуссия и аускультация легких и сердца. Бронхофония.

Исследование молочных желез. Осмотр: форма, величина, нижний уровень их; форма сосков, ареолы, изменение кожи, гиперемия, припухлость, втяжение типа апельсиновой корки, свищи. Выделения из соска (серозное, серозно-кровянистое, кровянистое). Приемы пальпации молочной железы в положении больной стоя и лежа. Наличие опухоли (размеры, поверхность, консистенция, подвижность). Пальпация региональных лимфатических узлов.

Исследование позвоночника. Осмотр: физиологические изгибы, профильный контур, патологические искривления — лордоз, кифоз, сколиоз, горб. Активные движения. Пальпация, состояние остистых +1 поперечных отростков, симптом «вожжей». Нагрузка на позвоночник.

Исследование конечностей: исследование верхних и нижних конечностей студенты проводят вначале у больных без патологических изменений конечностей, а затем — с

различными патологическими процессами. Осмотр конечностей спереди и сзади (положение, форма в целом и отдельных ее частей, ось, патологическая установка, наличие рубцов, опухолей, атрофии мышц). Форма суставов и объем движений с них. Пальпация (местная температура, болезненность при надавливании на выступающие костные точки). Исследование активных и пассивных движений. Объем движений в суставах, болезненность при этом, крепитация. Исследование боковых и ротационных движений в суставах при свободном и фиксаторном проксимальном сегменте конечности. Объем активных движений в суставах нижних конечностей, походка; отпечатки стоп. Измерение объема активных и пассивных движений. Измерение окружности сегмента конечности. Измерение анатомической и функциональной длины обеих конечностей. При исследовании локтевого сустава определить линию и треугольник Гютера. При исследовании тазобедренного сустава определить болезненность при поперечном сдавливании таза, линию Розер — Нелатона, симптомы Тренделенбурга, Александрова. Приемы определения растяжения или разрыва связок — симптом «выдвижного ящика».

Показания к пункции и место пункции суставов.

Определяется степень выраженности поверхностных вен конечностей, наличие варикозного расширения их. Определяется пульсация на доступных пальпации артериях верхних и нижних конечностей (в симметричных местах).

Исследование мышечной системы: осмотр, развитие мышечной ткани: хорошее, умеренное, слабое, гипотрофия, атрофия. Пальпа-торно определяется тонус (хороший, пониженный, повышенный), болезненность, сила мышц (динамометром или по сопротивляемости).

Исследование нервной системы. Головная боль, характер ее, шум в голове, головокружения. Сознание (ясное, спутанное, затемнено). Настроение (ровное, спокойное, приподнятое, подавленное, эйфория). Глубина и продолжительность сна, сновидения. Болевая и тактильная чувствительность. Координация движений. Форма и величина зрачков, реакция их на свет (прямая и содружественная). Конъюнктивальный и корнеальный рефлексы. Дермографизм. Поверхностные рефлексы (брюшные и подошвенный). Глубокие рефлексы: коленный и ахиллова сухожилия. Менингеальные симптомы. Симптом Кернига и ригидность затылочных мышц. Органы чувств. Зрение, слух, вкус, обоняние, осязание.

Уметь:

в письменной форме изложить данные исследования.

провести сравнительную оценку правильности и полноты оформления этого фрагмента истории болезни;

установить связь путем анализа данных основных жалоб и истории заболевания или травмы с обнаруженными клиническими проявлениями при обследовании.

Особенности обследования хирургических больных с патологическими изменениями живота, таза, почек, мочевого пузыря, пахово-мошоночной области, прямой кишки.

Исследование живота. Осмотр: форма (овальная, грушевидная, лягушачий живот, выпяченный, втянутый, уплощенный, симметричный или асимметричный). Наличие рубцов (послеоперационных, мелких рубцов беременности), пигментации, вен («голова медузы»). Пупок: форма цилиндрическая, щелевидная и т. д.), втянут, выпячен, сглажен. Видимая перистальтика желудка и кишечника. Участие передней брюшной стенки в акте дыхания, симптом Розанова. Расхождение прямых мышц живота, грыжи. Измерение окружности живота.

Пальпация проводится поверхностная (ориентировочная) и глубокая. При поверхностной пальпации определяется состояние мышц передней брюшной стенки (мягкий живот или ясно выраженное напряжение, «доскообразный» живот) на всем протяжении или на ограниченном участке. Определение болезненности, зона наибольшей болезненности. При глубокой пальпации исследуется печень, желчный пузырь, селезенка.

Кишечник (сигмовидная и слепая кишки), желудок, при опухоли выяснить, откуда она исходит (из брюшной стенки, располагается внутрибрюшинно или забрюшинно). Размеры

опухоли, ее границы, консистенция, поверхность, болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга, степень его выраженности и локализация; <имптом ундуляции.

Перкуссия всего живота. Определение печеночной тупости по Курлову, селезенки, наличие жидкости (свободной и ограниченной), свободного газа. Полулунное пространство Траубе. Перкуторная болезненность.

Аускультативно определяют кишечные шумы, нижнюю границу желудка, (фрикционная аускультация), шум плеска (суккус-сия).

Исследование почек, мочевого пузыря. Осматривается поясничная область. Проводится бимануальная пальпация почек в горизонтальном положении (на спине, на боку), в вертикальном положении. Определяются размеры, подвижность, поверхность и болезненность пальпируемых почек. Симптом Пастернацкого. Почечные (реберно-позвоночные и реберно-мышечные) и моче-точниковые точки (верхняя и нижняя). Степень наполнения мочевого пузыря. Знакомство с различными катетерами и цистоскопами.

Исследование таза. Определение симметричности, конфигурации и окраски кожных покровов. Пальпация и сдавление в поперечном направлении таза. Определяется болезненность, крепитация и патологическая подвижность отломков костей таза. Из дополнительных исследований рекомендуется рентгенография костей таза.

Исследование пахово-мошоночной области. При осмотре в горизонтальном и вертикальном положении больного обратить внимание на симметричность, окраску кожных покровов, припухлость и увеличивающиеся при напряжении выпячивания. Наличие язв, свищей, воспалительных и опухолевидных образований. При> пальпации паховых областей и мошонки определяется консистенция тканей, болезненность. Размеры органов мошонки (яички, придатки, семенные канатики), их поверхность, консистенция, болезненность. Исследование наружного (поверхностного) отверстия пахового канала, его размеры в см, симптом кашлевого-толчка.

Исследование прямой кишки (проводится в перевязочной). При осмотре промежностей и анальной области обратить внимание на воспалительные процессы, раны, язвы, свищи, геморроидальные узлы, кондиломы. При пальцевом исследовании прямой кишки определить тонус сфинктера, состояние слизистой оболочки и предстательной железы. Обратить внимание на пальпируемую матку, состояние боковых стенок таза и копчика. Исследование прямой кишки ректальным зеркалом и при необходимости — ректороманоскопом.

Уметь:

в письменной форме изложить данные" исследования больного;
оценить правильность и полноту оформления этого фрагмент» истории болезни;
определить назначение инструментов для эндоскопических исследований: цистоскоп, ректоманоскоп, ректальное зеркало, лапароскоп.

Курация. Составление истории болезни.

схему истории хирургического больного и особенности собирания паспортной части, главных жалоб, истории развития заболевания и жизни;

объективные методы исследования больного путем осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации.

Уметь:

самостоятельно провести опрос;

произвести объективное исследование больных в последовательности, указанной в схеме истории болезни больного;

из полученных и собранных данных составить историю болезни (черновик).

Курация. Составление истории болезни.

знать особенности обследования хирургического больного;

дополнительные методы исследования больного;

принципы применения инструментального обследования больных.

Уметь:

определить длину конечностей;
 использовать угломер, для определения объема движения;
 определить пульс на артерии бедра, голени, стопах;
 изложить согласно полученным данным историю болезни курируемого больного.
 Разбор и защита истории болезни.
 требования, предъявляемые к написанию истории болезни и ее оформлению;
 подробно методику обследования хирургического больного.

Уметь:

показать значения по методике обследования больного; обобщать собранные данные, изложенные в истории болезни; ответить и показать, при необходимости, использованные методы объективного обследования хирургического больного.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Порядок и стандарты оказания помощи пациентам хирургического профиля

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *хирургического профиля*
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации
5. Разбор историй болезней пациентов

Хронокарта клинического практического занятия на тему : «Методика обследования хирургического больного. Задачи врача общей практики при наблюдении и лечении хирургического больного. Порядок и стандарты оказания помощи пациентам хирургического профиля»

| | |
|--|-----------|
| | На 3 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ

Ознакомление со схемой истории болезни (имеет особенности). Разъяснение преподавателем специфических, ранее не знакомых терминов. Изучение важнейших симптомов, исследуемых хирургами, и практическое усвоение техники исследования хирургического больного.

СХЕМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Паспортная часть
2. Жалобы в момент осмотра

3. Anamnesis morbi (история развития заболевания)

4. Anamnesis vitae (история жизни)

5. Объективное исследование

6. Предварительный диагноз и его обоснование

7. План обследования больного

8. Клинический диагноз

9. План лечения больного.

В паспортной части должны быть отражены фамилия, имя, отчество, возраст и профессия, место работы. Кроме того, необходимо указать учреждение, направившее больного в стационар, диагноз направления.

При сборе жалоб в момент осмотра необходимо подробнейшим образом на основании активного опроса выявить все, что беспокоит пациента. Основными жалобами могут быть:

Боль. Следует выяснить ее локализацию. Характер, интенсивность, иррадиацию, периодичность, связь с приемом пищи, физической нагрузкой. Выяснить, что облегчает боль.

Жалобы общего характера: слабость, недомогание, плохой аппетит, плохой сон, снижение работоспособности и пр.

Жалобы, связанные с нарушением функций отдельных органов и систем (сердечно-сосудистая, дыхательная. Пищеварительная, опорно-двигательная, мочевыделительная, эндокринная).

При сборе анамнеза необходимо отразить следующие моменты:

1. Дата и час начала заболевания

2. Факторы, способствующие развитию болезни.

3. Первые проявления заболевания

4. Развитие симптомов заболевания в дальнейшем.

5. Как больной обследовался и лечился. Было ли лечение эффективным. Были ли операции по поводу основного заболевания.

6. Как изменялась трудоспособность, переносимость физических нагрузок.

7. Что побудило больного обратиться у врачу в настоящее время.

При изучении анамнеза жизни необходимо выяснить следующее:

1. Основные биографические данные по периодам жизни. особенности роста и развития.

2. Перенесенные детские заболевания, заболевания во взрослом возрасте, операции, травмы.

3. Особенности физических нагрузок, психические травмы, эмоциональные нагрузки.

4. Эпидемиологический анамнез

5. Аллергологический анамнез

6. Необходимо выяснить наследственность

7. Вредные привычки.

8. У женщин-гинекологический анамнез.

Схема объективного обследования.

Оценка общего состояния (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое) Оценка складывается из данных, характеризующих сознание больного, его двигательную активность, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (цвет кожных покровов, частота пульса, артериальное давление, частота дыхательных движений).

Обследование по органам и системам.

Обследуется сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, мочевыделительная и другие симптомы.

Характеристика местных изменений (STATUS LOCALIS)/

При осмотре нужно характер болезненного процесса (припухлость, рана, выпячивание, образование, деформация и пр.).

Перкуторно определяется характер звука (притупление. тимпанит).

Аускультация проводится для определения сосудистых шумов в области образования. На основании собранных жалоб. Данных анамнеза и объективного исследования формируется предварительный диагноз и проводится его обоснование. Для постановки окончательного диагноза следует провести дополнительное обследование.

Дополнительные методы обследования:

- лабораторные
- электро-функциональные
- рентгеновские
- УЗИ
- эндоскопические
- радиоизотопная диагностика.

Следует обратить внимание, что обследование следует начать с неинвазивных методов, наименее опасных для больного.

В результате проведенного обследования формулируется подробный клинический диагноз с указанием стадии заболевания и распространенности процесса, осложнений. Сопутствующих заболеваний.

Перечень вопросов для собеседования

1. Основные этапы оказания помощи хирургическим больным врачом общей практики.
2. Основные ошибки, которые осуществляются при этом.

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов:

1. Лучевые методы обследования в хирургической практике
2. Эндоскопические методы (обзор)

Фонд оценочных средств:

Тесты:

Лучевое исследование при пальпаторном выявлении узлов в щитовидной железе следует начать с

- 1 -УЗИ
- 2 - сцинтиграфии
- 3 - сканографии
- 4 -радиометрии щитовидной железы
- 5 – тиреолимфографии

При радионуклидном сканировании щитовидной железы выявлен горячий узел на фоне накапливающей препарат окружающей ткани. Следует выполнить для уточнения диагноза

- 1 - тест подавления
- 2 - тест стимуляции

Для изучения структуры поджелудочной железы используют

- 1 -УЗИ
- 2 - доплерографию
- 3 - РХПГ
- 4 - зондовую дуоденографию

Надпочечники в норме видны при УЗИ в виде

- 1 - треугольного образования над верхним полюсом, эхопозитивного, однородной эхоструктуры
- 2 - образования округлой или овальной формы, эхопозитивного, неоднородной структуры
- 3 - образования гипоехогенной структуры, наслаивающегося на верхний полюс почки
- 4 - изоэхогенного с паренхимой почки образования с четкой капсулой

У больных с артериальной гипертензией, не снижающейся под влиянием терапии, показано определение

- 1 - кортизола

- 2 - инсулина
- 3 - соматотропина
- 4 - альдостерона

После операции на щитовидной железе у пациента возникли парестезии, судорожные подергивания, тетания. Лучевое исследование следует начинать с

- 1 - гамма-топографии щитовидной железы
- 2 - гамма-топографии паращитовидных желез
- 3 - рентгенографии турецкого седла
- 4 - определения содержания ТЗ и Т4
- 5 - определения содержания паратгормона

Причиной первичного гиперпаратиреоза может являться

- 1 - аденома паращитовидной железы
- 2 - хроническая почечная недостаточность
- 3 - состояние после резекции желудка
- 4 - глютенная энтеропатия (спру)
- 5 - аденома гипофиза

Прямым ультразвуковым признаком камня почки является

- 1 - эхопозитивное образование в проекции ЧЛС
- 2 - гиперэхогенное образование, размером не менее 5 мм
- 3 - четко очерченное эхопозитивное образование с акустической тенью позади него
- 4 - эхопозитивные образования, исчезающие при уменьшении режима работы прибора

Желчный пузырь при УЗИ дифференцируется как

- 1 - эхопозитивное образование
- 2 - эхонегативное образование

Гиперфиксация РФП в селезенке характерна для

- 1 - механической желтухи
- 2 - билиарного цирроза
- 3 - портального цирроза
- 4 - постхолестистэктомического синдрома
- 5 - гепатита

Для изучения барьерной функции печени используют

- 1 - коллоидный раствор Au^{198}
- 2 - бенгальский розовый I^{131}
- 3 - бутилид
- 4 - ХИДА Te^{99m}
- 5 - метизид

Желчный пузырь расположен на уровне

- 1 - 9-10 грудных позвонков
- 2 - 10-11 грудных позвонков
- 3 - 11-12 грудных позвонков
- 4 - 1-2 поясничных позвонков

Вторичные злокачественные опухоли печени визуализируются на гамма-топограммах как

- 1 - "холодные очаги"
- 2 - "горячие очаги"

При синдроме портальной гипертензии лучевое исследование начинают с

- 1 - эзофагографии
- 2 - УЗИ брюшной полости
- 3 - рентгенографии брюшной полости
- 4 - диагностического пневмоперитонеума
- 5 - спленопортографии

Наиболее информативной методикой исследования билиарной системы при желче-каменной болезни является

- 1- ЭРХПГ
- 2- УЗИ
- 3 - внутривенная холецистохолангиография
- 4 - инфузионная холеграфия

Минимальный размер конкрементов желчного пузыря, выявляемый при УЗИ

- 1 - 0.1 мм
- 2 - 1.5-2 мм
- 3 - 5-7 мм
- 4 - 1 см
- 5 - 3 см

При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или опухоль большого дуоденального соска целесообразно применить

- 1 - внутривенную холецистохолангиографию
- 2 - дуоденографию
- 3 - ЭРХПГ
- 4 – спленопортографию
- 5 - УЗИ

Диаметр общего желчного протока по данным рентгенологического исследования не более

- 1 - 4 мм
- 2 - 6 мм
- 3 - 8 мм
- 4 - 10 мм

Диаметр общего желчного протока по данным ультразвукового исследования не более

- 1 - 4 мм
- 2 - 6 мм
- 3 - 8 мм
- 4 - 10 мм

При подозрении на опухолевое поражение печени наиболее информативной методикой является

- 1 - обзорная рентгенография брюшной полости
- 2 - компьютерная томография
- 3 - контрастное исследование билиарной системы
- 4 – сцинтиграфия

Для выявления варикозного расширения вен пищевода используют

- 1 - компьютерную томографию
- 2- МРТ
- 3- УЗИ
- 4 - рентгеноскопию с сульфатом бария
- 5 - сцинтиграфию пищевода

Свободную жидкость в брюшной полости наиболее рано можно выявить методом

- 1 -МРТ
- 2 - доплерографии
- 3 - рентгенографии брюшной полости
- 4 - рентгеноскопии брюшной полости
- 5 -УЗИ брюшной полости

Рентгенологический симптом "воздушного серпа" (скопление воздуха под диафрагмой) наблюдается при

- 1 - непроходимости кишечника
- 2 - пневмоперитонеуме
- 3 – перитоните

Симптом "ниши " на контуре или рельефе слизистой оболочке желудка отражает

- 1 - продуктивный процесс
- 2 - изъязвление в стенке органа

Показания к применению обзорной рентгенографии органов брюшной полости

- 1 - поиск инородных тел
- 2 - перитонит
- 3 - опухоли органов желудочно-кишечного тракта

Перечислите виды медицинской помощи

- 1 первичная медико-санитарная помощь
- 2 специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
- 3 скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
- 4 паллиативная медицинская помощь
- 5 все вышеперечисленные

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях

- 1 вне медицинской организации
- 2 амбулаторно
- 3 в дневном стационаре
- 4 стационарно
- 5 все перечисленное верно

Формами оказания медицинской помощи являются

- 1 экстренная
- 2 неотложная
- 3 плановая
- 4 все перечисленное верно

Первичная медико-санитарная помощь

1 является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

2 является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Специализированная медицинская помощь

1 оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

2 оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию

Что является основанием для осмотра на дому пациента врачами «узких» специальностей по назначению лечащего врача

- 1 желание пациента
- 2 невозможность посетить медицинское учреждение по состоянию здоровья
- 3 плановый диспансерный осмотр

Участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю "хирургия" принимают

1. Врач хирург
2. Врач общей практики

3. Участковый терапевт

В структуру хирургического дневного стационара оперблок:

1. Включен
2. Не включен

Первично специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия» оказывает:

1. Врач хирург
2. Врач общей практики
3. Участковый терапевт

Ситуационные задачи

Задача 1. Больному 38 лет планируется оперативное лечение ВРВ. Из анамнеза известно, что мама умерла в 45 лет от рака прямой кишки.

Какие инструментальные исследования нужно провести больному?

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем? Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами?

Задача 2.

При обращении к Вам больного с паховой грыжей в отечаются катаральные явления, лихорадка.

Записан на плановую операцию на сегодня.

Что делать?

Задача 3. Пациент 56 лет поступил с яркими клиническими признаками острого аппендицита. На ЭКГ- признаки острого инфаркта миокарда.

Ваши действия?

Задача 4. Больная 76 лет поступила с ЖКБ. Хроническим калькулезным холециститом. Приступы болей 2 раза в неделю, неоднократно получала консервативное лечение в больницах города. 2 года назад перенесла инсульт с правосторонним гемипарезом, страдает СД,т2 и псориазом вне обострения. План предоперационного обследования?

Задача 5. Больной в плановом порядке предстоит операция по поводу п/о вентральной грыжи. Ущемлений в анамнезе не было. Сопутствующая патология- ожирения 4ст, СДт2, ХОБЛ.

Объем обследования?

Будете оперировать больную?

Составить план реабилитации пациента.

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем? Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами?

Контрольные вопросы

1. На чем основаны способы оценки тяжести общего состояния больного
2. В чем различие боли и болезненности, активных и пассивных движений.
3. Перечислите основные вопросы, задаваемые больному при выяснении анамнеза жизни.
4. Какие дополнительные методы обследования и в какой последовательности надо применять при заболеваниях желудка (печени, щитовидной железы, сосудов нижних конечностей и пр).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

а)Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

б)Дополнительная:

1. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html>
2. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khiga>

Методическое обеспечение:

наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры

Методические указания к занятию по теме: « Асептика и антисептика. Операции»

Цель. Углубить знания об асептике и антисептике, хирургической операции

Уметь:

пользоваться методами антисептики и асептики в условиях клинической практики. готовить марлевые салфетки, турунды, «шарики»;
укладывать перевязочный материал и операционное белье в биксы;
применять тесты контроля стерилизации;
подготовить автоклав для стерилизации (наливать воду, проверять краны, загружать в него биксы, плотно завинчивать крышку и включать источник тепла);
проводить стерилизацию перевязочного материала и операционного белья в автоклаве;
по окончании стерилизации выключать рубильник, открывать пароотводящий кран, выпускать пар, открывать крышку и разгружать автоклав;
соблюдать правила техники безопасности при работе с автоклавом. подготовить в операционной рабочее место для подготовки рук к операции различными методами;
приготовить 0,5%-ный раствор нашатырного спирта для обработки рук по методу Спасокукоцкого-Кочергина;
подготовить руки к операции по методу Спасокукоцкого-Кочергина и по приказу № 720. МЗ СССР.
одеть стерильный халат, маску, перчатки с помощью операционной сестры и без нее;
подготовить для стерилизации перчатки в автоклаве, кипячением и в растворах антисептиков;
работать в операционной и перевязочной в перчатках и без перчаток. укладывать и фиксировать больного на операционном столе;
выполнять обязанности операционной сестры;
обрабатывать операционное поле по методу Филончикова-Гроссиха, иодонатом и спиртовым раствором хлоргексидина биглюната;
сменять инструменты во время операции, обрабатывать руки в течение операции;
накладывать асептические повязки и перекладывать больного на каталку с операционного стола и транспортировать в палату;
произвести текущую и окончательную уборку операционной;
мыть и стерилизовать инструменты после операции.

- оценить степень подготовленности больного к операции;
- правильно уложить больного на операционный стол;
- провести полноценную корригирующую послеоперационную терапию.

Знать:

основные принципы и сущность антисептики и асептики. Стерилизация перевязочного материала и операционного белья.
что такое асептика и виды хирургической инфекции;
что такое бикс, когда он был применен в хирургической практике;
какие преимущества стерилизации паром под давлением перед стерилизацией текучим паром;
принципиальная схема устройств автоклавов, в какой последовательности подготавливают автоклав к работе;
какая продолжительность стерилизации при давлении в автоклаве 1,5; 2 атм. и какая температура достигается при этом давлении;
какие существуют способы контроля стерильности материала и какие химические вещества применяются для контроля стерилизации;

бактериологический способ контроля стерильности материала, его недостатки и преимущества перед остальными;

правила выгрузки биксов из автоклавов и как произвести отметку о стерильности материала; где и в каких условиях должны храниться биксы со стерильным материалом и в течение какого времени материал в закрытом биксе считается стерильным. Что такое контактная инфекция и как предупредить контактную инфекцию, которая может попасть в операционную рану из кожи рук хирурга;

какие требования предъявляются к рукам хирурга;

методы подготовки рук хирурга к операции и на какие группы разделяются способы подготовки рук хирурга к операции;

какие существуют «новые» способы подготовки рук к операции;

недостатки и преимущества методов обработки рук различными способами; какие существуют виды операционных и наилучший способ обеззараживания воздуха в операционной; по приказу № 720 МЗ СССР.

какие существуют современные устройства в операционных для борьбы с воздушно-капельной инфекцией;

какие требования предъявляются к студентам в операционной и правила поведения в операционной;

в чем заключается текущая и окончательная уборка операционной;

подготовку операционного поля.

кто первый предложил обрабатывать операционное поле 5% настойкой йода и новые методы обработки операционного поля (приказ МЗ СССР № 720).

- принципы подготовки больного к операции с плановыми и > экстренными хирургическими заболеваниями;

- особенности операционного периода;

- правила ухода и проведения корригирующей терапии в послеоперационном периоде;

- *Асептика.* Виды и распространенность хирургической инфекции. Источники и пути распространения хирургической инфекции. Эндогенные пути микробной контаминации. Экзогенные пути микробной контаминации: контактный (прямой и непрямой), воздушный, имплантационный. Внутрибольничная (госпитальная) инфекция в хирургическом стационаре.

- *Понятие об асептике.* Организационные формы обеспечения асептики. Планировка и принципы работы хирургического стационара. Борьба с микрофлорой на путях воздушной контаминации. Профилактика контактной и имплантационной микробной контаминации.

- *Организация работы хирургического отделения и операционного блока.* Стерилизация операционной одежды, белья, хирургических перчаток, перевязочного и шовного материала, хирургического инструментария, дренажей. Использование одноразового материала и инструментария. Стерилизация ионизирующим, ультрафиолетовым, ультразвуковым излучением. Современные средства и методы химической стерилизации и дезинфекции. Упаковка и хранение стерильного материала. Контроль стерильности. Специальные функциональные зоны операционного блока. Уборка операционной.

- *Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка операционного поля.* Асептика участников операции и операционного поля. Общие правила, техника и современные способы обработки рук перед операцией. Подготовка и обработка операционного поля. Облачение в стерильную одежду, одевание, ношение и смена резиновых перчаток. Правила работы в условиях строгой асептики.

Антисептика. Понятие об антисептике. Виды антисептики.

- *Механическая антисептика.* Понятие о первичной и вторичной хирургической обработке ран, принципы и этапы выполнения.

- *Физическая антисептика.* Высушивание, тампонирование, дренирование ран и полостей, вакуумная обработка, вакуумная аспирация, обработка пульсирующей струей жидкости, аспирационно-промывной метод, УФО, лазерное облучение, ультразвуковая кавитация, гипербарическая оксигенация, озонотерапия.
- *Химическая антисептика.* Способы использования различных химических веществ. Различные виды местного и общего применения антисептиков. Основные группы антисептических средств. Основы рациональной антисептической химиотерапии.
- *Биологическая антисептика.* Виды биологической антисептики. Средства биологической антисептики. Показания к антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата. Выбор доз и метода введения антибактериального препарата. Оценка эффективности антибактериальной терапии. Смена антибактериального препарата в процессе лечения. Длительность антибактериальной терапии. Методы воздействия на иммунные силы организма. Пассивная и активная иммунизация в хирургии. Иммунокоррекция и иммуностимуляция.
- *Смешанная антисептика* Принципы рационального сочетания различных видов антисептики.

Предоперационный период. Подготовка больных к операции.

Знать:

- определение предоперационного периода, его длительность и задачи;
- подготовку нервной системы и психики больного, коррекцию гомеостаза, подготовку сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, моче-выделительной системы, кожи;
- правила общей подготовки больного к операции;
- содержание белков, белковых фракций и электролитов плазмы крови, а также ее кислотно-щелочного состояния в норме и при патологии;
- клинические проявления и виды дегидратации, способы ее коррекции;
- правила укладки больного на операционный стол;
- классификацию оперативных вмешательств;
- особенности подготовки больных к экстренным операциям.

Уметь:

- оценить подготовленность больного к операции;
- проанализировать показатели белкового и водно-электролитного обмена, морфологические и биохимические анализы крови, мочи;
- правильно уложить больного на операционный стол;
- обработать операционное поле;
- определить наиболее рациональный оперативный доступ.

Послеоперационный период. Уход за больными в послеоперационном периоде.

Знать:

- определение послеоперационного периода, его фазы;
- клинические признаки, характеризующие состояние больного;
- возможные осложнения в послеоперационном периоде со стороны нервно-психической, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, органов дыхания, органов желудочно-кишечного тракта, системы гемостаза, послеоперационной раны;
- методы профилактики осложнений послеоперационного периода;
- правила общего ухода за больным в послеоперационном периоде.

Уметь:

- создать функциональное положение больному в кровати в послеоперационном периоде;
- наладить систему для вдыхания увлажненного кислорода;
- обучить больного упражнениям дыхательной гимнастики и форсированного выдоха;
- обеспечить гигиену тела, постельного и нательного белья, гигиену выделений, деонтологию общего ухода.

Период операции. Понятие о хирургической операции. Виды хирургических операций: плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Типы операций: с удалением патологического очага, восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Положение больного на операционном столе. Принципы выбора операционного доступа. Малоинвазивная хирургия. Этапы хирургической операции.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 1 час

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

План лекции:

1. Экзогенная и эндогенная хирургическая инфекции.
2. Профилактика контактной инфекции. Оценка эффективности различных методов тепловой стерилизации.
3. Профилактика воздушно-пылевой и воздушно-капельной инфекции.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Решение ситуационных задач
4. Ролевые игры : обработка операционного поля, работа с биксами и др.

Перечень вопросов для собеседования и контрольные вопросы

- 1 В каких случаях проводится диагностическая операция?
- 2 Какие бывают операции'?
- 3 Дайте определение паллиативных операций.
- 4 В каких случаях выполняются одномоментные оперативные вмешательства ?
- 5 Какие необходимо соблюдать условия для выполнения лечебных операций
- 6 Дайте определение предоперационного периода. От чего зависит продолжительность предоперационного периода?
- 7 Зачем изучаются перед операцией и в послеоперационном периоде биохимические показатели крови?
- 8 Дайте определение послеоперационного периода.
- 9 Какие осложнения развиваются в послеоперационном периоде?
- 10 Перечислите основные препараты, направленные на стабилизацию гемодинамики в послеоперационном периоде

Хронокарта клинического практического занятия на тему : «**Асептика и антисептика. Операции.**»

| | На 1 час |
|--|----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 2 мин |
| Тестирование | 4 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов | 7 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 25 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 4 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 3 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов:

1. экстракорпоральные методы детоксикации

2.биологическая антисептика

3.профилактика ТЭЛА в послеоперационном периоде

Фонд оценочных средств:

Тесты

1. Какие способы стерильности существуют:

- 1) Биологические,
- 2) Технические,
- 3) Индикаторные

2. Какие препараты относятся к группе галоидов:

- 1) хлорная известь;
- 2) Препараты йода – иодонат,
- 3) р-р Люголя,
- 4) настойка йода,

3. Какие препараты могут быть использованы для уборки помещения:

- 1) Клиндензин Окси,
- 2) Лизитол,

- 3) Хлорамин

4. Какие режимы выделяют в операционном блоке:

- 1) Зона строгого режима,
- 2) Зона стерильного режима,
- 3) Зона общего режима

5. Какие действия предусматривает механическая антисептика:

- 1) Первичная обработка раны,
- 2) вторичная обработка раны,
- 3) промывание раны струёй антисептика

6. Виды электрического излучения используемые в хирургии:

- 1) УВЧ,
- 2) СВЧ,
- 3) ДМВ,
- 4) лазерный
- 5) электрический нож

7. Виды уборок в операционной:

- 1) Предварительная,
- 2) между операциями,
- 3) текущая, ежедневная,
- 4) генеральная

8. Ферменты:

- 1) Трипсин,
- 2) химотрипсин,
- 3) Капирпазим

9. Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?

- 1) мономицин;
- 2) сульфадимезин;
- 3) нистатин;
- 4) стрептомицин;
- 5) пенициллин.

10. Укажите антисептик, относящийся к окислителям:

- 1) борная кислота;
- 2) карболовая кислота;
- 3) хлорамин;

- 4) оксицианид ртути;
- 5) водорода пероксид, калия перманганат.

11. Гнойная рана дренирована тампоном с гипертоническим раствором поваренной соли.

Какой вид антисептики использован?

- 1) химическая;
- 2) биологическая;
- 3) механическая;
- 4) физическая;
- 5) смешанная.

12. Какой из перечисленных методов относится к физической антисептике?

- 1) первичная хирургическая обработка раны;
- 2) удаление некротических тканей из раны;
- 3) дренирование раны тампоном;
- 4) промывание раны антисептиком;
- 5) повязка на рану с ферментсодержащей мазью.

13. Через резиновый трубчатый дренаж грудной полости самопроизвольно эвакуируется экссудат. Какой вид антисептики используется?

- 1) механическая;
- 2) физическая;
- 3) микробиологическая;
- 4) химическая;
- 5) биологическая.

14. Что относится к механической антисептике?

- 1) орошение раны раствором водорода пероксида;
- 2) дренирование раны марлевым тампоном;
- 3) удаление из раны нежизнеспособных тканей;

15. Какое действие пероксида водорода выражено наиболее слабо?

- 1) антимикробное;
- 2) пенообразующее;
- 3) дезодорирующее;
- 4) механическое очищение раны;
- 5) органолептическое.

16. Раствор какого антисептика используется чаще всего для хранения корнцанга?

- 1) сулемы;
- 2) этилового спирта;
- 3) йода;
- 4) хлорамина;
- 5) йодоната.

17. Что из перечисленного относят к поверхностной антисептике?

- 1) введение антисептика в полости организма;
- 2) внутримышечное введение антибиотиков;
- 3) введение антисептика в окружающие рану ткани;
- 4) орошение раны раствором фурацилина;
- 5) внутривенное введение 1% раствора фурагина.

18. Какие из перечисленных лечебных мероприятий относятся к методам биологической антисептики?

- 1) первичная хирургическая обработка раны;
- 2) промывание раны водорода пероксидом;
- 3) внутримышечное введение стрептомицина;
- 4) назначение внутрь сульфадиметоксина;

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Определение асептики
2. Определение антисептики
3. Основные виды асептики
4. Основные виды антисептики
5. Как рассчитать объем инфузионной терапии.
6. Как готовится больной к оперативному вмешательству на органах желудочно-кишечного тракта?

Ситуационные задачи

Задача 1. Хирург во время пункции коленного сустава случайно использовал нестерильную иглу. В результате возник гнойный артрит. Какие виды антисептики могут быть использованы в лечении гнойного артрита?

Задача 2. При операции на прямой кишке по поводу ее выпадения хирург произвел фиксацию анального кольца и сразу же после этого сделал лапаротомию и подшивание прямой кишки. Какую ошибку с точки зрения асептики совершил хирург?

Задача 3. У больного диагностирован абсцесс в области наружной поверхности средней трети левого плеча. Какие виды и способы антисептики могут быть использованы в лечении больного?

Задача 4. При подготовке рук к операции хирург произвел мытье их 2,5% раствором нашатырного спирта в стерильном эмалированном тазу в течении 5 минут. Затем высушил стерильным полотенцем и протер пальцы и кисти 96% этиловым спиртом. Какие ошибки были допущены при обработке рук хирурга ?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>

Методическое обеспечение:

наборы биксов и материала, контроль стерильности
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
лекции кафедры,

Методические указания к занятию по теме : «Раны. Десмургия»

Цель. Необходимо вспомнить с ординаторами раневой процесс, лечение ран. Методику наложения повязок

Знать: классификацию повязок и технику их наложения на различные участки тела; определение десмургии, понятие о повязке и перевязке; перевязочный материал и его заменители; виды перевязочного материала; классификацию повязок по цели, по форме перевязочного материала, по плотности, по способу наложения; основные правила наложения бинтовых повязок; показания для применения косыночных повязок; особенности наложения бинтовой повязки на молочные железы; использование цельных марлевых повязок; правила наложения повязок из трубчатых трикотажных и эластических сетчатых бинтов на голову, грудную клетку; показания к наложению бинтовых повязок на верхние конечности; какие бинтовые повязки накладываются на нижние конечности; где начинается сходящаяся, расходящаяся и черепашья повязки; где начинается колосовидная восходящая и нисходящая повязки; особенности наложения возвращающейся повязки на стопу; когда головка бинта берется в левую руку; особенности наложения возвращающейся повязки на стопу; показания к наложению повязок эластическим трубчатым бинтом и рэтэластом. Сколько перевязочных и почему должно быть в хирургическом отделении; знать устройство и объем работы в перевязочной; особенности перевязок в «чистом» и «гнойном» отделениях, каких больных следует перевязывать в первую очередь при наличии в хирургическом отделении только одной перевязочной; какими антисептическими средствами можно обрабатывать кожу вокруг раны при перевязке; какие осложнения может вызвать клеол; классификацию, клинику ран. традиционные и современные способы лечения ран. что называется раной, является ли ссадина раной. какие раны называются свежеинфицированными. классификацию ран по числу, по инфицированное™, по характеру раневого дефекта, по виду ранящего оружия, по форме, по ходу раневого канала (по направлению), по отношению к полостям тела, по происхождению. местные симптомы ран. технику выполнения первичной хирургической обработки ран. особенности первичной хирургической обработки ран в зависимости от локализации ран. виды заживления ран. особенности заживления ран первичным натяжением. является ли послеоперационная рана абсолютно стерильной. ранние признаки воспаления ран. пути попадания инфекции в послеоперационную рану. сроки снятия швов с чистых послеоперационных ран. что такое рубец, время его образования. правила снятия швов с послеоперационной раны фазы раневого процесса по М. И. Кузину.

морфологические, биохимические и патофизиологические изменения в ране в фазе воспаления.

местные признаки воспаления.

способы лечения гнойных ран в фазе воспаления (хирургическая обработка, проточно-аспирационное дренирование, лечение под повязкой и в управляемой абактериальной среде, сорб-ционное лечение ран, лечение мазями на гидрофильной основе, протеолитическими ферментами и их ингибиторами).

морфологические, биохимические, патофизиологические' изменения в ране в фазе регенерации.

лечение ран в фазе регенерации.

Уметь: наложить повязку на любую часть тела;

применить методы наложения повязок в условиях клинической практики;

накладывать повязки треугольной косынкой на голову, суставы {плечевой, локтевой, коленный), на кисть, стопу, предплечье и молочную железу (правую и левую);

накладывать повязки четырехугольной косынкой на голову — «шлем-повязка»;

працевидной на выступающие части лица и головы:

накладывать из бинтов чепец, уздечку, шапку Гиппократ (на голову);

восьмиобразную повязку на затылок, шею и заднюю поверхность грудной клетки, круговую повязку на шею;

крестообразную повязку на задне-верхние отделы грудной клетки, ухо, глаза;

накладывать повязки из трубчатого эластического бинта (рэт-эласта) и экономные повязки одним бинтом марли (по Маштафа-рову).

накладывать повязку: на один палец (возвращающаяся спиральная);

на все пальцы (возвращающаяся «перчатка»);

на тыл кисти (крестообразная);

на предплечье, голень, бедро (спиральная с правильными и неправильными перегибами);

на локтевой, коленный суставы и пяточную область «черепашня» (сходящаяся и расходящаяся);

на плечевой сустав и тазобедренный сустав — колосовидная (восходящая и нисходящая); повязка Дезо;

на тыл стопы и голеностопный сустав — восьмиобразная;

повязка из трубчатого эластического бинта, эластической сетки рэтэласта.

подготовить перевязочную (влажная уборка), использовать бактерицидные ультрафиолетовые лампы; простерилизовать инструменты для работы (пинцеты, зажимы, скальпель, ножницы, резиновые дренажи, перчатки, а также перевязочный материал и белье);

обрабатывать руки по одному из известных методов, надевать стерильный халат, маску, перчатки; накрывать столик для стерильного инструментария и перевязочного материала;

правильно пользоваться инструментами для снятия первичной и вторичной повязок, туалет раны и окружающих тканей; снять швы, накладывать первичные и вторичные повязки;

пользоваться клеевыми повязками (клеоловой, коллодиевой и др-); накладывать повязки на все участки тела.

диагностировать раны, фазы раневого процесса, осложнения ран.

выбирать способ лечения ран.

лечить раны заживающие первичным и вторичным натяжением.

выполнять правила поведения медперсонала в перевязочной.

работать с хирургическим инструментарием.

делать перевязки больным с ранами, заживающими первичным натяжением.

снимать швы.

диагностировать осложнения раневого процесса.

лечить осложнения раневого процесса.

производить первичную хирургическую обработку ран.

перевязывать больных с гнойными ранами.
диагностировать фазы раневого процесса.
выбирать способ местного лечения ран.
лечить гнойную рану под повязкой.
применять аспирационно-проточное дренирование ран.
накладывать первичные и вторичные швы.

На занятии обсуждается: Десмургия. Понятие о повязке и перевязке. Лечебное значение повязок. Основные современные перевязочные материалы. Виды повязок: по назначению, по способам фиксации перевязочного материала, по локализации. Мягкие повязки, общие правила наложения повязок. Типы бинтования. Техника наложения мягких повязок на различные части тела. Эластическая компрессия нижних конечностей. Требования, предъявляемые к готовой повязке. Специальные перевязочные средства, применяемые в современной медицине.

Раны. Классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Клинические особенности различных видов ран. Виды заживления ран. Принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды. Вторичная хирургическая обработка. Закрытие раны.

Инфекционные осложнения ран. Гнойные раны первичные и вторичные. Общие и местные признаки нагноения раны. Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса. Современные принципы хирургического лечения гнойных ран. Радикальная хирургическая обработка гнойной раны. Дополнительные физические методы обработки раны. Проточно-аспирационная система. Энзимотерапия, антибактериальная терапия. Особенности лечения в фазе репаративной регенерации. Физиотерапевтическое лечение. Ультразвуковые, лабораторные и другие методы контроля за течением раневого процесса. Профилактика нагноений послеоперационных ран.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 1 час

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 3 часа

План лекции:

1. Бинтовые и безбинтовые повязки
2. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды.
3. Вторичная хирургическая обработка.
4. Закрытие раны методом кожной пластики.

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при (тема занятий).
4. Работа в перевязочной
5. Отработка практических навыков-друг на друге

Перечень вопросов для собеседования

1. Раны: определение, классификации
2. Раны: местные и общие признаки.
3. Раневой процесс: определение, этапы раневого процесса, общие и местные реакции
4. Раны: виды заживления, условия для заживления ран первичным натяжением,.
5. Особенности лечения свежееинфицированных ран
6. Грануляционная ткань. Определение, функции, строение
7. Осложнение рубцов. Причины развития, лечение, профилактика развития.
8. Особенности операционных ран.

9. Десмургия в современной хирургии. Классификация повязок. Принципы наложения бинтовых повязок.

Хронокарта клинического практического занятия на тему : « **Раны. Десмургия**»

| | На 1 час |
|--|----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 2 мин |
| Тестирование | 4 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов | 7 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 25 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 4 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 3 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. Современные методы лечения гнойных ран
2. Повязки в пластической хирургии, ортезы
3. Рубцы и их осложнения
4. Огнестрельные раны

Фонд оценочных средств:

Тесты

К мягким повязкам относится

- 1) гипсовая повязка
- 2) косыночная повязка
- 3) шина Крамера
- 4) аппарат Илизарова

При ранениях волосистой части головы накладывается повязка

- 1) крестообразная на затылок и шею
- 2) пращевидная
- 3) «уздечка»
- 4) «чепец»

При ушибе плечевого сустава накладывают повязку

- 1) черепашью
- 2) колосовидную
- 3) восьмиобразную
- 4) Дезо

Для транспортной иммобилизации используется

- 1) шина Кузьминского
- 2) шина Белера
- 3) шина Крамера
- 4) шина ЦИТО

Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе

- 1) спиральная
- 2) восьмиобразная

- 3) колосовидная
- 4) черепашня

Лейкопластырные повязки относятся к

- 1) давящим
- 2) клеевым
- 3) твердым
- 4) жидким

Крестообразную повязку применяют при повреждении

- 1) плечевого сустава
- 2) коленного сустава
- 3) лучезапястного сустава
- 4) III пальца кисти

При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать

- 1) шину Крамера
- 2) повязку Дезо
- 3) гипсовую лонгету
- 4) колосовидную повязку

Окклюзионную повязку используют при

- 1) артериальном кровотечении
- 2) переломе ребер
- 3) клапанном пневмотораксе
- 4) открытом пневмотораксе

Вид повязки при венозном кровотечении

- 1) давящая
- 2) окклюзионная
- 3) спиральная
- 3) лейкопластырная

Повязка, применяемая при ранении пальцев кисти

- 1) крестообразная
- 2) «перчатка»
- 3) черепашня
- 4) змеевидная

При переломе нижней челюсти необходима повязка

- 1) возвращающаяся
- 2) пращевидная
- 3) восьмиобразная
- 4) крестообразная

Повязка, применяемая при носовом кровотечении

- 1) лейкопластырная
- 2) пращевидная
- 3) «уздечка»
- 4) циркулярная

При травме коленного сустава накладывают повязку

- 1) черепашью
- 2) змеевидную
- 3) спиральную
- 4) колосовидную

После вскрытия карбункула на задней поверхности шеи лучше использовать повязку

- 1) «чепец»
- 2) крестообразную
- 3) «уздечку»
- 4) возвращающуюся

Повязку Дезо используют при переломе

- 1) костей предплечья
- 2) грудины
- 3) ключицы
- 4) ребер

При ожоге кисти кипятком накладывают повязку

- 1) сходящуюся
- 2) клеевую
- 3) «варежка»
- 4) «перчатка»

Лейкопластырная черепицеобразная повязка накладывается при переломе

- 1) грудины
- 2) ребер
- 3) ключицы
- 4) позвоночника

К твердым повязкам относится

- 1) бинтовая
- 2) гипсовая
- 3) клеевая
- 4) давящая

При вывихе плеча применяют повязку

- 1) косыночную
- 2) спиральную
- 3) восьмиобразную
- 4) круговую

Первичная хирургическая обработка раны — это

- 1) иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов
- 2) промывание раны
- 3) удаление из раны сгустков крови и инородных тел
- 4) наложение на рану вторичных швов

Симптом раны

- 1) крепитация
- 2) зияние краев
- 3) флюктуация
- 4) патологическая подвижность

Наиболее опасный симптом ранения

- 1) кровотечение
- 2) инфицирование
- 3) дефект кожи
- 4) нарушение функции поврежденной части тела

Вид ран, где чаще всего возможно повреждение костей

- 1) лоскутная
- 2) рубленая
- 3) колотая
- 4) резаная

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Раны: виды заживления, условия для заживления ран вторичным натяжением.
2. Особенности огнестрельных ран, зоны повреждения тканей
3. Первичная хирургическая обработка ран: определение, показания, противопоказания, виды
4. Первичный шов раны: виды, показания, условия для наложения.
5. Вторичный шов раны: виды, условия, сроки применения
6. Принципы общего лечения ран
7. Принципы местного лечения гнойных ран.

Ситуационные задачи

Задача 1. Где нельзя завязывать узлы при наложении бинтовой повязки больному после флебэктомии на нижней конечности?

Задача 2. Какую повязку необходимо наложить больной с проникающей раной в плевральную полость на уровне 5 межреберья?

Задача 3. Больной 32 лет получил травму правого плеча. При исследовании обнаружены вывих, последний вправлен по Кохеру.

Какую повязку можно наложить в данном случае?

Составить план реабилитации пациента.

Задача 4. Машиной скорой помощи в хирургический стационар доставлен больной с диагнозом: "Резаная рана области левой щеки". Рана нанесена 10 минут назад осколком стекла. В перевязочной хирург после туалета раны и обезболивания произвел иссечение краев и дна раны с наложением косметического шва. Наложена асептическая повязка.

Больной привит противостолбнячной сывороткой и анатоксином.

Назначено амбулаторное лечение.

Какова ошибка врача и почему? Составить план реабилитации пациента.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
лекции кафедры,
Наборы перевязочного материала, шин

Методические указания к занятию по теме: «Острый аппендицит»

Цель: закрепить знания, полученные ранее по теме

Клинический ординатор должен знать:

Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при остром аппендиците

Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка

Техника операций при остром аппендиците

Показания к дренированию и техника дренирования брюшной полости

Тактика хирурга при лечении осложненных форм аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного

Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците

Уметь: поставить диагноз острого аппендицита

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Определить тактику обследования лечения на дооперационном этапе

Острый аппендицит занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом по сводным

статистическим данным составляет в среднем 4-5 человек на 1000 населения, поражая лиц наиболее трудоспособного возраста (20-40 лет). За год в стране выполняется до 1 млн. аппендэктомий. Несмотря на достижения хирургии в этой области, летальность на протяжении последних 40 лет не уменьшается, составляет от 0,1–0,2 до 0,5 %.

Диагностические ошибки при этом заболевании встречаются в 12-31% случаев. Больные, перенесшие, так называемые, «напрасные аппендэктомии» - основные поставщики спаечной болезни (до 70%).

Цель занятия:

Научить студентов диагностике клинических проявлений острого и хронического аппендицита при типичном и атипичном течении, методам физикального обследования, основным лабораторным и инструментальным приемам исследования, дифференциальной диагностике с другими заболеваниями, выбору лечебной тактики и методам оперативного лечения при неосложненном и осложненном остром аппендиците.

Задачи:

Что должен знать, уметь и представлять студент:

1. Знать хирургическую анатомию правой подвздошной области и илеоцекального отдела кишечника. Атипичные положения червеобразного отростка.
2. Знать этиологию и патогенез острого и хронического аппендицита:
 - а) теория застоя
 - б) ангионевротическая теория
 - в) инфекционная теория
 - г) связь с ангиной
 - д) связь со спазмом баугиниевой заслонки
 - е) роль глистной инвазии
 - ж) роль инородных тел
3. Знать классификацию острого аппендицита.
4. Знать классификацию хронического аппендицита.
5. Знать клинику и течение острого и хронического аппендицита.
6. Знать тактику хирурга при остром и хроническом аппендиците (показания к оперативному вмешательству, относительные противопоказания).
7. Знать технику операции аппендэктомии.
8. Уметь различать макроскопически формы острого аппендицита (простой, флегмонозный, гангренозный, перфоративный).

9. Уметь определять основные симптомы острого аппендицита: Ровзинга, Ситковского, Образцова. Знать на что указывает напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга при остром аппендиците.
10. Уметь дифференцировать острый и хронический аппендицит.
11. Уметь провести дифференциальный диагноз острого аппендицита с другими заболеваниями органов брюшной полости: заболевания желудка (острый гастрит, пищевые токсикоинфекции, язва желудка и 12-ти перстной кишки с перфорацией и без нее); желчевыводящих путей (желчнокаменная болезнь, острый холецистит); с острым панкреатитом, с некоторыми другими заболеваниями кишечника (энтероколит, острая кишечная непроходимость, рак слепой кишки); мочекаменной болезнью; патологией гениталий (острый аднексит, апоплексия яичника, внематочная беременность).
12. Уметь провести дифференциальный диагноз хронического аппендицита с другими заболеваниями органов брюшной полости: хроническим гастритом, язвенной болезнью, хроническим холециститом, желчнокаменной болезнью, хроническим колитом, глистной инвазией, хроническим аднекситом, мочекаменной болезнью.
13. Уметь определять признаки периаппендикулярного и тазового абсцессов и знать методы их лечения.
14. Иметь представление об особенностях клинической картины острого аппендицита и хирургической тактики:
 - при ретроцекальном положении отростка
 - при тазовом расположении отростка
 - при медиальном расположении отростка
 - в пожилом возрасте
 - в детском возрасте
 - у беременных
15. Иметь представление об осложнениях острого аппендицита: прободение отростка, абсцессы (тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный), распространенный перитонит и пилефлебит.
16. Иметь представление о патогенезе, морфологическом субстрате, клинической картине и тактике лечения аппендикулярного инфильтрата.
17. Иметь представление о тактике хирурга при осложнении острого аппендицита.
18. Иметь представление о послеоперационном ведении больного после аппендэктомии, послеоперационных осложнениях и мерах борьбы с ними.

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Современные воззрения на этиологию и патогенез острого аппендицита
3. Современная классификация
4. Лечение с показом фильма с этапами операции

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с их историями болезни
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации

Перечень вопросов

1. Понятие о хроническом аппендиците

2. Основные ошибки амбулаторного этапа
3. Этиология и патогенез острого аппендицита
4. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците

Хронокарта клинического практического занятия на тему: «Острый аппендицит»

| | |
|--|-----------|
| | На 4 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 90 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. острый аппендицит у детей
2. Острый аппендицит у лиц пожилого возраста
3. Интраоперационные осложнения при остром аппендиците
4. Клинические симптомы острого аппендицита (по фамилиям)

Фонд оценочных средств:

Тесты

При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано

- 1 консервативное лечение
- 2 оперативное лечение - аппендэктомия
- 3 оперативное лечение - подведение тампонов к инфильтрату

Вы подозреваете у больного абсцесс дугласова пространства. Какое исследование необходимо произвести для его диагностики

- 1 ректороманоскопию
- 2 пальцевое исследование прямой кишки
- 3 перкуссию и аускультацию живота
- 4 лапароскопию
- 5 обзорную рентгенографию брюшной полости

У больного 70-ти лет с инфарктом миокарда поставлен диагноз острого флегмонозного аппендицита.

- 1 экстренная операция
- 2 наблюдение и операция при появлении симптомов разлитого перитонита
- 3 назначение массивных доз антибиотиков и операция при неэффективности антибиотикотерапии
- 4 произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза – операция

Какие мероприятия проводят при остром катаральном (простом) аппендиците

- 1 холод местно, обезболивающие препараты и спазмолитики с динамическим наблюдением за больным
- 2 производят только аппендэктомию
- 3 производят аппендэктомию и дренирование брюшной полости
- 4 производят аппендэктомию с ревизией терминального отдела подвздошной кишки и органов малого таза

Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается

- 1 в первые двое суток от начала заболевания
- 2 на 3-4 сутки с момента заболевания
- 3 на 7-9 сутки от начала заболевания
- 4 через 2-4 недели после аппендэктомии

Пилефлебит обычно является осложнением

- 1 прободной язвы желудка
- 2 заворота тонкой кишки
- 3 некроза тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
- 4 деструктивного аппендицита
- 5 распадающейся опухоли слепой кишки

Какой из методов исследования позволяет подтвердить диагноз хронического аппендицита

- 1 колоноскопия
- 2 лапароскопия
- 3 УЗИ органов брюшной полости
- 4 ирригоскопия
- 5 обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

Какие прямые рентгенологические признаки наблюдаются при хроническом аппендиците

- 1 незаполнение червеобразного отростка контрастным веществом
- 2 контрастирование просвета червеобразного отростка
- 3 ограничение подвижности илеоцекального угла

Бывает ли послеоперационная летальность после операций по поводу хронического аппендицита

- 1 нет
- 2 Да

При каком из двух заболеваний лучше отдаленные результаты операции

- 1 при остром аппендиците
- 2 при хроническом аппендиците

Дивертикул Меккеля возникает

- 1 на тощей кишке
- 2 на подвздошной кишке вследствие незаращения желточного протока
- 3 на восходящем отделе ободочной кишки
- 4 как следствие аппендэктомии

Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается

- 1 с серозного покрова червеобразного отростка
- 2 со слизистой червеобразного отростка
- 3 с мышечного слоя червеобразного отростка
- 4 с купола слепой кишки
- 5 с терминального отдела тонкой кишки

Противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците является

- 1 инфаркт миокарда
- 2 беременность 36-40 недель
- 3 непереносимость наркотических анальгетиков
- 4 аппендикулярный инфильтрат
- 5 нарушена свертываемости крови

Симптомы аппендикулярного инфильтрата все, кроме

- 1 субфебрильной температуры
- 2 длительности заболевания 4-5 дней
- 3 профузных поносов
- 4 повышение числа лейкоцитов крови
- 5 пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

У больного, перенесшего аппендэктомию, начиная с 5 суток на фоне уменьшения локальной болезненности, возникло ухудшение общего состояния: повышение температуры тела, гектические размахи её, повышение количества лейкоцитов. В глубине таза появились умеренные боли, преходящие дизурические явления, тенезмы.

С какого дополнительного метода исследования вы начнете для выявления причины вышеописанной картины

- 1 хромоцистоскопии
- 2 повторных анализов крови и мочи
- 3 пальцевого исследования прямой кишки
- 4 ректороманоскопии

Что не характерно для дивертикула Меккеля?

- 1 локализация в мезентериальной части подвздошной кишки
- 2 имеется у 2-3 % людей
- 3 находится в 60-70 см оральнее илео-цекального угла
- 4 содержит все слои стенки кишки
- 5 может содержать гетеротопную ткань поджелудочной железы, желудка или слизистую ободочной кишки

Что наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит?

- 1 пузырь со льдом
- 2 антибиотики
- 3 промывание желудка
- 4 слабительное или клизму
- 5 экстренную лапаротомию

Дивертикул Меккеля может вызвать

- 1 инвагинацию
- 2 высокую кишечную непроходимость
- 3 секретировать соляную кислоту и дать перфорацию
- 4 кровоточить
- 5 все вышеназванное верно

Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых

- 1 перевязка шелковой лигатурой с погружением культи
- 2 перевязка шелковой лигатурой без погружения культи
- 3 перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи
- 4 перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи

Наиболее правильным способом обработки культи червеобразного отростка после аппендэктомии у детей младшего школьного возраста будет

- 1 погружение культи в кيسетный и Z-образный шов
- 2 погружение культи в Z-образный шов
- 3 лигатурный способ
- 4 отграничение культи отростка от свободной брюшной полости марлевыми тампонами

К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:

- 1 Воскресенского (синдром "рубашки"),
- 2 Щеткина-Блюмберга,

- 3 Раздольского,
- 4 все названные симптомы,
- 5 ни один из них.

Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1 гломерулонефрита,
- 2 острого панкреатита,
- 3 острого аднексита,
- 4 острого гастроэнтерита,
- 5 правосторонней почечной коликой

Клинически острый аппендицит может быть принят:

- 1 за сальпингит,
- 2 за острый холецистит,
- 3 за дивертикулит Меккеля,
- 4 за внематочную беременность,
- 5 за любую из этих видов патологии

Неверным для острого аппендицита является утверждение, что:

- 1 ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка
- 2 ригидности может не быть при тазовом расположении
- 3 рвота всегда предшествует боли
- 4 боль может начинаться в области пупка
- 5 боль чаще начинается в эпигастральной области

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне
4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной

3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- 1 врачи-терапевты;
- 2 врачи-хирурги;
- 3 врачи-реабилитологи;
- 4 все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на органах грудной клетки?

1. наличие мокроты
2. легочное кровотечение
3. субфебрильная температура тела
4. АД 130/80 мм.рт.ст.
5. плохое настроение

Каковы сроки назначения ЛФК после неосложненной аппендэктомии?

1. через сутки
2. после снятия швов
3. перед выпиской из стационара
4. после выписки из стационара
5. после нормализации стула

Каковы особенности ЛФК после операций по поводу ранений брюшной полости?

1. учитывать наличие каловых свищей
2. применение упражнений на натуживание
3. использование частой смены исходных положений
4. использование снарядов
5. использование дыхательных упражнений

Контрольные вопросы

1. Основные симптомы, характерные для аппендицита
2. Особенности клинической картины аппендицита в пожилом возрасте
3. Особенности клинической картины аппендицита в детском возрасте
4. Особенности клинической картины аппендицита у беременных

Ситуационные задачи

Задача 1. У больного 36 лет утром появились ноющие боли в эпигастральной области, которые через 4 часа переместились и локализовались в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга

справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого - отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

-Каков предположительный диагноз?

-Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

-Лечение?

Задача 2. Больная с диагнозом аппендикулярный инфильтрат: к 4-ым суткам после поступления аппендикулярный инфильтрат - четко отграничен, температура тела нормализовалась, лейкоцитоз снизился. На 8-е сутки от начала заболевания появились боли в низу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту; живот мягкий, в правой подвздошной области определяется инфильтрат с нечеткими границами, болезненный при пальпации с размягчением в середине, положительным симптомом Щеткина- Блюмберга в этой зоне.

-Какое осложнение наступило у больной?

-Ваша тактика при лечении этого больного?

Задача 3. У больного, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегманозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до $38,7^\circ\text{C}$. Объективно: пульс учащен, язык влажный, живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Симптом Ортнера положителен. В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легких не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, расположен высоко, ограничен в подвижности. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

-О каком осложнении Вы подумали?

-Какое исследование может помочь уточнить диагноз?

-Ваша тактика при лечении этого больного?

Задача 4. У больного на 5 день после операции по поводу острого аппендицита поднялась температура до $38,5$ градусов, появились боли в области операционной раны. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание в норме. В легких патологии нет. Лейкоцитов – 15000. О каком осложнении можно думать? Каковы действия хирурга? нагноение рана, вскрытие гнойника

У больной с 35-недельной, нормально протекающей беременностью, появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура $37,8$ градусов. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на 2 поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов – 16000. В моче – следы белка, 5-6 лейкоцитов в п/зрения.

Диагноз, тактика хирурга ?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

Методическое обеспечение

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,

Методические указания к занятию по теме: «Острый холецистит. Механическая желтуха»

Цель: освежить в памяти знания о клинической картине острого холецистита, механической желтухи

Ординатор должен знать: о. Холецистит. Особенности клиники заболевания и хирургической тактики

желчный перитонит. Клиника, диагностика, хирургическая тактика

Принципы консервативной терапии дезин-токсикационная терапия, разгрузочная лапароскопия, ретроградная холангиография

Показания к неотложной, экстренной, ранней и плановой операциях на желчных путях

Методы интраоперационного обследования органов гепатопанкреодуоденальной зоны

Техника операции холецистэктомии от «шейки» и от «дна»

Показания к холедохотомии, наложению билиодигестативных анастомозов

Показания к дренированию желчных путей и брюшной полости, методика дренирования

Особенности ведения послеоперационного периода, сроки удаления дренажей из брюшной полости

Особенности ведения послеоперационного периода у больных с механической желтухой.

Профилактика и лечение печеночной недостаточности

Ошибки и опасности в хирургии желчных путей, связанные с атипизмом и аномалиями в гепатопанкреодуоденальной зоне

Уметь: поставить диагноз острого холецистита

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Определить тактику обследования больного при механической желтухи

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 5 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *с историями болезни*
4. Решение ситуационных задач

Перечень вопросов для собеседования

1. этиология и патогенез острого холецистита
2. основные клинические симптомы острого холецистита
3. механическая желтуха-клиника, диагностика, лечение
4. острый бескаменный холецистит

Хронокарта клинического практического занятия: «Острый холецистит. Механическая желтуха»

| | На 3 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |

| | |
|--|--------|
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |
|--|--------|

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. Острый холецистит у пожилых лиц
2. острый бескаменный холецистит
3. опухоль бдс, стриктура холедоха

Фонд оценочных средств:

Тесты

Инфицирование желчного пузыря при развитии острого холецистита происходит следующим путем

1. энтерогенным
2. контактным
3. гематогенным
4. лимфогенным

Больному 60-ти лет Вы поставили в поликлинике диагноз острого холецистита. Ваши дальнейшие действия

1. назначение курса амбулаторного лечения и, если больной работает, выдача больничного листа с посещением больного на дому
2. срочная госпитализация в терапевтический стационар
3. срочная госпитализация в хирургический стационар

Почему Вы решили не лечить больного амбулаторно и госпитализировали его не в терапевтический стационар, а в хирургическое отделение

1. плохие жилищные условия
2. отсутствие свободных мест в терапевтическом стационаре
3. для проведения курса консервативного лечения и реабилитации
4. возможность перехода катаральной стадии острого холецистита в деструктивную, развитие жизнеопасных осложнений
5. для оперативного лечения

Желчекаменная болезнь может вызывать нижеперечисленные осложнения, кроме

1. острого панкреатита
2. механической желтухи
3. дивертикулёза 12-перстной кишки
4. обтурационной тонкокишечной непроходимости
5. гнойного холангита

При желчнокаменной болезни плановая холецистэктомия показана:

1. во всех случаях
2. при латентной форме заболевания
3. при наличии клинических признаков заболевания, снижении трудоспособности и отсутствия тяжелой сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к плановой операции
4. у больных старше 55 лет
5. у лиц моложе 20 лет

Укажите признаки, характерные для синдрома Курвуазье

1. желтушное окрашивание кожи и склер
2. непальпируемый сморщенный желчный пузырь
3. пальпируется воспаленный и болезненный желчный пузырь
4. пальпируется увеличенный, эластичный и безболезненный желчный пузырь при наличии желтушного окрашивания кожи и склер
5. увеличение размеров печени

У больной 65-ти лет поставлен диагноз острого холецистита. Давность заболевания - 36 часов. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, пульс - 90 ударов в минуту, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, положительны симптомы Мерфи, Ортнера. Симптомов раздражения брюшины нет. Какова Ваша тактика?

1. показана экстренная операция
2. показана только консервативная терапия, включая антибиотики
3. показана консервативная терапия, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов - операция в срочном порядке
4. показана холецистэктомия после часовой подготовки к операции
5. лечебная тактика определяется наличием камней в желчном пузыре

Показанием к наложению билиодигестивного анастомоза при ЖКБ является

1. стреловидная стриктура терминального отдела холедоха
2. неудалимое преяствие в дистальном отделе холедоха
3. дуоденостаз
4. отключенный желчный пузырь
5. резидуальный камень холедоха

Холецисто-еюностомия или операция Монастырского показана

1. при эмпиеме желчного пузыря
2. при неоперабельной опухоли в терминальном отделе холедоха
3. при водянке желчного пузыря
4. при гнойном холангите
5. при опухоли желчного пузыря

Больному, ранее перенесшему операцию холецистэктомии, дренирование холедоха по поводу холедохолитиаза, вы поставили диагноз рубцового сужения фатерова соска. Ваши дальнейшие действия

1. консервативное лечение - назначение спазмолитических препаратов
2. операция - холецистостомия
3. операция - холедохотомия и дренирование холедоха по Вишневскому или Федорову
4. операция - трансдуоденальная папиллотомия или эндоскопическая папиллотомия

Вы оперируете больного по поводу гангренозного холецистита и местного перитонита. Ваша тактика?

1. холецистэктомия и оставление микроирригатора для введения антибиотиков
2. операцию ограничить введением тампонов вокруг некротизированного желчного пузыря
3. холецистэктомия, ушивание брюшной полости наглухо, послеоперационное введение больших доз антибиотиков
4. холецистэктомия с дренированием подпеченочного пространства и оставлением микроирригатора для введения антибиотиков
5. операция холецистостомии
6. холецистэктомия и тампонада ложа желчного пузыря

У 25-летней женщины с сывороточным билирубином 105 мкмоль/л (преимущественно непрямая фракция), нормальным содержанием щелочной фосфатазы, АЛТ увеличено в 10 раз, по данным УЗИ желчный пузырь 5/4/3 см, стенки не утолщены, в просвете конкремент 1,2 см; холедох в диаметре 0,7 см. Наиболее вероятен диагноз:

1. острый гепатит, ЖКБ.
2. Только ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха.
3. Холецистолитиаз и холедохолитиаз.
4. Рак головки поджелудочной железы.
5. Панкреатит.

Постановка дренажа в подпеченочное пространство после обычной холецистэктомии в наибольшей мере оправдывается возможностью:

1. Кровотечения из пузырной артерии.
2. Желчеистечения из ходов Люшке.
3. Предотвращения сращений с ложем желчного пузыря.
4. Забытых камней.
5. Инфекции.
6. Кровотечением из ложа желчного пузыря

Артерия, которая чаще всего может быть повреждена при холецистэктомии:

1. Левая печеночная артерия.
2. Общая печеночная артерия.
3. Нижняя брыжеечная артерия.
4. Верхняя брыжеечная артерия.
5. Правая печеночная артерия.

Острый холецистит обычно начинается с:

1. повышения температуры
2. появления рвоты
3. болей в правом подреберье
4. расстройства стула
5. тяжести в эпигастральной области

Приступ печеночной (желчной) колики возникает:

1. внезапно, остро, после погрешности в диете
2. после продромального периода
3. исподволь, постепенно
4. после длительного голодания
5. после переохлаждения

Для острого холецистита характерно:

1. диастазурия
2. лейкоцитоз
3. гипогликемия
4. глюкозурия
5. гипербилирубинемия

Нормальные показатели билирубина крови:

1. 0,10-0,68 мкмоль/л
2. 8,55-20,52 мкмоль/л
3. 2,50-8,33 мкмоль/л
4. 3,64-6,76 мкмоль/л
5. 7,62-12,88 мкмоль/л

Показанием к папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе является:

1. вклиненный камень в папилле
2. стреловидная рубцовая стриктура терминальной части холедоха
3. вклиненный камень в супрадуоденальной части холедоха
4. отключенный желчный пузырь
5. холангите

При остром и хроническом холецистите противопоказано применение:

1. омнопона
2. морфина гидрохлорида
3. но-шпы
4. атропина сульфата
5. спазмалгона, баралгина и спазгана

Основным методом исследования больных неосложненным холециститом является:

1. инфузионная холеграфия

2. ЭРПХГ
3. УЗИ желчного пузыря
4. лапароскопия
5. гастродуоденоскопия

Ширина холедоха в норме равна:

1. до 0,5 см
2. 0,6-1,0 см
3. 1,1-1,5 см
4. 1,6-2,0 см
5. свыше 2,0 см

Индекс литогенности желчи определяется соотношением:

1. холестерина, билирубина и лецитина
2. билирубина, желчных кислот и лецитина
3. холестерина, желчных кислот и билирубина
4. холестерина, желчных кислот и лецитина
5. билирубина и лецитина

Больному с гангренозным холециститом показано:

1. консервативное лечение
2. отсроченная операция
3. принятие решения зависит от возраста больного
4. операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
5. экстренная операция

Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:

1. холецистостомию
2. холецистэктомию «от шейки»
3. холецистэктомию «от дна»
4. лапароскопическую холецистостомию
5. холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому
6. лапароскопическую холецистэктомию

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

1. по Робсону - Вишневному
2. по Холстеду - Пиковскому
3. по Спасокукоцкому
4. по Керу
5. сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем, кроме:

1. наличия мелких камней в холедохе
2. подозрения на рак большого дуоденального соска
3. расширения холедоха
4. механической желтухи в анамнезе
5. при отсутствии желтух в анамнезе и нормальном диаметре холедоха

Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:

1. уробилинурия
2. повышение щелочной фосфатазы
3. нормальный или пониженный белок в крови
4. повышение билирубина крови
5. нормальные или умеренно повышенные трансаминазы

С перемещением конкремента из желчного пузыря в холедох не развивается:

1. печеночная колика
2. желтуха

3. гнойный холангит
4. рак папиллы
5. синдром Бадда-Хиари

Осложнением холедохолитиаза является:

1. водянка желчного пузыря
2. эмпиема желчного пузыря
3. желтуха, холангит
4. хронический активный гепатит
5. перфоративный холецистит, перитонит

К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относится все, кроме:

1. пальпации холедоха
2. холедохоскопии
3. интраоперационной холангиографии
4. зондирования холедоха
5. внутривенной холангиографии

Больной с прогрессирующей желтухой на почве холедохолитиаза нуждается:

1. в экстренной операции
2. в консервативном лечении
3. в срочной операции после предоперационной подготовки
4. в катетеризации чревной артерии
5. в плазмоферезе

Симптом Курвуазье не наблюдается при раке:

1. головки поджелудочной железы
2. супрадуоденальной части холедоха
3. ретродуоденального отдела общего желчного протока
4. большого дуоденального сосочка
5. желчного пузыря

К осложнениям острого калькулезного холецистита не относят:

1. варикозное расширение вен пищевода
2. механическую желтуху
3. холангит
4. подпеченочный абсцесс
5. перитонит

При остром калькулезном холецистите может применяться:

1. экстренная операция
2. срочная операция
3. консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция
4. только консервативная терапия
5. все перечисленное верно

Симптом Курвуазье не характерен для:

1. острого калькулезного холецистита
2. рака головки поджелудочной железы
3. индуративного панкреатита
4. опухоли большого дуоденального соска
5. опухоли холедоха

Камнеобразованию в желчном пузыре способствует все, кроме:

1. застоя желчи в пузыре
2. обменных нарушений
3. воспалительных изменений в желчном пузыре

4. дискинезии желчевыводящих путей
5. нарушения секреции поджелудочной железы

Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, не характерно

1. симптом Курвуазье
2. повышение прямого билирубина крови
3. повышение щелочной фосфатазы
4. резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
5. отсутствие стеркобилина в кале

Для уточнения характера желтухи и ее причины возникновения не используется:

1. компьютерная томография
2. внутривенная холецистохолангиография
3. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
4. ЭРХПГ
5. УЗИ

Для клиники острого обтурационного холангита не характерно:

1. желтуха
2. повышение температуры
3. уменьшение размеров печени
4. лейкоцитоз со сдвигом влево
5. увеличение печени

Интраоперационная холангиография не показана при:

1. обнаружении конкрементов в холедохе при пальпации
2. раке головки поджелудочной железы
3. наличии желтухи в анамнезе
4. расширении холедоха
5. желтухе в момент операции

Желчнокаменная болезнь может вызывать все, кроме:

1. пузырно-дуоденального свища
2. механической желтухи
3. острого холецистита
4. внутрибрюшного кровотечения
5. холангита

Для колики, вызванной холелитиазом, не характерно:

1. интенсивная боль в правом боку
2. тошнота
3. симптом Щеткина-Блюмберга в правом боку
4. симптом Ортнера
5. симптом Мерфи

Для клиники острого холангита не характерно:

1. высокая температура
2. боли в правом подреберье
3. желтуха
4. лейкоцитоз
5. неустойчивый жидкий стул

Переменяющаяся желтуха вызывается:

1. вклиненным камнем терминального отдела холедоха
2. опухолью холедоха
3. камнем пузырного протока
4. вентильным камнем холедоха
5. стриктурой холедоха

Желчнокаменная болезнь опасна всем, кроме:

1. развития цирроза печени
2. ракового перерождения желчного пузыря
3. вторичного панкреатита
4. развития деструктивного холецистита
5. механической желтухи

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне
4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

1. врачи-терапевты;
2. врачи-хирурги;
3. врачи-реабилитологи;
4. все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

Контрольные вопросы

1. Показания к неотложной, экстренной, ранней и плановой операциях на желчных путях
2. Показания к холедохотомии
3. Показания к дренированию желчных путей, ччхг, эпст, эрхпг

Ситуационные задачи

Задача 1. У больной 48 лет, после приема жирной пищи, впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3°C, была однократная рвота. Пальпация области правого подреберья болезненна, определяется дно увеличенного желчного пузыря. Напряжение мышц не выражено, отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9$ /л. После проведения спазмолитической терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились. При пальпации небольшая болезненность сохранилась в точке желчного пузыря, дно желчного пузыря перестало определяться. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \times 10^9$ /л.

-Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

Составить план реабилитации пациента

Задача 2. Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. Дистальный отдел общего желчного протока не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контраст не поступает.

-Как вы расцениваете данные холангиограммы?

-Каковы ваши дальнейшие действия?

- Как вы закончите операцию?

Составить план реабилитации пациента

Задача 3. У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к НВ_S-Аgotрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?

Тактика и план лечения?

Составить план реабилитации пациента

Задача 4. Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ более продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После

приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,7°C, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11x5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12x5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8x0,9 см.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

Составить план реабилитации пациента

Задача 5. Больная 55 лет вызвала врача общей практики на дом с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38°C. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
3. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Методические указания к занятию по теме: « Острый панкреатит»

Цель: освежить в памяти знания о клинической картине острого панкреатита

Клинический ординатор должен знать:

Клинические проявления острого панкреатита, периодичность течения заболевания
Консервативная терапия острого панкреатита с применением эндоскопических методов лечения

Показания к ранним операциям

Методики и этапы ранних операций. Забрюшинная новокаиновая блокада поджелудочной железы, санация и декомпрессия желчных путей, дренирование сальниковой сумки. Региональная перфузия поджелудочной железы

Отсроченные операции. Показания, техника и объем отсроченных операций — дренирование сальниковой сумки забрюшинного пространства, секвестроэктомиа и резекция поджелудочной железы. Этапы операции

Поздние операции на поджелудочной железе: показания, техника выполнения и объем операций

Техника операций бокового панкреатоеюноанастомоза по Пьюстау

Техника операции наложения билиодигестивных анастомозов

Техника операции папиллосфинктеротомии с пластикой большого дуоденального соска

Техника операций по поводу псевдокист поджелудочной железы, наружное простое дренирование, марсупилизация, внутреннее дренирование, иссечение кисты

Ведение больных с острым панкреатитом в послеоперационном периоде

Основные диагностические, технические и тактические ошибки в лечении острых панкреатитов

Диагностика и хирургическое лечение осложнений острого панкреатита — поддиафрагмальных абсцессов, реактивных плевритов, межпетлевых абсцесс

Уметь: поставить диагноз острого панкреатита

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

План лекции:

1. Актуальность проблемы
2. Современные воззрения на этиологию и патогенез острого панкреатита
3. Современная классификация острого панкреатита
4. интенсивная терапия при остром панкреатите

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интрепретация исследований (данные УЗИ, КТ, МРТ).
5. Решение ситуационных задач
6. Разбор историй болезней пациентов

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о хроническом панкреатите
2. Дифференциальный диагноз при остром панкреатите
3. Алгоритм ведения пациента с хроническим панкреатитом в амбулаторном звене

4. Основные ошибки амбулаторного этапа

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Острый панкреатит»

| | На 3 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. Эпст при остром панкреатите
2. Острый билиарный панкреатит
3. Экстракорпоральные методы детоксикации при о.панкреатите

Фонд оценочных средств:

Тесты

После приема алкоголя у больного 30 лет появились опоясывающие боли, имела место неукротимая рвота, состояние тяжелое, пульс - 120 ударов в минуту, акроцианоз, живот резко болезненный в верхних отделах, имеет место притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш диагноз:

1. перфоративная язва желудка, перитонит
2. острая механическая кишечная непроходимость
3. геморрагический панкреонекроз
4. паралитическая кишечная непроходимость
5. тромбоз сосудов брыжейки

ВЫ ПОСТАВИЛИ ДИАГНОЗ: ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ОТЕЧНАЯ ФОРМА. КАКОВА ВАША ТАКТИКА?

1. экстренная операция
2. операция после 2-4 часовой подготовки
3. консервативное лечение

КАКИЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ?

1. Резекция желудка по Бильрот I.
2. Резекция желудка по Бильрот II.
3. Ваготомия с пилоропластикой.
4. Проксимальная селективная ваготомия.
5. Холецистэктомия.

В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:

1. микробной флоре
2. плазмоцитарной инфильтрации
3. микроциркуляторным нарушениям
4. аутоферментной агрессии
5. венозному стазу

НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

СОСТАВЛЯЮТ:

1. 2-8 мг/ч мл
2. 12-32 мг/ч мл
3. 0 мг/ч мл
4. 100 ЕД

В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА «..., ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ» ПРОПУЩЕНО:

1. калькулезный панкреатит
2. отечный панкреатит
3. деструктивный панкреатит
4. алкогольный панкреатит
5. гнойный панкреатит

ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. протеолитического некролиза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
2. воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки
3. повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов
4. спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
5. присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. присоединения инфекции на фоне жирового панкреонекроза
2. формирования демаркационного воспалительного вала вокруг очагов жирового некроза
3. спонтанного купирования аутолитического процесса и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
4. протеолитического некроза панкреоцитов и повреждения сосудистой стенки под воздействием протеолитических ферментов
5. повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов

ПОПЕРЕЧНАЯ БОЛЕВАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРОЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА

1. Мейо - Робсона
2. Керге
3. Грея - Тернера
4. Мондора
5. Воскресенского

В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА "ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ..., ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ" ПРОПУЩЕН:

1. деструктивный панкреатит
2. гнойный панкреатит
3. жировой панкреонекроз
4. первичный панкреатит
5. калькулезный панкреатит

ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОИЗВЕСТИ:

1. оценку состояния большого дуоденального сосочка
2. подтверждение факта наличия острого панкреатита

3. уточнение локализации процесса в поджелудочной железе
4. определение распространенности поражения железы
5. установление формы острого панкреатита

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИМПТОМА:

1. Воскресенского
2. Мейо - Робсона
3. Грюнвальда
4. Мондора
5. Грея - Тернера

В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
"ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ..." ПРОПУЩЕНО:

1. калькулезный панкреатит
2. деструктивный панкреатит
3. алкогольный панкреатит
4. геморрагический панкреонекроз
5. гнойный панкреатит

В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ ЭТИОЛОГИИ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ?

1. Массивная плевральная экссудация.
2. Некроз легочной паренхимы вследствие циркуляции амилазы.
3. Химическая пневмония.
4. Бронхоспазм.
5. Денатурация сурфактанта.

РАЗВИТИЕ МЕТЕОРИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы
2. частой неукротимой рвотой
3. парезом кишечника
4. дефицитом панкреатических гормонов
5. ферментативной недостаточностью поджелудочной железы

СНИЖЕНИЕ pH В ПАНКРЕОЦИТАХ ПРИ ЖИРОВОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ МОЖЕТ
ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ:

1. отечного панкреатита
2. гнойного панкреатита
3. парапанкреатического инфильтрата
4. абсцесса малой сальниковой сумки
5. геморрагического панкреонекроза

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В
ЭПИГАСТРИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА:

1. Мейо - Робсона
2. Мондора
3. Кера
4. Куллена
5. Воскресенского

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ СЕРОЗНОГО ВЫПОТА И БЛЯШЕК
СТЕАТОНЕКРОЗА СООТВЕТСТВУЕТ:

1. отечному панкреатиту
2. жировому панкреонекрозу
3. геморрагическому панкреонекрозу
4. гнойному панкреатиту
5. такие изменения не характерны для острого панкреатита

К ОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТУ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ФОРМЫ, КРОМЕ:

1. отечного
2. псевдотуморозного панкреатита
3. жирового панкреонекроза
4. геморрагического панкреонекроза

ОСНОВНЫМ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. подавление секреторной функции pancreas
2. ликвидация гиповолемии
3. инактивация панкреатических ферментов
4. назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта
5. введение цитостатиков

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО:

1. ушивание раны без какого-либо хирургического пособия
2. наложение холецистостомы
3. дренирование сальниковой сумки
4. холецистэктомия и резекция поджелудочной железы
5. резекция поджелудочной железы

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. диагностический пневмоперитонеум
2. обзорная рентгеноскопия брюшной полости
3. лапароскопия
4. гастродуоденоскопия
5. определение амилазы крови и мочи, УЗИ

ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ НЕ ПОКАЗАНА:

1. экстренная лапаротомия
2. лапароскопическое дренирование брюшной полости
3. лечебная катетеризация чревной артерии
4. спазмолитики, анальгетики, ингибиторы протеаз, фторурацил
5. массивная инфузионная терапия

ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЖИРОВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПОКАЗАНА:

1. активная консервативная терапия
2. лапароскопическое дренирование брюшной полости для проведения перитонеального диализа
3. консервативная терапия и по стихании острых явлений - оперативное лечение
4. динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии и, в случае развития разлитого перитонита, оперативное лечение
5. экстренная операция

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. вагосимпатическая блокада
2. перидуральная анестезия
3. паранефральная блокада
4. блокада круглой связки печени
5. морфин

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВЫПОТА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОЧАГОВ ЖИРОВОГО НЕКРОЗА НА БРЮШИНЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ:

1. о повреждении полого органа

2. о разрыве печени
3. об остром панкреатите
4. о перфоративной язве желудка
5. о мезентериальном тромбозе

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. тошнота и рвота
2. гипертермия
3. желтуха
4. вздутие живота
5. боли в верхней половине живота

ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ:

1. гипогликемия
2. гиперкальциемия
3. гиперглобулинемия
4. гиперальбуминемия

К ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. панкреатический шок
2. острая печеночная недостаточность
3. абсцесс сальниковой сумки
4. панкреатогенный перитонит
5. геморрагический панкреатит

В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ УЧАСТВУЕТ:

1. энтерокиназа
2. эластаза
3. фосфолипаза
4. трипсин
5. стрептокиназа

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ЭРПХГ
2. исследование пассажа бария по кишечнику
3. биохимическое исследование
4. УЗИ
5. ничто из названного

В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. анальгетиков
2. инфузионной терапии
3. цитостатиков
4. спазмолитиков
5. морфина

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отечный панкреатит
2. жировой панкреонекроз
3. геморрагический панкреонекроз
4. гнойный панкреатит
5. жировой панкреонекроз с ферментативным перитонитом

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ:

1. ноющие
2. опоясывающие

3. схваткообразные
4. кинжальные
5. тупые

БОЛЬНОМУ С ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. стол 15
2. стол 5а
3. стол 9
4. стол 10
5. голод

РАЗВИТИЕ ЖИРОВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА СВЯЗАНО С:

1. секретом а-клеток островков Лангерганса
2. секретом б-клеток островков Лангерганса
3. а-амилазой
4. липазой и фосфолипазой А
5. трипсиногеном

В ПЕРВЫЕ ТРОЕ СУТОК ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. УЗИ
2. гастроскопии
3. ЭРХПГ
4. рентгеноскопии органов брюшной полости:
5. лапароскопии

У БОЛЬНОГО 30 ЛЕТ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА 14-Й ДЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ГЕКТИЧЕСКАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ОЗНОБ, ТАХИКАРДИЯ, СДВИГ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ ВЛЕВО, ИНФИЛЬТРАТ В ЭПИГАСТРИИ. ЭТО:

1. холангит
2. пневмония
3. киста поджелудочной железы
4. забрюшинная флегмона
5. нагноившаяся псевдокиста поджелудочной железы

ПРИ НАГНОИВШЕЙСЯ ПСЕВДОКИСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА:

1. консервативная антибиотикотерапия
2. консервативная дезинтоксикационная терапия
3. операция
4. наблюдение
5. продолжить ранее назначенную терапию

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ТОКСЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ, КРОМЕ:

1. трипсина
2. гистамина
3. брадикинина
4. калликреина
5. амилазы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАНКРЕОНЕКРОЗА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. многократной рвотой
2. пневмоперитонеумом
3. коллапсом
4. тахикардией

ПРИ ЖИРОВОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ ПОКАЗАНА:

1. лапаротомия, дренирование брюшной полости
2. лапаротомия с иссечением капсулы железы

3. инфузионная терапия, антиферментные и цитостатические препараты
4. дистальная резекция поджелудочной железы

ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. аденома b-клеток
2. камни поджелудочной железы
3. псевдокисты поджелудочной железы
4. склероз поджелудочной железы
5. кальцификация поджелудочной железы

40 летний мужчина употреблял крепкие спиртные напитки в течение последних 20 лет в количестве 0,6 литра в день. Поступил с сильными болями в эпигастрии с иррадиацией в спину и сочетавшимися с тошнотой и рвотой. Ранее не госпитализировался. Какое радиологическое исследование наиболее информативно в острой фазе этого заболевания?

1. Сканирование поджелудочной железы.-кт
2. Пероральная холецистография.
3. Обзорный снимок брюшной полости.
4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
5. Сканирование печени.

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне
4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- 1 врачи-терапевты;
- 2 врачи-хирурги;
- 3 врачи-реабилитологи;
- 4 все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Этиология панкреатита
2. Основные методы диагностики
3. Консервативное лечение
4. Основные принципы оперативного лечения

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просветекоторого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?
2. Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на БСДК?
3. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
4. Составьте программу лечения острого панкреатита?
5. Какие возможны исходы заболевания?
6. Составить план реабилитации пациента

ЗАДАЧА №2.

Больная 76 лет вызвала врача общей практики на дом с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны,

акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мм толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные.

1. Какой диагноз можно поставить в данном случае?
2. Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику?
3. Укажите необходимый объем обследования больной?
4. Какие анатомические особенности БСДК могут создать трудности при устранении внутрипротоковой гипертензии, связанной с ущемлением камня в сосочке?
5. Какие возможны осложнения ЭПТ?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

ЗАДАЧА №3.

Больная 82 лет поступила с жалобами на резкие боли в эпигастрии, правом подреберье, которые появились около суток, периодически боли носят опоясывающий характер. Беспокоит тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. Количество рвотных масс незначительное. Из анамнеза установлено, что много лет страдает ЖКБ, ИБС, ГБ, перенесла инфаркт миокарда.

Состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые желтушно окрашены. Дыхание жестковатое. Пульс 112 уд. в мин. аритмичный, АД 160/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц в эпигастрии и правом подреберье. Пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, определяется положительный симптом Щеткина в правом подреберье. Газы отходят, мочи мало.

В клиническом анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Билирубин 72 мкмоль/л, амилаза крови 48 г/л, амилаза мочи 250 г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, толщина стенки 4-5 мм, в его просвете разнокалиберные конкременты, мутное содержимое. Желчные протоки умеренно расширены, четко конкременты не определяются. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контур смазан, осмотр затруднен из-за вздутия поперечноободочной кишки.

1. Какой клинический диагноз можно поставить больной?
2. Укажите на анатомические предпосылки, создающие условия для развития острого билиарного панкреатита?
3. Обоснуйте лечебную тактику у данной больной?
4. Назовите основные составляющие послеоперационной терапии?
5. Составить план реабилитации пациента
6. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

ЗАДАЧА №4.

Больной 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе появились две недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое, положительные симптомы Мондора, Куллена, Грея-Турнера. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало.

В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, высокая СОЭ, токсическая зернистость.

При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций.

При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза.

1. Какой клинический диагноз можно поставить?
2. Какие еще дополнительные исследования необходимо выполнить больному? И консультация каких специалистов необходима?
3. Перечислите основные составляющие предоперационной подготовки?
4. Какой объем операции показан больному?
5. Какие основные методы дренирующих операций применяются при панкреонекрозе?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

ЗАДАЧА №5.

Больной 51 года уже в течении 17 дней находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу острого алиментарного панкреонекроза. Поступил в первые сутки от начала заболевания. По клиническим и УЗИ данным был диагностирован стерильный панкреонекроз. Проводилась консервативная терапия. Образовался парапанкреатический инфильтрат. Температура была на субфебрильных цифрах. С третьей недели заболевания на фоне антибактериальной терапии температура тела начала подниматься до 39,8 с падением на два градуса и более. В клиническом анализе крови нарастает лейкоцитоз. При УЗИ в сальниковой сумке визуализируется жидкостное образование, содержащие мелкие секвестры, объемом до 200 мл.

1. Какой клинический диагноз можно поставить?
2. Какие осложнения острого панкреатита встречаются?
3. Какой метод лечения применяется при отграниченных гнойных очагах и какой показан больному?
4. Какие можно ожидать результаты?
5. Составить план реабилитации пациента
6. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
3. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,

Методические указания к занятию по теме: «Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки»

Цель: освежить в памяти знания о клинической картине осложненной язвы желудка и 12п.к

Ординатор должен знать: Хр.язва желудка. Классификация, обследование, лечение Хр.язва 12 пк. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение

Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка больных в зависимости от характера и локализации язвы, желудочной секреции и степени стенозирования привратника

Выбор метода оперативного лечения

Техника резекции желудка

Техника дренирующих операций в сочетании с ваготомией. Техника селективной проксимальной ваготомии

Ведение больных в послеоперационном периоде

Прободная язва желудка и ДПК.

Диагностика, дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка больных.

Показания к операции и выбор метода операции. Техника ушивания прободного отверстия желудка и 12-перстной кишки

Особенности оперативного лечения прободных язв желудка и 12-перстной кишки, осложненных стенозом пилородуоденального канала

Уметь: поставить диагноз перфорация полого органа

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Определить тактику лечения больных после операции на желудке

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 3 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 5 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (*ФГДС, рентгенограмма*)
5. Решение ситуационных задач
6. Разбор историй болезней пациентов

Перечень вопросов для собеседования

1. Прикрытая перфорация и пенетрация язвы
2. Болезни оперированного желудка
3. Схемы лечения язвенной болезни

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки»

| | На 3 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. Демпинг-синдром
2. Синдром приводящей петли
3. Клинические симптомы прободной язвы-по фамилиям

Фонд оценочных средств:

Тесты

При перфорации неоперабельного рака желудка показана:

1. тампонада перфорации сальником
2. тампонирование и дренирование
3. гастрэктомия

У больного 65 лет, длительно страдающего каллезной язвой субкардиального отдела желудка, произошла перфорация язвы. Оперативное вмешательство выполнено через 15 часов. Илменются явления фибринозно-гнойного перитонита. Какова наиболее правильная тактика:

1. ушивание перфорации
2. биопсия язвы, ушивание перфорации
3. иссечение язвы, стволовая ваготомия с пилоропластикой
4. резекция желудка

Больному по поводу язвы кардиального отдела желудка выполнена резекция желудка.

Граница резекции прошла сразу за язвой. По данным планового гистологического исследования - в краях резекции атипичные клетки - язва была малигнизирована.

Какова тактика?

1. химиотерапия
2. ререзекция с сальником
3. лучевая терапия

Укажите, какой вид болей характерен для клинической картины перфоративной язвы:

1. сильные постоянные боли в животе без иррадиации
2. схваткообразные боли вокруг пупка
3. сильные опоясывающие боли
4. тупая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку

Какие операции наиболее целесообразны при перфоративной язве с локализацией язвы в пилорическом канале в первые 6 часов от момента перфорации

1. ушивание язвы
2. ушивание язвы по Оппелю-Поликарпову
3. классическая резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру

Перечислите, что характерно для клинической картины "атипичной" перфорации

1. Сильные боли по всему животу
2. Боли в эпигастральной области, подкожная эмфизема (в области шеи, пупка или мошонки)
3. Исчезновение печеночной тупости
4. Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки

Укажите рентгенологические признаки, характерные для перфоративной язвы желудка

1. Чаша Клойбера
2. Свободный газ под диафрагмой
3. Исчезновение газового пузыря желудка
4. Вздутие поперечно-ободочной кишки

Каким образом следует ушивать перфоративную язву антрального отдела желудка

1. Двухрядный шов в продольном направлении
2. Двухрядный шов в поперечном направлении
3. Трехрядный шов в продольном направлении
4. Трехрядный шов в поперечном направлении

У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить?

1. стеноз привратника
2. пенетрация в поджелудочную железу
3. малигнизация
4. перфорация
5. демпинг-синдром

У больного, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищи. какое осложнение возникло у больного?

1. пенетрация
2. перфорация
3. кровотечение
4. стеноз привратника
5. малигнизация

Клинические проявления пилоростеноза следующие, кроме:

1. рвота, приносящая облегчение
2. истощение и обезвоживание
3. тетания
4. диарея
5. шум "плеска"

При кровоточащей хронической язве тела желудка и малой степени операционного риска показано:

1. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
2. резекция желудка с кровоточащей язвой
3. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с СПВ
4. прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
5. иссечение язвы

Наиболее информативным методом диагностики перфоративных язв является:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. УЗИ
3. лапароцентез
4. лапароскопия
5. обзорная рентгеноскопия

Крайне редким осложнением язвы 12-перстной кишки является:

1. перфорация
2. малигнизация
3. кровотечение
4. пенетрация
5. рубцовая деформация кишки

Для перфоративной гастродуоденальной язвы характерно:

1. внезапное начало с резких болей в эпигастрии
2. постепенное нарастание болевого синдрома
3. схваткообразные резкие боли
4. обильная многократная рвота
5. быстро нарастающая слабость, головокружение

Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не характерно:

1. резкие боли в животе
2. доскообразный живот
3. исчезновение печеночной тупости
4. вздутие живота
5. "серп" газа под куполом диафрагмы

При подозрении на перфоративную язву желудка первым исследованием должна быть:

1. рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
2. обзорная рентгенография брюшной полости
3. экстренная эзофагогастродуоденоскопия
4. ангиография (селективная чревной артерии)
5. лапароскопия

Исчезновение болей при дуоденальной язве характерно для:

1. пилородуоденального стеноза
2. перфорации язвы
3. малигнизации язвы
4. кровотечения
5. пенетрации в поджелудочную железу

Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:

1. развитие стеноза привратника
2. демпинг синдром
3. образование межорганного свища
4. рефлюксэзофагит
5. перфорация
6. панкреатит

Характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка определяет:

1. возраст больного
2. локализация перфоративного отверстия

3. степень выраженности перитонита
4. срок с момента перфорации

Напряжение мышц правой подвздошной области при прободении дуоденальной язвы объясняется:

1. рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
2. поступлением воздуха в брюшную полость
3. затеканием желудочного содержимого в правый боковой канал
4. развитием разлитого перитонита
5. висцеро-висцеральными связями с червеобразным отростком

Консервативная терапия при прободной язве допустима лишь при:

1. отсутствии у больного язвенного анамнеза
2. старческом возрасте больных
3. отсутствии условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства
4. крайне высокой степени операционного риска
5. сочетании язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

При операции спустя час после прободения язвы желудка показана:

1. истинная антрэктомия
2. классическая резекция 2/3 желудка
3. ушивание прободной язвы
4. стволовая ваготомия с пилоропластикой
5. любая из перечисленных операций

Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях гнойного перитонита является:

1. резекция желудка
2. иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой
3. ушивание перфорации
4. СПВ с ушиванием перфорации
5. истинная антрэктомия

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне
4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- 1 врачи-терапевты;
- 2 врачи-хирурги;
- 3 врачи-реабилитологи;
- 4 все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перфорация язвы (прободение)
2. Пенетрация (прикрытая перфорация) язвы
3. Пилоростеноз - стеноз (сужение) привратника в результате рубцевания язвы
4. Малигнизация язвы

Ситуационные задачи

Задача № 1. Двадцатилетний больной, поступил в клинику через 3 часа после появления резких болей в эпигастрии, тошноты, рвоты не отмечает. При обследовании умеренная тахикардия, со стороны грудной клетки в пределах возрастной патологии. При пальпации живот напряжен во всех отделах, перкуторно – тимпанит над поверхностью печени. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости – полоска газа под правым куполом диафрагмы.

Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Какой метод оперативного лечения следует применить данному больному?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача № 2. Сорокапятилетняя больная, поступила в клинику через 24 часа после начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 12 лет, безуспешно лечилась, обострения в весенне-

летний период. Общее состояние средней тяжести. Пульс до 60 в минуту, артериальное давление 110 мм ртутного столба. Живот болезнен и напряжен в эпигастрии и в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа под куполом диафрагмы не найдено. Лейкоцитов – 12 тысяч, сдвига формулы нет. Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные диагностические приемы необходимо использовать для правильной постановки диагноза? Составить план реабилитации пациента. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача № 3. Студент техникума, 20 лет, 30 мин назад ощутил боль в животе, которая вынудила его сесть, а затем и лечь. При этом чувствовал тошноту и головокружение. До учебы в техникуме четыре раза лечился по поводу гиперацидного гастрита. При осмотре: живот втянут, напряжен, в дыхании не участвует, резко болезненный в эпигастриальной области и в правом подреберье, здесь же выявляется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Печеночная тупость не определяется. Пульс 68 уд. в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Как лечить больного?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача № 4. У механика, 28 лет, три часа назад на фоне полного благополучия появились интенсивные «кинжальные» боли в животе и однократная рвота съеденной пищей. В момент обследования больной бледен, адинамичен. Пульс 100 уд. в минуту, АД – 160/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах, в дыхании не участвует. Кишечные перистальтические шумы не выслушиваются. Симптомы Щеткина—Блюмберга, Воскресенского положительные. Печеночная тупость не определяется.

Ваш диагноз? Как лечить больного?

Задача № 5. Бухгалтер, 38 лет, страдает язвой двенадцатиперстной кишки в течение пяти лет. Несколько часов назад неожиданно появилась интенсивная, по типу «кинжальной», боль в эпигастриальной области. Больной был вынужден лечь. Через некоторое время боль прошла. При обследовании: самостоятельных болевых ощущений в животе нет. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот не вздут, мягкий, при пальпации определяется болезненность в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительные, печеночная тупость сохранена. На обзорном рентгенологическом снимке брюшной полости выявляется узкая полоска газа под куполом диафрагмы.

Ваш диагноз? Какова должна быть тактика хирурга?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
3. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Методические указания к занятию по теме: «Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»

Цель: закрепить знания о клинической картине желудочно-кишечных кровотечений

Ординатор должен знать: Диагностика, дифференциальная диагностика профузных желудочно-кишечных кровотечений

Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений

Показания и подготовка к операции, выбор метода оперативного лечения

Тактика паллиативных операций: гастротомия, дуоденотомия. Ушивание кровоточащего сосуда, прошивание стенки желудка П-образными швами, прошивание кровоточащего сосуда стенки 12-перстной кишки

Техника радикальных операций

Техника операции при синдроме Меллори–Вейса

Уметь: поставить диагноз ЖКК, установить группы риска развития ЖКК

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 3 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 4 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *с историями болезни*
4. Интерпретация исследований-как, коагулограмма
5. Решение ситуационных задач
6. Постановка желудочного зонда

Перечень вопросов для собеседования

1. Причины кишечных кровотечений
2. Синдром Дъелафуа
3. Современные гемостатические препараты

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта»

| | |
|---|-----------|
| | На 3 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат | 6 мин |

| | |
|--|--------|
| проверки рефератов | |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. Синдром Меллори–Вейса
2. Степени кровопотери и методы его расчета
3. ЖКК у кардиологических больных

Фонд оценочных средств:

Тесты

Больной 45 лет с состоявшимся кровотечением из язвы луковицы 12-перстной кишки (Forrest 2a), кровопотеря средней степени тяжести. Лечебная тактика:

1. ждать очередного кровотечения, продолжая консервативную терапию
2. усилить консервативную терапию
3. оперативное лечение на фоне интенсивной терапии
4. эндоскопическая остановка кровотечения, наблюдение и решение вопроса о плановой операции

Синдром Мэллори-Вейса - это:

1. варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением
2. кровоточащая язва дивертикула Меккеля
3. кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза
4. продольный разрыв слизистой (возможно подслизистой основы) в области эзофагокардиального перехода
5. геморрагический эрозивный гастродуоденит

Частота возникновения массивного кровотечения при синдроме Мэллори-Вейса равна:

1. 100%
2. 50%
3. 10%

Спонтанный разрыв всех стенок пищевода - это:

1. синдром Мэллори-Вейса
2. синдром Бурхаве (H. Boerhaave)
3. синдром Рандю-Ослера-Вебера
4. синдром Делафуа

При кровотечении из распадающейся опухоли кардиального отдела желудка с признаками отдаленных метастазов операцией выбора является:

1. операция Стоика
2. паллиативная резекция
3. экстирпация желудка

Операция Стоика это :

1. Перевязка 4-х основных артерий желудка
2. Перевязка коротких желудочных артерий

3. Гастротомия с обшиванием кровоточащей опухоли
4. Тампонада кровоточащей опухоли прядями сальника

У больного неоперабельным раком желудка, находящегося в терминальной стадии, возникло кровотечение из распадающейся опухоли. Лечебная тактика состоит:

1. симптоматическая гемостатическая терапия
2. массивные гемотрансфузии
3. экстренная операция - резекция желудка
4. экстренная операция - перевязка сосудов желудка

Какая диета назначается больному с остановившимся язвенным кровотечением?

1. голод
2. диета Мейленграхта
3. стол N 15 по Певзнеру
4. стол N 9 по Певзнеру

Выберите наиболее целесообразный метод диагностики источника язвенного кровотечения:

1. зондирование желудка
2. рентгеноскопия желудка
3. компьютерная томография
4. ангиографическое исследование - целиакография
5. эзофагогастродуоденоскопия

Какую бы Вы выбрали операцию при кровотечении из каллезной язвы желудка

1. классическую резекцию 2/3 желудка
2. стволовую ваготомию с иссечением или прошиванием язвы
3. простое иссечение язвы или ее прошивание
4. СПВ с иссечением или прошиванием язвы

Ваша тактика у больного с кровотечением из язвы луковицы 12-перстной кишки средней степени тяжести при наличии эндоскопической картины "нестойкого гемостаза" (тромбированный сосуд в дне язвы, рыхлый тромб без подтекания крови из-под него)

1. ждать очередного кровотечения, продолжая консервативную терапию
2. усилить консервативную терапию
3. экстренно оперировать
4. эндоскопическая остановка кровотечения, наблюдение и решение вопроса о плановой операции. При неудачной попытке экстренно оперировать

Выберите наиболее целесообразный способ введения &-аминокапроновой кислоты при язвенном кровотечении

1. Внутривенно капельно
2. Внутривенно струйно
3. Перорально

Какие препараты следует применять при геморрагическом шоке, сопровождающем язвенное кровотечение, с целью повышения артериального давления

1. Адреналин
2. Допмин
3. Полиглюкин, Гелофузин
4. Мезатон

Выберите оптимальный гемостатический препарат при язвенном кровотечении

1. 10% раствор хлористого кальция
2. е-аминокапроновая кислота

3. Свежезамороженная нативная плазма
4. Дицинон
5. Викасол

При кровоточащей хронической язве тела желудка и малой степени операционного риска показано:

1. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
2. резекция желудка с кровоточащей язвой
3. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с ушиванием
4. прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
5. иссечение язвы

Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки не характерно:

1. рвота цвета кофейной гущи
2. усиление болей в животе
3. падение гемоглобина
4. мелена
5. снижение ОЦК

При рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения показана:

1. экстренная операция
2. эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
3. повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
4. интенсивная консервативная гемостатическая терапия

Синдром Меллори-Вейса - это:

1. варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением
2. кровоточащая язва дивертикула Меккеля
3. кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза
4. трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением
5. геморрагический эрозивный гастродуоденит

Срыгивание пенистой кровью ярко-красного цвета, усиливающееся при кашле, характерно для:

1. кровоточащей язвы желудка
2. опухоли кардии
3. синдрома Меллори - Вейса
4. легочного кровотечения
5. синдрома Рандю - Ослера

Перечислите основные факторы патогенеза пилородуоденальных язв:

- а) дуоденогастральный рефлюкс;
- б) повышенная секреция желудочного сока;
- в) инфекция (*C. Pylori*);
- г) дуоденостаз.

Варианты: 1) а,б; 2)б,в; 3)в,г; 4) а,г.

Какой из нижеперечисленных факторов не является фактором агрессии в патогенезе язвенной болезни?

- а) соляная кислота;
- б) пепсин;
- в) хеликобактер пилори;
- г) нестероидные противовоспалительные средства;

д) бикарбонаты.

Варианты: 1) а; 2) б; 3) д; 4) г 5) в.

Перечислите основные методы инструментальной диагностики язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки:

а) ангиография;

б) изотопная сцинтиграфия;

в) фиброгастродуоденоскопия;

г) рентгенологическое исследование желудка и 12-ти перстной кишки.

После тщательного клинического обследования больному поставлен диагноз: синдром Золлингера-Эллиссона. Какое из утверждений можно считать верным в отношении этого синдрома?

а) данный синдром является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи;

б) данный синдром известен также как синдром верхней брыжеечной артерии; в) данный синдром состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией;

г) это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы;

д) встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела.

Варианты: 1) а; 2) б; 3) в; 4) г 5) д.

Основными стимуляторами секреции кислоты в желудке являются:

а) ацетилхолин;

б) гистамин;

в) гастрин;

г) адреналин;

д) простагландины.

Какие из перечисленных симптомов характерны для кровоточащей гастродуоденальной язвы? а) усиление болей в животе; б) отсутствие болевого синдрома в этот период; в) кал по типу "малинового желе"; г) рвота "кофейной гущей"; д) мелена.

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

Определите основные показатели, характеризующие кровотечение тяжелой степени: а) частота пульса больше 120 ударов в минуту; б) систолическое АД ниже 80 мм рт.ст.; в) Hb ниже 80 г/л; г) дефицит ОЦК больше 20%; д) дефицит ГО больше 30%.

Варианты: 1) а, б, в; 2) б, в, г; 3) все ответы правильные; 4) в, г, д; 5) все ответы неправильные.

У практически здорового пациента, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения? а) хиатальная грыжа; б) рак желудка; в) язва двенадцатиперстной кишки; г) синдром Меллори-Вейсса; д) гастрит.

Варианты: 1) а; 2) б; 3) в; 4) г 5) д.

Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является: а) желудочная язва; б) дуоденальная язва; в) рак желудка; г) синдром Меллори-Вейсса; д) геморрагический гастрит.

Варианты: 1) а; 2) б; 3) в; 4) г 5) д.

Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ? а) энтерография; б) компьютерная томография; в) эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия; г) артериография; д) радионуклидное сканирование.

Варианты: 1) а; 2) б; 3) в; 4) г 5) д.

Какая последовательность этапов реабилитации больных после холецистэктомии по стандарту реабилитации?

1. стационар - поликлиника - санаторий
2. поликлиника - стационар - санаторий
3. поликлиника - санаторий - стационар
4. санаторий - поликлиника - стационар
5. стационар - санаторий – поликлиника

Противопоказаниями к назначению ЛФК у больных после операции на органах брюшной полости являются:

1. ранний послеоперационный период
2. застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
3. боли при движениях в послеоперационной зоне
4. тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в т.ч. перитонитом

В программу реабилитации пациента после ампутации конечности бесплатное протезирование

1. Включено
2. Не включено

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация хирургических пациентов осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация хирургических пациентов может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

1. врачи-терапевты;
2. врачи-хирурги;
3. врачи-реабилитологи;
4. все вышеперечисленные.

Каковы противопоказания к назначению ЛФК при операциях на брюшной полости?

1. предоперационный период
2. ранний послеоперационный период
3. наличие осумкованного гнойника
4. наличие кашля
5. запоры

Каковы особенности ЛФК после операций по поводу ранений брюшной полости?

1. учитывать наличие каловых свищей
2. применение упражнений на натуживание
3. использование частой смены исходных положений
4. использование снарядов
5. использование дыхательных упражнений

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Физикальные признаки желудочно-кишечных кровотечений
2. Клиника геморрагического шока
3. Методы лучевой диагностики желудочно-кишечных кровотечений
4. Методы эндоскопической диагностики желудочно-кишечных кровотечений
5. Общие лечебные мероприятия при желудочно-кишечных кровотечениях

Ситуационные задачи

Задача № 1. У мужчины 32 лет после злоупотребления алкоголем была неоднократная рвота в ночное время. Утром рвота однократная, по типу «кофейной гущи».

Мочеиспускание в норме. Стула не было. При осмотре цвет кожи обычный, влажность слегка повышена, тахикардия около 92 в мин. АД 120/75 мм рт.ст.

Какой предварительный диагноз ?

План обследования ?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 2. Женщина 56 лет перенесла 2 года назад операцию по поводу хронической язвы желудка. Доставлена в приемное отделение скорой помощью в тяжелом состоянии: бледная, тахикардия 120 в мин., АД 80/50 мм рт.ст. Со слов родственников, потеряла сознание в ванной комнате, рвоты не было. Накануне 2 дня жаловалась на жидкий стул темного цвета.

Ваш предположительный диагноз и мероприятия по обследованию в приемном отделении?

Составить план реабилитации пациента

Задача № 3. Больной 39 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость и дегтеобразный стул, появившийся у него после волнений на работе 3 дня назад. Гемоглобин при поступлении 70 г/л. Из анамнеза известно, что больной чрезмерно эмоционален, нередко конфликтует. Каждое сильное переживание сопровождается у него

болями в животе, которых в другое время он не ощущает. Обследован год назад - при ФЭГДС на слизистой препилорического отдела была найдена небольшая, до 2 мм плоская язва.

Предположительный диагноз и причина заболевания ?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 4. Вызов на дом. Больной М. 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних двух недель стал отмечать боли в эпигастральной области через 15-20 минут после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается “липкий пот”, тахикардия до 100 в минуту, АД снизилось до 90\50 мм. рт. ст.

Диагноз.

Основные принципы диагностики и лечения.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача № 5 .Больной 50 лет последние 3 года страдает язвой желудка. Дважды госпитализировался в связи с кровотечением из язвы. Консервативное лечение без эффекта. При последней гастроскопии 3-сантиметровая каллезная язва угла желудка.

Тактика?

Составить план реабилитации пациента

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. -

ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

3. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2560-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425602.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Методические указания к практическому занятию по теме: «Острая кишечная непроходимость»

Цель: закрепить знания о клинической картине ОКН

Ординатор должен знать: Патогенез острой кишечной непроходимости, классификация
Диагностика, дифференциальная диагностика механической, динамической непроходимости

Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанных форм кишечной непроходимости

Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений в крови
Хирургическое лечение. Этапы операции, методы декомпрессии кишечника

Особенности хирургической тактики у тяжелых и пожилых больных

Выбор метода операции, показания к резекции кишечника, наложению обходных анастомозов кишечных свищей

Методы разгрузочных интубаций кишечника (трансназальный, через гастростому, концевую энтеростомию и др.)

Особенности ведения послеоперационного периода, диагностика и коррекция водно-солевого и белкового баланса крови

Борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника, диагностика и профилактика послеоперационных осложнений

Показания к операции и техника при спаечной кишечной непроходимости

Основные принципы операции при спаечной кишечной непроходимости. Этапы операции

Особенности- ведения больных в послеоперационном периоде

Уметь поставить диагноз ОКН, установить причину

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 5 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *с историями болезни*
4. Интрепретация исследований (Р-граммы, данные УЗИ, КТ).
5. Решение ситуационных задач

Перечень вопросов

1. Этиология и патогенез ОКН
2. Дифференциальный диагноз ОКН
3. Консервативное лечение ОКН
4. Ошибки амбулаторного этапа диагностики

Самостоятельная работа:

Основные темы рефератов и докладов:

1. Острый заворот кишечника
2. Странгуляционная ОКН
3. ОКН у детей
4. Инвагинация, причины и лечение

Фонд оценочных средств:

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Острая кишечная непроходимость»

| | На 3 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Тесты

Укажите фактор, наиболее способствующий развитию странгуляционной непроходимости

1. прием острой пищи
2. спаечный процесс в брюшной полости, долихосигма
3. прием алкоголя
4. запоры

Какие из перечисленных методов исследования являются решающими при постановке диагноза острой кишечной непроходимости

1. биохимические анализы крови
2. обзорная рентгенография брюшной полости, исследование пассажа бария по ЖКТ ("глоток бария")
3. эзофагогастродуоденоскопия
4. УЗИ брюшной полости

При каком виде острой кишечной непроходимости наблюдаются кровянистые выделения из прямой кишки

1. заворот тонкой кишки
2. спастическая непроходимость

3. инвагинация
4. паралитическая непроходимость
5. узлообразование

Для толстокишечной непроходимости характерны все перечисленные признаки, кроме

1. вздутия живота
2. быстрого обезвоживания
3. появления "чаш" Клойбера
4. задержки стула
5. постепенного нарастания интоксикации

Больная жалуется на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту. Живот вздут, малоболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лихорадки нет. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены "чаши" Клойбера. Ваш диагноз

1. прободная язва желудка
2. пищевая интоксикация
3. острая кишечная непроходимость
4. печеночная колика

Ваша тактика при установленном диагнозе острая обтурационная толстокишечная непроходимость.

1. экстренная операция
2. консервативная терапия
3. операция при неэффективности консервативной терапии

Вы поставили диагноз "обтурационная толстокишечная непроходимость". К каким из нижеперечисленных консервативных мероприятий Вы прибегните

1. слабительное
2. гипертоническая клизма
3. подкожное введение прозерина
4. введение желудочного зонда, введение спазмолитиков, сифонная клизма

Что является критерием эффективности консервативной терапии при острой кишечной непроходимости

1. отхождение газов и стул, опавший живот, исчезновение болей
2. звучные кишечные шумы
3. видимая перистальтика
4. отсутствие схваткообразных болей в животе

Какова тактика хирурга в том случае, если во время операции обнаружен заворот тонкой кишки

1. резекция кишки
2. ликвидация заворота - развернуть кишку, наложение обходного анастомоза
3. развернуть кишку, определить ее жизнеспособность и после этого определить дальнейшую тактику

Каковы признаки жизнеспособности кишки

1. блестящий серозный покров, пульсация сосудов брыжейки, перистальтика кишки
2. теплая кишка
3. уменьшение диаметра кишки

Если кишка при острой тонкокишечной непроходимости жизнеспособна, то как ее опорожнить от застойного кишечного содержимого

1. не опорожнять кишку в связи с угрозой обезвоживания
2. наложить энтеростому
3. провести декомпрессию по Вангенштингу
4. переместить застойное содержимое в нижерасположенные отделы путем сцеживания

При высокой тонкокишечной непроходимости развиваются водно-электролитные нарушения,

кроме

1. гипергидратация
2. гипокалиемия
3. дегидратация
4. гипонатриемия
5. гипохлоремия

Больному с высокой тонкокишечной непроходимостью, с целью коррекции гомеостаза необходимо назначить все ниже перечисленной, кроме

1. 20% раствор маннитола
2. гемодез
3. полиионный раствор
4. реополиглюкин

Наиболее частой локализацией опухоли, сопровождающейся развитием острой кишечной непроходимости, является

1. селезеночный изгиб
2. поперечно-ободочная кишка
3. печеночный изгиб
4. сигмовидная кишка
5. слепая кишка

Чем объясняется тот факт, что в сигмовидной кишке рак чаще всего осложняется кишечной непроходимостью

1. длительной задержкой кишечного содержимого и его консистенцией
2. характером микрофлоры
3. наименьшим, чем в других отделах ободочной кишки, диаметром
4. развитием воспаления

У больного с острой кишечной непроходимостью положительны симптомы раздражения брюшины и лихорадка. Какова Ваша тактика

1. консервативная терапия
2. экстренная операция
3. операция при неэффективности консервативной терапии

Во время экстренной операции по поводу кишечной непроходимости обнаружена подвижная опухоль сигмовидной кишки, - метастазов не найдено. Какова наиболее целесообразная тактика

1. наложение обходного анастомоза
2. резекция кишки с восстановлением ее проходимости
3. операция Гартмана
4. наложение колостомы проксимальнее опухоли

В ходе операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена неподвижная опухоль ректосигмовидного отдела толстой кишки с метастазами в печень. Каковы Ваши действия?

1. наложение обходного анастомоза
2. резекция кишки с восстановлением ее проходимости
3. резекция кишки с формированием колостомы
4. наложение anus praeternaturalis проксимальнее опухоли

В ходе операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена инвагинация подвздошной кишки в слепую. Каковы Ваши действия

1. резекция инвагината
2. дезинвагинация, выбор вида и объема операции в зависимости от причины инвагинации и жизнеспособности кишки
3. обходной анастомоз при неэффективности попыток дезинвагинации
4. наложение разгрузочной энтеростомы, как первого этапа операции

У больного с острой кишечной непроходимостью на почве рака слепой кишки отдаленных метастазов не выявлено. Перитонита нет. Каковы Ваши действия

1. цекостомия
2. правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза
3. резекция слепой кишки
4. наложение илеотрансверзоанастомоза
5. наложение разгрузочной энтеростомы

Инвагинация относится к непроходимости:

1. спастической
2. паралитической
3. обтурационной
4. странгуляционной
5. смешанной

При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

1. следует проводить консервативные мероприятия.
2. показана экстренная операция
3. предпочтительна операция в "холодном" периоде
4. необходимо динамическое наблюдение
5. все ответы не верны

При нежизнеспособной петле тонкой кишки производится:

1. резекция приводящей петли, отступя 30 см от некроза, резекция отводящей петли, отступя 15-20 см от некроза
2. резекция кишки в пределах видимой границы некроза
3. наложение обходного анастомоза
4. выведение кишки
5. резекция приводящей петли, отступя 15-20 см от некроза, резекция отводящей петли, отступя 30 см от некроза

Для тонко-толстокишечной инвагинации не характерно лишь:

1. кровавистые выделения из прямой кишки
2. острое развитие у детей
3. пальпируемое опухолевидное образование в правой половине живота
4. схваткообразные боли в животе
5. преимущественное развитие у взрослых

При острой кишечной непроходимости практически не используется лишь:

1. ангиография чревной артерии
2. лабораторные исследования
3. аускультация живота
4. обзорная рентгенография брюшной полости
5. пальцевое исследование прямой кишки

Причиной развития паралитической кишечной непроходимости не может быть:

1. перитонит
2. свинцовое отравление
3. острый панкреатит
4. забрюшинная гематома
5. спаечная болезнь

Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:

1. завороте
2. обтурации
3. узлообразовании
4. инвагинации
5. ущемлении

Консервативное лечение острой кишечной непроходимости без оперативного вмешательства возможно при

1. завороте

2. узлообразовании
3. обтурационной кишечной непроходимости
4. динамической непроходимости
5. обтурации желчным камнем
6. копростазе

Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

1. инородными телами
2. желчными камнями
3. злокачественными опухолями
4. спайками брюшной полости
5. гельминтами

Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при:

1. обтурации подвздошной кишки опухолью
2. обтурации толстой кишки опухолью
3. обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
4. узлообразовании
5. обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

Звучные перистальтические шумы в раннем периоде заболевания характерны для:

1. паралитической кишечной непроходимости
2. перфоративной язвы желудка
3. механической кишечной непроходимости
4. гангренозного холецистита
5. мезентериального тромбоза

Для острой высокой кишечной непроходимости не характерно:

1. быстрое снижение ОЦК
2. неукротимая рвота
3. гипохлоремия
4. быстрое обезвоживание
5. задержка стула и газов

Кал в виде малинового желе характерен для:

1. желудочного кровотечения
2. инвагинации
3. спастического колита
4. дивертикулита

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. постоянной тупой болью в животе
2. острой "кинжальной" болью
3. незначительными интермиттирующими болями в различных отделах брюшной полости
4. сильными схваткообразными болями
5. сильной постоянной болью в животе

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЧИТАЕТСЯ:

1. заворот
2. инвагинация
3. перитонит
4. гельминтозы
5. тупая травма живота

ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ЗАВОРОТ:

1. восходящего отдела толстой кишки
2. сигмовидной кишки
3. слепой кишки

4. поперечно-ободочной кишки
5. желудка

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. слепая кишка
2. илеоцекальный сегмент
3. илео-илеальный (подвздошно-подвздошный) сегмент
4. сигмовидная кишка
5. ректосигмоидный отдел

САМЫЕ ХУДШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:

1. паралитической кишечной непроходимости
2. инвагинации
3. странгуляционной непроходимости
4. спайках брюшной полости
5. obturационной тонкокишечной непроходимости

ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С СИЛЬНО РАЗДУТОЙ, НО ЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. резекция кишки с наложением анастомоза
2. обходной анастомоз
3. Операция Гартмана
4. Операция Нобля
5. гемиколэктомия
6. наложение колостомы

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Классификации ОКН. ПК-5
2. Клинические проявления ОКН в зависимости от этиологии. ПК-5
3. Основные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. ПК-5
4. Особенности предоперационной подготовки пациентов с ОКН. ПК-6
5. Этапы хирургического пособия при лечении ОКН. ПК-6
6. Способы оценки жизнеспособности кишки при ОКН. ПК-6

Ситуационные задачи

Задача № 1. Больная 45 лет поступила в клинику с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда на фоне запоров у больной периодически стало отмечаться вздутие живота, боли внизу живота, задержка газов и стула. Больная принимала слабительные средства, иногда ставила клизмы.

Объективно: живот умеренно вздут, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается. Симптом Склярова-Матъе отрицательный. При перкуссии – тимпанит. Симптом раздражения брюшины отрицательный.

При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Больной сделана очистительная клизма. После нее отмечался обильный стул, отошли газы. Больная стала чувствовать себя лучше, была выписана домой.

После выписки из больницы больная продолжала жаловаться на общую слабость, упорные запоры, вздутие живота, периодически схваткообразные боли внизу живота. Больная поступила в клинику повторно с аналогичной клинической картиной.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какие врачебные ошибки были допущены при первом поступлении больной в клинику?

С чего нужно начать обследование больной?

План обследования больной?

Задача № 2. Больной 18 лет поступил в клинику со схваткообразной болью в животе, многократной рвотой.

Заболел 40 часов назад, когда появилась острая схваткообразная боль в животе, рвота. Вызван участковый терапевт, который диагностировал острый гастрит, назначил лечение. На следующий день у больного сохранялась схваткообразная боль в животе, рвота. Со слов больного накануне был необильный стул.

Объективно: пульс 110 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Черты лица заострены. Язык влажный умеренно обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезнен справа. Симптомы Склярова-Матъе, Щеткина-Блюмберга выражены.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – большое количество чаш Клойбера.

Ваш предварительный диагноз?

Как вы оцениваете действия участкового врача?

Целесообразно ли проведение рентгеноконтрастного исследования?

Дальнейшая тактика и лечение?

Задача № 3. Больной 56 лет доставлен в клинику через пять часов от начала заболевания, с жалобами на сильные боли в животе, тошноту, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с внезапных жесточайших болей в животе, затем появилась тошнота, была однократная рвота.

Объективно: больной мечется. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Перкуторно – тимпанит. Кишечная перистальтика едва прослушивается.

Произведена ЭКГ, – диагноз инфаркта миокарда снят. При рентгенологическом исследовании: в левой подвздошной области множественные уровни жидкости с газовыми пузырями над ними, в правой половине брюшной полости такие же уровни жидкости, но в меньшем количестве. При исследовании на латероскопе отмечается фиксация чаш в правой половине живота.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями нужно производить дифференциальную диагностику?

Тактика и лечение?

Задача № 4. Больной 28 лет оперирован 72 часа назад по поводу острого аппендицита. Удален флегманозно измененный отросток, брюшная полость дренирована.

Со второго дня после операции у больного появились боли в животе постоянного характера, газы не отходят, тошнота, однократная рвота.

Объективно: пульс 78 в мин. удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот вздут больше в верхнем отделе, при пальпации мягкий, слабо болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга не ясен. При перкуссии на всем протяжении тимпанит, кишечная перистальтика резко ослаблена. Симптом Склярова-Матъе отрицательный.

При рентгенологическом исследовании: диафрагма расположена выше обычного, ограничено подвижна, выраженное вздутие петель тонкой и толстой кишки, в вертикальном положении больного видны две не четко контурирующиеся чаши.

Ваш предполагаемый диагноз?

Как лечить больного?

Если оперативным путем, то какой объем операции выбрать?

Если консервативными средствами, то какова схема лечения, продолжительность?

Задача № 5. Больной 63 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту.

Заболел 10 часов назад, когда появились сильные боли в животе, рвота. 3 года назад оперирован по поводу заворота сигмовидной кишки. Последние 2 года беспокоят запоры, вздутие живота, которые проходят после применения клизм и слабительных средств.

Объективно: пульс 73 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/90 мм рт. ст. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации брюшная стенка ригидная, в эпигастрии умеренная болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. При перкуссии верхнего отдела живота – тимпанит. Симптом плеска отрицателен, кишечная перистальтика ослаблена.

Рентгенологическое исследование: в верхнем левом квадранте брюшной полости определяется большое скопление газов, уровней жидкости нет. Левый купол диафрагмы расположен выше обычного, подвижен.

Ваш предполагаемый диагноз?

Нужны ли какие-то дополнительные методы исследования в плане уточнения диагноза?

План лечения?

Задача № 6. Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, рвоту.

Болен 2 дня, когда появились боли в животе, затем перестали отходить газы, задержка стула, рвота. Интенсивность указанных симптомов нарастала. 11 месяцев назад больному была выполнена операция резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни желудка.

Объективно: пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Язык суховат. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом плеска слабо положительный. При перкуссии живота тимпанит.

При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки не раздута, следы кала. Рентгенологическое исследование: правый купол диафрагмы расположен выше обычного уровня, в верхнем правом квадранте брюшной полости определяется большое скопление газа, уровней жидкости не видно.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Как можно уточнить диагноз?

Какое лечение показано больному?

План лечения?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
Фильмы с этапами операций

Методические указания к практическому занятию по теме:

«Ущемленные грыжи»

Цель: закрепить знания о клинической картине ущемленных грыж

Ординатор должен знать: Общая симптоматика грыж, диагностика, дифференциальная диагностика

Пупочные грыжи. Диагностика, дифференциальная диагностика

Техника операций при пупочных грыжах Грыжи белой линии живота, методы операций

Паховые грыжи. Врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика. Особенности техники операций при врожденных грыжах. Выбор метода операций при косых и прямых паховых грыжах

Бедренные грыжи. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Техника операций при бедренных грыжах

Послеоперационные грыжи. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с грыжами

Дифференциальная диагностика ущемленных грыж, диагностическая программа

Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами, наиболее частые и тактические ошибки

Особенности диагностики пристеночной формы ущемления грыж, интраоперационная диагностика ретроградных ущемлений, ущемлений сальника, червеобразного отростка, дивертикула Меккеля, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесков

Предоперационная подготовка больных с ущемленными грыжами

Общие принципы операции при ущемленных грыжах, этапы операций

Особенности хирургической тактики и методики операции с сомнительной жизнеспособностью ущемленных органов, с флегмоной грыжевого мешка и перитонита

Показания к лапаротомии и ревизии органов брюшной полости

Наиболее частые технические ошибки при операциях по поводу ущемленных грыж

Особенности- ведения больных в послеоперационном периоде

Грыжи диафрагмы

Уметь: поставить диагноз ущемленная грыжа

Дифференцировать с другими острыми хирургическими заболеваниями

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 4 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (Р-граммы, данные УЗИ, КТ).
5. Решение ситуационных задач
Перечень вопросов для собеседования

1. Классификация грыж живота и диафрагмы
2. Основные причины возникновения грыж
3. Основные элементы грыжи
4. Виды ущемления грыж
5. Клиника, диагностика ущемленных грыж
6. Особенности грыжесечения при ущемленной грыже

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Ущемленные грыжи»

| | На 3 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 6 мин |
| Тестирование | 12 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 25 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 70 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 12 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов и докладов:

1. грыжа Литтре
2. Флегмона грыжевого мешка
3. Послеоперационные осложнения ущемленных грыж в практике ВОП

Фонд оценочных средств:

Тесты

Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме

- а) апоневроза наружной мышцы живота
- б) подвздошно-гребешковой связки
- в) паховой связки
- г) нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
- д) поперечной фасции живота

Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного

- а) грыжа запирающего отверстия
- б) прямая паховая грыжа
- в) бедренная грыжа
- г) косая паховая грыжа
- д) скользящая грыжа

При проведении дифференциальной диагностики между грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть

- а) к трансиллюминации и пальпации
- б) к пункции

- в) к перкуссии
- г) к аускультации
- д) к пальцевому исследованию прямой кишки

К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают

- а) раневая инфекция
- б) послеоперационный парез
- в) срединный разрез
- г) неправильная техника ушивания раны
- д) все выше перечисленное

Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах

- а) Рихтера
- б) косой паховой
- в) скользящей
- г) прямой паховой
- д) ни в одной из перечисленных

Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

- а) гигантский размер грыжи
- б) беременность во второй ее половине
- в) флегмона грыжевого мешка
- г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
- д) ни один из перечисленных

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает

- а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- в) поставить очистительную клизму
- г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
- д) ни одна из рекомендаций не верна

Укажите ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

- а) диарея;
- б) коллапс;
- в) схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов;
- г) симптомы раздражения брюшины;
- д) дегидратация.

Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

- а) спаечная;
- б) функциональная;
- в) обтурационная;
- г) странгуляционная;
- д) смешанная (обтурация + странгуляция).

Какие из перечисленных признаков характерны для ущемленной паховой грыжи в ранние сроки заболевания? а) свободный газ в брюшной полости; б) внезапная боль в области грыжевого выпячивания; в) невраивимость грыжи; г) флегмона грыжевого мешка; д) положительный симптом "кашлевого толчка". Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.
2. а, в, д.

3. б, г, д.

4. б, в, г

5. в, г, д.

Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания. Температура-до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

- а) некроз яичка;
- б) фуникулит;
- в) флегмона грыжевого мешка;
- г) острый орхит;
- д) водянка яичка.

У больного 70 лет-левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:

- а) постоянное ношение бандажа;
- б) экстренная операция при очередном ущемлении;
- в) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи;
- г) плановая операция после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания;
- д) грыжесечение и удаление аденомы.

Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:

- а) боли в области грыжевого выпячивания;
- б) тенезмы;
- в) задержка стула и газов;
- г) дизурия, гематурия;
- д) диспепсия.

Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?

- а) наличие симптомов перитонита;
- б) сроки с момента ущемления;
- в) сопутствующие заболевания;
- г) пол и возраст больного;
- д) неполноценное обследование больного.

Какова клиническая картина при Рихтеровском ущемлении?

- а) стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка;
- б) быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости;
- в) возникает клиника толстокишечной непроходимости;
- г) возникает дизурия;
- д) появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения.

У пожилой больной с ущемленной паховой грыжей на обзорной рентгенограмме брюшной полости-пневматизированные петли тонкой кишки, чаши Клойбера. Какой орган ущемлен?

- а) сигмовидная кишка;
- б) желудок;
- в) сальник;
- г) тонкая кишка;
- д) придатки матки.

Для грыжи Литтре характерно ущемление:

- а) желудка;
- б) тонкой кишки;
- в) придатков матки;
- г) меккелева дивертикула;
- д) мочевого пузыря.

Паховую грыжу следует дифференцировать

- 1) с водянкой яичка
- 2) с паховым лимфаденитом
- 3) с варикозным расширением вен семенного канатика
- 4) с водянкой семенного канатика
- 5) со всеми перечисленными заболеваниями

Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

- 1) с липомой
- 2) с холодным натечником
- 3) с ущемленной паховой грыжей
- 4) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
- 5) со всем перечисленным

При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть

- 1) к трансиллюминации и пальпации
- 2) к пункции
- 3) к перкуссии
- 4) к аускультации
- 5) к пальцевому исследованию прямой кишки

Бедренные грыжи чаще встречаются

- 1) у мужчин пожилого возраста
- 2) у многорожавших женщин
- 3) у женщин нерожавших
- 4) у юношей
- 5) у детей

Шейка мешка бедренной грыжи расположена

- 1) впереди круглой связки

- 2) медиальнее бедренных сосудов
- 3) латеральнее бедренных сосудов
- 4) позади бедренных сосудов
- 5) медиальнее купферовской связки

Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах

- 1) Рихтерской
- 2) косой паховой
- 3) скользящей
- 4) прямой паховой
- 5) ни в одной из перечисленных

При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции

- 1) по Мейо
- 2) по Лекснеру
- 3) по Сапежко
- 4) по Кину
- 5) по Терье - Черни

К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция

- 1) по Бассини
- 2) по Мартынову
- 3) по Руджи
- 4) по Жирару - Спасокукоцкому
- 5) по Ру

Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

- 1) затрудненного дыхания
- 2) рвоты
- 3) цианоза
- 4) анемии

- 5) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать

- 1) дисфагические явления
- 2) нарушение ритма сердца
- 3) псевдостенокардиальные явления
- 4) ни одно из перечисленных явлений
- 5) все перечисленные

Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения

- 1) повреждения сосудов
- 2) ранение нервов брюшной стенки
- 3) пересечение семявыводящего протока
- 4) ранение кишки и мочевого пузыря
- 5) все перечисленные

Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

- 1) наличия болей в надлобковой области
- 2) наличия грыжевого выпячивания в паховой области
- 3) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
- 4) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
- 5) наличия положительного симптома Мейо-Робсона

При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме

- 1) тонкой кишки и меккелева дивертикула
- 2) сигмовидной кишки и сальника
- 3) слепой кишки и червеобразного отростка
- 4) маточной трубы и яичника
- 5) желчного пузыря и желудка

Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются

- 1) со слизистого слоя

- 2) с подслизистого слоя
- 3) с мышечного слоя
- 4) с субсерозного слоя
- 5) с серозного слоя

К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся

- 1) бедренные
- 2) косые паховые
- 3) пупочные
- 4) грыжи белой линии живота
- 5) прямые паховые

Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

- 1) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
- 2) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
- 3) невосприимчивость грыжи
- 4) отрицательный симптом кашлевого толчка
- 5) все перечисленное

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Показания к операции, подготовка и выбор метода анестезии.
2. Особенности хирургической техники при ущемленной грыжи.
3. Признаки жизнеспособности ущемленной кишки.
4. Осложнения ущемленных грыж.
5. Особенности ведения послеоперационного периода.
6. Признаки флегмоны грыжевого мешка.

Ситуационные задачи

Задача № 1. Больная 56 лет поступила в клинику для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной срединной грыжи. Грыжа вправимая, грыжевой дефект 30x25 см. Больная с избыточным весом, гиперстенического телосложения. АД 150/90 мм рт. ст.

Укажите методы предоперационного обследования больной?

Как подготовить больную к операции?

Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 2. Больная 17 лет поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же наличие опухолевидного

образования. Считает себя больной в течение 48 часов, когда появилась ноющая боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же больная нащупала болезненное опухолевидное образование. Объективно: температура тела 37,70 С, пульс 81 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается, газы отходят. В области правого пахово-бедренного сгиба снаружи от точки пульсации бедренной артерии определяется плотное, болезненное опухолевидное образование 2,5x2,5 см. Кожа над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Ваш предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 3. Больной 87 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли по всему животу и в правой паховой области. Заболел за 12 часов до поступления сразу после акта дефекации, когда появились сильные боли в подложечной области, а через некоторое время и в области грыжи, которую вправить не смог из-за болей. Из анамнеза известно, что в течение многих лет страдает правосторонней паховой грыжей, которую ежедневно вправляет без особых затруднений. Указаний на желудочную патологию нет. Объективно: температура тела 37,60 С, пульс 98 в минуту удовлетворительных качеств, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложенный серовато-белым налетом. Брюшная стенка особенно резко напряжена в верхних отделах, где отчетливо выражен симптом Щеткина-Блюмберга. В правой паховой области и мошонке имеется опухолевидное образование 10x8 см, эластической консистенции, болезненное при пальпации. Поверхностное паховое кольцо справа расширено. Симптом кашлевого толчка сомнителен.

Ваш предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Как можно уточнить предполагаемый диагноз?

Тактика, план лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 4. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на сильные, схваткообразные боли в левой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел 5 часов назад после вправления левосторонней паховой грыжи, которой страдает 20 лет. Раньше без особого труда сам вправлял грыжу. В этот раз вправление грыжи проходило труднее, чем обычно. Сразу после этого появились боли в животе, тошнота, рвота. С момента появления болей в животе газы не отходят, стула нет. Объективно: температура тела 37,40 С, пульс 94 в минуту удовлетворительных качеств. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный на всем протяжении, преимущественно слева. В левой паховой области над паховой связкой, в глубине прощупывается болезненное опухолевидное образование 6x4 см, сместить его не удастся. Поверхностное паховое кольцо пропускает кончик указательного пальца, симптом кашлевого толчка отрицательный. Левый семенной канатик увеличен в объеме, болезненный при пальпации.

Ваш предполагаемый диагноз? Тактика и лечение?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 5. Больной 37 лет поступил в клинику с диагнозом ущемленная косая паховая грыжа. Давность заболевания 5 часов. Во время подготовки больного к операции (бритье волос) грыжа разошлась. Показано ли грыжесечение по экстренным показаниям? Если да, то, из какого доступа? Если нет, то чем будет руководствоваться хирург в дальнейшем?

Задача № 6. Больной 45 лет поступил в плановом порядке в клинику с диагнозом прямая паховая грыжа справа. Во время операции, производимой под местной инфильтрационной анестезией, при выделении грыжевого мешка у больного появились позывы на мочеиспускание. Медиальная стенка грыжевого мешка утолщена, при попытке выделить брюшину появилось кровотечение.

Изменится ли клинический диагноз после операции? Каковы особенности грыжесечения в данном случае?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 7. Больной 69 лет поступил в клинику с диагнозом ущемленная косая паховая грыжа справа, давность заболевания 1 час. Больной взят в операционную, во время обработки операционного поля произошло разужение грыжи.

Показано ли грыжесечение в экстренном порядке? Если да, то, из какого доступа?

Если нет, то чем будет руководствоваться хирург в дальнейшем?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Задача № 8. Больная 44 лет поступила в клинику с жалобами на боль в правой паховой области и внизу живота, неотхождение газов, тошноту, рвоту. 2 года назад у больной после поднятия тяжести появилось опухолевидное образование правой паховой области. Оно появлялось в вертикальном положении больной, а в горизонтальном исчезало. 4 дня назад оно увеличилось в размерах, стало болезненным и в горизонтальном положении больной не исчезало. К врачу не обращалась. Позднее появились боли внизу живота, появилась тошнота и рвота, неотхождение газов. Объективно: температура тела 38,0 С, пульс 90 в минуту удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловатым налетом, живот умеренно вздут, в правой паховой области определяется опухолевидное образование размерами 5х4 см, кожа над ним гиперемирована. При пальпации оно плотной консистенции, резко болезненное. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Положительный симптом Склярова-Матъе. Обзорная рентгенография брюшной полости: газ в ободочной кишке отсутствует, множественные чаши Клойбера, арки.

Ваш клинический диагноз?

Тактика и план лечения

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

наборы рентгенограмм и фильмов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Методические указания к практическому занятию по теме: «Опухолевые заболевания толстой кишки»

Цель: освежить в памяти знания об опухолях толстой кишки

Ординатор должен знать: Рак ободочной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика в зависимости от локализации опухоли
Предоперационная подготовка больных. Выбор способа лечения в зависимости от состояния больного

Техника правосторонней гемиколэктомии

Техника резекции поперечно-ободочной кишки

Техника левосторонней гемиколэктомии

Клиника, диагностика и хирургическая тактика при осложненных формах рака толстой кишки (обтурационная кишечная непроходимость, воспаление, перфорация, кровотечение)

Хирургическое лечение осложненных форм рака толстой кишки, показания к одно-моментным и двухмоментным операциям

Техника одномоментных радикальных операций

Техника двухмоментных радикальных операций

Техника паллиативных операций

Послеоперационное ведение больных с операциями на толстой кишке

Рак прямой кишки. Клиника, диагностика

Дифференциальная диагностика с предраковыми заболеваниями

Принципы оперативного лечения рака прямой кишки. Радикальные операции. Показания. Особенности оперативной техники

Паллиативные операции. Показания. Техника операций

Уметь: поставить диагноз опухоль толстой кишки, назначить план обследования

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (Р-граммы, данные УЗИ, КТ, ФКС, ирригоскопии, ПЭТ).
5. Решение ситуационных задач

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Опухолевые заболевания толстой кишки»

| | На 4 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 90 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |

| | |
|--|--------|
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |
|--|--------|

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов:

1. Лучевая и химиотерапия при опухолях толстой кишки
2. ЭВА-операции при опухолях толстой кишки
3. Колостомы

Фонд оценочных средств:

Тесты

Какова наиболее частая локализация рака ободочной кишки

1. слепая кишка
2. поперечно-ободочная кишка
3. восходящий отдел ободочной кишки
4. печеночный угол
5. селезеночный угол
6. сигмовидная кишка
7. ректо-сигмоидный отдел

Какое место среди всех раковых поражений желудочно-кишечного тракта занимает рак ободочной кишки

1. первое
2. второе
3. третье
4. четвертое
5. пятое

Какой основной путь метастазирования рака ободочной кишки

1. лимфогенный
2. гематогенный
3. лимфогематогенный
4. имплантационный

Какой из клинических форм рака ободочной кишки встречается чаще

1. осложненный
2. неосложненный

Какое из осложнений рака ободочной кишки встречается чаще

1. кишечная непроходимость
2. воспаление вокруг опухоли
3. переход опухоли на соседние органы
4. перфорация
5. кишечное кровотечение
6. анемия

Какую операцию целесообразно выбрать, если больной 65-ти лет поступил в клинику с трехсуточной обтурационной непроходимостью и локализацией опухоли в нисходящем отделе при отсутствии метастазов?

1. одноэтапную левостороннюю гемиколэктомию
2. двухэтапную левостороннюю гемиколэктомию с первичным наложением свища
3. операцию Гартмана
4. обходной анастомоз

При какой локализации опухоли имеет место большая вероятность перфорации опухоли или разрыва стенки кишки?

1. в слепой кишке

2. в поперечно-ободочной кишке
3. чем дистальнее в ободочной кишке располагается опухоль, тем более вероятна ее перфорация

В каком отделе ободочной кишки чаще происходит разрыв стенки при различных локализациях опухоли?

1. в сигмовидной кишке
2. в нисходящем отделе
3. в поперечно-ободочной кишке
4. в восходящем отделе
5. в слепой кишке

Почему развитие воспалительных процессов чаще наблюдается при локализации рака в слепой, восходящем и нисходящем отделах ободочной кишки?

1. из-за наличия высоковирулентной инфекции в содержимом толстой кишки
2. из-за деструктивного процесса в стенке кишки
3. из-за скопления каловых масс над опухолью
4. из-за воспалительного процесса в самой опухоли
5. из-за отсутствия серозного покрова их задних поверхностей

При какой локализации опухоли чаще всего возникает анемия?

1. левая половина
2. правая половина
3. поперечно-ободочная кишка
4. сигмовидная кишка
5. слепая кишка

При какой локализации опухоли чаще развивается непроходимость?

1. слепая кишка
2. восходящий отдел
3. поперечно-ободочная кишка
4. сигмовидная кишка

Какое место рак прямой кишки занимает среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта?

1. первое
2. второе
3. третье
4. четвертое

За какой срок раковый процесс прямой кишки у больных, отказавшихся от операции, захватывает 3/4 окружности?

1. за 6 месяцев
2. за 9 месяцев
3. за 12 месяцев
4. за 18 месяцев

В каких органах наиболее часто встречаются отдаленные метастазы рака прямой кишки

1. в почках
2. в легких
3. в брюшине
4. в поджелудочной железе
5. в печени

В каком отделе прямой кишки чаще возникает рак?

1. в ректо-сигмоидном

2. в верхнеампулярном
3. в среднеампулярном
4. в нижнеампулярном
5. в промежностной части

В каком положении больного целесообразно производить пальцевое исследование прямой кишки для диагностики рака?

1. в коленно-локтевом положении
2. на боку
3. на спине
4. на корточках

Какая операция целесообразна при локализации рака выше заднего прохода на 6 см при отсутствии метастазов?

1. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
2. брюшно-анальная резекция прямой кишки
3. операция Гартмана
4. внутрибрюшинная резекция

Если рак прямой кишки локализуется на уровне 7-12 см от заднего прохода, какая операция наиболее целесообразна?

1. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
2. брюшно-анальная резекция прямой кишки
3. операция Гартмана
4. внутрибрюшинная резекция

Нижняя прямокишечная артерия отходит

- а) от внутренней подвздошной артерии
- б) от запирательной артерии
- в) от внутренней срамной артерии
- г) от нижней ягодичной артерии
- д) от промежностной артерии

Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

- а) нижней брыжеечной артерии
- б) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- в) ветвей, непосредственно отходящих от аорты
- г) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
- д) средней ободочной артерии

Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) множественное поражение полипами толстой кишки
- б) поражение полипами тонкой кишки
- в) поражение полипами желудка
- г) наследственный характер заболевания
- д) раннее возникновение глубоких метаболических расстройств

Причиной возникновения семейного аденоматоза толстой кишки является

- а) хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- б) нарушение развития в эмбриогенезе
- в) вирусное поражение
- г) бактериальное поражение желудочно-кишечного тракта
- д) супрессия гена, ответственного за подавление развития опухолей толстой кишки

Комбинированной операцией по поводу рака толстой кишки считается такое оперативное вмешательство, когда

- а) наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями
- б) наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- в) наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания
- г) наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или производится резекция печени по поводу метастазов рака
- д) одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом

Заболееваемость раком толстой кишки в настоящее время

- а) увеличивается
- б) снижается
- в) существенного изменения частоты не отмечается
- г) увеличивается только среди курящих женщин
- д) увеличивается только среди мужчин

Наиболее часто рак прямой кишки встречается в возрасте

- а) 20 — 29 лет
- б) 30 - 39 лет
- в) 40 - 49 лет
- г) 50 - 59 лет
- д) 60 лет и старше

Симптомы характерные для рака прямой кишки: 1) кровь в стуле 2) запор 3) тенезмы 4) гнойные выделения из кишки 5) обильные выделения слизи

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Наименьшую информацию о состоянии заднего прохода проктологи получают при применении

- а) пальцевого исследования
- б) ректороманоскопии
- в) ирригоскопии
- г) наружного осмотра области ануса
- д) аноскопии

Наиболее эффективным методом лечения рака прямой кишки является

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) клизмы с чистотелом
- д) приём больших доз облепихового масла

Контрольные вопросы

- 1.Этиология и патогенез опухолей толстой кишки
- 2.Основные симптомы при разных локализациях опухолей в толстой кишке
- 3.Консервативное лечение опухолей толстой кишки и эндоскопические методы лечения(стентирование)

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной 69 лет жалуется на частные, кратковременные приступы болей в животе, не связанные с приемом пищи и не имеющие определенной локализации, частый жидкий стул иногда с примесью слизи и крови, ложные позывы на дефекацию. Вышеуказанные жалобы - в течение 3 месяцев. При осмотре: состояние больного ближе к удовлетворительному. Пониженного питания (похудел на 6 кг за последние несколько месяцев). Кожа обычной окраски. АД 120/70 мм рт ст, пульс 90 уд мин. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный при пальпации по ходу толстой кишки. В мезогастральной области пальпируется болезненное образование мягко-эластической консистенции, без четких границ, смещаемое, размером до 15 см в диаметре. Перитонеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования пациента
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Лечение
5. Прогноз
6. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача № 2

Больной 60 лет в течение четырех месяцев стал отмечать слабость, чередование запоров и поносов со слизью, постоянные ноющие боли в левой подвздошной области. В левой подвздошной ямке при глубокой пальпации нечетко определяется опухолевидное образование. При ирригоскопии выявлено сужение просвета в средней трети сигмовидной кишки на протяжении 5 см.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения больного.
3. Какие еще симптомы, характерны для данного состояния.
4. Какие методы обследования нужно выполнить для подтверждения диагноза?
5. Объем оперативного вмешательства, если таковое потребуется.
6. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

Задача № 3

У больного 54 лет, страдающего дивертикулезом толстой кишки, внезапно появились боли по всему животу после акта дефекации. Общее состояние средней тяжести, в левой подвздошной области выявляется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите методы обследования для данного больного.
3. Опишите возможную хирургическую тактику.
4. Каковы возможные осложнения заболевания?
5. Укажите объем хирургического лечения при возникновении кровотечения из дивертикула.

Задача № 4

У больного 48 лет выявлена опухоль восходящего отдела толстой кишки, подтвержденная рентгенологически и эндоскопически.

Вопросы:

1. Опишите хирургическую тактику для данного больного.
2. Какие методы обследования следует еще провести?
3. Какие клинические проявления наиболее характерны для опухоли данной локализации.
4. Укажите принципы предоперационной подготовки для данной патологии.
5. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
6. Составить план реабилитации пациента

Задача № 5

Больная 75 лет поступила с клинической картиной толстокишечной непроходимости. Была экстренно оперирована. При ревизии выявлена опухоль печеночного угла толстой кишки, прорастающая в печень и полностью обтурирующая просвет кишки.

Вопросы:

1. Укажите стадию опухолевого процесса по классификации TNM.
2. Опишите комплекс предоперационных мероприятий для данного случая.
3. Объем хирургического пособия для данного случая.
4. Послеоперационное ведение больной.
5. Какие исследования следует провести для установления окончательного диагноза.
6. Составить план реабилитации пациента
7. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

Задача № 6

Больной 67 лет поступил с жалобами на незначительные кровянистые выделения после акта дефекации. Общее состояние удовлетворительное. При ирригоскопии выявлен одиночный полип на ножке в области селезеночного угла толстой кишки.

Вопросы:

1. Опишите рентгенологические признаки, на основании которых был выявлен полип в просвете кишки.
2. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить больному?
3. Опишите алгоритм хирургической тактики в данном случае.
4. Перечислите противопоказания к эндоскопической полипэктомии.
5. Назовите возможные осложнения при эндоскопической полипэктомии.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
3. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>

Методическое обеспечение:

наборы рентгеновских снимков
набор ситуационных задач, муляж прямой кишки
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

**Методические рекомендации к практическому занятию по теме:
«Геморрой. Трещина заднего прохода. Парапроктит»**

Цель: Цель:освежить в памяти знания о геморрое, трещинах и парапроктитах.Тактика ведения ВОП.

Ординатор должен знать: Геморрой.Патогенез.Классификация. Диф.диагностика. Лечение. Анальные трещины. Этиология, клиника, лечени

Полипы, выпадения прямой кишки. Классификация полипов. Диф.диагностика. Лечение.

Парапроктит и свищи прямой кишки.Классификация.Выбор метода лечения.Наружные кишечные свищи

Уметь поставить диагноз , назначить обследования и консервативное лечение
определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интрепретация исследований (данные УЗИ, аноскопии, фкс,МРТ,).
5. Решение ситуационных задач
6. Просмотр фильма о пальцевом обследовании прямой кишки

Перечень вопросов для собеседования

1.Анатомофизиологические сведения, особенности кровоснабжения прямой кишки, пути лимфооттока.

2.Методика обследования больных (опрос, объективное исследование, специальные методы исследования, инструментальные, рентгенологические).

3. Геморрой, этиология, патогенез.
Клиника геморроя и его осложнения (кровотечения, выпадения, тромбозы).
4. Профилактика осложнений геморроя. Консервативное и оперативное лечение.
Показания к оперативному лечению.
5. Трещины заднего прохода, клиника, лечение.
6. Острый парапроктит. Классификация, клиника, лечение.
7. Хронический парапроктит (свищи). Классификация, клиника, лечение.
8. Предоперационная подготовка. Ведение послеоперационного периода.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Геморрой. Трещина заднего прохода. Парапроктит.»

| | |
|--|-----------|
| | На 4 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 90 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Темы рефератов

1. Консервативное лечение геморроя
2. Кровотечение и тромбоз геморроидального узла
3. Лечение свищей прямой кишки

Фонд оценочных средств:

Тесты

Укажите наиболее частый признак геморроя

1. боль
2. выпадение узлов
3. кровотечение

Назовите современную теорию образования геморроя

1. теория врожденной недостаточности венозной системы
2. теория экзо- и эндогенных интоксикаций (алкоголь, острая пища)
3. теория влияния механических факторов (запоры)
4. теория нарушения оттока крови по венам от кавернозных телец прямой кишки

В каком положении целесообразно проводить осмотр больного при геморрое?

1. в коленно-локтевом положении
2. на боку
3. на спине
4. на корточках

Будете ли Вы выполнять ректороманоскопию при тромбозе геморроидальных узлов?

1. да
2. нет

Каким образом следует накладывать зажимы Люэра, чтобы не вызвать сужения заднего прохода?

1. вертикально
2. поперечно
3. по радиусу

В каком положении Вы будете оперировать больного с геморроем?

1. на боку
2. в коленно-локтевом положении
3. на спине с приведенными и согнутыми ногами в тазобедренном и коленном суставах
4. на животе

У больного с циррозом печени имеется геморрой. Будете ли Вы оперировать его по поводу геморроя?

1. Да
2. нет

Больной 70-ти лет, страдает гипертонической болезнью III степени, кровоточащим геморроем, анемия отсутствует. Показана ли ему геморроидэктомия?

1. да
2. нет

Укажите, где чаще всего локализуется анальная трещина

1. на задней стенке анального канала
2. на передней стенке анального канала
3. на боковых стенках анального канала

С какого метода исследования Вы начнете обследование больного с жалобами на скудные кровянистые выделения при акте дефекации и боли?

1. ректороманоскопия
2. осмотр области заднего прохода
3. ирригоскопия
4. пальцевое исследование
5. колоноскопия

Какие методы лечения Вы предпочтете при каллезной анальной трещине?

1. консервативные
2. инъекционные
3. хирургические

Какая боль характерна для хронической анальной трещины?

1. во время акта дефекации
2. после акта дефекации

Укажите, какому из инъекционных методов лечения анальной трещины отдает предпочтение НИИ проктологии:

1. введение под трещину спирто-новокаинового раствора
2. введение под трещину масляно-анестетического раствора
3. введение под трещину 25-50 мг гидрокортизона

Укажите, какие свечи нежелательны при анальной трещине:

1. с белладонной
2. с ихтиолом
3. с анестезином

У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить

- а) пальцевое исследование

- б) только ректороманоскопию
- в) обзорную рентгенографию брюшной полости
- г) пальцевое исследование и проктографию с контрастной клизмой
- д) пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

Для острой анальной трещины нехарактерно:

- а) Боли в заднем проходе
- б) Спазм сфинктера
- в) Скудные выделения крови
- г) Выделение гноя
- д) "Стулобоязнь"

Для острой анальной трещины более характерны боли:

- а) Постоянные
- б) После дефекации
- в) Во время дефекации
- г) До дефекации
- д) Ночные

Если у больного, страдающего запорами, появились сильные боли во время дефекации, скудные выделения алой крови логичнее предположить наличие:

- а) Геморроя
- б) Свища прямой кишки
- в) Рака прямой кишки
- г) Острой анальной трещины
- д) Кокцигодинии

Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно:

- а) Пальцевого исследования
- б) Наружного осмотра с разведением перианальных складок
- в) Осмотра с помощью аноскопа
- г) Осмотра с помощью ректального зеркала
- д) Осмотра с помощью ректоскопа

При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует:

- а) Обязательно выполнить уже при первичном осмотре
- б) Отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
- в) Ректороманоскопия не показана вообще
- г) Выполнить после дивульсии заднего прохода
- д) Обязательно выполнить с применением обезболивания

Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит:

- а) Острое начало заболевания
- б) Дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- в) Жалобы на периодический метеоризм
- г) Пожилой возраст больного
- д) Выделения крови и слизи из заднего прохода

Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать:

- а) Дивертикулёз толстой кишки
- б) Неспецифический язвенный колит
- в) Болезнь Крона
- г) Полипоз толстой кишки
- д) Внутреннее выпадение прямой кишки

Консервативная терапия острой анальной трещины:

- а) Даёт положительный эффект у большинства пациентов

- б) Дает эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- в) Не даёт эффекта никогда
- г) Эффективна только на 2-3 недели
- д) Помогает очень редко

Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:

- а) Сразу после установления диагноза
- б) Через две недели курса консервативной терапии
- в) Через два месяца после начала заболевания
- г) Только в случае выраженного спазма сфинктера
- д) При безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"

Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:

- а) Ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
- б) Свечи со спазмолитиками
- в) Инъекции гидрокортизона "под трещину"
- г) Лекарственные средства, способствующие заживлению ран
- д) Лечебные микроклизмы

Если консервативное лечение острой анальной трещины не ликвидировало боли, спазм сфинктера, появились признаки перехода острой трещины в хроническую, операцией выбора следует считать:

- а) Иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия
- б) Иссечение трещины
- в) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия
- г) Иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия
- д) Иссечение трещины, ушивание раны

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Клиника рака прямой кишки. Значение пальцевого исследования для диагностики рака.

Дифференциальная диагностика рака прямой кишки.

Предоперационная подготовка.

Методы операций в зависимости от стадии рака и локализации опухоли.

Ведение послеоперационного периода.

Полипы и полипоз прямой кишки. Частота злокачественного перерождения.

Клиническая картина и методы лечения.

Выпадение прямой кишки, клиника, стадии течения, профилактика, лечение.

Острый парапроктит. Классификация, клиника, лечение.

Хронический парапроктит (свищи). Классификация, клиника, лечение.

Ситуационные задачи

1. Мужчина 55 лет, доставлен в хирургическую клинику в экстренном порядке с массивным кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. До этого эпизода жалоб на состояние здоровья не было. В момент госпитализации признаков продолжающегося кровотечения нет. Нв 90 г/л, АД 120/60 мм рт. ст.

Какие заболевания могут сопровождаться такой симптоматикой?

С чего следует начать обследование?

Какие исследования необходимы для уточнения источника кровотечения?

2. Больной 41 года, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в заднем проходе и постоянные обильные кровотечения при дефекации.

Болен в течение 8 лет, когда стал отмечать появление крови при дефекации. Лечился консервативными средствами: свечи, диета, слабительные. Последние 3 месяца свечи перестали помогать, появились сильные боли при дефекации, тенезмы.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах.

При ректальном исследовании резкий спазм сфинктера, исследование прямой кишки болезненно, особенно на задней стенке, где определяется плотноватая трещина. Выражены внутренние и наружные геморроидальные узлы легко кровоточащие при дотрагивании.

Ректороманоскопия до 30 см без особенностей.

Ваш клинический диагноз?

Тактика и план лечения?

3. Больной 38 лет, поступил в клинику с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации, запоры.

Болен в течение 6 лет, успешно лечился консервативными средствами, но в последнее время свечи и диета перестали помогать. Появились постоянные запоры, стул только с помощью послабляющих средств. К кровотечениям присоединились в последнее время боли в анусе во время, и после дефекации.

Объективно: при ректальном исследовании в точках, проецирующихся на 3, 7, 11 часов по циферблату большие мягкие легко выпадающие внутренние геморроидальные узлы, резко кровоточащие при дотрагивании. Кожа вокруг ануса мацерирована, следы расчесов.

Ректороманоскопия до 30 см без патологических изменений.

Анализ крови: Нв 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 14 мм/час.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

План лечения?

4. Вызов на дом. Больной З., 18 лет предъявляет жалобы на интенсивные, острые боли в области промежности, усиливающиеся при натуживании, акте дефекации, повышение Т тела до $39,0$, озноб. При осмотре анальной области отмечается гиперемия кожи справа от ануса, отечность и выбухание тканей, при пальпации резкая болезненность и флюктуация.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию острого парапроктита в зависимости от локализации
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Составьте план обследования пациента в данном случае.
5. Какова тактика лечения данного пациента?
6. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

5. Больной И., 30 лет, предъявляет жалобы на наличие свища с гнойным отделением в области промежности, существующего около года. При осмотре, на коже промежности обнаружен свищ с небольшим гнойным отделяемым и мацерацией кожи вокруг него. При пальпации выявляется в подкожной клетчатке плотный тяж.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию хронического парапроктита в зависимости от хода свища.

3. Назначьте обследование пациенту.
4. Назначьте консервативное лечение.
5. Какие виды операций можно выполнить больному?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни и фильмы

Методические рекомендации к практическому занятию по теме: «Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей»

Цель: освежить в памяти знания по теме, определить тактику ведения в звене ВОП

Ординатор должен знать: Мезентериальный тромбоз. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.

Особенности ведения послеоперационного периода. Борьба с интоксикацией и парезом кишечника.

Заболевания артерий. Классификация. Специальные методы обследования. Реовазография. Дуплексное сканирование. Артериография. Общие методы лечения.

Облитерирующие заболевания артерий. Классификация. Общая характеристика. Патогенез. Диф. диагностика. Обследование. Консервативное и оперативное лечение облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, облитерирующего эндартериита.

Уметь: поставить диагноз, назначить план обследования

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 5 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 9 часов

План лекции:

1. Причины мезентериального тромбоза
2. Классификация оаснк
3. Консервативное лечение оаснк

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (данные УЗИ, КТ, уздг).
5. Решение ситуационных задач
6. просмотр фильма

Перечень вопросов для собеседования

1. диагностика мезентериального тромбоза
2. ошибки амбулаторного этапа
3. Этиология и патогенез ОАСНК
4. Клиника, диагностика ОАСНК
5. Роль врача общей практики в ранней диагностике ОАСНК
6. Лечение (медикаментозное, немедикаментозное, хирургическое) ОАСНК

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Острая артериальная непроходимость. Облитерирующий эндартериит. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.»

| | |
|--|------------|
| | На 5 часов |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 10 мин |
| Тестирование | 15 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 45 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 130 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 15 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Темы рефератов

1. Лечение облитерирующего эндартериита – новые тенденции
2. Операции при ОАСНК, особенности послеоперационного периода

Фонд оценочных средств:

Тесты

По отношению к брюшной аорте нижняя полая вена располагается

- а) слева от аорты
- б) спереди от аорты
- в) сзади от аорты
- г) справа от аорты

Повышение центрального венозного давления наблюдается

- а) при шоке
- б) при повышении внутригрудного давления
- в) при эссенциальной гипертензии
- г) при высокой спинномозговой анестезии

Раннее лечение внутрисосудистого тромбоза включает

- а) свежзамороженную плазму
- б) фактор IX компонент тромбопластина
- в) гепарин
- г) амороженные тромбоциты

Аутопластика артерий малого диаметра возможна за счет

Наилучшим материалом для замещения артерий выше колена является

- а) аллотрансплантат
- б) аутоотрансплантат
- в) ксенотрансплантат
- г) эксплантат

Интраоперационная профилактика тромбоза после реконструкции достигается

- а) гепаринизацией
- б) введением низкомолекулярных декстранов
- в) адекватной реконструкцией и тщательным наложением сосудистых анастомозов
- г) гемодилуцией
- д) всем перечисленным

При сшивании эксплантата с артерией нужно использовать

- а) шелковые швы
- б) лавсановые нити
- в) крученые синтетические нити
- г) гладкие синтетические нити
- д) гладкие синтетические нити, где диаметр иглы близок к диаметру нити

В сосудистой хирургии при наложении анастомоза для гемостаза используется

- а) адаптация интимы к интима
- б) гемостатическая губка
- в) дополнительные швы
- г) обвивной шов
- д) все перечисленное

При ранении артерии во время ее реконструкции адекватным гемостазом будет

- а) перевязка артерии
- б) резекция артерии
- в) наложение пристеночной лигатуры
- г) сосудистый шов

Неадекватно наложенный анастомоз может быть вызван

- а) различными диаметрами сшиваемых сосудов
- б) неправильным сопоставлением стенок сосудов
- в) неадекватным сосудистым швом
- г) неадекватным шовным материалом
- д) всеми перечисленными причинами

К признакам неадекватного анастомоза после включения кровотока относится

- а) усиленная пульсация дистальнее анастомоза
- б) усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная - дистальнее
- в) ишемия конечности или органа

Нерадикальная сосудистая реконструкция может быть связана

- а) со стенозами дистальнее реконструкции
- б) с неадекватным центральным кровотоком
- в) с наличием второго "блока"
- г) с неадекватными сосудистыми анастомозами
- д) со всеми перечисленными причинами

Регионарная ишемия органов может проявляться

- а) изменением окраски
- б) отсутствием пульсации
- в) изменением температуры
- г) изменением объема
- д) всем перечисленным

Интраоперационный тромбоз артерии проявляется

- а) снижением пульсации дистальнее
- б) большей плотностью артерии
- в) усилением пульсации выше тромбоза
- г) прекращением кровотечения из артерии
- д) всем перечисленным

Критерием для определения показаний к оперативному лечению при окклюзии брюшной аорты является появление перемежающейся хромоты при ходьбе на расстояние

- а) менее 1 км
- б) более 200 м
- в) менее 200 м
- г) не более 25 м

Поражений висцеральных ветвей при атеросклерозе брюшной аорты лучше устанавливается при аортографии

- а) в прямой проекции
- б) в боковой проекции
- в) в косой проекции
- г) невозможно получить достоверное изображение

При рентгеноконтрастном исследовании аорты при синдроме Лериша достаточно получить информацию

- а) о брюшной аорте до наружных подвздошных артерий
- б) о брюшной аорте до бифуркации общих бедренных артерий
- в) о брюшной аорте, включая почечные артерии, до подколенных артерий
- г) о брюшной аорте, почечных артериях, ОБА, ГБА, подколенных артериях и артериях голени

Наиболее частым вариантом реконструкции при поражении брюшной аорты является

- а) аорто-бедренное шунтирование
- б) аорто-бедренное протезирование
- в) экстраанатомическое шунтирование
- г) эндартерэктомия из аорты
- д) тромбэмболэктомия из аорты

В послеоперационном периоде после операций на брюшной аорте следует обращать внимание

- а) на стабильное артериальное давление
- б) на согревание больного
- в) на функцию протеза
- г) на кислотно-щелочное состояние и уровень электролитов
- д) на все перечисленное

Наилучшие результаты оперативного лечения ветвей дуги аорты дает

- а) операция шунтирования
- б) операция протезирования
- в) эндартерэктомия с заплатой
- г) комбинация всех перечисленных вмешательств
- д) ничего из перечисленного

Отдаленные результаты хирургического лечения атеросклероза ветвей дуги аорты

- а) лучше, чем при неспецифическом аортоартериите
- б) хуже, чем при неспецифическом аортоартериите

- в) сходны с результатами при неспецифическом аортоартериите
- г) отдаленные результаты при данных заболеваниях нельзя сравнивать

Синдром хронической абдоминальной ишемии могут вызывать следующие заболевания висцеральных артерий

- а) атеросклероз
- б) неспецифический аорто-артериит
- в) гипоплазия висцеральных артерий
- г) врожденные дисплазии
- д) все перечисленное

При облитерирующем эндартериите нижних конечностей характерно поражение

- а) подвздошно-бедренного сегмента
- б) бедренно-подколенного сегмента
- в) артерий голени и стопы
- г) всего артериального русла нижних конечностей
- д) наружной сонной артерии

В клинической практике можно различать все перечисленные типы облитерирующего эндартериита, за исключением

- а) акрального (дистального) типа
- б) проксимального типа
- в) смешанного типа
- г) диффузного типа

Консервативное лечение больных с облитерирующим эндартериитом следует проводить

- а) в течение 1 месяца 1 раз в год
- б) круглогодично
- в) в стадии обострения
- г) как правило, 2 раза в год курсами по 1 месяцу в стационаре при поддерживающей терапии круглогодично
- д) сезонной терапией

Наиболее часто у больных с облитерирующим эндартериитом выполняется

- а) бедренно-подколенное шунтирование
- б) реконструкция глубокой артерии бедра
- в) эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии
- г) бедренно-тибиальное шунтирование и симпатэктомия
- д) все перечисленное

Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангит) отличается от облитерирующего эндартериита

- а) дистальным поражением артериального русла
- б) преимущественным поражением проксимального сегмента артерий нижних конечностей
- в) диффузным поражением всего артериального русла нижних конечностей
- г) дистальным поражением артерий нижних конечностей в сочетании с мигрирующим тромбофлебитом в поверхностных венах
- д) ничем принципиальным

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Причины эмболий и тромбозов, патогенетические механизмы нарушения кровообращения при окклюзии сосудов. ПК-5
2. Клиническая картина тромбоза и эмболии. ПК-5
3. Методы объективного исследования больных с нарушением кровообращения. ПК-5
4. Консервативное лечение тромбозов и эмболии. ПК-6
5. Показания к хирургическому лечению окклюзий сосудов. ПК-6
6. Методы хирургического лечения эмболий. ПК-6
7. Профилактика тромбоэмболий. ПК-6
8. Клиника и лечение тромбоэмболии мезентериальных сосудов. ПК-5, ПК-6
9. Реабилитация больных с ОАСНК

Ситуационные задачи

1. Больной 58 лет, предъявляет жалобы на снижение половой потенции и боли, появляющиеся при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах. Болен в течение 6 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы ног бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах в полном объеме. Незначительное снижение чувствительности на стопах. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Укажите заболевание, которым обусловлена данная клиническая картина.

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

План диагностики и лечения

2. У больного 47 лет при обследовании выявлены атеросклеротические стенозы общих бедренных артерий на протяжении 7 см. В биохимических анализах крови отмечен высокий уровень липопротеидов низкой плотности и холестерина. Больному была выполнена эндовазальная дилатация стенозов с хорошим клиническим результатом. Через 6 месяцев после вмешательства при контрольном исследовании выявлены рестенозы общих бедренных артерий.

В чем причина быстрого рецидива заболевания?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

3. У больного 70 лет, страдающего ИБС, мерцательной аритмией, выявлены стенозы правой общей подвздошной и поверхностной бедренной артерий.

Какой метод лечения следует предпочесть в этой клинической ситуации?

4. Больной 24 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левой стопе и голени, возникающие при ходьбе. В покое болей нет. Болен 4 года. Вначале мог пройти без остановки 500 - 600 м, в последнее время не более 50 - 60 м. Курит до 30 сигарет в день. При осмотре состояние удовлетворительное. Патологии со стороны сердца и легких не выявлено. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах в полном объеме. Гипестезия на левой стопе. Артериальная пульсация на левой стопе отсутствует, справа – ослаблена на тыле стопы. На бедренных и подколенных артериях с обеих сторон артериальная пульсация определяется отчетливо. При ангиографическом исследовании установлено, что общая, поверхностная, глубокая артерии бедра левой нижней конечности с ровными контурами; подколенная артерия равномерно сужена, стенки ее ровные. Артерии голени резко сужены, контрастируются отдельными участками. Имеются мелкие штопорообразные коллатерали.

Какое лечение наиболее оправданно в данном случае?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

5. У больного 65 лет, поступившего в клинику с жалобами на пульсирующее образование в брюшной полости, при ангиографическом исследовании обнаружено аневризматическое расширение инфраренального отдела аорты, распространяющееся на обе подвздошные артерии. Магистральные артерии нижних конечностей проходимы.

Оптимальным методом лечения в этой клинической ситуации будет:

Плановая операция – резекция инфраренального отдела аорты, аорто-подвздошное протезирование;

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение

наборы снимков ангиографий по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни
лекции кафедры,

Методические указания к практическому занятию по теме: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. Постромбофлебитический синдром»

Цель: укрепить знания о венозной патологии нижних конечностей

Ординатор должен знать: Классификация. Синдром хронической венозной недостаточности. Степени ХВН. Специальные методы обследования.

Варикозная болезнь. Общая характеристика. Патогенез. Клинические формы. Осложнения. Функциональные пробы. Хирургическое лечение. Склеротерапия. Компрессионная терапия.

Тромбозы вен. Классификация. Общие факторы риска венозного тромбоза. Специальные методы обследования.

Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей. Классификация. Осложнения. Диф.диагноз. Обследование. Лечение.

Флеботромбоз. Классификация по уровню окклюзии. Клинико-морфологические формы. Осложнения. Диф.диагностика. Обследование. Лечение в зависимости от стадии. Лечебно-организационные решения. Прогноз. Профилактика.

Постромбофлебитический синдром.

Тромбоз легочных артерий. Общая характеристика. Этиология. Патогенез. Клиническая классификация. Обследование. Лечение Категории риска ТЭЛА.

Профилактика. Прогноз.

Венозные трофические язвы. Патогенез. Диф.диагностика. Лечение.

Уметь: поставить диагноз, назначить план обследования

Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Клиническое практическое занятие – 5 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 9 часов

План лекции:

1. Этиология и патогенез варикозной болезни
2. Консервативное лечение осложненных форм варикозной болезни
3. Лечение венозных трофических язв

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).

- 2.Беседа по теме занятий.
- 3.Клинический разбор пациентов
- 4.Интерпретация исследований УЗДГ вен н.к
- 5.Решение ситуационных задач

Перечень вопросов для собеседования

- 1.классификация хвн
- 2.лечение трофических язв, роль врача общей практики
3. современные хирургические операции при ВРВ

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Варикозное расширение вен нижних конечностей. Посттромбофлебитический синдром»

| | На 5 часов |
|--|------------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 10 мин |
| Тестирование | 15 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 45 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 130 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 15 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Темы рефератов:

1. Лечение тромбофлебитов н.к
2. Лечение флеботромбозов н.к
3. ПТФС и ПТФБ

Фонд оценочных средств:

Тесты

Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет

- а) врожденное происхождение - ангиодисплазия
- б) врожденное происхождение - артерио-венозные свищи
- в) приобретенное происхождение - компенсация недостаточности глубокой венозной системы
- г) полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет очень важную роль
- д) невыясненную этиологию

В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет

- а) врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- б) нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- в) нарушение функции коммуникантных вен
- г) развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- д) все перечисленное

Традиционная операция флэбэктомии - это операция

- а) Троянова - Тренделенбурга
- б) Бэбкокка
- в) Нарата
- г) Кокетта

д) верно все перечисленное

Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает

- а) боли в нижней конечности
- б) отек нижней конечности
- в) отсутствие пульса на стопе
- г) вторичное варикозное расширение вен
- д) пигментацию и индурацию кожи на голени

В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики является

- а) функциональные пробы
- б) радионуклидная флебография
- в) ультразвуковая доплерография
- г) контрастная флебография
- д) компьютерная томография

Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального кровообращения

- а) в системе вен желудка
- б) в венозном сплетении пищевода
- в) в прямокишечных венах
- г) в системе подкожных вен передней брюшной стенки
- д) во всех перечисленных системах

Среди первичных лимфэдем выделяют

- а) аплазию лимфатических сосудов
- б) гипоплазию лимфатических узлов
- в) гиперплазию лимфатических узлов
- г) все перечисленное

При лимфэдеме наиболее часто применяют

- а) операцию абластики
- б) дренирование поверхностной и глубокой систем лимфооттока
- в) транспозицию большого сальника на конечность
- г) наложение лимфовенозных анастомозов
- д) наложение ЛНВА

Что определяет тактику лечения больного острым варикотромбофлебитом?

- 1) уровень тромбоза;
- 2) характер тромба;
- 3) длительность воспалительного процесса;
- 4) возраст больного;
- 5) наличие сопутствующих заболеваний.

Назовите основные принципы консервативного лечения острого варикотромбофлебита?

- 1) эластическая компрессия нижних конечностей;
- 2) местная антикоагулянтная терапия (гепаринсодержащие мази);
- 3) назначение флеботоников;
- 4) активный двигательный режим;
- 5) лечение основного заболевания.

Что из перечисленного неверно? При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей нередко выявляют?

- а) деформирующий артроз;
- б) геморрой;
- в) вальгусную деформацию стопы;
- г) склонность к грыжеобразованию;
- д) телеангиэктазии нижних конечностей.

Какие мероприятия нецелесообразны для остановки кровотечения из варикозных вен?

- А) наложение давящей повязки;
- б) экстренная флебэктомия;
- в) прошивание вены выше и ниже места кровотечения;
- г) введение склерозирующих препаратов.

Какие мероприятия Вы считаете наиболее целесообразными после операции флебэктомии?

1) длительный постельный режим; 2) длительная эластическая компрессия; 3) ранняя активизация больного; 4) обязательное назначение антикоагулянтной терапии; 5) возвышенное положение конечностей во время отдыха.

Для лечения варикозной болезни нижних конечностей используют все, кроме?

- а) склеротерапии; б) эластического бинтования нижних конечностей; в) эмболидизацию тазовых вен; г) оперативного удаления вен;

У больного 40 лет внезапно появились сильные боли в левой нижней конечности, чувство онемения и похолодание в ней. Ранее отмечал боль в поясничной области с иррадиацией в левую нижнюю конечность. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, ритмичный. Кожные покровы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, глубокая чувствительность до средней трети голени резко снижена. Активные движения пальцев стопы и в голеностопном суставе отсутствуют, пальпаторно определяется пульсация бедренной артерии только на уровне пауперной связки, в дистальных отделах конечности-отсутствует. Правая нижняя конечность не изменена. Для постановки диагноза и правильного выбора метода лечения наиболее полную информацию о характере заболевания можно получить с помощью следующих методов исследования: а) сфигмографии; б) контрастной аортоартериографии; в) термографии; г) ультразвуковой доплерографии; д) окклюзионной плетизмографии. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б, в.
- 2. а, в, д.
- 3. б, г.
- 4. г, д.
- 5. б, в.

Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38°C. При осмотре состояние больного тяжелое, пульс 100-110 ударов в минуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина: а) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека; б) острая стадия болезни Бюргера (тромбангиит в сочетании с флебитом); в) острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности; г) белая флегмазия; д) краш-синдром.

- 1. а.
- 2. б.
- 3. в.

4. г.

5. д.

У больной 23 лет-илеофemorальный венозный тромбоз, беременность 39 недель. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий (эмболоопасный) тромбоз общей подвздошной вены. Из-за сдавления нижней поллой вены маткой имплантация противоэмболического кава-филтра в инфраренальный отдел технически невыполнима. Определите объем и последовательность необходимых лечебных мероприятий: а) родоразрешение естественным путем, имплантация филтра в ближайшем послеродовом периоде; б) имплантация филтра в супраренальный отдел, родоразрешение естественным путем; в) кесарево сечение, имплантация филтра в послеоперационном периоде; г) лапаротомия, кесарево сечение, пликация нижней поллой вены механическим швом; д) катетерная тромбэктомия из подвздошной вены бедренным доступом, родоразрешение естественным путем.

1. а.

2. б.

3. в.

4. г.

5. д.

В хирургическое отделение поступил больной 70 лет с жалобами на отек левой нижней конечности, боли в голени и бедре. За неделю до поступления отметил появление боли и покраснение подкожных вен на голени, затем по внутренней поверхности бедра. Лечился амбулаторно. В связи с внезапно появившимся отеком всей нижней конечности был госпитализирован. При осмотре левая нижняя конечность отечна до паховой складки, пальпаторно по медиальной поверхности бедра определяется болезненный тяж. Разница периметров на бедре составляет 5 см. Выполнение каких исследований позволит установить топический диагноз и определить дальнейшую тактику лечения? а) ангиография по Сельдингеру; б) ультразвуковое ангиосканирование; в) радиоиндикация с фибриногеном Тс⁹⁹; г) ретроградная илеокаваграфия; д) флеботометрия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, д.

2. а, в, г.

3. г, д.

4. б, г.

5. б, в, г.

У больного 29 лет, готовящегося к операции по поводу облитерирующего тромбангиита, для предоперационной подготовки могут применяться следующие препараты: а) антиагреганты; б) кортикостероиды; в) витамины группы В; г) ненаркотические анальгетики; д) седативные препараты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в, г.

2. а, б, в.

3. а, г, д.

4. все верно

5. г, д.

Больной 24 лет последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети-бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах-в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерий-четкая, на артериях стопы не определяется. О каком заболевании можно думать? а) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей; б) облитерирующий тромбангиит; в) неспецифический аortoартериит; г) посттромбофлебитический синдром; д) синяя флегмазия левой нижней конечности.

1. а.

2. б.

3. в.

4. г.

5. д.

Больной 26 лет последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Объективно: кожные покровы левой стопы и голени до средней трети-бледные, прохладные на ощупь, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерий-четкая, на артериях стопы не определяется. Отмечается ослабление пульсации артерий на правой стопе. Для уточнения диагноза и определения тактики лечения в обязательном порядке следует произвести следующие исследования: а) доплерографию сосудов нижних конечностей; б) аортоскопию; в) ультразвуковое ангиосканирование сосудов нижних конечностей; г) радиоизотопную аортографию; д) ангиографию нижних конечностей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. б, в, г.

3. б, г, д.

4. а, в, д.

5. а, б, д.

У больного 32 лет, страдающего облитерирующим тромбангиитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой нижней конечности, при осмотре можно выявить следующие характерные клинические признаки: а) жалобы на низкую перемежающуюся хромоту; б) отсутствие пульса на артериях стоп; в) снижение тактильной чувствительности стоп; г) усиление пульсации подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью; д) исчезновение волосяного покрова на голени пораженной конечности. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. а, в, д.

3. б, в.

4. б, в, г, д.

5. а, б, в, д.

При осмотре пациента 30 лет обнаружены явления хронической артериальной ишемии правой нижней конечности неясной этиологии. Известно, что больной в раннем возрасте перенес аппендэктомию, тонзилэктомию, страдает холодовой аллергией, много курит, подвергается большим эмоциональным нагрузкам, однако справляется с ними хорошо. На учете у эндокринолога не состоит. Артериальная пульсация на бедренной и подколенной артериях пораженной конечности отчетливая, на артериях стопы не определяется. Поставьте предварительный диагноз: а) облитерирующий тромбангиит; б) диабетическая ангиопатия; в) неспецифический аортоартериит; г) облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; д) болезнь Рейно.

1. а.
2. б.

3. в.

4. г.

5. д.

Больного 60 лет в течение 10 лет беспокоят боли в левой нижней конечности при ходьбе, может пройти без остановки 50 м. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной артерии и артериях стопы – не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, в стенке артерии определяются кальцинаты. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Укажите правильный диагноз: а) неспецифический аортоартериит; б) синдром Лериша; в) постэмболическая окклюзия; г) облитерирующий эндартериит; д) атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии.

1. а.
2. б.

3. в.

4. г.

5. д.

Больная Д., 27 лет, обратилась за консультацией с жалобами на появление отдельных расширенных вен на голени, ретикулярных вен, а также «сосудистых звездочек» на нижних конечностях. Вышеуказанные жалобы появились до и усилились во время беременности (роды в 4 года назад) и постепенно прогрессировали в течение последнего времени. Отмечает дискомфорт и тяжесть в ногах к вечеру.

1. Ваш наиболее вероятный диагноз у этой больной?

- А. врожденный синдром Пиулакса-Видаля;
- Б. острый варикотромбофлебит;
- В. сегментарная варикозная болезнь, ретикулярный варикоз, телеангиэктазии;
- Г. артерио-венозная дисплазия;
- Д. флеботромбоз.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Консервативная терапия варикозной болезни вен нижних конечностей.
2. Тромбозы вен. Классификация. Специальные методы обследования.
3. Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей. Классификация.
4. Осложнения тромбофлебита. Диф. диагноз. Обследование. Лечение.

5. Флеботромбоз. Классификация по уровню окклюзии. Клинико-морфологические формы. Осложнения. Диф. диагностика. Обследование.
6. Посттромбофлебитический синдром.
7. Тромбоз эмболия легочных артерий. Общая характеристика. Этиология.

Ситуационные задачи

1. Больной 40 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел 3 дня назад, когда появились распирающие боли в правой нижней конечности, развился отек всей конечности, повысилась температура тела до 38,0С. В течение последних суток состояние больного ухудшилось: температура 38,9оС, боли в конечности усилились, появилась общая слабость.

Объективно: пульс 105 в мин. удовлетворительных качеств. А/Д 110/70 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь, в дистальных отделах кожа напряжена. Цианоз кожных покровов распространяется на правую ягодичную область. Пульсация подколенной и задней берцовой артерии справа не определяется. На коже стопы кожная чувствительность снижена. Отмечается боль в правой голени при тыльном сгибании стопы. При пальпации - распространение боли по внутренней поверхности правого бедра и голени.

Ваш предварительный диагноз?

Какие заболевания необходимо дифференцировать?

Как можно уточнить предварительный диагноз?

Возможные осложнения и план лечения?

Составить план реабилитации пациента

2. Больной 57 лет, на амбулаторном приеме в поликлинике предъявляет жалобы на боли в правой голени, возникающие при ходьбе на расстоянии до 1 км. Боль быстро проходит при отдыхе.

Заболел один месяц назад, когда при ходьбе появились сильные боли в правой голени, которые при отдыхе проходят. Без боли, в среднем темпе может пройти 900 метров. Больной выкуривает одну пачку сигарет в день.

Объективно: АД 180/100 мм рт. ст. Кожные покровы правой стопы бледнее, прохладные на ощупь. Проба Оппеля справа положительна. Симптом Гольдфлама – отрицательный. Пульсация бедренной артерии в правом пахово-бедренном сгибе отчетливая, над подколенной и заднеберцовой артериях справа отсутствует.

Ваш предполагаемый диагноз?

Что вы предпримите в первую очередь в ведении больного?

План дальнейшего лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

3. Больной 50 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на перемежающуюся хромоту, похолодание стоп.

Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились боли в левой голени при ходьбе. После отдыха боль проходила. Затем появилась зябкость левой стопы. Последнее

время появились боли при ходьбе и в правой нижней конечности. В течение нескольких лет страдает импотенцией.

Объективно: АД 170/100 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется.

Ваш предполагаемый диагноз?

Что поможет уточнить диагноз?

Какое лечение показано?

План лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

4. Больной 62 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на перемежающуюся хромоту, боли в левой нижней конечности, зябкость левой стопы.

Болен в течение 10 лет, когда впервые появились боли в левой голени во время ходьбы. После кратковременного отдыха боль проходила. Сначала больной мог пройти без боли в левой голени 500 м, затем до появления болей мог пройти менее 200 м. Неоднократно лечился в стационарах. В последнее время боли возникают при ходьбе до 25 м. Больной курит.

Объективно: АД 170/100 мм рт. ст. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии слева отчетливая, над подколенной, задней берцовой артериях не определяется.

При ангиографии получено изображение левой бедренной артерии средней трети бедра. Контуры ее не ровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через выраженные коллатерали.

Сформулируйте клинический диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика?

План лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

5. Больной 65 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на постоянные, интенсивные боли в правой нижней конечности, наличие язвы в области первого пальца правой стопы.

Болен в течение 5 лет, первыми появилась перемежающаяся хромота, судороги в правой нижней конечности. Постепенно боли в конечности усилились, стали постоянными, две недели назад появилась трофическая язва в области первого пальца правой стопы. Больной в ночное время не спит из-за сильных болей в конечности.

Объективно: правая стопа и голень отечные, отечность доходит до уровня коленного сустава, кожные покровы багрового цвета. Пульсация бедренной артерии справа ослаблена, подколенной, тыльной артерии стопы – отсутствует. В области ногтевой фаланги первого пальца правой стопы трофическая язва размерами 2x1,5 см, края ее черного цвета, отделяемой скудное. Активные движения в межфаланговых и в плюснефаланговых суставах отсутствуют.

Сформулируйте клинический диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Какое лечение показано больному?

План лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

6. Больная 43 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на чувство тяжести, боли, усталость в ногах при ходьбе, отек голеней к концу рабочего дня, варикозное расширение вен.

Больна с 23 лет, когда во время беременности заметила появление расширенных вен на правой голени. Заболевание постепенно прогрессировало, появилось расширение вен левой голени, отечность голеней и стоп, появляющаяся к концу дня, и исчезающая после пребывания в горизонтальном положении в течение 8 часов.

Объективно: в вертикальном положении больной на внутренней поверхности голеней и бедер видны варикозно расширенные вены в виде узлов различной величины, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – быстрое заполнение вены сверху в низ при снятии жгута справа и слева. Проба Дельбе-Пертеса сомнительная с обеих сторон.

Флебография дистальная – выраженный варикоз подкожных вен, главным образом, средней верхней трети правой голени, контуры глубоких вен четкие, коммуникантные вены расширены.

С какой целью проводилась флебография?

Сформулируйте клинический диагноз?

Какое лечение показано больной?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

7. Больной 52 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на боль и уплотнение верхней трети правого бедра.

Из анамнеза известно, что заболел 3 дня назад, когда появились боль и уплотнение верхней трети правого бедра по ходу поверхностной вены. Длительное время страдает варикозной болезнью.

Объективно: отека и цианоза правой нижней конечности нет. На внутренней поверхности правого бедра в верхней трети по ходу расширенной подкожной вены пальпируется

плотный, болезненный тяж, над которым определяется гиперемия кожи. Пульсация артерий на всем протяжении конечностей сохранена.

Сформулируйте клинический диагноз?

Какое лечение показано больному?

План лечения?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,

набор заданий программированного контроля,

истории болезни

Методические указания к практическому занятию по теме: «Эндокринная хирургия. Заболевания щитовидной железы. Заболевания надпочечников»

Цель: освежить в памяти у ординаторов основные заболевания эндокринной системы: Щитовидной железы и надпочечников

Ординатор должен знать: Заболевания щитовидной железы

Общая характеристика. Методы обследования щитовидной железы.
 Узловые образования щитовидной железы. Узловой зоб. Принципы наблюдения.
 Показания к оперативному лечению.
 Рак щитовидной железы. Диф.диагностика. Методы оперативного лечения
 Тиреоидиты. Острые тиреоидиты. Хр.тиреоидит Хашимото. Подострый тиреоидит де Кервена. Принципы лечения. Аденома паращитовидных желез.
 Заболевания надпочечников
 Опухоли различной локализации надпочечника. Феохромоцитома. Принципы лечения.
Уметь: поставить диагноз, назначить план обследования
 Назначить лечение, определить показания к оперативному лечению

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие– 2 часа
 Самостоятельная работа – 1 часа
 Всего – 3 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (тТГ, т3, т4, паратгормон, кальцитонин, проба с дексаметазоном, Р-граммы, данные УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфии).
5. Решение ситуационных задач

Перечень вопросов для собеседования:

1. Тиреотоксикоз и гипотиреоз
2. Гипер и гипопаратиреоз
3. Гормоны надпочечников, клинические проявления заболеваний в связи со строением органа
4. Хирургические методы лечения эндокринной патологии. Взаимодействия врача общей практики и хирурга

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Заболевания щитовидной железы. Заболевания надпочечников.»**

| | |
|--|-----------|
| | На 2 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 4 мин |
| Тестирование | 9 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов | 18 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 45 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 9 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 5 мин |

Самостоятельная работа

Темы рефератов

1. Инциденталомы, современная тактика лечения
2. Тиреоидит Хашимото
3. Злокачественная феохромоцитома

Фонд оценочных средств:

Тесты

Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс - 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика? а) срочная субтотальная струмэктомия; б) лечение тиреостатическими препаратами; в) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки анти tireоидными; г) лечение радиоактивным йодом; д) гемиструмэктомия после подготовки.

У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2x2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение? а) резекция части доли щитовидной железы с узлом; б) субтотальная струмэктомия; в) гемиструмэктомия с резекцией перешейка; г) вылушивание опухоли; д) консервативное лечение.

На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8° С. Диагноз? а) гиперпаратиреоз; б) гипопаратиреоз; в) тиреотоксический шок; г) гипотиреоз; д) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы.

Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика? а) пункция, отсасывание отделяемого; б) снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение; в) гемостатическая терапия; г) холод на левую половину шеи; д) антибиотикотерапия.

У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной? а) гипотиреоидная реакция; б) гипертиреоидная реакция; в) паратиреоидная недостаточность; г) гиперпаратиреоз; д) повреждение n.vagus.

Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз? а) токсическая аденома; б) рак щитовидной

железы; в) киста щитовидной железы; г) абсцесс щитовидной железы; д) холодная аденома щитовидной железы.

Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз? а) токсическая аденома; б) диффузный токсический зоб; в) рак щитовидной железы; г) струмит; д) тиреоидит.

Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38°С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс -100 уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз? а) тиреотоксический зоб; б) эутиреоидный зоб; в) острый тиреоидит; г) шейный лимфаденит; д) абсцесс щитовидной железы.

Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного? а) повреждение трахеи; б) повреждение возвратного гортанного нерва; в) инородное тело гортани; г) гематома; д) тиреотоксический криз.

Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8x5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной? а) субтотальная резекция щитовидной железы; б) энуклеация узла; в) гемитиреоидэктомия слева с перешейком; г) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов; д) паратиреоаденомэктомия.

У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5x3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз? а) острый тиреоидит; б) тиреотоксический узловой зоб; в) эутиреоидный узловой зоб; г) малигнизация зоба; д) паратиреоаденома.

Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38°С. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление понижено. Диагноз? а) флегмона шеи; б) кровоизлияние в узловой зоб; в) острый тиреоидит; г) инфицированная киста шеи; д) диффузный токсический зоб.

Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больная 1 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При

рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровнеПребра справа определяется образование округлой формы размером 5х5 см с четкими границами. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза? а) пункционная биопсия; б) сканирование щитовидной железы; в) анализ крови (эозинофилия) для исключения эхинококковой кисты; г) в/кожная проба с эхинококковым антигеном; д) медиастиноскопия.

Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба? а) пункционная биопсия; б) радиоизотопное исследование функции железы; в) сцинтиграфия железы; г) УЗИ щитовидной железы; д) компьютерная томография железы.

У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3х4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную? а) энуклеация узла; б) субтотальная струмэктомия; в) лучевая терапия; г) гемиструмэктомия справа; д) тиреоидэктомия с удалением регионарных лимфоузлов.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгеноскопии в переднем средостении образование округлой формы 5х5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? а) рентгенография грудной клетки и пищевода; б) пневмомедиастиноскопия; в) радиоизотопное сканирование щитовидной железы; г) ультразвуковое сканирование щитовидной железы; д) все перечисленное.

При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз? а) миеломная болезнь; б) остеопороз костей таза; в) фиброзная дисплазия; г) гиперпаратиреоз; д) болезнь Педжета.

При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано: а) сканирование щитовидной железы; б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи; в) определение гормонов щитовидной железы; г) определение антител щитовидной железы; д) ультразвуковое исследование щитовидной железы; е) диагностическая пункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. Ваш диагноз? а) загрудинный зоб; б) тимома; в) тератома; г) дермоидная киста; д) лимфома.

У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз? а) повреждение верхнего гортанного нерва во время операции; б) гипотиреоз; в) гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез; г) гиперпаратиреоз; д) тиреотоксический шок.

Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

- а) похудание
- б) симптома Хвостека

- в) гипертермии
- г) тахикардии
- д) нервнопсихических расстройств

Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

- а) кровотечение
- б) воздушная эмболия
- в) жировая эмболия
- г) повреждение трахеи
- д) поражение возвратного нерва

Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

- а) зоба
- б) тахикардии
- в) экзофтальма
- г) диастолического шума на верхушке сердца
- д) все перечисленное характерно для данного заболевания

Наиболее частым осложнением субтотальной струмэктомии является:

- а) повреждение возвратного нерва
- б) рецидив тиреотоксикоза
- в) тетания
- г) гипотиреоз
- д) прогрессирующий экзофтальм

Сходство тиреотоксической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:

- а) вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
- б) поражают лиц одного возраста
- в) часто дают экзофтальм
- г) имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
- д) все верно

Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

- а) пробная эксцизия
- б) пункционная биопсия толстой иглой
- в) трепанобиопсия
- г) определение титра антител к щитовидной железе
- д) пункционная биопсия тонкой иглой

При 1 стадии рака щитовидной железы выполняют:

- а) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейки
- б) субтотальную резекцию щитовидной железы
- в) операцию Крайля
- г) экстракапсулярную тотальную струмэктомию
- д) все неверно

Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят за:

- а) гипотиреоз
- б) тиреотоксический криз
- в) травму гортанных нервов
- г) гипопаратиреоз
- д) остаточные явления тиреотоксикоза

Проявлением тиреотоксикоза не является:

- а) симптом Греффе и Мебиуса
- б) тахикардия

- в) экзофтальм
- г) тремор нижних конечностей
- д) наличие узлов в щитовидной железе

Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

- а) эпидемический
- б) спорадический
- в) острый струмит
- г) эндемический
- д) массовый тиреотоксикоз

Не является признаком тиреотоксического сердца:

- а) мерцательная аритмия
- б) кардиодилатация
- в) систолический шум на верхушке
- г) высокое систолическое давление
- д) низкое систолическое давление

При биохимическом исследовании крови было обнаружено:

гиперкальциемия, гипофосфатемия. При R-логическом исследовании - остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

- а) миеломная болезнь
- б) остеопороз костей таза
- в) фиброзная дисплазия
- г) гиперпаратиреоз
- д) болезнь Педжета

При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано:

- а) скенирование щитовидной железы
- б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи
- в) определение гормонов щитовидной железы
- г) антител щитовидной железы
- д) ультразвуковое исследование щитовидной железы
- е) диагностическая пункция

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Узловой зоб. Принципы диагностики и лечения. Хирургические аспекты. ПК-5,ПК-6
2. Рак щитовидной железы. Методы оперативного лечения ПК-5,ПК-6
3. Тиреоидит Хашимото. Принципы диагностики и лечения. Хирургические аспекты. ПК-5,ПК-6
4. Опухоли различной локализации надпочечника Хирургические аспекты. ПК-5,ПК-6

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. За медицинской помощью к врачу общей практики обратился больной К., 37 лет с жалобами на неприятные ощущения в области шеи. Сам на передненаружной поверхности шеи слева пропальпировал опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. Из семейного анамнез установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания. При осмотре в левой доле щитовидной железы пальпируется узел размерами 3x4 см плотноватый. Лимфоузлы на шее не определяются. При УЗИ исследовании получены данные за узловой зоб. Выполнена ТАБ – пролиферирующий зоб.

1. Определите лечебную тактику у больного.

2. какие показания к операции при узловом зобе?
3. Назначьте предоперационное обследование.
4. Укажите объём операции и какие исследования следует выполнить в процессе операции?
5. Если при окончательном гистологическом исследовании диагностирован рак (папиллярный, фолликулярный) щитовидной железы, какая должна быть лечебная тактика?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

2. Больная К., 64 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на беспричинный кашель, чувство давления в области шеи справа. При обследовании в зоне правой доли щитовидной железы определяется узел плотно-эластической консистенции в диаметре до 3 см. Лимфоузлы шеи не увеличены

- 1 Ваш предварительный диагноз.
- 2 Назначьте план обследования больной.
- 3 Какую информацию может дать рентгенография грудной клетки при заболевании Щитовидной железы?
- 4 С какой целью в настоящее время применяется радиоизотопное исследование при заболеваниях щитовидной железы?
- 5 Назовите принятые этапы морфологического исследования железы.
- 6 Составить план реабилитации пациента
- 7 Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
- 8 Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

3. Больная 36 лет обратилась к врачу в связи с тем, что появились неприятные ощущения в области шеи справа и здесь же прощупала опухолевидное образование. Других жалоб не предъявляет. При осмотре справа в проекции правой доли щитовидной железы пальпируется округлой формы тугоэластическое опухолевидное образование в диаметре до 5 мм. Лимфоузлы шеи не увеличены. Заподозрена киста щитовидной железы.

- 1 Какие специальные исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза и ожидаемые результаты?
- 2 С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3 Назовите механизмы образования кист щитовидной железы.
- 4 Лечебная тактика при кистах железы.
- 5 Составить план реабилитации пациента
- 6 Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
- 7 Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

4. У больной 42 лет при диспансерном обследовании обнаружили увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ (2001). Выполнено УЗИ, при котором обнаружены изменения, характерные для хронического аутоиммунного тиреоидита

Хашимото (железа увеличена с чередованием участков сниженной, средней и повышенной эхогенности), а также на его фоне узел в левой доле железы диаметром до 8 мм. Из анамнеза установлено, что по материнской линии были онкологические заболевания.

- 1 Ваш предварительный диагноз?
- 2 Какие исследования необходимо выполнить и ожидаемые результаты?
- 3 Обоснуйте лечебную тактику если при ТАБ морфологическая картина пролиферирующего зоба. Лимфоидная инфильтрация ткани железы.
- 4 Какая лечебная тактика, если через 6 месяцев при УЗИ, выполненном на том же аппарате, узел в левой доле увеличился вдвое?
- 5 Составить план реабилитации пациента
- 6 Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
- 7 Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей

5. У больной 64 лет при УЗИ щитовидной железы получены данные за аденому правой доли. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Сделано цитологическое заключение – фолликулярная аденома.

1. Опишите ультразвуковые признаки характерные для аденом щитовидной железы.
2. Назовите этапы морфологическому исследованию щитовидной железы, а также преимущества и недостатки методов.
3. Назовите из каких клеток щитовидной железы образуются аденомы.
4. Обоснуйте лечебную тактику у этой больной.
5. Обоснуйте показанный объем операции у этой больной.

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

6. Больная 51 года страдает тиреотоксикозом на протяжении 2 лет. Проводимое консервативное лечение не дает стойкой ремиссии. Полгода назад после пережитых неприятностей заболевание обострилось. В настоящий момент тиреотоксикоз средней степени тяжести. Врачом-эндокринологом больная направлена для хирургического лечения

1. Укажите основные направления предоперационной подготовки и по каким показателям будете определять готовность больной к операции?
2. Какой объем оперативного вмешательства показан больной?
3. Дайте определение понятия тиреотоксический криз и его причины.

4. Опишите клиническую картину тиреотоксического криза.

5. Основные принципы профилактики и лечения тиреотоксического криза.

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>

Методическое обеспечение:

наборы лабораторных анализов, снимков КТ по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Методические указания к практическому занятию по теме: «Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит»

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Научиться своевременно ставить показания к оперативному лечению

гнойно-воспалительных заболеваний кожи, подкожной клетчатки и железистых органов. Определить количество разрезов в зависимости от локализации гнойного процесса. Провести дифференциальную диагностику между гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Научиться особенностям обследования больных с гнойно-воспалительными заболеваниями различной локализации. Научиться выделять общие и местные симптомы воспалительного процесса. Для уточнения локализации и диагноза гнойно-воспалительных заболеваний научиться использовать специальные современные методы исследования. На основании результатов микробиологических исследований научиться назначить тот или иной антибиотик, подобрать соответствующую дозу, комбинацию и пути введения. Научиться дренировать полость гнояника. Научиться распознать стадию воспалительного процесса и в зависимости от нее назначить консервативное или оперативное лечение.

Знать:

возбудителей острых инфекционных хирургических заболеваний;
патогенез и клинические проявления фурункула, фурункулеза, карбункула;
почему при карбункуле в очаге воспаления преобладают некротические изменения тканей;
что такое злокачественный фурункул и карбункул;
что такое гидраденит, характерные особенности течения гидраденита;
что такое абсцесс и его клинические признаки;
где может возникнуть абсцесс;
осложнения при фурункуле, карбункуле, гидрадените, абсцессе;
принципы лечения при фурункуле, карбункуле, гидрадените, абсцессе, методы обезболивания;
профилактику фурункулов, карбункулов, гидраденита, абсцесса.

Уметь:

диагностировать и проводить лечение при фурункуле, карбункуле, гидрадените, абсцессе;
производить новокаин-антибиотиковую блокаду фурункула и карбункула;
вскрывать и дренировать (или иссекать) фурункул, карбункул, гидраденит;
производить иссечение абсцесса с наложением первичных или первично-отсроченных швов с оставлением абактериальных дренажных трубок;
вскрывать и дренировать абсцесс, вести послеоперационный период.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с просмотром фильма по теме
4. Работа в перевязочной

5. Решение ситуационных задач

Вопросы для собеседования

1. Дайте определение хирургической инфекции.
2. Классификация хирургической инфекции.
3. Патогенез хирургической инфекции.
4. Дайте определение фурункула и фурункулеза.
5. Чем опасна локализация фурункулов выше верхней губы?
6. Какие осложнения может вызвать фурункул?

- 7 Охарактеризуйте общие изменения в организме при хирургической инфекции.
- 8 Опишите основные принципы лечения хирургической инфекции.
- 9 Дайте определение карбункула.
9. Какие патологоанатомические изменения наблюдаются при карбункуле?
10. Бывает ли карбункул почки? С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз карбункула? На чем основано лечение карбункула?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, гидраденит»

| | На 4 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 90 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Основные темы рефератов:

1. Карбункул почки
2. Особенности гнойников на лице
3. Особенности течения ОГХ у наркоманов

Фонд оценочных средств:

Тесты

Основное различие между фурункулом и фурункулезом в

- 1) этиологическом факторе
- 2) количестве высыпаний
- 3) в первичном элементе
- 4) общей симптоматике
- 5) развитии осложнений

Лечение больного фурункулезом может быть существенно оптимизировано

- 1) исследованием функции печени
- 2) исследованием иммунного статуса
- 3) определением наличия белка в моче
- 4) цитологическим исследованием
- 5) кожно-аллергическими пробами

Больному с фурункулом верхней губы, прежде всего, назначают

- 1) повязку с мазью Вишневского
- 2) повязку с мазью с антибиотиком
- 3) немедленное вскрытие фурункула
- 4) антибиотики внутрь
- 5) согревающий компресс

Больному с фурункулом в стадии узла на коже предплечья назначают

- 1) кортикостероидные мази
- 2) примочки с антисептиками
- 3) вскрытие фурункула
- 4) горячая ванна
- 5) чистый ихтиол

Опасность фурункула носогубного треугольника заключается в развитии

- 1) рожистого воспаления лица
- 2) флегмоны шеи
- 3) заглочного абсцесса
- 4) **тромбоза кавернозного синуса**
- 5) флегмоны дна полости рта

Для оптимизации лечения больного фурункулезом прежде всего назначают

- 1) УВЧ
- 2) рентгенографию легких
- 3) **исследование крови на сахар**
- 4) **витамиотерапию**
- 5) седативные средства

Развитие фурункулеза может быть обусловлено

- 1) гепатитом
- 2) пиелонефритом
- 3) гипертонической болезнью
- 4) **сахарным диабетом**
- 5) ишемической болезнью сердца

При фурункулезе в носогубном треугольнике прежде всего необходимо

- 1) хирургическое вскрытие
- 2) госпитализировать пациента
- 3) назначить витаминотерапию
- 4) назначить неспецифическую иммунотерапию
- 5) местно применять кортикостероидные препарат

Терапевтические рекомендации, целесообразные для больных фурункулезом

- 1) антибиотики широкого спектра действия
- 2) психотерапия
- 3) гемодиализ
- 4) рентгенотерапия
- 5) рефлексотерапия

Первичный морфологический элемент, характерный для гидраденита

- 1) пятно
- 2) папула

3) волос фолликул

Необходимо срочно госпитализировать больного при локализации фурункула

- 1) на задней поверхности шеи
- 2) в пояснично-крестцовой области
- 3) на верхней губе
- 4) на животе
- 5) на предплечье

Глубокие формы стафилококкового поражения кожи

- 1) остиофолликулит, карбункул
- 2) фолликулит, фурункул
- 3) фурункул, карбункул
- 4) сикоз, гидраденит
- 5) импетиго вульгарное, эктима

При фурункуле в стадии инфильтрации следует назначать

- 1) вскрытие фурункула
- 2) чистый ихтиол
- 3) цинковую пасту
- 4) кортикостероидные мази
- 5) серную мазь

Стафилококковое поражение кожи

- 1) стрептококковое импетиго, эктима
- 2) заеда, околоногтевая фликтена
- 3) гидраденит, фолликулит
- 4) околоногтевая фликтена, рупия
- 5) эктима, сикоз

При фурункуле первичный элемент

- 1) пятно
- 2) папула
- 3) бугорок
- 4) узел
- 5) пузырек

Глубокое стафилококковое поражение кожи

- 1) остиофолликулит, карбункул
- 2) фолликулит, сикоз
- 3) фурункул, гидраденит
- 4) сикоз, эктима
- 5) импетиго вульгарное, сикоз

При фурункуле для местного лечения назначают

- 1) мазь ацикловир
- 2) чистый ихтиол
- 3) нафталановую пасту
- 4) спирт

Для лечения фурункула в области носогубного треугольника необходимо назначить

- 1) преднизолоновую мазь
- 2) пенициллин или другие антибиотики

- 3) фенкарол
- 4) гепарин
- 5) стугерон

Развитие фурункулеза может быть обусловлено

- 1) гепатитом
- 2) пиелонефритом
- 3) гипертонической болезнью
- 4) СД
- 5) ишемической болезнью сердца

При фурункуле, как правило, формируется:

1. Абсцес с лимфоплазмодитарной| капсулой.
2. Несколько гнойно-некротических стержней|стрержня|;
3. Два гнойно-некротические стержни|стрержни|;
4. Абсцес или флегмона с лимфангоитом|;
5. Один гнойно-некротический стержень|стрержень|;

О каком заболевании следует подумать при частых фурункулах у больного?

1. Спленомегалию.
2. Тиреотоксикоз;
3. Хронический дерматит;
4. Сахарный диабет;
5. Аллергию;

Наиболее частой причиной абсцессов ягодичного участка является:

1. Микротравмы.
2. Травма при падении;
3. Инъекции медикаментов;
4. Фурункул;
5. Парапроктит

Грубой ошибкой в лечении фурункула является:

1. Антибактериальная терапия.
2. Назначение физиотерапевтических процедур
3. Выдавливание стержня|стрержня| и гноя;
4. Удаление стержня|стрержня|;
5. Вскрытие фурункула;

Пути распространения инфекции при карбункуле верхней губы включают следующие вены, кроме:

1. sinus cavernosus.
2. v. jugularis.
3. v. angularis

4. v.ophtalmica.
5. v. facialis anterior.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВПРОСЫ

1. Клиническая картина гидраденита.
2. Чем отличается абсцесс от флегмоны?
3. Клиническая картина абсцесса.
4. При каком заболевании развивается холодный абсцесс и чем отличается холодный абсцесс от банального
5. Основные принципы лечения абсцессов.
6. Основные принципы лечения флегмоны

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль, однако, не проходила. Инфильтрат стал размером - 4x5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дайте четкое определение этой нозологической формы.
3. С какими гнойными заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, учитывая эту локализацию?
4. О чем свидетельствует симптом флюктуации?
5. Лечение данной патологии?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 2.

Больная Ф., 70 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на припухлость и боли в правой ягодичной области, повышение температуры тела до 38,2 градусов. Со слов больной, в связи с повышением АД до 190 и 120 мм рт. ст. «скорая» сделала ей неделю назад в/м инъекцию сернокислой магнезии. Через 2 дня появилось болезненное уплотнение в правой ягодице. Делала «йодную сетку» по совету соседней, прикладывала горячую грелку. Боль усилилась, температура тела поднялась до 38,2 градусов Цельсия, в связи с чем обратилась в больницу. Состояние средней тяжести. PS- 100 ударов в мин.

АД 160 и 100 мм. рт. ст. В области верхне-наружного квадранта правой ягодицы плотный, резко болезненный инфильтрат 10x14 см, гиперемия кожи, местная гипертермия. Флюктуация в центре. В правой паховой области умеренно болезненные 2 образования 1,0x1,5 см, подвижные, без гиперемии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее частый микробный возбудитель патологии?
3. С чем необходимо дифференцировать образования в паховой области?
4. Какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения основного диагноза?
5. Ваша лечебная тактика?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 3.

У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2x15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Пути проникновения инфекции и возможная локализация этой патологии?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение данной больной?
5. Показания к операции?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 4.

У больной А. 35 лет, из-за тесной обуви появилась инфицированная потертость на 1 пальце правой стопы. Место прикладывала бактерицидный пластырь. Через 3 дня в правой паховой области появились болезненные образования, 2-3 шт., размером 1,0x1,5 см., умеренно подвижные, кожа над ними не изменена, К врачу не обращалась, не

лечилась. Еще через неделю в правой паховой области появился плотный болезненный инфильтрат без четких границ, гиперемия кожи над ним. Флюктуации нет. Температура тела - 38,5 градусов Цельсия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Местное лечение?
5. Общее лечение?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 5.

У больного 56 лет на задней поверхности шеи появился зуд, затем резко болезненная припухлость. Накладывал местно повязки с мазью Вишневского. Боль и припухлость увеличивались, температура тела повысилась до 38,3 °, Только через 6 дней обратился к врачу. При осмотре - состояние средней тяжести, PS- 98 уд. в мин. Язык сухой, жажда, На задней поверхности шеи плотный, резко болезненный инфильтрат 10x10 см, сине-багрового цвета, в центре его несколько гнойных пустул, вокруг них участок кожи 3x3 см грязно-серого цвета. Лейкоциты $-14,3 \times 10^9$, Глюкоза крови 10,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Назовите основной и фоновый диагноз?
2. Правильное ли лечение было до обращения к врачу?
3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания?
4. Местное лечение данной патологии в стационаре?
5. Общее лечение?
6. Составить план реабилитации пациента
7. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
8. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 6.

Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление болей в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура до 38 градусов Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2x2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

1. Наиболее частый микробный возбудитель данной патологии?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какое хирургическое вмешательство было выполнено у данной больной?
4. Лечение данной патологии в послеоперационном периоде?
5. Составить план реабилитации пациента
6. Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
7. Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

таблицы классификаций
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,

Методические указания к практическому занятию по теме: «Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление. Острый мастит»

Цель: закрепить знания по диагностике и тактике ведения пациентов с гнойной хирургической инфекцией на различных этапах оказания медицинской помощи

Знать.

клинические признаки флегмоны кисти, области ее возникновения;
принципы лечения флегмон кисти, клетчаточные пространства, методы оперативного вмешательства;

причины, классификацию, клинику, диагностику и лечение при мастите;

формы лактационного мастита, их клинические признаки;
меры профилактики мастита.

причины, классификацию, клиническую картину, диагностику и лечение при панарициях;

современные методы лечения при панарициях;

осложнения при сухожильном панариции I и II пальцев;

виды обезболивания и разрезы при панарициях;

что такое пандактилит, о чем он свидетельствует, методы лечения;

факторы возникновения рожистого воспаления;

формы рожистого воспаления, их клиническая картина, лечение и профилактика;

Уметь:

выполнять дренирования при мастите

иссекать гнойник молочной железы с наложением первичных, первично-отсроченных швов и оставлением абактериальных дренажей;

использовать наиболее целесообразный вид обезболивания при этих заболеваниях.

оказать помощь при всех видах панариция;

поставить показания к операции?

произвести анестезию пальцев по Лукашевичу;

произвести вскрытие и дренирование гнойника при всех видах панарициев;

проводить современное лечение при панариции;

диагностировать и лечить рожистое воспаление.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Решение ситуационных задач
5. Отработка практических навыков в перевязочной после просмотра фильма

Перечень вопросов для собеседования

1. Дайте определение рожистого воспаления.
2. Почему рожистое воспаление относится к инфекционным заболеваниям?
3. Какие осложнения вызывает рожистое воспаление?!
4. Опишите патологоанатомические изменения при рожистом воспалении.
5. На чем основано лечение рожистого воспаления?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Панариций. Флегмоны кисти. Рожистое воспаление. Острый мастит»

| | На 4 часа |
|--|-----------|
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков | 90 мин |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Темы докладов:

1. Анатомическое строение кисти
2. Нелактационный мастит
3. Осложнения рожистого воспаления

Фонд оценочных средств:

Тесты

К поверхностным формам панариция относятся:

- а) кожный панариций;
- б) подкожный панариций;
- в) околоногтевой панариций;
- г) подногтевой панариций;
- д) пандактилит.

При подкожном панариции гной может распространяться на:

- а) клетчаточные пространства ладони;
- б) ногтевую пластину;
- в) кость;
- г) сухожильное влагалище;
- д) сустав.

Глубокое клетчаточное пространство ладони отграничено:

- а) поверхностной фасцией;
- б) глубокой фасцией;
- в) межкостными мышцами;
- г) сухожилиями сгибателей;
- д) кожей.

Типичные разрезы при подкожном панариции проводят:

- а) параллельно друг другу по переднебоковой поверхности пальца;
- б) не распространяясь на межфаланговые складки;
- в) крестообразно;
- г) клюшкообразные разрезы (ногтевые фаланги);
- д) по межфаланговым складкам.

Для подногтевого панариция характерна клиническая картина:

- а) болезненный очаг;
- б) скопление гноя под ногтем;
- в) пульсирующие боли;
- г) бледность кожных покровов;
- д) отек и гиперемия околногтевого валика.

Причиной U – образной флегмоны является:

- а) подкожный панариций;
- б) гнойный процесс из полости влагалища сухожилия 1 пальца;
- в) гнойный процесс из полости влагалища сухожилия 5 пальца;
- г) костный панариций 2 и 4 пальцев;
- д) суставной панариций.

Типичная локализация костного панариция:

- а) ногтевая пластина;
- б) средняя фаланга пальца;
- в) проксимальная фаланга пальца;
- г) ногтевая фаланга пальца;

д) все перечисленное.

Для суставного панариция характерно:

- а) боль носит интенсивный характер;
- б) отсутствие местной гипертермической реакции;
- в) веретенообразная форма сустава;
- г) отек и гиперемия тканей;
- д) усиление боли при сгибании пальца

К местным признакам флегмоны кисти относится:

- а) бледность кожных покровов;
- б) нарушение функции кисти;
- в) отек и гиперемия тканей;
- г) местное повышение температуры;
- д) болезненность при пальпации.

Пандактилит это осложнение:

- а) подкожного панариция;
- б) сухожильного панариция;
- в) костного панариция;
- г) суставного панариция;
- д) все перечисленное.

Гноеродные микроорганизмы проникают в срединное ладонное пространство при:

- а) распространении гноя из проксимального конца сухожильных влагалищ 2- 4 пальцев;
- б) распространении гноя с тенора;
- в) распространении гноя с гипотенора;
- г) распространении гноя с основной фаланги 2-4 пальцев по каналам червеобразных мышц;
- д) прямом инфицировании.

При вскрытии флегмоны срединного ладанного пространства особенно опасно повреждение:

- а) сухожилий сгибателей;
- б) сухожилия разгибателей;
- в) артериальной дуги кисти;
- г) вен кисти;
- д) двигательных ветвей срединного нерва.

Назовите основного возбудителя послеродового мастита:

- а) эпидермальный стафилококк

- б) золотистый стафилококк
- в) стрептококки группы В
- г) протей

Для послеродового мастита не характерно:

- а) повышение температуры тела с ознобом
- б) нагрубание молочных желез
- в) болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
- г) свободное отделение молока
- д) гиперемия молочной железы

По классификации Б.А. Гуртового, послеродовые маститы разделяются

- а) на серозный мастит
- б) на инфильтративный мастит
- в) на гнойный мастит
- г) на акушерский мастит
- д) на хирургический мастит

Послеродовый мастит

- а) развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка
- б) рассматривается как заболевание полсеродового периода
- в) чаще встречается у повторнородящих
- г) может развиваться в любом периоде лактации
- д) развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции

Послеродовый мастит

- а) обычно вызывается золотистым стафилококком
- б) чаще является вторичным процессом
- в) чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
- г) в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
- д) в большинстве случаев бывает двухсторонним

Профилактика послеродового мастита

- а) подготовка желез во время беременности
- б) включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого
- в) включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов
- г) правильное прикладывание к груди
- д) диагностика трещин и их лечение

Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется

- а) острым началом

- б) развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода
- в) общей слабостью, недомоганием, головной болью
- г) увеличением и поражением молочной железы
- д) болью в молочной железе

Лактационный мастит

- а) может развиваться в любом периоде лактации
- б) не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара
- в) на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
- г) в серозной стадии диагностируется редко
- д) обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

Инфильтративная форма лактационного мастита

- а) формируется из серозной в течение 2-3 недель
- б) диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме
- в) характеризуется только местными проявлениями
- г) является показанием к хирургическому лечению
- д) часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита

Показанием для подавления лактации является

- а) гангренозная форма мастита
- б) повторные маститы
- в) инфильтративная форма мастита
- г) ретромаммарный абсцесс
- д) сочетание мастита с тяжелой экстрагенитальной патологией

Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является

- а) верошпирон
- б) бромкамфора
- в) парлодел
- д) прогестерон

С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать

- а) аппликации пузыря со льдом
- б) фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течение 2-3 дней
- в) эндоназальный электрофорез пиридоксина
- г) парлодел по 2,5 мг внутрь два раза в день в течение 3 суток
- д) солевые слабительные
- е) достинекс 0,25 – 0,5 мг через 12 часов, в течение 2 дней

Основа лечения острого мастита

- а) введение антистафилококкового гамма-глобулина
- б) антибиотикотерапия, начатая сразу после установления диагноза
- в) назначения парлодела
- г) ограничение приема жидкости

Современные особенности течения мастита

- а) быстрое прогрессирование процесса от серозного мастита до стадии абсцедирования
- б) раннее развитие (по срокам после родов)
- в) более позднее развитие (по срокам после родов)
- г) трудность лечения в связи с иммунодефицитным состоянием

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

- а) после продолжительных родов
- б) после стремительных родов
- в) после кровопотери свыше 0,6% массы женщины
- г) после перинеоррафии
- д) после запоздалых родов

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Формы рожистого воспаления ПК-5
2. Клиническая картина мастита. Классификация мастита ПК-5
3. Опишите патологоанатомические изменения при мастите. ПК-5
4. На чем основана профилактика трещин кожи сосков молочных желез. Как проводится лечение трещин сосков молочных желез. ПК-5, ПК-6
5. Классификация панарициев и флегмон кисти. Лечение ПК-5, ПК-6

Ситуационные задачи

Задача 1 - Больной Р. получил на работе ушибленную рану мягких тканей 2-го пальца правой кисти, обратился в травмпункт. Произведена хирургическая обработка раны с наложением глухого шва. Через 3 дня появился отек и дергающие боли в ране. Проводили местно физиотерапию, повязки со спиртом. Несмотря на это боли и отек увеличивались, температура до 38,5. На 5 день после операции сняты швы, разведены края раны, отмечается некроз мягких тканей. Проводилось местное лечение раны с наложением мазовых повязок, физиотерапия. Гнойно-некротический процесс распространился почти на всю ногтевую фалангу, оставалась температура до 38,0 градусов, ночные дергающие боли. Через две с половиной недели на рентгенограмме выявлены деструктивные изменения всей ногтевой фаланги.

Вопросы.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Причина развития данного заболевания?
- 3) Классификация данной патологии?
- 4) Необходимо ли было в травмпункте выполнить экстренную профилактику столбняка и как это повлияло на течение заболевания в конкретном случае?
- 5) Основной метод лечения данной патологии?

Задача 2- У больной В., 50 лет появилась потертость в области верхне-наружного квадранта левой молочной железы, которую больная смазывала детским кремом. Через 5 дней в этой области появились болезненная припухлость размерами 3x4x2 см., умеренная гиперемия кожи над ней, Прикладывала теплую грелку в течение 3 дней; после чего отметила усиление болей и гиперемии в этой зоне, флюктуацию в центре, повышение тела до 38 градусов.

Вопросы.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Назовите полную классификацию данной патологии?
- 3) Дифференциальный диагноз?
- 4) Каким возбудителем чаще всего чаще всего вызывается данная патология?
- 5) Лечение данного заболевания?

Задача 3.

Больной К. 28 лет поступил в отделение с жалобами на боли и отек III п. правой кисти, затруднение движения в пальце, высокую температуру. Заболел 3 дня назад, когда на производстве получил колотую рану дистальной фаланги III пальца правой кисти на ладонной поверхности. В медпункте произведена обработка раны йодом, наложена асептическая повязка. При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. РЗ-98 уд в мин, t-38 градусов, слабость, недомогание. L-12,8. III палец утолщен, напряжен и резко болезненный в дистальной фаланге. Умеренная гиперемия в этой зоне.

Вопросы,

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Назовите полную классификацию данной патологии?
- 3) Возможные осложнения этого заболевания?
- 4) Необходимо ли применять какой-либо метод обезболивания для лечения этой патологии?
- 5) Ваша лечебная тактика?

Задача 4.

У больного 60 лет, оперированного по поводу декомпенсированного язвенного стеноза выходного отдела желудка, через 3 дня появилась болезненная припухлость 5x6 см в области угла нижней челюсти справа, повысилась до 38 градусов. Гиперемии в этой области нет. Отмечается затруднение открывания рта из-за боли. При осмотре полости рта - сухость слизистых, L-12,3x10⁹, PS-98 уд. В мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в зоне операции.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Возможные причины развития данного осложнения?
4. Какие профилактические мероприятия надо было проводить, чтобы избежать этого осложнения?
5. Лечебная тактика у конкретного больного?

Задача 5.

Больной Л. 18 лет после маникюра появились боли во Ппальце правой кисти, повысилась температура до 38,5 градусов. При осмотре в стационаре имеется отек и гиперемия ногтевого валика, красная продольная полоса на предплечье. В правой подмышечной области болезненное уплотнение, подвижное, размерами 2х3 см.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Причина развившихся осложнений?
3. Возможные исходы заболевания, локализирующегося в правой подмышечной области?
4. Лечение основного заболевания?
5. Лечение осложнений, развившихся у больной?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

наборы фотографий и снимков
набор ситуационных задач,

набор заданий программированного контроля,

Методические указания к практическому занятию по теме : «Остеомиелит. Сепсис. Тактика врача общей практики»

Цель: Закрепить знания по диагностике и тактике ведения пациентов с остеомиелитом и сепсисом

Знать:

что такое остеомиелит, причины возникновения, теории развития острого гематогенного остеомиелита;

классификацию остеомиелитов;

клинику и методы лечения острого гематогенного остеомиелита;

клинику хронического остеомиелита;

что такое секвестр и секвестральная коробка;

основные принципы лечения при хроническом остеомиелите;

атипичные формы остеомиелита; клинику абсцесса Бреди;

причины и клиническую картину альбуминозного остеомиелита Оллье;

склерозирующий остеомиелит Гарре;

особенности клинической картины и лечения огнестрельного остеомиелита;

санаторно-курортное и физиотерапевтическое лечение при остеомиелите.

Современную классификацию сепсиса и лечение

Уметь:

диагностировать все формы остеомиелита, выбирать целесообразные методы лечения;

читать: рентгенограммы с признаками остеомиелита;

наложить на конечность гипсовую лонгету и назначить эффективный антибиотик, определить дозу;

произвести секвестрэктомию с пломбировкой секвестральной полости мышцей;

определить степень трудоспособности больного.

Поставить диагноз сепсис

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 6 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов
4. Интерпретация исследований (Р-граммы).
5. Решение ситуационных задач
6. Работа в первичной

Перечень вопросов для собеседования

- 1 Дайте определение остеомиелита.
- 2 Какие осложнения встречаются при остеомиелите?
- 3 Классификация остеомиелита.
4. Чем отличается острый гематогенный остеомиелит от первично хронического?
- 5 Назовите группу атипично протекающих остеомиелитов.
- 6 Основные возбудители остеомиелита?
- 7 Почему чаще всего острым гематогенным остеомиелитом болеют дети?
- 8 Какие кости в первую очередь поражаются при гематогенном остеомиелите?
- 9) Охарактеризуйте основные теории, объясняющие патогенез гематогенного остеомиелита.
- 10) Как объяснить патогенез гематогенного остеомиелита с позиций нарушения микроциркуляции?
- 11) Причина появления болей при остеомиелите?
- 12) Объясните генез травматического остеомиелита.
- 13) Назовите основные патоморфологические изменения при остеомиелите.
- 14) На чем основаны основные принципы оперативного лечения остеомиелита?
- 15) Назовите триаду основных признаков хронического остеомиелита.
26. Дайте определение сепсиса.
27. Чем отличается стафилококковый сепсис от других видов сепсиса? Патогенез сепсиса.
28. Классификация сепсиса.
29. Перечислите продромальные признаки септического шока. Опишите клинику сепсиса.
30. Перечислите основные принципы лечения сепсиса.
31. Чем отличается в клиническом течении сепсис от гнойно-репродуктивной лихорадки? Какие патологические изменения развиваются в организме при сепсисе? Зависит ли тяжесть течения сепсиса от локализации очага гнойной инфекции?
32. На основании каких симптомов можно диагностировать сепсис? Опишите осложнения при сепсисе.
33. В каких случаях при сепсисе применяются кортикостероиды? Целесообразно ли при сепсисе применять лимфосорбицию, гемосорбицию, АУФОК или нет?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Остеомиелит. Сепсис. Тактика врача общей практики»**

| | |
|--|-----------|
| | На 4 часа |
| Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов | 8 мин |
| Тестирование | 18 мин |
| Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов | 36 мин |
| Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или | 90 мин |

| | |
|--|--------|
| ситуационной задачи; отработка практических навыков | |
| Контроль усвоения (контрольные вопросы) | 18 мин |
| Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее | 10 мин |

Самостоятельная работа

Темы рефератов

1. абсцесс Бреди;
2. остеомиелит Оллье;
3. склерозирующий остеомиелит Гарре

Фонд оценочных средств:

Тесты

Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать

- а) при положительных посевах крови
- б) после получения антибиотикограмм
- в) при обнаружении первичного очага или метастатических гнояников
- г) с момента установления диагноза
- д) при неадекватном вскрытии первичного очага

Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью

- а) антистафилококкового бактериофага
- б) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
- в) антистафилококковой плазмы
- г) антистафилококкового иммуноглобулина
- д) всего перечисленного

В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика

- а) вскрытие гнояника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий
- б) пункционное лечение
- в) вскрытие и дренирование гнояника из минимального разреза
- г) широкое вскрытие гнояника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика

- а) вскрытие гнояника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий
- б) пункционное лечение
- в) вскрытие и дренирование гнояника из минимального разреза
- г) широкое вскрытие гнояника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

Выберите признаки, характерные для септического (бактериального) эндокардита.

- а. Чаще вызывается грамотрицательными микроорганизмами.
- б. Чаще возникает на порочных клапанах.
- в. Характерны грубые дефекты створок клапанов.
- г. Чаще поражается трехстворчатый клапан.
- д. Чаще поражаются аортальные клапаны.

Макроскопическая картина селезенки при септикопиемии.

- а. Увеличена, дряблая, дает обильный соскоб.
- б. Уменьшена, плотная.
- в. Дианетическая индурация.
- г. Уменьшена, дряблая, на разрезе бурого цвета.
- д. Характерны ишемические инфаркты и рубцы.

Все перечисленные ниже процессы могут осложнять септический эндокардит, за исключением:

- а. Ишемический инфаркт головного мозга.
- б. Эмболический гнойный нефрит.
- в. Диффузный гломерулонефрит.
- г. Отрыв створки клапана сердца.
- д. Инфаркт почки.

Причины смерти при септическом эндокардите?

- а. Амилоидоз,
- б. Кровоизлияние в мозг.
- в. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
- г. Ишемический инфаркт головного мозга.
- д. Инфаркт миокарда.

Изменения сердца при септическом эндокардите, развивающиеся вследствие антибиотикотерапии?

- а. Бурая атрофия.
- б. Крупноочаговый кардиосклероз.
- в. Формирование (усиление) порока.
- г. Острая аневризма сердца.
- д. Облитерация полости перикарда.

Особенность септического очага при криптогенном сепсисе?

- а. Септический очаг у входных ворот.
- б. Септический очаг вдали от входных ворот.
- в. Септический очаг не выявляется.
- г. Септический очаг — кариозные зубы.
- д. Септический очаг — миндалины.

Выберите возможные фоновые заболевания или состояния для развития септического эндокардита.

- а. Гипертоническая болезнь.
- б. Алкогольная кардиомиопатия.
- в. Шариковый протез клапанов аорты.
- г. Врожденный порок сердца.
- д. Ревматический порок сердца.

Наиболее достоверная теория возникновения сепсиса (1)

- а. Инфекционно-аллергическая.
- б. Иммунологическая.
- в. Реактологическая.
- г. Генетическая.
- д. Инфекционно-токсическая.

У женщины 24 лет после криминального аборта отмечалось повышение температуры тела до 40 °С, затемнение сознания, наличие на коже точечных и пятнистых кровоизлияний, желтушность кожи. Смерть наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности через 3 дня от начала болезни. Все представленные ниже заключения верны для данной ситуации, за исключением:

- а. У больной маточный сепсис.
- б. Септическим очагом является эндометрит.
- в. У больной септикопиемия.
- г. У больной септицемия.
- д. Кровоизлияния на коже, вероятнее всего, связаны с ДВС-синдромом.

Какие изменения матки обнаружены на вскрытии (см. вопрос 9).

- а. Серозно-геморрагический эндометрит.
- б. Фибринозно-гнойный эндометрит.
- в. Хронический эндометрит.
- г. Колонии микробов в эндометрии.
- д. Гнойный тромбофлебит.

Сепсис от других инфекционных болезней отличает:

- а. Стойкий иммунитет.
- б. Высокая контагиозность.
- в. Цикличность.
- г. Специфичность возбудителя.
- д. Полиэтиологичность.

У больного в течение длительного периода был хронический гнойный отит. При очередном обострении температура тела повысилась до 38—39 °С, появились признаки общей интоксикации, слабость, озноб, головная боль, желтушность кожи. В крови: СОЭ 25 мм/ч, лейкоцитов 15 тыс/мл. Высеян стафилококк. В моче пиурия, бактериурия. Появились гнойные высыпания на коже. Все положения верны для данной ситуации, за исключением:

- а. У больного развился отогенный сепсис.
- б. Клинико-морфологическая форма сепсиса — септикопиемия.
- в. Пиурия связана с эмболическим гнойным нефритом.
- г. В почках — диффузный гломерулонефрит.
- д. Желтуха имеет гемолитический характер.
- д. Название почек по макроскопическому виду «большие пестрые почки».

Выберите название септического эндокардита, развивающегося при неизмененных клапанах,

- а. Первичный септический эндокардит.
- б. Болезнь Сокольского — Буйо.
- в. Болезнь Черногоубова.
- г. Болезнь Бехтерева.
- д. Эндокардит Либмана — Сакса.

При какой клинико-морфологической форме сепсиса общие изменения преобладают над местными?

- а. Маточный сепсис.
- б. Септицемия.
- в. Септикопиемия.
- г. Пупочный сепсис.
- д. Уросепсис.

Выберите основное микроскопическое отличие изменений клапанов сердца при вторичном септическом эндокардите от ревматического возвратно-бородавчатого эндокардита.

- а. Наличие тромботических наложений.
- б. Характер клеточного инфильтрата в основании.
- в. Склеротические изменения клапана.
- г. Наличие бактерий.
- д. Образование очагов обызвествления.

Название процесса и характер изменений клапанов сердца при септикопиемии.

- а. Острый полипозно-язвенный эндокардит.
- б. Острый бородавчатый эндокардит.
- в. Очаг гнойного воспаления на створке клапана.
- г. Фокус фибриноидного некроза, окруженный лимфоидно-макрофагальным инфильтратом.
- д. Чаще поражается трехстворчатый клапан.

Больной 36 лет. В течение 10 лет после перелома бедренной кости —остеомиелит и постоянные свищи мягких тканей на бедре. Неоднократно лечился без эффекта. Больной истощен. Периодическое повышение температуры до 38 °С, слабость, головная боль, признаки интоксикации. В последнее время выявлен нефротический синдром с нарастающими явлениями почечной недостаточности. Выберите заключения, правильные для данного заболевания.

- а. У больного хронический сепсис.
- б. Селезенка значительно увеличена вследствие гиперплазии лимфоидной ткани, дряблая.
- в. В почках — эмболический гнойный нефрит.
- г. В сердце — бурая атрофия.
- д. В печени — жировой гепатоз.

У больного, длительно употреблявшего наркотики, лихорадка, менингеальные симптомы, пиурия, вегетации на трехстворчатом клапане, выявляемые при эхографии, гнойнички на коже. Из крови высеян стафилококк. Больной умер от тромбоэмболии легочной артерии. Какие изменения могли быть обнаружены на вскрытии и каков диагноз?

- а. Септикопиемия.
- б. Гнойный лептоменингит, острый полипозно-язвенный эндокардит.
- в. Маленькая плотная селезенка.
- г. Жировая дистрофия миокарда.
- д. Большие дряблые почки с множественными мелкими гнойничками.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

- 1) Что такое секвестр и какие секвестры бывают? ПК-5
- 2) Назовите сроки секвестрации костной ткани. ПК-5
- 3) Чем отличается в клиническом течении токсическая форма острого гематогенного остеомиелита от септиконемиической? ПК-5
- 4) Особенности клинического течения легкой формы остеомиелита. ПК-5
- 5) С какими заболеваниями следует дифференцировать остеомиелит? ПК-5
- 6) Основные причины диагностических ошибок острого гематогенного остеомиелита, допускаемые врачами на догоспитальном этапе и в стационаре? ПК-5
- 7) Через сколько дней от начала заболевания остеомиелитом на рентгенограммах появляются признаки изменения со стороны костной ткани. ПК-5

- 8) Какие в настоящее время для диагностики остеомиелита применяются инструментальные методы исследования? ПК-5
- 9) Опишите современные методы лечения остеомиелита. ПК-6

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной К. 75 лет. страдающий облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, получил во время работы на даче ушибленные раны II и III пальцев правой стопы, Промыл раны H₂O₂, обработал раствором йода, Через 2-3 дня развилось гнойное воспаление мягких тканей II и III п. правой стопы. Лечился амбулаторно в поликлинике в течение 1,5 месяцев. Воспалительные явления в области ран оставались. грануляции практически отсутствовали. На рентгенограмме правой стопы выявлены деструктивные изменения концевой фаланги II п. и деструктивные изменения головок костей образующих межфаланговый сустав III п. пр. стопы.

Вопросы.

Какое осложнение развилось у больного?

Имеется какая-либо взаимосвязь между атеросклерозом и возникшими осложнениями?

Какое тяжелое осложнение может возникнуть у больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей?

Назовите классификацию гнойных артритов?

Лечение данного больного?

Составить план реабилитации пациента

Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.

Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 2.

Больной Г., 51 года, находится в стационаре 30 суток. Поступил с диагнозом закрытая травма живота, внутрибрюшной кровотечение. При выполненной экстренной лапаротомии выявлен разрыв селезенки, которая удалена. Брюшная полость ушита наглухо, без дренажа. Через 14 суток после лапаротомии появилась температура до 37,5 градусов. Рана без нагноения. Больной стал отмечать боли в левом подреберье, озноб, головные боли, тахикардию, повышение температуры тела до 39-40 градусов. При УЗИ правого подреберья выявлен абсцесс, который вскрыт и дренирован. В анализах крови появилась анемия, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, высокое СОЭ, снижение количества лимфоцитов. Отмечено появление геморрагической сыпи на коже. Был эпизод желудочного кровотечения из эрозий слизистой желудка.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Ошибка в тактике хирурга во время первой операции.
3. Методы верификации диагноза.
4. Хирургические методы лечения сепсиса,

5. Консервативное лечение сепсиса.

Задача 3.

Больной Б., 38 лет, работая на садовом участке, получил ушибленную рану правой голени, загрязненную землей. Рану промыл перекисью водорода, наложил сухую повязку. К врачу не обращался. Через 10 дней у больного повысилась температура тела до 39, головная боль, слабость, обильное потоотделение, судороги. Состояние тяжелое.

Бледность кожи, клонические и тонические судороги, «сардоническая улыбка». PS120 уд. в мин, затруднение дыхания. Рана в нижней трети голени 3x5 см, глубиной 0.5 см. Скудное ссозно-геморрагическое отделяемое.

Вопросы.

1. Диагноз?
2. Возможная причина развития этого осложнения?
3. Какая должна была быть выполнена профилактика данного осложнения?
- 4 Перечислите все возможные симптомы этого заболевания помимо указанных?
 - 1 Лечебная тактика у данного больного?
 - 2 Составить план реабилитации пациента
 - 3 Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем.
 - 4 Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

Задача 4

У ребёнка после выписки из родильного дома на 10 день жизни появилась желтушность кожных покровов и склер, нарастала интоксикация, при явлении которой ребёнок умер в 16 день после рождения.

На вскрытии трупа ребёнка в просвете пупочной вены обнаружены гнойные массы. В увеличенной печени под капсулой множественные мелкие гнойники. Такие же гнойники под плеврой в лёгких. В паренхиматозных органах дистрофические изменения.

1. Диагностируйте клинико-анатомическую форму сепсиса.
2. Определите септический очаг и входные ворота.
3. Укажите механизм гнойников в печени лёгких.
- 4.Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами других специальностей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни реанимационных больных с сепсисом