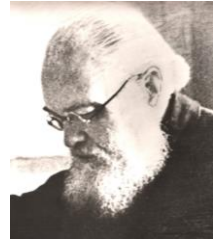




Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Научно-образовательный центр «Хирургия»
Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Хирургия

клиническая ординатура

СБОРНИК

**МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К
ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

Красноярск

2013

УДК 617-089 (07)

ББК 54.5

X 50

Хирургия. Клиническая ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работы / сост. Ю.С. Винник, Д.Э. Здзитовецкий, Д.В. Черданцев [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2013. – 421 с.

Составители: д.м.н., проф. Винник Ю.С., д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э., к.м.н., профессор Черданцев Д.В., проф. Кочетова Л.В., д.м.н., профессор Первова О.В., к.м.н., профессор Турчина Т.К., д.м.н., проф. Дробот Д.Б., к.м.н., доцент Данилина Е.П., к.м.н., доцент Кембель В.Р., к.м.н., доцент Коваленко А.А., к.м.н., доцент Филистович В.Г., к.м.н., доцент Хорошилов И.А., к.м.н., Белобородов А.А., к.м.н., Борисов Р.Н., Василеня Е.С. Зюзюкина А.В., Назарьянц Ю.А., Цедрик Н.И.

Сборник методических указаний предназначен для обучающихся к семинарским занятиям. Составлен в соответствии с ФГТ 2011 г. по специальности подготовки «Хирургия», рабочей программой специальности (2012 г.) и СТО 4.2.16-12. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №__ от «__» _____ 20__).

КрасГМУ
2013 г.

Содержание

№ занятия	Тема	Стр.
1.	Консервативное и хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений.....	5
2.	Пред- и послеоперационное ведение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.....	12
3.	Пред- и послеоперационное ведение больных с пилородуоденальными стенозами.....	17
4.	Особенности хирургического лечения перфоративных и пенетрирующих язв.....	27
5.	Послеоперационное ведение больных с пенетрирующей и перфоративной язвой.....	34
6.	Острый аппендицит.....	41
7.	Особенности течения заболевания при атипичных локализациях отростка, у детей, пожилых, беременных.....	47
8.	Эндоскопические методы диагностики и лечения острого аппендицита.....	53
9.	Доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника....	59
10.	Лечение кишечных свищей. Реконструктивно-восстановительные операции по поводу кишечных свищей.....	67
11.	Энтеральное питание больных с кишечными свищами. Ведение больных в пред- и послеоперационном периодах.....	74
12.	Острый и хронический холецистит. Клиника, диагностика, лечение.....	82
13.	Осложнения острого холецистита, холангит: клиника, диагностика. Принципы медикаментозного и хирургического лечения.....	89
14.	Постхолецистэктомический синдром.....	96
15.	Эндоскопические и малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни.....	102
16.	Бактериальные абсцессы печени.....	109
17.	Непаразитарные поражения печени.....	115
18.	Синдром портальной гипертензии печени. Методы хирургического лечения.....	120
19.	Стриктуры и повреждения внепеченочных желчных протоков. Наружные и внутренние желчные свищи. Острая печеночная недостаточность.....	126
20.	Реконструктивные операции на желчевыводящих путях.....	132
21.	Травма селезенки, спленэктомия.....	138
22.	Принципы лечения острого панкреатита в зависимости от стадийности патологического процесса. Панкреатогенный	144

шок.....	
23. Хирургическое лечение осложнений острого панкреатита (абсцессы, флегмоны, кисты).....	150
24. Панкреатогенный сепсис.....	157
25. Осложнения острого панкреатита: эрозивные кровотечения, свищи. Хирургические методы лечения.....	164
26. Эндоскопические методы лечения острого панкреатита.....	170
27. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, диагностика, методы хирургического лечения.....	177
28. Повреждения поджелудочной железы.....	182
29. Вентральные послеоперационные, рецидивные грыжи. Современные методики хирургического лечения. Реабилитация в послеоперационном периоде.....	188
30. Осложнения хирургического лечения грыж (местные, системные).....	194
31. Осложненные грыжи, хирургические методы лечения.....	199
32. Ущемленные грыжи живота.....	205
33. Эндовидеохирургические методы в диагностике и лечении травмы брюшной полости.....	211
34. Открытые травмы живота: классификация. Непроницающие и проникающие ранения брюшной полости (клиника, диагностика, первая помощь). Хирургическая тактика при открытых ранениях живота.....	218
35. Повреждения забрюшинных органов, забрюшинная гематома. Клиника, диагностика, лечение.....	224
36. Острый парапроктит.....	231
37. Хронический парапроктит.....	238
38. Эпителиально-копчиковый ход.....	244
39. Полипы и полипоз толстой кишки. Доброкачественные опухоли толстой кишки.....	251
40. Колостомы, илеостомы. Реабилитация колостомических больных.....	257
41. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке.....	264
42. Варикозная болезнь.....	272
43. Хроническая венозная недостаточность.....	278
44. Окклюзирующие заболевания периферических артерий. Хроническая артериальная недостаточность.....	284
45. Заболевания лимфатической системы конечностей (слоновость).....	290
46. Зоб, консервативные и хирургические методы лечения.....	296
47. Заболевания паращитовидной железы.....	303
48. Заболевания надпочечников.....	309
49. Абсцессы и гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь.....	314

50.	Эмпиема плевры, пиопневмоторакс.....	322
51.	Инородные тела пищевода, повреждения пищевода. Дивертикулы и опухоли пищевода.....	330
52.	Открытые, закрытые повреждения грудной клетки.....	337
53.	Сочетанная торакоабдоминальная травма.....	343
54.	Дневной стационар. Ведение послеоперационных больных. Ведение больных после травмы. Диспансерная группа хирургических больных.....	351
55.	Общие принципы лечения ран. Методы хирургического лечения гнойных ран.....	357
56.	Современные методы закрытия обширных раневых дефектов...	364
57.	Поверхностные гнойно-некротические заболевания кожи, подкожной клетчатки.....	371
58.	Гнойные заболевания пальцев и кисти.....	377
59.	Острые гнойные заболевания брюшинного пространства (флегмоны, абсцессы).....	383
60.	Флегмоны таза.....	390
61.	Особенности фармакотерапии при перитоните.....	397
62.	Особенности ведения больного с перитонитом в переоперационном периоде.....	403
63.	Сепсис: принципы инфузионной терапии, антибактериальной терапии.....	409
64.	Список рекомендованной литературы.....	415

1. Тема: «Консервативное и хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений».

2. Форма работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки (их отделы, кровоснабжение, лимфоотток, иннервация).

2. Теории возникновения язвенной болезни (ЯБ): механическая, сосудистая, пептическая, воспалительная или гастритическая, нервно-вегетативная и нейро-трофическая, токсическая, инфекционная, роль *Helicobacter pylori*, аллергическая, гормональная, авитаминоза "С" и "К", кортико-висцеральная теория Быкова-Курцина.

3. Стадии развития язвы (ишемия расплавление, эрозия, острая язва, хроническая язва).

4. Классификация язв (неосложненные и осложненные), виды осложнений.

5. Клинические проявления ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки.

6. Данные объективного исследования.

7. Показания к операции – абсолютные, условно-абсолютные, относительные.

8. Виды оперативных вмешательств при ЯБ.

9. Патологоанатомические особенности кровоточащих язв.

10. Клинические признаки (признаки явного кровотечения, синдром острой кровопотери, язвенный анамнез).

11. Дополнительные исследования (картина крови, гематокрит, удельный вес, ОЦК, ЦВД, кал на кровь, ректальное исследование, рентгеноскопия и фиброгастроскопия).

12. Классификация по степени тяжести кровотечения.

13. Дифференциальная диагностика с неязвенными гастро-дуоденальными кровотечениями (при раке желудка, варикозном расширении вен, эрозивном гастрите, синдроме Мэллори-Вейсса, болезнях крови и пр.).

14. Обоснование условно-абсолютных показаний к операции, оптимальные сроки и виды оперативного вмешательства (резекция желудка, прошивание сосуда в дне язвы, в сочетании с резекцией выключения при низких дуоденальных язвах).

15. Консервативное лечение (комплекс мероприятий).

16. Возможности эндоскопического лечения кровоточащих язв, использования гелевых сорбентов.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям темы.

1. У БОЛЬНОГО 48 ЛЕТ С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТРАДАЕТ

НА ПРОТЯЖЕНИИ 11 ЛЕТ) ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНОРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

- 1) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного;
- 2) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного;
- 3) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение;
- 4) противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки;
- 5) экстренная операция.

Правильный ответ: 4

2. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ?

- 1) усиление болей в животе;
- 2) отсутствие болевого синдрома в этот период;
- 3) кал по типу "малинового желе";
- 4) рвота "кофейной гущей";
- 5) мелена.

Выберите правильную комбинацию ответов:

Правильный ответ: 2,4,5

3. ОПРЕДЕЛИТЕ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

- 1) частота пульса больше 120 ударов в минуту;
- 2) систолическое АД ниже 80 мм рт.ст.;
- 3) Hb ниже 80 г/л;
- 4) дефицит ОЦК больше 20%;
- 5) дефицит ГО больше 30%. Выберите правильную комбинацию

ответов:

Правильный ответ: верно все

4. 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?

- 1) хиатальная грыжа;
- 2) рак желудка;
- 3) язва двенадцатиперстной кишки;
- 4) синдром Меллори-Вейсса;
- 5) гастрит.

Правильный ответ: 4

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) желудочная язва;
- 2) дуоденальная язва;
- 3) рак желудка;
- 4) синдром Меллори-Вейсса;
- 5) геморрагический гастрит.

Правильный ответ: 2

6. КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИСТОЧНИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ?

- 1) энтерография;
- 2) компьютерная томография;
- 3) эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия;
- 4) ангиография;
- 5) радионуклидное сканирование.

Правильный ответ: 3

7. КАКИЕ 2 МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА?

- 1) атрансторакальная перевязка варикозных вен;
- 2) эндоскопический метод остановки кровотечения;
- 3) лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда;
- 4) лапаротомия и резекция желудочно-пищеводного перехода;
- 5) антибиотики и наблюдение.

Выберите правильную комбинацию ответов:

Правильный ответ: 2,3

8. У БОЛЬНОГО 44 ЛЕТ, ПОСТУПИВШЕГО В СТАЦИОНАР ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ПОСЛЕ НАЧАЛА МАССИВНОГО ЖКК, ПРОЯВИВШЕГОСЯ РВОТОЙ АЛОЙ КРОВЬЮ И КОЛЛАПСОМ, ПРОИЗВЕДЕНА ЭГДС. УСТАНОВЛЕН ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ – ДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА – И ВЫПОЛНЕНА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СОСУДОВ В ДНЕ ЯЗВЫ, ПОСЛЕ ЧЕГО КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВИЛОСЬ. В ХОДЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ ЭГДС НАСТУПИЛ РЕЦИДИВ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОКАЗАНО ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

- 1) экстренная лапаротомия;
- 2) внутривенное введение вазопрессина;
- 3) повторное эндоскопическое исследование;
- 4) введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой;
- 5) наблюдение и продолжение консервативных мероприятий.

Правильный ответ: 1

9. ТРИАДА МОНДОРА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) язвенный анамнез;
- 2) свободный газ на обзорном рентгенологическом снимке;
- 3) “доскообразный” живот;
- 4) исчезновение печёночной тупости при перкуссии;
- 5) “кинжальные” боли.

Выберите правильную комбинацию ответов:

Правильный ответ: 3,4,5

10. У БОЛЬНОГО 44 ЛЕТ, ПОСТУПИВШЕГО В СТАЦИОНАР ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ ПОСЛЕ НАЧАЛА МАССИВНОГО ЖКК, ПРОЯВИВШЕГОСЯ РВОТОЙ АЛОЙ КРОВЬЮ И КОЛЛАПСОМ, ПРОИЗВЕДЕНА ЭГДС. УСТАНОВЛЕН ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ – ДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА – И ВЫПОЛНЕНА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СОСУДОВ В ДНЕ ЯЗВЫ, ПОСЛЕ ЧЕГО КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСТАНОВИЛОСЬ. В ХОДЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ ЭГДС НАСТУПИЛ РЕЦИДИВ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПОКАЗАНО ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

- 1) экстренная лапаротомия;
- 2) внутривенное введение вазопрессина;
- 3) повторное эндоскопическое исследование;
- 4) введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой;
- 5) наблюдение и продолжение консервативных мероприятий.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

1. При операции по поводу профузного желудочно-кишечного кровотечения у больного обнаружены опухоль тела желудка, метастазы в лимфатические узлы и печень.

- 1) Каковы действия хирурга?
- 2) Какие препараты необходимо назначить?
- 3) Каков прогноз?
- 4) В какое отделение нужно перевести больного?
- 5) Какие необходимо выполнить лечебные мероприятия в послеоперационном периоде?

Эталоны ответов:

- 1) прошивание кровоточащих сосудов
- 2) назначение коагулянтов с контролем отделяемого по зонду в послеоперационном периоде.
- 3) Прогноз неблагоприятен
- 4) Требуется перевод больного в онкологическое отделение

5) Решением вопроса о назначении химио- и лучевой терапии.

2. 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: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,5 \times 10^9/л$, СОЭ 14 мм/час.

1) Ваш предварительный диагноз?

2) Чем осложнилось заболевание?

3) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

4) План лечения?

5) Прогноз?

Эталоны ответов:

1) Предварительный диагноз: внутренний геморрой

2) Осложненный кровотечением.

3) Дифференциальная диагностика с раком прямой кишки, полипами, осложненными кровотечением.

4) Больному показана операция геморроидэктомия (по Миллиган-Моргану).

5) Благоприятный

3. У больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью I степени, при фиброколоноскопии обнаружены множественные полипы (около 30) левой половины ободочной кишки, размерами от $0,3 \times 0,3$ до $0,8 \times 1,0$ см. Из одного полипа наблюдается кровотечение.

1) Как лучше остановить кровотечение?

2) О каком заболевании следует думать у данного больного?

3) Показана ли данному больному ректороманоскопия?

4) В каком лечении нуждается больной?

5) Прогноз

Эталоны ответов:

1) Провести электрокоагуляцию кровоточащего полипа.

2) О полипозе левой половины толстой кишки.

3) Ректороманоскопия не показана.

4) Операция: левосторонняя гемиколэктомия

5) Относительно благоприятный

4. На операции по поводу профузного желудочно-кишечного кровотечения обнаружены варикозно-расширенные вены пищевода, кардии, спленомегалия.

1) Каковы действия хирурга?

2) Контроль какого показателя крови необходимо провести в послеоперационном периоде?

3) Какова дальнейшая тактика?

4) Тактика при повторных кровотечениях?

5) Прогноз

Эталоны ответов:

1) Необходимо прошивание кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода

2) Контроль гемостаза в послеоперационном периоде.

3) Установление причины портальной гипертензии, ее консервативная и оперативная коррекция,

4) При повторных кровотечениях показана консервативная терапия, зонд Блэкмора, различные способы лигирования сосудов.

5) Относительно благоприятный

5. Больной 44 лет, поступил в клинику с жалобами на частый стул до 20 раз в сутки, с примесью крови, температура 38°C, боли в левой подвздошной области. Заболел остро 5 дней назад, когда появились ноющие боли в животе, затем боли усилились, стали в основном локализоваться в левой половине живота, появились тенезмы, жидкий стул с примесью крови до 20 раз в сутки, температура повысилась до 38°C. Появились общая слабость, недомогание.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, пульс 90 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серовато-белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный по ходу ободочной кишки, кишечная перистальтика прослушивается.

Ректороманоскопия: тонус сфинктера снижен, слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, слизь, имеются поверхностные разных размеров кровоточащие язвы.

При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение ободочной кишки, на фоне которой возникают циркулярные спастические сокращения.

Анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоцитов $15,0 \times 10^9$ /л, сдвиг формулы влево, СОЭ 30 мм/час.

Бактериологическое исследование кала – дизентерийных бактерий, амёб не выявлено.

1) Ваш предположительный диагноз?

2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3) Каков план лечения?

4) Дальнейшая тактика ведения пациента?

5) Прогноз

Эталоны ответов:

1) Язвенный колит.

2) Дифференциальный диагноз: болезнь Крона, острая дизентерия, туберкулез кишечника.

3) Лечение консервативное: парэнтеральное питание, затем диета, пища 7-8 раз в день, небольшими порциями, содержащая большое количество белков и витаминов, преднизалон (60-100 мг), салофальк 0,5х3 раза, клизмы с салофальком 2г/30 мл.

4) В дальнейшем – диспансерное наблюдение.

5) Относительно благоприятный

6. Перечень практических умений:

1. Обследование органов брюшной полости.

2. Чтение рентгенограмм, томограмм брюшной полости, оценка ФГС, колоноскопии.

3. Оценка лабораторных исследований крови, мочи

4. Пальпация брюшной полости

5. Ректальное исследование прямой кишки.

1. Тема: «Пред- и послеоперационное ведение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Клиника и диагностика кровоточащей язвы желудка и ДПК.
2. Дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений.
3. Роль фиброгастродуоденоскопии в диагностике источника кровотечения, эндоскопическая остановка кровотечения
4. Тактика и лечение кровоточащей язвы желудка и ДПК
5. Методы операций при кровоточащей язве желудка и ДПК

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ПРИЗНАК НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДПК?

- 1) Кинжальная боль в животе.
- 2) Неукротимая рвота.
- 3) Напряжение мышц передней брюшной стенки.
- 4) Язвенный анамнез.
- 5) Исчезновение печеночной тупости.

Правильный ответ: 2

2. У Б-ГО, 48 ЛЕТ, С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТРАДАЕТ НА ПРОТЯЖЕНИИ 11 ЛЕТ) ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ ПРИВРАТНИКА ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНОРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

- 1) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного
- 2) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного
- 3) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение
- 4) противоязвенная терапия перед плановой операцией (предоперационная подготовка)
- 5) экстренная операция

Правильный ответ: 4

3. У БОЛЬНОГО, 48 ЛЕТ, СОЧЕТАННАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ВЫРАЖЕННАЯ РУБЦОВОЯЗВЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С СУБКОМПЕНСИРОВАННЫМ ПИЛОРОБУЛЬБАРНЫМ СТЕНОЗОМ И ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА УГЛА ЖЕЛУДКА). КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ?

- 1) резекция желудка
- 2) селективная проксимальная ваготомия

- 3) стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - 4) гастроэнтеростомия
 - 5) ваготомия с гемигастрэктомией
- Правильный ответ: 1

4. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА МОЖНО СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ?

- 1) рентгенография желудка
 - 2) гастроскопия
 - 3) гастроскопия с полифокусной биопсией
 - 4) цитология промывных вод желудка
 - 5) исследование кислотности желудочного содержимого
- Правильный ответ: 3

5. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДПК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ?

- 1) Промыть желудок.
 - 2) Очистить прямую кишку клизмой.
 - 3) Провести дезинтоксикационную терапию.
 - 4) Экстренно госпитализировать в хирургический стационар, не вводить обезболивающих препаратов.
 - 5) Промыть желудок и очистить прямую кишку клизмой
- Правильный ответ: 4

6. МУЖЧИНА, 55 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ. В ПОСЛЕДНИЕ ПОЛТОРА ГОДА ЧАСТЫЕ РВОТЫ СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ПОХУДЕЛ НА 20 КГ ГЕМАТОКРИТ 55%. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО?

- 1) выполнение эзофагогастроэнтероэнтерографии с проведением зонда в тонкую кишку для энтерального питания
 - 2) регулярное промывание желудка
 - 3) катетеризация центральной вены
 - 4) назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка
 - 5) назначение H₂-блокаторов внутривенно
- Правильный ответ: 4

7. У МУЖЧИНЫ, 55 ЛЕТ, РВОТА ПИЩЕЙ НЕДЕЛЮ. КОЖА И СЛИЗИСТЫЕ СУХИЕ. ГЕМАТОКРИТ 55%. РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАЛСЯ. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ

СОСТОЯНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАЛИЧИИ
УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ:

- 1) гипертензия
- 2) электролитные нарушения
- 3) лихорадка
- 4) нарушение функции печени
- 5) гипергликемия

Правильный ответ: 2

8. У Б-ГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-
БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО
АНАМНЕЗА ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ
ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. КАКОЙ СИМПТОМ
ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ
БОЛЬНЫХ?

- 1) симптом "падающей капли" и вздутия живота
- 2) "кинжальная боль" в эпигастральной области и ригидность брюшной
стенки
- 3) симптом "шума плеска"
- 4) отсутствие перистальтики, стул в виде "малинового желе"
- 5) локальная болезненность при пальпации в правом подреберье и
высокий лейкоцитоз

Правильный ответ: 5

9. У Б-ГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-
БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО
АНАМНЕЗА ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ
ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. КАКОЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ
СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО?

- 1) ни одно из перечисленных ниже нарушений
- 2) дыхательный ацидоз
- 3) метаболический ацидоз
- 4) дыхательный алкалоз
- 5) метаболический алкалоз

Правильный ответ: 5

10. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ПОДГОТОВКУ БОЛЬНЫХ С
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВХОДИТ ВСЕ
ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- 1) Промывание желудка в течение 3-5 дней
- 2) Коррекция углеводного обмена
- 3) Очистительные клизмы в течение 5 дней

- 4) Коррекция белкового баланса
 - 5) Коррекция водного и электролитного состава крови
- Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной 58 лет, поступил в клинику с жалобами на черный стул, общую слабость, головокружение.

Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью ДПК в течение 15 лет с нечастыми обострениями. Больным себя считает в течение 3 дней, когда появилось головокружение, общая слабость, затем черный жидкий стул.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Пульс 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/50 мм рт. ст. Язык чистый влажный. Живот обычной формы, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается.

При ректальном исследовании тонус сфинктера сохранен, болезненности не отмечается, на перчатке черный жидкий кал.

Анализ крови: Нв 92 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,1 \times 10^9/л$.

1. Ваш предполагаемый диагноз
2. Какие исследования необходимы для уточнения источника кровотечения
3. Дальнейшая тактика и лечение
4. Оцените состояние водно-электролитного обмена. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов:

1. Язвенная болезнь ДПК, осложненная кровотечением.

2. Для уточнения диагноза источника кровотечения и выяснения вопроса остановилось кровотечение или продолжается необходима фиброгастродуоденоскопия.

3. Дальнейшая тактика и лечение будут зависеть от того продолжается ли кровотечение или нет.

4. Гипогидратаци: сухость кожи, снижение тургора: обильные рвоты, снижение АД. Возможна гипонатриемия, гипокалиемия.

5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист до 10-12 месяцев, при неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№2

Больной 27 лет госпитализирован с жалобами на чувство тяжести в верхних отделах живота, обильную рвоту с неприятным запахом и остатками пищи, похудание. Эти жалобы появились около 3-х недель назад. В анамнезе язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. При обследовании в эпигастральной области отмечается «шум плеска» натощак. Анализ крови: Нв- 145 г/л, гематокрит - 50%. лейкоц.- $6,4 \times 10^9$ /л, СОЭ- 20 мм/час, общий белок крови - 58 г/л. калий плазмы - 2,9 ммоль/л.

1. Какое осложнение язвенной болезни развилось?
2. Какие исследования позволяют уточнить диагноз и установить стадию заболевания?

3. Тактика хирурга?

4. Алгоритм. действий.

5. Прогноз, профилактика в лечении данного больного.

Эталоны ответов:

1. Стеноз выходного отдела желудка.

2. Рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария, ЭГДС.

3. Лечение оперативное (объем зависит от состояния больного).

4. После подготовки, включающей в себя коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, аспирацию содержимого желудка, показана резекция желудка.

5. Прогноз для жизни благоприятный, соблюдение режима труда и отдыха, диета, санаторно-курортное лечение.

№3

Больному, 45 лет, установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного от дела желудка. Считает себя больным в течении 6 месяцев. Похудел на 15 кг. Общий анализ крови: Нв- 150 г/л, гематокрит - 55%, лейкоциты- $7,4 \times 10^9$ /л. общий белок - 55 г/л. Калий плазмы - 2.0 ммоль/л.

1. Какое оперативное пособие показано.

2. В чём будет заключаться предоперационная подготовка?

3. Особенности подготовки желудка к операции?

4. Как объяснить изменения со стороны анализа крови?

5. Профилактика язвенной болезни и ее осложнений. Прогноз.

Эталоны ответов:

1. Больной нуждается в операции по абсолютным показаниям в плановом порядке. Объем операции будет зависеть от состояния больного (резекция желудка, селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанатомозом).

2. В/венное введение белковых препаратов, аминокислот, электролитов, жидкости для коррекции волемии, гипопроотеинемии, гипокалиемии, и больной переводится на парентерально питание.

3. Аспирация содержимого желудка, промывание ежедневно в течение 7-10 дней.

4. Обезвоживанием и гемоконцентрацией.

5. Соблюдение диеты, контроль ФГС (1 раз в 6 месяцев), наблюдение гастроэнтеролога. Прием препаратов снижающих секрецию желудочного сока. Санаторно-курортное лечение Прогноз благоприятный.

№4

В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Много лет страдает язвенной болезнью ДПК. В последние 2 месяца ежедневно беспокоят рвоты кислым содержимым. За это время похудел на 8 кг. Больной истощен. В эпигастральной области определяется «шум плеска», нижняя граница желудка, на уровне гребешковой линии. Анализ крови: Эр.- 6,8х1 0%. Нв-174 г/л. лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ -12 мм/час, общий белок - 44 г/л. Ионограмма; калий - 2.1 ммоль/л. кальций -1,6 ммоль/л, натрий - 118 ммоль/л., хлориды - 82 ммоль/л.

1. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?
2. Что является причиной появления клонических судорог?
3. Что следует предпринять?
4. Реабилитационные мероприятия: рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

5. Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

1. Стеноз выходного отдела желудка в стадии декомпенсации
2. Гипокальциемия, гипокалиемия (гипохлоремический синдром).
3. Введение жидкостей, растворов электролитов, плазмозаменителей, плазмы и белковых препаратов; аспирация содержимого желудка. Оперативное лечение.

4. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки.

5. Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно - курортное лечение. Наблюдение у хирурга - гастроэнтеролога.

№ 5

У больного 45 лет, страдающего язвенной болезнью, уменьшился болевой синдром, появилась ежедневная рвота по вечерам. Больной сам, временами, вызывает рвоту для облегчения своего состояния. При осмотре в эпигастральной области наблюдается видимая глазом перистальтика.

1. Диагноз.
2. С чем, по Вашему, связано изменение в состоянии больного?
3. Какие нарушения происходят в обменных процессах?
4. Тактика.
5. Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

1. Стеноз привратника при рубцевании пилородуоденальной зоны в стадии декомпенсации.

2. У больного со стенозом привратника при наполнении желудка

возникает рвота, приносящая больному облегчение. В рвотных массах обнаруживается пища, съеденная накануне. Язвенные боли в это время уменьшаются или полностью исчезают.

3. Происходят нарушения всех видов обмена, в основном, водного, белкового и минерального (дегидратация, гипопроотеинемия, гипохлоремия, гипокалиемия и т.д.).

4. При стенозе привратника обычно производится резекция желудка. При невозможности сделать резекцию желудка по каким-то причинам накладывается гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем.

5. Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.
Наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

2. Выполнение манипуляций в перевязочной

3. Демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в рентген- и эндоскопическом кабинете

4. Объяснение алгоритма хирургических методов лечения в конкретной клинической ситуации.

1. Тема: «Пред- и послеоперационное ведение больных с пилородуоденальными стенозами».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

6. Этиология патогенез пилородуоденальных стенозов

7. Классификация пилородуоденальных стенозов

8. Клиническая картина пилородуоденального стеноза

9. Диагностические мероприятия при пилородуоденальном стенозе

10. Основные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с пилородуоденальными стенозами.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) рвота пищей, съеденной накануне

2) напряжение мышц брюшной стенки

3) олигурия

4) "шум плеска" в желудке натощак

5) задержка бария в желудке более 24 часов

Правильный ответ: 2

2. У Б-ГО, 48 ЛЕТ, С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ (ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СТРАДАЕТ НА ПРОТЯЖЕНИИ 11 ЛЕТ) ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ ПРИВРАТНИКА ВЫЯВЛЕНА ГИСТАМИНОРЕФРАКТЕРНАЯ АХЛОРГИДРИЯ. КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

1) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного

2) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного

3) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение

4) противоязвенная терапия перед плановой операцией (предоперационная подготовка)

5) экстренная операция

Правильный ответ: 4

3. У БОЛЬНОГО, 48 ЛЕТ, СОЧЕТАННАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ВЫРАЖЕННАЯ РУБЦОВОЯЗВЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С СУБКОМПЕНСИРОВАННЫМ ПИЛОРОБУЛЬБАРНЫМ СТЕНОЗОМ И ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА УГЛА ЖЕЛУДКА). КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНОМУ?

1) резекция желудка

2) селективная проксимальная ваготомия

- 3) стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - 4) гастроэнтеростомия
 - 5) ваготомия с гемигастрэктомией
- Правильный ответ: 1

4. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА МОЖНО СЧИТАТЬ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ?

- 1) рентгенография желудка
 - 2) гастроскопия
 - 3) гастроскопия с полифокусной биопсией
 - 4) цитология промывных вод желудка
 - 5) исследование кислотности желудочного содержимого
- Правильный ответ: 3

5. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА В СЕЛЬСКУЮ АМБУЛАТОРИЮ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ 54 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИЙ РЕЗЕКЦИЮ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ПОВТОРНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ?

- 1) анемия
 - 2) резкое похудание
 - 3) спаечная непроходимость
 - 4) постоянный болевой синдром
 - 5) периодическое кровохарканье
- Правильный ответ: 3

6. МУЖЧИНА, 55 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ ПИЩЕЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕДЕЛИ. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ. В ПОСЛЕДНИЕ ПОЛТОРА ГОДА ЧАСТЫЕ РВОТЫ СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. ПОХУДЕЛ НА 20 КГ ГЕМАТОКРИТ 55%. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО?

- 1) выполнение эзофагогастродуоденоскопии с проведением зонда в тонкую кишку для энтерального питания
 - 2) регулярное промывание желудка
 - 3) катетеризация центральной вены
 - 4) назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка
 - 5) назначение H₂-блокаторов внутривенно
- Правильный ответ: 4

7. У МУЖЧИНЫ, 55 ЛЕТ, РВОТА ПИЩЕЙ НЕДЕЛЮ. КОЖА И СЛИЗИСТЫЕ СУХИЕ. ГЕМАТОКРИТ 55%. РАНЕЕ НЕ ОБСЛЕДОВАЛСЯ. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕН ЗНАЧИТЕЛЬНО

УВЕЛИЧЕННЫЙ ЖЕЛУДОК. УКАЖИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИ НАЛИЧИИ УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ:

- 1) гипертензия
- 2) электролитные нарушения
- 3) лихорадка
- 4) нарушение функции печени
- 5) гипергликемия

Правильный ответ: 2

8. У Б-ГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ?

- 1) симптом "падающей капли" и вздутия живота
- 2) "кинжальная боль" в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки
- 3) симптом "шума плеска"
- 4) отсутствие перистальтики, стул в виде "малинового желе"
- 5) локальная болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз

Правильный ответ: 5

9. У Б-ГО ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ 10-ЛЕТНЕГО ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. КАКОЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО?

- 1) ни одно из перечисленных ниже нарушений
- 2) дыхательный ацидоз
- 3) метаболический ацидоз
- 4) дыхательный алкалоз
- 5) метаболический алкалоз

Правильный ответ: 5

1. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ПОДГОТОВКУ БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВХОДИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ КРОМЕ:

- 1) Промывание желудка в течение 3-5 дней
- 2) Коррекция углеводного обмена

- 3) Очистительные клизмы в течение 5 дней
- 4) Коррекция белкового баланса
- 5) Коррекция водного и электролитного состава крови

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной. 51 год поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три назад, появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД -90/75 мм рт.ст. Положительный симптом Хвостека.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного обмена. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи'?
4. Какова тактика лечения данного больного?
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов:

1. О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.
2. Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.

3. Гипогидратаци: сухость кожи, снижение тургора: обильные рвоты, снижение АД. Возможна гипонатриемия, гипокалиемия.

Увеличение всех показателей: гематокрита- за счет сгущения крови, остаточного азота -тоже + нарушение кровообращения в почках при гипотензии и олигемии; относительной плотности мочи - за счет олигурии и повышенной реабсорбции.

4. Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови; белковые препараты.

5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист до 10-12 месяцев, при неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№2

Больной 27 лет госпитализирован с жалобами на чувство тяжести в верхних отделах живота, обильную рвоту с неприятным запахом и остатками пищи, похудание. Эти жалобы появились около 3-х недель назад. В анамнезе язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. При обследовании в эпигастральной

области отмечается «шум плеска» натошак. Анализ крови: Нв- 145 г/л, гематокрит - 50%. лейкоц.- $6,4 \times 10^9$ /л, СОЭ- 20 мм/час, общий белок крови - 58 г/л. калий плазмы - 2,9 ммоль/л.

6. Какое осложнение язвенной болезни развилось?

7. Какие исследования позволяют уточнить диагноз и установить стадию заболевания?

8. Тактика хирурга?

9. Алгоритм. действий.

10. Прогноз, профилактика в лечении данного больного.

Эталонные ответы:

6. Стеноз выходного отдела желудка.

7. Рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария, ЭГДС.

8. Лечение оперативное (объем зависит от состояния больного).

9. После подготовки, включающей в себя коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, аспирацию содержимого желудка, показана резекция желудка.

10. Прогноз для жизни благоприятный, соблюдение режима труда и отдыха, диета, санаторно-курортное лечение.

№3

Больному, 45 лет, установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Считает себя больным в течении 6 месяцев. Похудел на 15 кг. Общий анализ крови: Нв- 150 г/л, гематокрит - 55%, лейкоциты- $7,4 \times 10^9$ /л. общий белок - 55 г/л. Калий плазмы - 2.0 ммоль/л.

6. Какое оперативное пособие показано.

7. В чём будет заключаться предоперационная подготовка?

8. Особенности подготовки желудка к операции?

9. Как объяснить изменения со стороны анализа крови?

10. Профилактика язвенной болезни и ее осложнений. Прогноз.

Эталонные ответы:

5. Больной нуждается в операции по абсолютным показаниям в плановом порядке. Объем операции будет зависеть от состояния больного (резекция желудка, селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанатомозом).

6. В/венное введение белковых препаратов, аминокислот, электролитов, жидкости для коррекции волемии, гипопроотеинемии, гипокалиемии, и больной переводится на парентеральное питание.

7. Аспирация содержимого желудка, промывание ежедневно в течение 7-10 дней.

8. Обезвоживанием и гемоконцентрацией.

9. Соблюдение диеты, контроль ФГС (1 раз в 6 месяцев), наблюдение гастроэнтеролога. Прием препаратов снижающих секрецию желудочного сока. Санаторно-курортное лечение Прогноз благоприятный.

№4

В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Много лет страдает язвенной болезнью ДПК. В последние 2 месяца ежедневно беспокоят рвоты кислым содержимым. За это время похудел на 8 кг. Больной истощен. В эпигастральной области определяется «шум плеска», нижняя граница желудка, на уровне гребешковой линии. Анализ крови: Эр.- 6,8х1 0%. Нв-174 г/л. лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ -12 мм/час, общий белок - 44 г/л. Ионограмма; калий - 2.1 ммоль/л. кальций -1,6 ммоль/л, натрий - 118 ммоль/л., хлориды - 82 ммоль/л.

6. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?

7. Что является причиной появления клонических судорог?

8. Что следует предпринять?

9. Реабилитационные мероприятия: рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

10. Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

4. Стеноз выходного отдела желудка в стадии декомпенсации

5. Гипокальциемия, гипокалиемия (гипохлоремический синдром).

6. Введение жидкостей, растворов электролитов, плазмозаменителей, плазмы и белковых препаратов; аспирация содержимого желудка. Оперативное лечение.

6. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки.

7. Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно - курортное лечение. Наблюдение у хирурга - гастроэнтеролога.

№ 5

У больного 45 лет, страдающего язвенной болезнью, уменьшился болевой синдром, появилась ежедневная рвота по вечерам. Больной сам, временами, вызывает рвоту для облегчения своего состояния. При осмотре в эпигастральной области наблюдается видимая глазом перистальтика.

6. Диагноз.

7. С чем, по Вашему, связано изменение в состоянии больного?

8. Какие нарушения происходят в обменных процессах?

9. Тактика.

10. Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

4. Стеноз привратника при рубцевании пилородуоденальной зоны в стадии декомпенсации.

5. У больного со стенозом привратника при наполнении желудка возникает рвота, приносящая больному облегчение. В рвотных массах обнаруживается пища, съеденная накануне. Язвенные боли в это время уменьшаются или полностью исчезают.

6. Происходят нарушения всех видов обмена, в основном, водного,

белкового и минерального (дегидратация, гипопроteinемия, гипохлоремия, гипокалиемия и т.д.).

4. При стенозе привратника обычно производится резекция желудка. При невозможности сделать резекцию желудка по каким-то причинам накладывается гастроэнтероанастомоз на длинной петле с Брауновским соустьем.

5. Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить наложение гастроэнтероанастомоза при пилорическом стенозе

1. Тема: «Особенности хирургического лечения перфоративных и пенетрирующих язв».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез перфоративных и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

2. Классификация перфоративных и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

3. Клиническая картина перфоративных и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

4. Диагностические мероприятия при перфоративных и пенетрирующих язвах желудка и ДПК.

5. Основные принципы хирургического лечения перфоративных и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДОПУСТИМА ЛИШЬ ПРИ:

1) отсутствию у больного язвенного анамнеза

2) старческом возрасте больных

3) отсутствию условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства

4) крайне высокой степени операционного риска

5) сочетании язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Правильный ответ: 3

2. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА, МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ТЕЙЛОРУ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ВСЕ, КРОМЕ:

1) Положение в постели Фовлера.

2) Зондовая аспирация желудочного содержимого.

3) Дезинтоксикационная терапия.

4) Антибиотики.

5) Тепло на живот.

Правильный ответ: 5.

3. ПРИ ОПЕРАЦИИ СПУСТЯ ЧАС ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ КАЛЛЕЗНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНА:

1) истинная антрумэктомия

2) классическая резекция 2/3 желудка

- 3) ушивание прободной язвы
 - 4) стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - 5) любая из перечисленных операций
- Правильный ответ: 2

4. 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 антрумэктомия
- Правильный ответ: 3

5. ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ, ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Ушивание перформативной язвы.
 - 2) Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру.
 - 3) Ваготомия с ушиванием или иссечение язвы и дренирующие операции (пилоропластика).
 - 4) Ушивание прободной язвы с оментогастро или дуоденопексией.
 - 5) Гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру.
- Правильный ответ: 5.

6. ПОКАЗАНИЯ К УШИВАНИЮ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК, ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Язва желудка с признаками малигнизации.
 - 2) Тяжелые сопутствующие заболевания.
 - 3) Впервые выявленная язва у больного молодого возраста.
 - 4) Хирург не владеет другими операциями.
 - 5) Отказ больного от резекции желудка.
- Правильный ответ: 1.

7. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) ФГС.
 - 2) Ангиография.
 - 3) Лапароцентез.
 - 4) Лапароскопия.
 - 5) Обзорная рентгеноскопия и рентгенография.
- Правильный ответ: 2.

8. КАКИЕ БОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДПК ВПЕРВЫЕ 2 ЧАСА?

- 1) Умеренная боль в эпигастрии.
 - 2) Интенсивная боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и плечо.
 - 3) Интенсивная боль в эпигастрии опоясывающего характера.
 - 4) Выраженные схваткообразные боли в животе.
 - 5) Внезапная «кинжальная» боль в животе.
- Правильный ответ: 5.

9. КАКИЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК ОТНОСЯТСЯ К ТИПИЧНЫМ?

- 1) Прикрытая перфорация.
 - 2) Перфорация язвы задней стенки желудка.
 - 3) Перфорация кардиальной язвы желудка.
 - 4) Перфорация язв желудка и ДПК в свободную брюшную полость.
 - 5) Перфорация язвы задней стенки ДПК.
- Правильный ответ: 4.

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕСТОМ ПЕРФОРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Двенадцатиперстная кишка.
 - 2) Пилорический отдел желудка.
 - 3) Малая кривизна желудка.
 - 4) Большая кривизна желудка.
 - 5) Задняя стенка желудка.
- Правильный ответ: 1.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1.

Мужчина 30 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на сильные боли в животе, общую слабость.

Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастрии, любое движение вызывает усиление боли.

Объективно: живот в акте дыхания не участвует, виден рельеф мышц передней брюшной стенки. Пальпаторно доскообразное напряжение передней брюшной стенки на всем протяжении, резкая болезненность при пальпации и перкуссии. Симптомы раздражения брюшины резко положительные.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные физикальные и специальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Тактика и лечение.
5. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

1. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка или ДПК (фаза шока).
2. Дифференциальная диагностика с острым панкреатитом, острым холециститом, острым инфарктом миокарда.
3. Для уточнения диагноза нужно произвести обзорную рентгенографию брюшной полости на предмет свободного газа в брюшной полости и ФГС.
4. Экстренное оперативное лечение с предварительной предоперационной подготовкой.
5. Сомнительный, будет зависеть от купирования перитонита и ликвидации органических дисфункций.

№2.

Больной 43 лет, поступил в клинику через 2 часа от начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области, тошноту, общую слабость, жажду.

Из анамнеза известно, что в течении 3 лет страдает язвенной болезнью желудка. 2 часа назад после приема обильной пищи возникли резкие боли в подложечной области, была тошнота, любое движение усиливает боль.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Пульс 68 в мин. удовлетворительных качеств. АД 100/500 мм рт. ст. Язык суховат, умеренно обложен беловатым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации брюшная стенка напряжена на всем протяжении, выраженная болезненность подложечной области. Симптом Щеткина положительный. Признак Спигарного положительный. Перкуторно в области печени определяется тимпанит.

Анализ крови: лейкоцитов $7,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонений от нормы.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

4. Тактика и план лечения.
5. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

1. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка (фаза шока).
2. Дифференциальный диагноз с острым панкреатитом, острым холециститом, обострением язвенной болезни желудка.
3. Обзорная рентгеноскопия желудка может выявить свободный газ в брюшной полости.

4. Больному показана экстренная операция (ушивание прободной язвы, резекция 2/3 желудка).

5. Сомнительный, будет зависеть от купирования перитонита и ликвидации органических дисфункций.

№3

Больной 52 лет, поступил в клинику с типичной картиной прободной язвы желудка через 6 часов после прободения.

Экстренная операция: в пилорическом отделе желудка обнаружена каллезная язва с прободным отверстием в центре размерами 0,2x0,2см. Произведено ушивание язвы двухрядными швами, из брюшной полости удалено желудочное содержимое, дренирование брюшной полости.

Первые 3 суток послеоперационный период протекал обычно. На четвертые сутки появились интенсивные боли в верхнем отделе живота, тошнота, повторная рвота. Температура тела 38,3°C. Пульс 100 в мин., АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой обложенный. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Газы не отходят, стула не было.

При ректальном исследовании: выраженная болезненность в области дугласова пространства. Анализ крови: лейкоцитов $12,6 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Что произошло с больным на четвертые сутки послеоперационного периода?

2. Ваш предполагаемый диагноз?

3. Что следует предпринять?

4. Перечислите методы активной детоксикации

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. У больного возникло осложнение на 4 сутки послеоперационного периода – несостоятельность швов ушитой каллезной прободной язвы привратника.

2. Разлитой перитонит.

3. Необходима экстренная операция релапоротомия, ушивание прободной язвы привратника, санация и дренирование брюшной полости.

4. Инфузионная терапия с форсированным диурезом, гемосорбция, плазмофарез, ультрагемофильтрация.

5. Нетрудоспособность в течение 30-45 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист до 10-12 месяцев. При неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№ 4

Больной 47 лет, обратился в поликлинику, по поводу выраженных болей в эпигастриальной области, плохо поддающихся консервативной терапии. Боли постоянные, иррадирующие в правую лопатку, надключичную область, связь с приемом пищи выражена нечетко. Из анамнеза известно: в течении 13 лет страдал язвенной болезнью желудка, боли были менее интенсивными, возникали через 30 минут после еды.

1. Предположительный диагноз. Тактика врача на до госпитальном этапе.
2. Тактика врача приемного покоя.
3. Тактика хирурга.
4. Прогноз?
5. В чем будет заключаться вторичная профилактика?

Эталоны ответов:

1. Пенетрирующая язва желудка в печеночную связку. Направить в хирургический стационар.
2. После осмотра, обследования (ФГС; взятие клинических и биохимических анализов), госпитализация в хирургическое отделение.
3. После дообследования, коррекции имеющихся обменных нарушений - операция.
4. Благоприятный
5. Своевременное адекватное лечение язвенной болезни.

№5

Поступил больной с жалобами на выраженные боли в области верхних отделов живота, опоясывающего характера, иррадирующие в правое подреберье и поясницу. Длительно страдает язвенной болезнью ДПК. В последнее время стала беспокоить рвота пищей. При осмотре: болезненность и умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии и правом подреберье.

1. Диагноз.
2. Тактика врача приемного покоя.
3. Тактика хирурга.
4. Диф.диагностика.
5. Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

1. Пенетрация язвы ДПК в головку поджелудочной железы. Панкреатит.
2. Госпитализировать в хирургическое отделение.
3. После обследования и коррекции обменных нарушений, операция (резекция желудка).
4. Опухоль головки поджелудочной железы, пилородуоденальный стеноз.
5. Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение, наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить ушивание перфорации желудка или ДПК.
3. Выполнить гастротомию с прошиванием кровотока сосуда.
4. Выполнить наложение гастроэнтероанастомоза.
5. Составить план лабораторного и инструментального обследований при перфоративных и пенетрирующих язвах желудка и ДПК.
6. Провести дифференциальную диагностику перфоративных и пенетрирующих язв желудка и ДПК.
7. Составить план оперативного лечения при перфоративных и пенетрирующих язвах желудка и ДПК.

1. Тема: «Послеоперационное ведение больных с пенетрирующей и перфоративной язвой».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

11. Этиология и патогенез перфорирующих и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

12. Классификация перфорирующих и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

13. Клиническая картина перфорирующих и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

14. Диагностические мероприятия при перфорирующих и пенетрирующих язвах желудка и ДПК.

15. Основные принципы хирургического лечения перфорирующих и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДОПУСТИМА ЛИШЬ ПРИ:

1) отсутствию у больного язвенного анамнеза

2) старческом возрасте больных

3) отсутствию условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства

4) крайне высокой степени операционного риска

5) сочетании язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Правильный ответ: 3

2. ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПРИВЕДЕННЫМИ К ЖИВОТУ НОГАМИ И ДОСКООБРАЗНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ МЫШЦ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1) геморрагического панкреонекроза

2) заворота кишок

3) прободной язвы

4) почечной колики

5) мезентериального тромбоза

Правильный ответ: 3

3. ПРИ ОПЕРАЦИИ СПУСТЯ ЧАС ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ КАЛЛЕЗНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНА:

1) истинная антрумэктомия

2) классическая резекция 2/3 желудка

3) ушивание прободной язвы

- 4) стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - 5) любая из перечисленных операций
- Правильный ответ: 2

4. 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 антрумэктомия
- Правильный ответ: 3

5. ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ, ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) Ушивание перформативной язвы.
 - 2) Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру.
 - 3) Ваготомия с ушиванием или иссечение язвы и дренирующие операции (пилоропластика).
 - 4) Ушивание прободной язвы с оментогастро или дуоденопексией.
 - 5) Гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру.
- Правильный ответ: 5.

6. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРМАТИВНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью.

- 2) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.
 - 3) Экстренная гастродуоденоскопия.
 - 4) Ангиография.
 - 5) Лапароскопия.
- Правильный ответ: 2.

7. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ВСЕ, КРОМЕ:

- 1) ФГС.
 - 2) Ангиография.
 - 3) Лапароцентез.
 - 4) Лапароскопия.
 - 5) Обзорная рентгеноскопия и рентгенография.
- Правильный ответ: 2.

8. КАКИЕ БОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДПК ВПЕРВЫЕ 2 ЧАСА?

- 1) Умеренная боль в эпигастрии.

2) Интенсивная боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и плечо.

3) Интенсивная боль в эпигастрии опоясывающего характера.

4) Выраженные схваткообразные боли в животе.

5) Внезапная «кинжальная» боль в животе.

Правильный ответ: 5.

9. КАКИЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК ОТНОСЯТСЯ К ТИПИЧНЫМ?

1) Прикрытая перфорация.

2) Перфорация язвы задней стенки желудка.

3) Перфорация кардиальной язвы желудка.

4) Перфорация язв желудка и ДПК в свободную брюшную полость.

5) Перфорация язвы задней стенки ДПК.

Правильный ответ: 4.

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕСТОМ ПЕРФОРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Двенадцатиперстная кишка.

2) Пилорический отдел желудка.

3) Малая кривизна желудка.

4) Большая кривизна желудка.

5) Задняя стенка желудка.

Правильный ответ: 1.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1.

Мужчина 30 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на сильные боли в животе, общую слабость.

Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастрии, любое движение вызывает усиление боли.

Объективно: живот в акте дыхания не участвует, виден рельеф мышц передней брюшной стенки. Пальпаторно доскообразное напряжение передней брюшной стенки на всем протяжении, резкая болезненность при пальпации и перкуссии. Симптомы раздражения брюшины резко положительные.

6. Ваш предположительный диагноз?

7. Дифференциальная диагностика.

8. Какие дополнительные физикальные и специальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

9. Тактика и лечение.

10. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

6. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка или ДПК (фаза шока).

7. Дифференциальная диагностика с острым панкреатитом, острым холециститом, острым инфарктом миокарда.

8. Для уточнения диагноза нужно произвести обзорную рентгенографию брюшной полости на предмет свободного газа в брюшной полости и ФГС.

9. Экстренное оперативное лечение с предварительной предоперационной подготовкой.

10. Сомнительный, будет зависеть от купирования перитонита и ликвидации органических дисфункций.

№2.

Больной 43 лет, поступил в клинику через 2 часа от начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области, тошноту, общую слабость, жажду.

Из анамнеза известно, что в течении 3 лет страдает язвенной болезнью желудка. 2 часа назад после приема обильной пищи возникли резкие боли в подложечной области, была тошнота, любое движение усиливает боль.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Пульс 68 в мин. удовлетворительных качеств. АД 100/500 мм рт. ст. Язык суховат, умеренно обложен беловатым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации брюшная стенка напряжена на всем протяжении, выраженная болезненность подложечной области. Симптом Щеткина положительный. Признак Спигарного положительный. Перкуторно в области печени определяется тимпанит.

Анализ крови: лейкоцитов $7,0 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонений от нормы.

6. Ваш предполагаемый диагноз?

7. Дифференциальная диагностика.

8. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?

9. Тактика и план лечения.

10. Прогноз для жизни.

Эталонные ответы.

6. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка (фаза шока).

7. Дифференциальный диагноз с острым панкреатитом, острым холециститом, обострением язвенной болезни желудка.

8. Обзорная рентгенокопия желудка может выявить свободный газ в брюшной полости.

9. Больному показана экстренная операция (ушивание прободной язвы, резекция 2/3 желудка).

10. Сомнительный, будет зависеть от купирования перитонита и ликвидации органических дисфункций.

№3

Больной 52 лет, поступил в клинику с типичной картиной прободной язвы желудка через 6 часов после прободения.

Экстренная операция: в пилорическом отделе желудка обнаружена каллезная язва с прободным отверстием в центре размерами 0,2х0,2см. Произведено ушивание язвы двухрядными швами, из брюшной полости удалено желудочное содержимое, дренирование брюшной полости.

Первые 3 суток послеоперационный период протекал обычно. На четвертые сутки появились интенсивные боли в верхнем отделе живота, тошнота, повторная рвота. Температура тела 38,3°C. Пульс 100 в мин., АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой обложенный. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Газы не отходят, стула не было.

При ректальном исследовании: выраженная болезненность в области дугласова пространства. Анализ крови: лейкоцитов $12,6 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

6. Что произошло с больным на четвертые сутки послеоперационного периода?

7. Ваш предполагаемый диагноз?

8. Что следует предпринять?

9. Перечислите методы активной детоксикации

10. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

6. У больного возникло осложнение на 4 сутки послеоперационного периода – несостоятельность швов ушитой каллезной прободной язвы привратника.

7. Разлитой перитонит.

8. Необходима экстренная операция релапоротомия, ушивание прободной язвы привратника, санация и дренирование брюшной полости.

9. Инфузионная терапия с форсированным диурезом, гемосорбция, плазмафарез, ультрагемофильтрация.

10. Нетрудоспособность в течение 30-45 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист до 10-12 месяцев. При неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№ 4

Больной 47 лет, обратился в поликлинику, по поводу выраженных болей в эпигастриальной области, плохо поддающихся консервативной терапии. Боли постоянные, иррадиирующие в правую лопатку, надключичную область, связь с приемом пищи выражена нечетко. Из анамнеза известно: в течении 13 лет

страдал язвенной болезнью желудка, боли были менее интенсивными, возникали через 30 минут после еды.

6. Предположительный диагноз. Тактика врача на до госпитальном этапе.

7. Тактика врача приемного покоя.

8. Тактика хирурга.

9. Прогноз?

10. В чем будет заключаться вторичная профилактика?

Эталоны ответов:

6. Пенетрирующая язва желудка в печеночную связку. Направить в хирургический стационар.

7. После осмотра, обследования (ФГС; взятие клинических и биохимических анализов), госпитализация в хирургическое отделение.

8. После дообследования, коррекции имеющихся обменных нарушений - операция.

9. Благоприятный

10. Своевременное адекватное лечение язвенной болезни.

№5

Поступил больной с жалобами на выраженные боли в области верхних отделов живота, опоясывающего характера, иррадирующие в правое подреберье и поясницу. Длительно страдает язвенной болезнью ДПК. В последнее время стала беспокоить рвота пищей. При осмотре: болезненность и умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии и правом подреберье.

6. Диагноз.

7. Тактика врача приемного покоя.

8. Тактика хирурга.

9. Диф.диагностика.

10.Третичная профилактика.

Эталоны ответов:

6. Пенетрация язвы ДПК в головку поджелудочной железы. Панкреатит.

7. Госпитализировать в хирургическое отделение.

8. После обследования и коррекции обменных нарушений, операция (резекция желудка).

9. Опухоль головки поджелудочной железы, пилородуоденальный стеноз.

10.Диета, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение, наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

11.Перечень практических умений.

1. Составить план лабораторного и инструментального обследований при перфорирующих и пенетрирующих язвах желудка и ДПК.

2. Провести дифференциальную диагностику перфорирующих и пенетрирующих язв желудка и ДПК.

3. Составить план послеоперационного ведения больных с перфорирующими и пенетрирующими язвами желудка и ДПК.
4. Выполнить срединную лапаротомию.
5. Выполнить ушивание перфорации желудка или ДПК.
6. Выполнить гастротомию с прошиванием кровоточащего сосуда.
7. Выполнить наложение гастроэнтероанастомоза.

1. Тема: «Острый аппендицит».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

1. Назовите ранние симптомы острого аппендицита.
2. перечислите наиболее достоверные признаки и симптомы острого аппендицита.
3. Особенности течения острого аппендицита у стариков, детей, беременных.
4. Характер выпота при деструктивных формах острого аппендицита, распространение выпота в брюшной полости.
5. Особенности клинической картины в поздние сроки заболевания при перфорации и разлитом перитоните.
6. Хирургические доступы при различных формах острого аппендицита.
7. Тактика хирурга при явной и сомнительной картине острого аппендицита.
8. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с почечной коликой.
9. Последовательность ревизии органов брюшной полости при неизменном червеобразном отростке.
10. Особенности клинической картины в зависимости от различного расположения червеобразного отростка в брюшной полости (ретроперитонеальное, ретроцекальное, тазовое, подпеченочное).
11. Назовите главные элементы аппендэктомии.
12. Вопросы реабилитации и диспансеризации.
13. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

Тестовые задания

НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

- 1.Ровзинга
- 2.Воскресенского
- 3.Мерфи
- 4.Образцова
- 5.Бартомье–Михельсона

Правильный ответ: 3

2. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

- 1.Кохера–Волковича
- 2.Ровзинга
- 3.Ситковского
- 4.все три симптома
- 5.ни один из них

Правильный ответ: 5

3. 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

Правильный ответ: 4

4. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

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

Правильный ответ: 1

5. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ ЗА:

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

Правильный ответ: 5

6. 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

Правильный ответ: 3

7. ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У:

1. детей
2. лиц с тяжелой травмой
3. мужчин
4. женщин
5. лиц пожилого и старческого возраста

Правильный ответ: 5

8. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ:

1. схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
2. быстрого развития разлитого перитонита
3. высокой температуры
4. выраженной интоксикации
5. резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

Правильный ответ: 5

9. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. эндотрахеального наркоза
2. внутривенного наркоза
3. местной анестезии
4. перидуральной анестезии
5. спинномозговой анестезии

Правильный ответ: 3

10. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО:

1. симптом Раздольского
2. нарастание клинической картины перитонита
3. внезапное усиление болей в животе
4. напряжение мышц передней брюшной стенки
5. все перечисленное

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Ситуационные задачи:

№1

При вскрытии брюшной полости разрезом Дьяконова - Волковича хирург не обнаруживает слепой кишки и червеобразного отростка.

1. Действия хирурга.
2. Тактика хирурга.
3. Вид анестезиологического пособия.
4. Классификация по морфологическому признаку.
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Под общим наркозом рана расширяется кверху (трансректальный разрез Ленандера) и производится ревизия правой половины брюшной полости, а при необходимости и левой половины.

2. Червеобразный отросток и удаляется – аппендэктомия.

3. Интраоперационный или в/в наркоз.

4. Острый катаральный, острый флегмонозный острый деструктивный.

5. Профилактика – ранней и поздней спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи, следить за функцией кишечника, ограничение физической нагрузки.

№2

У больной, которая взята в операционную, по поводу острого аппендицита при вскрытии брюшной полости, выделяется в большом количестве темная кровь, отросток слегка гиперемирован.

1. О какой патологии можно думать
2. Дальнейшие действия хирурга
3. Действие врача.
4. Что нужно сделать с червеобразным отростком
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Внематочная беременность.
2. Пригласить в операционную гинеколога.
3. Удаление маточной трубы.
4. Аппендэктомия.
5. Наблюдение у гинеколога, профилактика спаечной болезни, п/операционной грыжи, воспалительных гинекологических заболеваний.

№3

Больной 20 лет, поступил с диагнозом острого аппендицита, показано оперативное лечение.

1. Метод обезболивания.
2. Оперативный доступ (перечислите все).
3. Что является патологическим выпотом в брюшной полости
4. Показания к дренированию брюшной полости.
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Интубационный или венный наркоз.
2. Разрез Волковича-Дьяконова, срединная лапаротомия.
3. В норме в брюшной полости выпота практически нет, и не определяется. Наличие любого количества выпота (серозного, гнойного, калового, мочевого, желчного, крови и др.) считается патологическим.

4. Наличие выпота в брюшной полости является показанием к дренированию брюшной полости.

5. Профилактика спаечной болезни (следить за функцией кишечника), профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки).

№4

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется

напряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина.
Лейкоциты - $14,6 \times 10^9$ л

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какое заболевание следует исключить
3. Какое обследование необходимо провести для его исключения

4. Какое решение может быть принято
5. третичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит.
2. Перфоративную язву.
3. ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы).
4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия под интубационным наркозом.
5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).

№5

Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура $37,10$ С, лейкоциты $10,1 \cdot 10^9$ /л.

1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза
3. Ваша тактика лечения.
4. Лист назначений в послеоперационном периоде.
5. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника).

2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза.

3. Экстренное оперативное вмешательство.

4. Голод, гентамицин 80 гр X 3 р. в/м.

5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Научиться обследовать хирургического больного.

2. Научиться проверять и оценивать симптомы острого аппендицита, заполнять историю болезни, представления, составлять план применения лабораторных и инструментальных методов исследований.

3. Научиться формулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза, сформулировать показания к оперативному лечению.

4. Овладеть техникой ректального и вагинального обследования.

5. Овладеть операцией- Аппендэктомией.

6. Овладеть эндоскопическими методами диагностики и лечения острого аппендицита.

1. Тема: «Эндоскопические методы диагностики и лечения острого аппендицита».

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Актуальность проблемы.

2. Способы наложения пневмоперитонеума.

3. Точки наиболее безопасные для введения троакара и техника.

4. Выбор газа для создания пневмоперитонеума.

5. Возможные дополнения при проведении лапароскопии.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕОБХОДИМЫ ИНСТРУМЕНТЫ А) ГРУППЫ ДОСТУПА – ЭТО ВСЕ КРОМЕ:

1. Троакары (разные по диаметру и длинные).

2. Стилеты.

3. Переходники (гильзы).

4. Крючки фарабефан.

5. Игла Вереша.

Правильный ответ: 4

2. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ? ГРУППА Б) ВСЕ КРОМЕ:

1. Зажимы для удержания органов и тканей.

2. Захваты – диссектор.

3. Ножницы.

4. Электроды.

5. Зажимы Микулича.

Правильный ответ: 5

3. ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. Операционную.

2. Манипуляционную.

3. Перевязочную.

4. Рентгенкабинет.

5. Палату.

Правильный ответ: 1

4. ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ: ВСЕ КРОМЕ:

1. Пункция иглой со шприцем.

2. Прямая пункция иглой Вереша.

3. Прямая пункция троакаром.

4. Открытая лапароскопия с фиксатором.

5. Лапаротомия.

Правильный ответ: 5

5. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ.

1. На спине.

2. На левом боку.

3. На правом боку.

4. Положение Тренделенбурга.

5. Положение не имеет значения.

Правильный ответ: 1

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ТОЧКИ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТРОАКАРА – ВСЕ ПРАВИЛЬНО КРОМЕ:

1. Через пупок.

2. Параумбеликально (выше или ниже).

3. В правой подвздошной области.

4. Подреберье слева

5.левой подвздошной области.

Правильный ответ: 1

7. МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ «ПРОБЫ» ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ?

1. Проба у бегающей капли.

2. Шприцевая проба.

3. Аппаратная проба.

4. Все можно применить

5. Сочетание 1 и 2.

Правильный ответ: 4

8. СКОЛЬКО НУЖНО ВВЕСТИ ГАЗА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ, ЧТОБЫ ИСЧЕЗЛА ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ?

1. 500 мл газа (скорость 1л/мин.).

2. 1000 мл.

3. 300 мл.

4. 150 мл.

5. Больше 100 мл.

Правильный ответ: 1

9. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ УТЕЧКИ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ.

1. Неверно собран инструмент.

2. Повреждена прокладка.

3. Отверстие в брюшной стенке не соответствует диаметру инструмента.

4. Плохо наложен «кисетный» шов на апоневроз при открытой лапароскопии.

5. «Все они» возможны.

Правильный ответ: 5

10. В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ВВОДЯТ ГАЗЫ, КРОМЕ:

1. Кислород.
2. Углекислый газ.
3. Воздух операционной.
4. Гелий.
5. Закись азота.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больная 72 лет, поступила в клинику сего года с жалобами на боли в эпигастрии, слабость, похудание, кожный зуд. Больна 7 дней. Вначале появились боли, слабость, а затем присоединилась желтуха. Выставлен диагноз ЖКБ, холелитиаз, механическая желтуха. Состояние прогрессивно ухудшалось, желтуха нарастала. Перед лапаротомией решено произвести лапароскопию, диагноз – «цирроз». Желчный пузырь увеличен, стенки не изменены. Печень зеленовато-темно-вишневого цвета, увеличена, имеет место «цирроз» печени, острый гепатит. Однако нарастания желтухи, высокие цифры билирубина, увеличенный желчный пузырь, диагноз ЖКБ или опухоль панкреатодуоденальной области исключить было нельзя. Больная оперирована на 6 сутки. Пузырь увеличен, стенки не изменены, общий желчный проток не расширен. На 8 сутки больная умерла от нарастающей печеночно-почечной недостаточности. Патологоанатомический диагноз – на фоне острого гепатита - мелкоузловой цирроз.

1. Можно ли было бы не оперировать больную по результатам одной лапароскопии?

2. Какие еще обследования требовалось сделать для исключения ЖКБ?

3. Какие характерные лапароскопические признаки косвенные или прямые имеют место при циррозах печени?

4. Какова информативность диагностической лапароскопии по данным литературы?

5. Можно ли используя лапароскопию в данной ситуации сделать оментогепатопексию как одна из паллиативных операций?

Эталон ответа.

1. По результатам диагностической лапароскопии без дополнительных методов исследования нужно оперировать, так как имеется четкая клиническая картина ЖКБ (боль, зуд, желтуха).

2. Перед лапароскопией желательно было сделать УЗИ, печеночные пробы (более подробно собрать анамнез).

3. Бугристая печень, несколько увеличенная зеленовато-темно-багрового цвета белесова-тые вкрапления.

4. Для уточнения диагноза острого хирургического заболевания информативность лапароскопии по данным многих авторов составляет 96-98%.

5. Конечно, можно было бы произвести оментогепатопексию, но она не повлияла бы на результат.

№2

Больной 27 лет, госпитализирован во 2 х.о. с болями в животе, локализация по правому флангу и подвздошной области. Месяц назад лечился стационарно по поводу язвенной болезни ДПК. Из объективного статуса: печеночная тупость сохранена, симптомы раздражения брюшины Ситковского, Образцова положительны, Щеткина – сомнителен. L - 8,9; t-37,10 С. Ректально больной не осматривался. Предварительный диагноз острый аппендицит? Перфорация ДПК? При диагностической лапароскопии в малом тазу небольшое количество мутного выпота. Отросток белесоватого цвета расположен в малом тазу, серозная поверхность отечна, сосуды не выражены. В области привратника подпаян большой сальник, при его смещении обнаружено перфоративное отверстие 0.1 x 0.1 см. С истечением желудочного содержимого. Больному сделана диагностическая лапароскопия. Диагноз: прикрытая перфорация язвы ДПК, локализация на передней стенке.

1. Какие заболевания можно дифференцировать при лапароскопии?

2. Какие варианты хирургической операции возможны у больного?

3. Как поступить с червеобразным отростком?

4. Как закончить операцию?

5. Какая допущена ошибка на диагностическом этапе?

Эталон ответа.

1. Прободная язва желудка и ДПК. Острый холецистит, панкреатит, острый аппендицит.

2. Возможно ушивание перфоративного отверстия лапароскопически.

3. Червеобразный отросток можно оставить, при открытой лапаротомии лучше удалить.

4. Обязательно дренирование.

5. Ошибка - отказ от ректального осмотра.

№3

Больная 48 лет, поступила в 1 хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, боли в нижних отделах правой половины грудной клетки ноющего характера, сухой кашель,

субфебриль-ная температура. Заболевает 3 дня назад, когда появились боли в грудной клетке и правом подреберье. Объективно: при поступлении справа в нижних отделах легкого по задней поверхности ослабленное дыхание, живот резко напряжен и болезнен в правой половине. Сомнителен симптом острого живота. Поставлен диагноз: правосторонняя нижнедолевая пневмония, деструктивный холецистит? После проведенной противовоспалительной терапии инфузионной – объективные данные остались прежними. Несмотря на картину пневмонии, невозможно было исключить деструктивный холецистит. перитонит. Выполнена лапароскопия, желчный пузырь не изменен, выпота в брюшной полости нет. Исключены острые хирургические заболевания. Продолжено консервативное лечение, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

1. С какой целью производилась лапароскопия в данном случае?
2. Можно ли было исключить хирургическую патологию, не производя лапароскопию?
3. Можно ли считать лапароскопию основным методом дифф. диагностики острого «ложного» живота?
4. Чем объяснить клиническую картину, напоминающую острый холецистит у данно-го больного?
5. Оправдана ли была тактика динамического наблюдения?

Эталон ответа.

1. Лапароскопия проведена с целью дифф. диагностики острого «ложного» живота.
2. Исключить патологию в данном случае было сложно, не производя лапароскопию.
3. Лапаростомия является основным в дифф. диагностике острого «ложного» живота, да-ет возможность избежать напрасной лапаротомии.
4. Нижнедолевая пневмония – это область иннервации, иррадирующая корешковая боль.
5. Выжидательная тактика здесь была оправдана - подтверждением данные лапароскопии.

№4

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой по-ловине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты - $14,6 \times 10^9$ л

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое заболевание следует исключить?

3. Какое обследование необходимо провести для его исключения?

4. Какое решение может быть принято?

5. третичная профилактика.

Эталон ответа.

1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит.

2. Перфоративную язву.

3. ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы).

4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия под интубационным наркозом.

5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).

№5

Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,10 С, лейкоциты $10,1 \cdot 10^9/\text{л}$.

1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить диф-ференциальный диагноз?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Ваша тактика лечения.

4. Лист назначений в послеоперационном периоде.

5. Прогноз для жизни.

Эталон ответа.

1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника).

2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза.

3. Экстренное оперативное вмешательство.

4. Голод, гентамицин 80 гр X 3 р. в/м.

5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Умение собрать все необходимое для наложения диагностической лапароскопии;

2. Правильно выбрать точку для прокола брюшной полости;

3. Научиться выполнять диагностическую лапароскопию.

1. Тема: «Особенности течения заболевания при атипичных локализациях отростка, у детей, пожелых, беременных».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

Знать:

1. Назовите ранние симптомы острого аппендицита.
2. перечислите наиболее достоверные признаки и симптомы острого аппендицита.
3. Особенности течения острого аппендицита у стариков, детей, беременных.
4. Характер выпота при деструктивных формах острого аппендицита, распространение выпота в брюшной полости.
5. Особенности клинической картины в поздние сроки заболевания при перфорации и разлитом перитоните.
6. Хирургические доступы при различных формах острого аппендицита.
7. Тактика хирурга при явной и сомнительной картине острого аппендицита.
8. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с почечной коликой.
9. Последовательность ревизии органов брюшной полости при неизменном червеобразном отростке.
10. Особенности клинической картины в зависимости от различного расположения червеобразного отростка в брюшной полости (ретроперитонеальное, ретроцекальное, тазовое, подпеченочное).
11. Назовите главные элементы аппендэктомии.
12. Вопросы реабилитации и диспансеризации.
13. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

4 Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ:

- а) схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
- б) быстрого развития разлитого перитонита
- в) высокой температуры
- г) выраженной интоксикации
- д) резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

Правильный ответ: д

2. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ:

- а) эндотрахеального наркоза
- б) внутривенного наркоза

- в) местной анестезии
- г) перидуральной анестезии
- д) спинномозговой анестезии

Правильный ответ: в

3. РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) симптом Кохера–Волковича
- б) симптом Промптова
- в) головокружение и обмороки
- г) симптом Бартомье–Михельсона
- д) пункция заднего свода влагалища

Правильный ответ: д

4. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) перевязка шелковой лигатурой с погружением культи
- б) перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи
- в) погружение неперевязанной культи
- г) перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи
- д) перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи

Правильный ответ: д

5. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА В МАЛОМ ТАЗУ ХАРАКТЕРНО:

- а) наличие болезненности в треугольнике Шеррера
- б) примесь крови в каловых массах
- в) выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании
- г) отсутствие температурной реакции
- д) положительный симптом Пастернацкого

Правильный ответ: в

6. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:

- а) Щеткина*Блюмберга
- б) Ровзинга
- в) резкая болезненность при ректальном исследовании
- г) напряжение мышц в правой подвздошной области
- д) Крымова

Правильный ответ: в

7. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНО:

- а) схваткообразного характера боли, понос, многократная рвота
- б) быстрое развитие разлитого перитонита
- в) высокая температура
- г) выраженная интоксикация

д) резкое напряжение мышц в правой подвздошной области

Правильный ответ: б

8. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ:

а) эндотрахеального наркоза

б) внутривенного наркоза

в) местной анестезии

г) перидуральной анестезии

д) спинномозговой анестезии

Правильный ответ: в

9. НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:

а) ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка

б) ригидности может не быть при тазовом расположении

в) рвота всегда предшествует боли

г) боль может начинаться в области пупка

д) боль чаще начинается в эпигастральной области

Правильный ответ: в

10. ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У:

а) детей

б) лиц с тяжелой травмой

в) мужчин

г) женщин

д) лиц пожилого и старческого возраста

Правильный ответ: д

5 Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

При вскрытии брюшной полости разрезом Дьяконова - Волковича хирург не обнаруживает слепой кишки и червеобразного отростка.

1. Действия хирурга.

2. Тактика хирурга.

3. Вид анестезиологического пособия.

4. Классификация по морфологическому признаку.

5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Под общим наркозом рана расширяется кверху (трансректальный разрез Ленандера) и производится ревизия правой половины брюшной полости, а при необходимости и левой половины.

2. Червеобразный отросток и удаляется – аппендэктомия.

3. Интраоперационный или в/в наркоз.

4. Острый катаральный, острый флегмонозный острый деструктивный.

5. Профилактика – ранней и поздней спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи, следить за функцией кишечника, ограничение физической нагрузки.

№2

У больной, которая взята в операционную, по поводу острого аппендицита при вскрытии брюшной полости, выделяется в большом количестве темная кровь, отросток слегка гиперемирован.

1. О какой патологии можно думать?
2. Дальнейшие действия хирурга?
3. Действие врача.
4. Что нужно сделать с червеобразным отростком?
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Внематочная беременность.
2. Пригласить в операционную гинеколога.
3. Удаление маточной трубы.
4. Аппендэктомия.
5. Наблюдение у гинеколога, профилактика спаечной болезни, п/операционной грыжи, воспалительных гинекологических заболеваний.

№3

Больной 20 лет, беременность 22 недели, поступила с диагнозом острого аппендицита, показано оперативное лечение.

1. Метод обезболивания.
2. Оперативный доступ (перечислите все).
3. Что является патологическим выпотом в брюшной полости?
4. Показания к дренированию брюшной полости.
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Интубационный или венный наркоз.
2. Разрез Волковича-Дьяконова, срединная лапаротомия.
3. В норме в брюшной полости выпота практически нет, и не определяется. Наличие любого количества выпота (серозного, гнойного, калового, мочевого, желчного, крови и др.) считается патологическим.

4. Наличие выпота в брюшной полости является показанием к дренированию брюшной полости.

5. Профилактика спаечной болезни (следить за функцией кишечника), профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки).

№4

Мужчина 82 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется на-пряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты - $14,6 \times 10^9$ л

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое заболевание следует исключить?
3. Какое обследование необходимо провести для его исключения?

4. Какое решение может быть принято?

5. третичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Острый аппендицит. Разлитой перитонит.
2. Перфоративную язву.
3. ФГДС, обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы).
4. Экстренное оперативное вмешательство – срединная лапаротомия под интубационным наркозом.
5. Профилактика послеоперационных грыж (ограничение физической нагрузки ношение бандажа), спаечной болезни (следить за функцией кишечника).

№ 5

Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов. Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,10 С, лейкоциты $10,1 \cdot 10^9$ /л.

1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Ваша тактика лечения.

4. Лист назначений в послеоперационном периоде.

5. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

1. Острый аппендицит и внутрибрюшное кровотечение (внематочная беременность, апоплексия яичника).

2. Кровь на эритроциты, гемоглобин, гинекологические исследования – пункция заднего свода, УЗИ малого таза.

3. Экстренное оперативное вмешательство.
4. Голод, гентамицин 80 гр X 3 р. в/м.
5. Для жизни прогноз благоприятный, для деторождения – сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Научиться обследовать хирургического больного, проверять и оценивать симптомы острого аппендицита, заполнять историю болезни, представления, составлять план применения лабораторных и инструментальных методов исследований. Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза сформулировать показания к оперативному лечению, выполнять наиболее распространенные врачебные манипуляции.

1.Тема: «Доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника».

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- 1.Классификация опухолей тонкого и толстого кишечника.
- 2.Значение пальцевого исследования для выявления рака прямой кишки
- 3.Необходимость обследования всей толстой кишки при раке прямой кишки
- 4. Локализация опухолей дающих непроходимость кишечника.
- 5.Радикальные и паллиативные операции при острой толстокишечной непроходимости
- 6..Роль гистоисследования в постановке диагноза опухолей кишечника.
- 7. Прогноз лечения опухолей кишечника.

обучающийся должен знать:

- организационную структуру хирургической службы
- **должен уметь:**
- _ выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний
- _ выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход
- назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов
- применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

_____ системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.
постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям.

- 1.К злокачественным опухолям прямой кишки относится
1) аденокарцинома

- 2) ювенильный полип
- 3) ворсинчатая опухоль
- 4) аденома
- 5) липома

Правильный ответ: **1**

2. Под понятием рак обычно подразумевают

- 1) меланому
- 2) ворсинчатую опухоль
- 3) аденокарциному
- 4) саркому
- 5) лейомиому

Правильный ответ: **3**

3. Рак анального канала обычно состоит из клеток типа

- 1) аденокарциномы
- 2) базалиомы
- 3) меланомы
- 4) плоскоклеточного рака
- 5) лейомиомы

Правильный ответ: **4**

4. Опухоли, расположенные выше анального канала, чаще всего имеют строение

- 1) базалиомы
- 2) аденокарциномы
- 3) плоскоклеточного рака
- 4) лейомиосаркомы
- 5) меланомы

Правильный ответ: **2**

5. Рак ректосигмоидного отдела обычно проявляет себя всем перечисленным, кроме

- 1) общей слабости
- 2) потери аппетита
- 3) явлений частичной кишечной непроходимости
- 4) ректальных кровотечений
- 5) острого парапроктита

Правильный ответ: **5**

6. Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании

- 1) клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии
- 2) цистоскопии, цистографии и колоноскопии
- 3) пальцевого исследования, ректоскопии и колоноскопии
- 4) экскреторной урографии, ирригоскопии и сфинктерометрии
- 5) обзорного снимка брюшной полости, экскреторной урографии и сфинктерометрии

Правильный ответ: **3**

7. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки следует произвести

- 1) пальцевое исследование прямой кишки
- 2) ректороманоскопию
- 3) лапароскопию
- 4) колоноскопию
- 5) ультразвуковое исследование

Правильный ответ: **5**

8. Основным симптомом гемангиомы прямой кишки является

- 1) боли в прямой кишки
- 2) затрудненный стул
- 3) частый жидкий стул
- 4) кровотечение
- 5) непроходимость

Правильный ответ: **4**

9. Небольших размеров карциноид проявляет себя в прямой кишке

- 1) головными болями
- 2) бессимптомно
- 3) болями в правой кишке
- 4) болями в животе

Правильный ответ: **2**

10. Наиболее радикальным способом лечения гемангиомы прямой кишки является

- 1) электрокоагуляция
- 2) трансанальное иссечение
- 3) удаление прямой кишки с опухолью
- 4) микроклизмы с колларголом
- 5) склерозирующая терапия

Правильный ответ: **2**

11. Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается

- 1) при пальцевом исследовании
- 2) ректороманоскопии
- 3) ирригоскопии
- 4) после эндоскопического удаления и морфологического исследования
- 5) колоноскопии

Правильный ответ: **4**

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1

Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого

назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение - умереннодифференцированная аденокарцинома. При дальнейшем обследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Какие диагностические ошибки были допущены врачами поликлиники?
2. С какого обследования следует начинать в поликлинике?
3. Назовите стандарт обследования толстой кишки.
4. Какой тип операции предстоит больному?

Эталон ответа

1. Не выполнен полный стандарт обследования толстой кишки.
- 2. Пальцевое обследование
- 3. Пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия.
- 4. Планируется выполнение брюшно-анальной резекции.

Задача № 2

Больной 42 лет лечился у уролога от простатита в течение 3 месяцев. Эндоректально применялся аппарат теплового лечения ППК - 01 "Пра". Обследование больного было ограничено лишь пальцевым исследованием прямой кишки. В виду неэффективности лечения был консультирован колопроктологом. Выполнена ректороманоскопия - выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на высоте 11 см. Взята биопсия. Гистологическое заключение - низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Данных за отдаленные метастазы не выявлено.

1. Какие ошибки были допущены врачом урологом?
2. С какого обследования следует начинать в поликлинике?
3. Назовите стандарт обследования толстой кишки.
4. Какой возможный тип операции предстоит больному?
5. Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки?

Эталон ответа

1. Не своевременная консультация проктолога, следовало консультировать до лечения простатита.
2. Пальцевое обследование
3. Пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия.
4. Возможно выполнение брюшно-анальной резекции.
5. Рак прямой кишки. Хроническая анальная трещина. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.

Задача № 3

Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до $3,2 \cdot 10^{12}/л$, 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась ФГС осматривалась гинекологом. Проводилось лечение витаминами, препаратами железа с незначительным эффектом. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой произведена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2 см. При дальнейшем обследовании диагностирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома). Метастазов в другие органы не обнаружено. Больная физически крепкая женщина, сохранна.

1. Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники?
2. Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике?
3. Какое лечение необходимо провести больной?
4. С какого обследования следует начинать в поликлинике?
5. Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки?

Эталон ответа

1. Не возникла онкологическая настороженность на рак толстой кишки.
2. пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, биопсия, ирригоскопия.
3. Левостороннюю гемиколэктомию, с последующей химиотерапией.
4. Пальцевое обследование, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия.
5. Рак прямой кишки. Хроническая анальная трещина. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.

Задача №4

Больной 29 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на боли в левой половине живота, периодически функционирующий свищ в левой поясничной области. Четыре месяца назад в хирургическом отделении был вскрыт паранефрит, после чего сформировался свищ с выделением слизи, гноя, газов. Произведена фистулография, на которой отмечается попадание контраста в нисходящую ободочную кишку. При дальнейшем обследовании обнаружена аденокарцинома нисходящего отдела ободочной кишки. Оперирован. На операции местно неудаляемая опухоль, прорастающая забрюшинную

клетчатку с образованием свища, с метастазами в печени. Наложена обходной трансверзосигмоанастомоз.

1. Какое осложнение опухоли толстой кишки наступило у больного?

2. Какие методы обследования необходимо было провести больному в хирургическом отделении?

3. Какие еще осложнения опухоли толстой кишки возможны у пациентов?

4. Какие общие симптомы опухоли толстой кишки остались без внимания?

5. Каков прогноз в данном случае?

Эталон ответа:

1. Прорастание опухоли в забрюшинную клетчатку с образованием свища

2. Ректороманоскопию, колоноскопию, ирригоскопию, биопсию.

3 Кровотечение, кишечная непроходимость

4. Слабость прогрессирующая, анемия, похудание.

5. При симптоматическом лечении продолжительность жизни исчисляется месяцами.

Задача №5

Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождение газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер, появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?

2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение необходимо провести больному?

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?

2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение необходимо провести больному?

4. Когда можно закрыть колостому?

Эталон ответа:

1. Рак сигмы, осложненный кишечной непроходимостью
 - 2.Пальцевое , ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, биопсия.
3. Экстренная операция: лапаротомия, ревизия, устранение непроходимости через колостому и резекция кишки с опухолью в зависимости от стадии заболевания.
4. При отсутствии метастазов в органах брюшной полости через 4 -6 месяцев.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

- 1.выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы рака толстой кишки.
2. выполнять основные диагностические мероприятия.
- 3.назначать адекватное обследование у проктолога.
- 4.назначать адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом.
- 5.применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

Стандарты:

- 1.Самым характерным признаком рака прямой кишки является наличие крови в кале и ложные тенезмы.

Нарушение общего состояния и абдоминальные симптомы долго не проявляются.

При раке *правой половины ободочной кишки* чаще бывает **скрытое кровотечение**. Для этой локализации очень характерна **анемия и ускоренное СОЭ**. Иногда может прощупываться опухолевидное образование в правой подвздошной области.

Рак *левой половины ободочной кишки* чаще, чем другая локализация дает явления **кишечной непроходимости**. Осложнения: перфорация, кровотечения, острая кишечная непроходимость.

2. сбор жалоб, анамнез, пальцевое обследование прямой кишки.
- 3.ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, биопсия.
- 4.Единственным радикальным методом лечения является хирургический.

Лучевая терапия и химиотерапия как самостоятельные формы лечения рака прямой кишки не применяются, за исключением плоскоклеточного рака анального канала и перианальной кожи. Их используют в качестве комбинированного и комплексного лечения.

Общими принципами хирургического лечения рака толстой кишки является: радикализм, абластичность, асептичность и создание беспрепятственного отхождения кишечного содержимого, по возможности естественным путем.

Радикализм операции обеспечивается адекватным объемом резекции толстой кишки с опухолью и удалением соответствующей зоны регионарного лимфогенного метастазирования.

Абластичность и асептичность при хирургических вмешательствах достигается соблюдением комплекса мероприятий. Это – бережное обращение с толстой кишкой и не касание опухоли, ранняя перевязка основных питающих сосудов, мобилизация кишки острым путем.

По объему оперативные вмешательства делятся на: типичные, комбинированные, расширенные и сочетанные.

5. Диспансерное наблюдение в 3 группе.

1. Тема: «Лечение кишечных свищей. Реконструктивно-восстановительные операции по поводу кишечных свищей».

2. Формы работы:

-Подготовка к практическим занятиям.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Анатомия органов пищеварительной системы.
2. Синтопия органов пищеварительной системы.
3. Способы наложения основных видов кишечных и желудочных свищей..
4. Методы физикального и лабораторного исследований органов пищеварительной системы.
5. Рентгенологические методы исследования желудочно-кишечного тракта
6. Лечение свищей.

4.Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1.Как осуществляется энтеральное питание при кишечных свищах?

- 1) через назогастральный зонд или зонд через гастро или еюностому.
- 2)через рот
- 3)внутривенно
- 4) через клизму
- 5) все верно

Правильный ответ: **1**

2.Из чего складывается ведение послеоперационного периода у больных с кишечными свищами?

- 1) уход за кожей вокруг свища.
- 2)энтеральное (зондовое) питание.
- 3) питание парентеральное
- 4)все перечисленное

Правильный ответ: **4**

3.Когда начинать энтеральное питание?

- 1) через 6 часов от поступления.
- 2) через 24 часа от поступления.
- 3) через неделю от поступления.
- 4)чем раньше, тем лучше.

Правильный ответ: **4**

4.Какие доступы освоены для энтерального питания?

- 1) назогастральный

- 2)назоэнтеральный
 - 3)через стому
 - 4) все перечисленное
- Правильный ответ :4

5.Какие методы обтурации кишки применяют?

- 1)внекишечные
 - 2) внутрикишечные
 - 3) смешанные
 - 4) все перечисленные
- Правильный ответ: 4

6.Назовите абсолютные противопоказания к обтурации:

- 1) несформированные свищи тонкой кишки.
- 2) полные свищи тонкой и толстой кишки
- 3) непроходимость отводящего отдела кишки
- 4) гнойники,флегмоны вокруг свища
- 5)все перечисленное.

Правильный ответ: 4

7.Какие операции выполняются для лечения кишечных свищей?

- 1)Закрытие свища без вскрытия брюшной полости (внебрюшинные методы);
- 2)Закрытие свища со вскрытием брюшной полости (внутрибрюшинные методы)
- 3)все перечисленное
- 4)консервативное ведение свищей

Правильный ответ: 3

8.Назовите методы обследования больных со свищами.

- 1)использование красящих веществ для выяснения скорости прохождения по пищеварительному тракту, средняя скорость составляет 10 см/мин.
- 2)пальцевое исследование.
- 3) рентгенологическое исследование
- 4)эндоскопическое исследование
- 5)все перечисленное

Правильный ответ:5

9 Назовите задачи обследования больных со свищами желудочно-кишечного тракта.

- 1)Выяснить локализацию свища
- 2)уточнить состояние отводящей и приводящей петли.
- 3)выяснить взаимоотношение кишки несущей свищ с соседними органами
- 4) имеются или нет затеки в окружающие ткани.
- 5) Все перечисленное

Правильный ответ 5

10. Из чего складывается местное лечение наружных кишечных свищей

- 1) лечения гнойной раны
 - 2) предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого
 - 3) уменьшение потерь кишечного отделяемого
 - 4) всего перечисленного.
 - 5) ежедневных перевязок
- Правильный ответ 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача №1. Через 7 дней после резекции тонкой кишки по поводу спаечной кишечной непроходимости у больного появились боли в области раны. Повязка обильно промокла тонкокишечным содержимым. При перевязке - кожа в окружности раны отечна гиперемирована, в дне раны находятся петли тонкой кишки. В одной из них имеется дефект размером 1,5x0,5 см, через которой выделяется кишечное содержимое. Через два дня состояние больной ухудшилось. Беспокоит жажда, слабость, головокружение. Пульс 120 в мин., АД 100/40 мм.рт.ст. Был стул. Мочеиспускание 2 раза в сутки. Количество кишечного отделяемого из раны достигает 500 мл.

1. Какое послеоперационное осложнение у больной?
2. Укажите вид, характер и уровень осложнения?
3. Какое местное лечение можно применить?
4. Укажите основные направления медикаментозного лечения в данном случае.

Ответ: 1. Поздняя несостоятельность межкишечного анастомоза. Неполный наружный несформированный свищ тонкой кишки, открывающийся в гнойную рану, осложнений обменными нарушениями и дерматитом.

2. Для выявления уровня свища необходимо per os ввести раствор метиленовой синьки и проследить время ее появления через свищ.

3. Временная обтурация свища противопоказана. Предпочтительней "открытое ведение раны" (аспирация кишечного содержимого в ране, в качестве местного лечения применяются различные пасты, для защиты кожного покрова от воздействия кишечных ферментов).

4. Восполнение потери жидкости, электролитов, белка, введение глюкозы и витаминов.

Задача №2. Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое. Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%.

Кожа на всем протяжении передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней линии гнойная рана размером 10x16 см, дном которой являются петли кишечника, имеющие 4 отверстия диаметром от 1 до 3 см. Из раны — обильное гнойнокишечное отделяемое с примесью желчи. Температура тела 37,9°C. Анализ крови: эр.— $3,88 \cdot 10^{12}$, НЬ—100 г/л, л. — $6,7 \cdot 10^9$ Лейкоцитарная формула: э.—10, п.—6, с.—68, лимф.—15%, мои.—10%, СОЭ — 28/44 мм/ч. Общий белок крови — 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови — 2502 мл. Объем циркулирующей плазмы — 1400 мл. Хлориды крови — 50 ммоль/л. Проба Квика — 51,2%. Полупериод выделения бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая патологическая.

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
3. Какая операция планируется на первом этапе?
4. Какая операция планируется на втором этапе ?

Ответ: 1. Множественные, неполные, несформированные, наружные тонкокишечные свищи, открывающийся в гнойную рану, осложненные обменными нарушениями и дерматитом.

2. Лечение: ежедневное внутривенное вливание белковых кровезаменителей, 10%-ного раствора глюкозы с витаминами, инсулином, растворов хлористого калия, кальция и натрия, гемотрансфузии, антибиотикотерапия. 3. Двустороннее выключение петли тощей кишки, несущей свищ. Анастомоз конец в конец.

4 Через 4 месяца экстирпация ранее выключенной петли тощей кишки, пластика передней брюшной стенки.

Задача №3. Больной Г., 20 лет, 23/VI 1944 г. получил ранение осколком артиллерийского снаряда в область крестца, проникающее в брюшную полость. Через 9 ч — срединная лапаротомия: удален осколок снаряда, выступающий из стенки прямой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. В левой подвздошной области сделан разрез, и на вершину сигмовидной кишки наложен противоестественный задний проход. В послеоперационном периоде трижды эвентрация кишечника через срединный лапаротомный разрез. Затем нагноение швов, расхождение раны и некроз стенок двух кишечных петель, припаявшихся к дну раны. В левой подвздошной области не функционирующий, оперативно наложенный противоестественный задний проход на сигмовидной кишке. На передней брюшной стенке по средней линии, на уровне пупка, рана 20x15 см. Дно раны выстлано слизистой кишечника. В верхнем отделе раны — два открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет — в спавшемся состоянии. В нижнем углу раны — также два кишечных просвета, в спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только слизь. Через задний проход каловые массы не выделяются. Кожа вокруг раны мацерирована в радиусе 10—12 см.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?
3. Какая операция планируется на первом этапе?
4. Какая операция планируется на втором этапе ?
5. Какая операция планируется на третьем этапе ?

Ответ: 1. Множественные слизисто-кишечные свищи тонкой кишки. Губовидный, слизистый, оперативно наложенный противоестественный задний проход сигмовидной кишки.

2. Консервативное лечение.
3. Первая операция закрытие кишечного свища по Гаккеру-Линевичу.
4. Вторая операция через 2 месяца: закрытие противоестественного заднего прохода по Бильроту.
5. Через 7 месяцев третья операция: демукозация и пластика брюшной стенки под местной анестезией по поводу слизистого свища.

Задача 4. Больной Д., 46 лет, оперирован по поводу инфицированного тотального панкреонекроза, перитонита. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентерацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое.

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Показано ли энтеральное питание?
4. Как лечить?
5. Прогноз?

Ответ:

1. Наружный толстокишечный свищ
2. Пальцевое исследование, фистулография, ирригоскопия, ирригография.
3. Энтеральное питание не показано.
4. Лечение консервативное.
5. Благоприятный.

Задача 5. У пациентки 70 лет после операции по поводу рака поперечно-ободочной кишки с клиникой частичной кишечной непроходимости, без метастазов, произведена резекция кишки с опухолью и наложена колостома в правом подреберье.

1. Как лечить пациентку?
2. Как долго может быть колостома?
3. Когда назначить энтеральное питание?
4. Возможный вариант операции.
5. Прогноз?

Ответ:

1. Местное лечение кожи вокруг стомы и питание.
2. Через полгода, при отсутствии метастазов операция-закрытие свища внутрибрюшным способом.

- 3.Энтеральное питаний не показано
- 4.Внутрибрюшное закрытие стомы.
- 5.Зависит от развития метастазов,

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Уметь:

1. Провести клиническое обследование больного.

Стандарт:

Собрать жалобы, анамнез, провести мануальное обследование.

2. Оценить результаты рентгенологического исследования.

Стандарт:

Оценить проходимость приводящей и отводящей петель, наличие патологических изменений.

3. Провести диагностические и лечебные манипуляции при обнаружении или возникновении свища желудочно-кишечного тракта.

Стандарт:

1. Использование красящих веществ для выяснения скорости прохождения по пищеварительному тракту, средняя скорость составляет 10 см/мин.

2. Пальцевое исследование - при исследовании удается выяснить наличие сужения начального отдела отводящей кишки, дополнительных ходов в окружающие ткани, а также уточнить характер “шпоры”. От результатов этого исследования будет зависеть дальнейшая тактика, так при сужениях отводящей петли, или высокой ригидности шпоры все методы obturации такого свища будут противопоказаны.

3.Рентгенологическое исследование - целесообразно начинать с введения контрастного вещества в отводящую петлю. Главные задачи исследования состоят, в определении скорости пассажа контрастного вещества по кишке, обнаружение задержки его и уровня этой задержки. Получение подобной информации имеет большое значение для хирургического вмешательства, при котором необходимо ликвидировать не только свищ, но и перегибы, деформации отводящей петли, чтобы избежать гипертензии в области швов анастомоза в послеоперационном периоде. Кроме того, необходимо выяснить состояние приводящего отдела свища путем дачи бария per os. При свищах толстой кишки рекомендуется исследование с помощью бариевой клизмы.

4.Эндоскопические исследования - здесь получают дополнительную информацию о состоянии приводящей и отводящей петли свища. При этом следует обратить внимание на характер изменений слизистой оболочки свища (гипертрофия, эрозии, изъязвления, рубцы, деформации).

4. Провести дифференциальную диагностику свищей желудочно-кишечного тракта по этиологии, морфологическим признакам, локализации и функции.

Стандарт:

I. По локализации (желудок, двенадцатиперстная кишка, тощая кишка, подвздошная кишка, слепая кишка, ободочная кишка, прямая кишка).

II. По морфологии.

1. Губовидные.

2. Трубочатые.

III. По степени сформированности.

1. Несформировавшиеся свищи:

- свищ на свободной петле, открывающийся в гнойную рану,
- свищ, открывающийся в гнойную полость
- свищ, открывающийся в гранулирующую рану,
- свищ, слизистая оболочка которого частично срослась с кожей.

III. По функции.

1. Полные свищи,

2. Неполные свищи.

IV. Одиночные и множественные свищи (на одной петле, на разных петлях одного отдела кишечника).

1. Тема: «Энтеральное питание больных с кишечными свищами. Ведение больных в пред- и послеоперационном периоде».

2. Формы работы:

-подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

- 1.Показания к энтеральному питанию.
2. Противопоказания к энтеральному питанию.
- 3.Неудачи и осложнения при энтеральном питании.
- 4.Особенности послеоперационного ухода.

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– _ выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– _ выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- - системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1.Как осуществляется энтеральное питание при кишечных свищах?

- 1) через назогастральный зонд или зонд через гастро или еюностому.
- 2) через рот
- 3)внутривенно
- 4)через клизму
- 5)все перечисленное.

Правильный ответ: 1

2.Из чего складывается ведение послеоперационного периода у больных с кишечными свищами?

- 1)уход за кожей вокруг свища.
- 2)энтеральное (зондовое) питание.
- 3)питание парентеральное
- 4)все перечисленное
- 5)ничего из перечисленного

Правильный ответ: **4**

3.Когда начинать энтеральное питание?

- 1) через 6 часов от поступления.
- 2) через 24 часа от поступления.
- 3) через неделю от поступления.
- 4)чем раньше, тем лучше.
- 5) в любое время.

Правильный ответ: **4**

4.Какие доступы освоены для энтерального питания?

- 1) назогастральный
- 2)назоэнтеральный
- 3)через стому
- 4) все перечисленное
- 5)ничего из перечисленного.

Правильный ответ :**4**

5.Назовите состав энтерального питания.

- 1)питание из молока, сливок, яиц, бульонов.
- 2)из продуктов детского питания.
- 3)промышленные быстрорастворимые смеси.
- 4)все перечисленное.
- 5)ничего из перечисленного

Правильный ответ: **4**

6.Назовите осложнения при парентеральном питании.

- 1)тошнота и рвота
- 2) диарея или запор
- 3) регургитация.
- 4) все перечисленное.
- 5)ничего из перечисленного

Правильный ответ: **4**

7.Назовите абсолютные противопоказания к энтеральному питанию.

- 1) клинически выраженный ок.

- 2) кишечная непроходимость.
- 3) ишемия киечника.
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4

8. Назовите относительные противопоказания к энтеральному питанию.

- 1) частичная обтурация кишечника.
- 2) тяжелая неукротимая диарея.
- 3) тяжелый панкреатит и киста поджелудочной железы.
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4

9. Назовите проблемы при энтеральном питании.

- 1) ругургитация.
- 2) аспираия.
- 3) диаррея.
- 4) миробная контоминация и инфекция.
- 5) все перечисленное.

Правильный ответ: 5

10. Назовите проблемы, связанные с зондовым питанием.

- 1) некроз, изъязвление поверхности слизистой.
- 2) смещение онда и миграция.
- 3) закупорка зонда.
- 4) все перечисленное.
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача 1. Через 7 дней после резекции тонкой кишки по поводу спаечной кишечной непроходимости у больного появились боли в области раны. Повязка обильно промокла тонкокишечным содержимым. При перевязке кожа в окружности раны отечна гиперемирована, в дне раны находятся петли тонкой кишки. В одной из них имеется дефект размером 1,5x0,5 см, через которой выделяется кишечное содержимое. Через два дня состояние больной ухудшилось. Беспокоит жажда, слабость, головокружение. Пульс 120 в мин., АД 100/40 мм.рт.ст. Был стул. Мочейспускание 2 раза в сутки. Количество кишечного отделяемого из раны достигает 500 мл.

1. Какое послеоперационное осложнение у больной?
2. Укажите вид, характер и уровень осложнения?
3. Какое местное лечение можно применить?
4. Укажите основные направления медикаментозного лечения в данном случае.
5. Когда назначить энтеральное питание?

Ответ:

1. Поздняя несостоятельность межкишечного анастомоза. Неполный наружный несформированный свищ тонкой кишки, открывающийся в гнойную рану, осложнений обменными нарушениями и дерматитом.

2. Для выявления уровня свища необходимо пер ос ввести раствор метиленовой синьки и проследить время ее появления через свищ.

3. Временная обтурация свища противопоказана. Предпочтительней "открытое ведение раны" (аспирация кишечного содержимого в ране, в качестве местного лечения применяются различные пасты, для защиты кожного покрова от воздействия кишечных ферментов).

4. Восполнение потери жидкости, электролитов, белка, введение глюкозы и витаминов.

5. При ургентной хирургической патологии функция кишечника обычно уже нарушена в той или иной мере к началу оперативного вмешательства, поэтому требуется некоторый период подготовки. При наличии у больного пареза или паралича кишечника любой этиологии зонд, установленный не выше ниже-горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (или ниже дистального анастомоза при его наличии), вначале используется в режиме декомпрессии. Дренажное дренирование через зонд снижает и уравнивает давление в просвете кишки с атмосферным за счет выделения вначале газа, а затем - жидкости. Улучшается кровоснабжение кишечной стенки, при достаточном обезболивании и приемлемом уровне объема циркулирующей крови восстанавливается механическая функция кишки, а позднее - всасывающая и переваривающая ее функции. Признаком создания приемлемых условий для начала использования энтерального пути введения

является прекращение отделения жидкости и газа из зонда. Начинают с введения мономерных электролитных смесей, затем переходят к введению полисубстратных смесей.

Задача 2. Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки.

Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й

день после операции в рану стало отделяться гнойнокишечное отделяемое.

Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%. Кожа на всем протяжении

передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней

линии гнойная рана размером 10x16 см, дном которой являются петли

кишечника, имеющие 4 отверстия диаметром от 1 до 3 см. Из раны — обильное

гнойнокишечное отделяемое с примесью желчи. Температура тела 37,9°C. Анализ

крови: эр.—3,88*10¹², НЬ—100 г/л, л. —6,7-109 Лейкоцитарная формула: э.—

Г^о, п.— 6, с.— 68, лимф.— 15%, мои.— 10%, СОЭ — 28/44 мм/ч. Общий белок

крови — 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови — 2502 мл. Объем циркулирующей

плазмы — 1400 мл. Хлориды крови — 50 ммоль/л. Проба Квика — 51,2%.

Полупериод выделения бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая

патологическая.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

3. Какую раннюю операцию планировать?

4. Какую позднюю операцию планировать?

5. Когда назначить энтеральное питание?

Ответ:

1. Множественные, неполные, несформированные, наружные тонкокишечные

свищи, открывающийся в гнойную рану, осложненные обменными нарушениями и

дерматитом.

2. Лечение: ежедневное внутривенное вливание белковых

кровезаменителей, 10%-ного раствора глюкозы с витаминами, инсулином, растворов хлористого калия, кальция и натрия, гемотрансфузии, антибиотикотерапия.

3. Операция: двустороннее выключение петли тощей кишки, несущей свищ. Анастомоз конец в конец.

4. Через 4 месяца экстирпация ранее выключенной петли тощей кишки, пластика передней брюшной стенки.

5. При ургентной хирургической патологии функция кишечника обычно уже нарушена в той или иной мере к началу оперативного вмешательства, поэтому требуется некоторый период подготовки. При наличии у больного пареза или паралича кишечника любой этиологии зонд, установленный не выше ниже-горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (или ниже дистального анастомоза при его наличии), вначале используется в режиме декомпрессии. Дренажное дренирование через зонд снижает и уравнивает давление в просвете кишки с атмосферным за счет выделения вначале газа, а затем - жидкости. Улучшается кровоснабжение кишечной стенки, при достаточном обезболивании и приемлемом уровне объема циркулирующей крови восстанавливается механическая функция кишки, а позднее - всасывающая и переваривающая ее функции. Признаком создания приемлемых условий для начала использования энтерального пути введения является прекращение отделения жидкости и газа из зонда. Начинают с введения мономерных электролитных смесей, затем переходят к введению полисубстратных смесей.

Задача 3. Больной Г., 20 лет, 23/VI 1944 г. получил ранение осколком

артиллерийского снаряда в область крестца, проникающее в брюшную полость.

Через 9 ч — срединная лапаротомия: удален осколок снаряда, выступающий из

стенки прямой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. В левой подвздошной

области сделан разрез, и на вершину сигмовидной кишки наложен

противоестественный задний проход. В послеоперационном периоде трижды

эвентрация кишечника через срединный лапаротомный разрез. Затем нагноение

швов, расхождение раны и некроз стенок двух кишечных петель, припаявшихся к

дну раны. В левой подвздошной области — не функционирующий, оперативно

наложенный противоестественный задний проход на сигмовидной кишке. На

передней брюшной стенке по средней линии, на уровне пупка, рана 20x15 см.

Дно раны выстлано слизистой кишечника. В верхнем отделе раны — два

открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно

выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет — в

спавшемся состоянии. В нижнем углу раны — также два кишечных просвета, в

спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только

слизь. Через задний проход каловые массы не выделяются. Кожа вокруг раны

мацерирована в радиусе 10—12 см.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

3. Какая планируется первая операция?

4. Какие операции последующие?

5. Когда назначить энтеральное питание?

Ответ:

1. Множественные слизисто-кишечные свищи тонкой кишки. Губовидный,

слизистый, оперативно наложенный противоестественный задний проход

сигмовидной кишки.

2. Консервативное лечение.

3. Первая операция закрытие кишечного свища по

Гаккеру-Линевичу.

4. Вторая операция через 2 месяца: закрытие противоестественного заднего прохода по Бильроту. Через 7 месяцев третья

операция: демукозация и пластика брюшной стенки под эпидуральной анестезией по

поводу слизистого свища.

5. Признаком создания приемлемых условий для начала использования энтерального пути введения является прекращение отделения жидкости и газа из зонда. Начинают с введения мономерных электролитных смесей, затем переходят к введению полисубстратных смесей.

Задача 4. Больной Д., 46 лет, оперирован по поводу инфицированного тотального панкреонекроза, перитонита. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентерацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое.

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Показано ли энтеральное питание?
4. Как лечить?
5. Прогноз?

Ответ:

1. Наружный толстокишечный свищ
2. Пальцевое исследование, фистулография, ирригоскопия, ирригография.
3. Энтеральное питание не показано.
4. Лечение консервативное.
5. Благоприятный.

Задача 5. У пациентки 70 лет после операции по поводу рака поперечно-ободочной кишки с клиникой частичной кишечной непроходимости, без метастазов, произведена резекция кишки с опухолью и наложена колостома в правом подреберье.

1. Как лечить пациентку?
2. Как долго может быть колостома?
3. Когда назначить энтеральное питание?
4. Возможный вариант операции.
5. Прогноз?

Ответ:

1. Местное лечение кожи вокруг стомы и питание.
2. Через полгода, при отсутствии метастазов операция-закрытие свища внутрибрюшным способом.
3. Энтеральное питание не показано
4. Внутрибрюшное закрытие стомы.
5. Зависит от развития метастазов,

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Проводить физикальное обследование больного с кишечным свищем. Составить план лабораторного и инструментального обследования.
2. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Выбрать вариант энтерального питания.

1. Тема: «Острый и хронический холецистит. Клиника, диагностика, лечение».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина острого и хронического холецистита?
2. Основные принципы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при остром и хроническом холецистите?
3. Лечебно-диагностический алгоритм при остром и хроническом холецистите?
4. План лабораторного и инструментального обследований при остром и хроническом холецистите?
5. План лечения острого и хронического холецистита?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ПУЗЫРНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) правой печеночной артерии
- 2) аорты
- 3) верхней брыжеечной артерии
- 4) нижней брыжеечной артерии
- 5) левой печеночной артерии

Правильный ответ: 1

2. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

- 1) перитонизируют наложением кетгутовых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря
- 2) перитонизируют подшиванием сальника к ложу желчного пузыря
- 3) перитонизируют наложением капроновых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря
- 4) обрабатывают 96% раствором спирта
- 5) обрабатывают раствором формалина

Правильный ответ: 1

3. ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- 1) острый холецистит, осложненный перитонитом
- 2) хронический калькулезный холецистит
- 3) повышение температуры тела до 37,5 С
- 4) выраженный болевой синдром
- 5) наличие механической желтухи

Правильный ответ: 1

4. БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ ПРОИЗВЕДЕНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ. В ТЕЧЕНИЕ 1-Х СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧЕНО СНИЖЕНИЕ АД,

ГЕМОГЛОБИНА, ТАХИКАРДИЯ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОСЛОЖНИЛОСЬ

- 1) инфарктом миокарда
- 2) тромбозом легочной артерии
- 3) острым послеоперационным панкреатитом
- 4) динамической кишечной непроходимостью
- 5) внутрибрюшным кровотечением

Правильный ответ: 5

5. У БОЛЬНОГО 64 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО
КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА БОЛИ РАСПРОСТРАНИЛИСЬ ПО
ВСЕМУ ЖИВОТУ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛОЕ,
БЛЕДЕН, ТАХИКАРДИЯ, ЗАЩИТНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ЖИВОТА
ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ, СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ

- 1) острым деструктивным панкреатитом
- 2) подпеченочным абсцессом
- 3) перфорацией желчного пузыря, перитонитом
- 4) острой кишечной непроходимостью
- 5) тромбозом мезентериальных сосудов

Правильный ответ: 3

6. ДАВЛЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5-7 мм вод. ст
- 2) 10-15 мм вод. ст
- 3) 20-25 мм вод. ст
- 4) 30-40 мм вод. ст
- 5) 40-50 мм вод. ст

Правильный ответ: 2

7. ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ
МИНИ-ДОСТУПА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 см
- 2) 2,5-5 см
- 3) 10-12 см
- 4) 15 см
- 5) 20 см

Правильный ответ: 2

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО
ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) глухой шов лапаротомной раны
- 2) дренирование подпеченочной зоны марлевым дренажем
- 3) дренирование подпеченочной зоны трубкой с активной аспирацией
- 4) дренирование подпеченочной зоны трубкой без активной аспирации
- 5) дренирование подпеченочной зоны «сигарным» дренажем

Правильный ответ: 3

9. СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) компьютерная томография
- 2) УЗИ
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) чрескожная чреспеченочная холангиография
- 5) биохимический анализ крови

Правильный ответ: 2

10. ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой
- 2) пережатие пальцами гепатодуоденальную связку, осушить рану, верификацию источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд
- 3) тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут
- 4) остановку кровотечения губкой «тахокомб»
- 5) лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Бригадой «Скорой медицинской помощи» осмотрен больной Ц., 43 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, высокую температуру до 38°C. Заболел 3 суток назад после обильного обеда с приемом алкоголя. Ранее были значительные боли в правом подреберье, но быстро проходили. Не обследовался. В участковой больнице сделаны инъекции платифиллина с димедролом, аспирировано желудочное содержимое, после чего отметил незначительное улучшение состояния. При осмотре: иктеричность склер, язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии. При пальпации выраженное напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера, Мейо-Робсона, Мондора, Щеткина-Блюмберга. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление. Перистальтика не прослушивается. Газы не отходят.

1. Предварительный диагноз и тактика врача «Скорой медицинской помощи»?

2. Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре для

уточнения диагноза?

3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию?

4. Вид и объем лечения?

5. Перечислите методы профилактики данной патологии?

Эталон ответа.

1. Острый холецистопанкреатит с явлениями перитонита. Экстренная транспортировка в хирургический стационар.

2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать: клинические и биохимические анализы крови, мочи с определением диастазы, обзорную рентгеноскопию брюшной полости. УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы. ФГС.

3. Перфоративная язва желудка (ДПК), острый мезентериальный тромбоз, кишечная непроходимость, папкронекроз.

4. Подготовить больного к экстренной операции, для чего необходимо: аспирировать желудочное содержимое; провести инфузионную детоксикационную терапию. Оперативное лечение: лапаротомия, холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, санация, ревизия, дренирование брюшной полости.

5. Соблюдение диеты, при наличии хронического калькулезного холецистита – плановая холецистэктомия.

№2

К хирургу поликлиники обратился больной 38 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38,2 С. При осмотре общее состояние средней тяжести. Бледен, пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Больному было выполнено УЗИ брюшной полости - в желчном пузыре конкременты, определяются признаки острого холецистита: в подпеченочном пространстве выпот. В общем анализе крови: лейкоциты $-17 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 27 мм/ч. С момента заболевания прошло 7 суток

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Предварительный диагноз? План обследования?

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Вид и объем лечения?

4. Сроки нетрудоспособности, реабилитация?

5. Профилактика?

Эталон ответа.

1. Вызвать в поликлинику бригаду скорой помощи и экстренно направить больного в хирургический стационар.

2. Острый калькулезный деструктивный холецистит. Местный перитонит. Клинические и биохимические анализы ФГС, лапароскопия.

3. Острый аппендицит с высоким расположением отростка, перфоративной язвой желудка (ДНК). Показана экстренная операция срединным лапаротомным доступом, холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

4. Сроки нетрудоспособности больных с ЖКБ, острым холециститом после холецистэктомии (эндоскопически): стационарное лечение 6-8 дней, при «открытой» холецистэктомии - до 18 суток. Общая нетрудоспособность от 35 до 50 дней. Периодическое наблюдение у врача хирурга (соблюдение режима труда и отдыха). После выписки из стационара, рекомендовано: а) санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа до 30-40 дней; б) после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; в) соблюдение диеты.

5. При наличии хронического калькулезного холецистита - плановая холецистэктомия.

№3

К хирургу поликлиники обратилась больная Л. 48 лет. Жалуется на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, кожные покровы и склеры желтушные. Боли появились после приема жирной пищи. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяется положительный симптом Ортнера, симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный, температура тела субфебрильная, билирубин 68 ммоль/л, с превалированием прямого. В общем анализе крови: лейкоциты $-12 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 17 мм/ч.

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?

2. Возможная причина заболевания? Какие обследования необходимо выполнить больной в стационаре для уточнения диагноза?

3. Тактика хирурга?

4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию?

5. Реабилитационные мероприятия: рекомендации по лечению на амбулаторном этапе? Профилактика?

Эталон ответа.

1. Желчно-каменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой. Экстренно направить больную в хирургический стационар.

2. Причина желтухи в обтурации общего желчного протока камнем.

3. Для уточнения диагноза необходимо произвести УЗИ брюшной полости. ЭРХПГ, клинические и биохимические анализы, ФГС. При наличии признаков расширения холедоха, дистального блока холедоха- ЭПСТ. При эффективной ЭПСТ (восстановление желчеоттока) возможна лапароскопическая холецистэктомия. При неразрешающейся желтухе - лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, брюшной полости.

4. Острый панкреатит, гепатит, стеноз БДС. опухоль головки поджелудочной железы.

5. После выписки из стационара, рекомендовано: а) санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа; б) после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; в) соблюдение диеты.

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 55 лет, страдающий хроническим калькулезным холециститом с жалобами на резкие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту желтушность склер. При осмотре: состояние больного тяжелое, отмечается иктеричность склер; язык сухой, обложен; умеренно-выраженные боли в правом подреберье, иррадирующие в правую лопатку. Пульс 120 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии, при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, эпигастрии, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Определяются положительные симптомы Ортнера. Мейо-Робсона, Мондора, размеры печени по Курлову 10x10x8 см, печеночная тупость сохранена. Перистальтика вялая. В анализах крови: лейкоциты - $16 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 33 мм/ч, повышение уровня амилазы до 350 ЕД (норма - до 220 ЕД).

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Диагноз?

3. Какие обследования необходимо выполнить больной в стационаре для уточнения диагноза?

4. Вид и объем лечения?

5. Третичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Вызвать бригаду скорой помощи и экстренно направить больного в хирургический стационар.

2. Острый деструктивный калькулезный холецистит, острый панкреатит, холедохолитиаз, механическая желтуха, Диффузный перитонит.

3. Клинические и биохимические анализы, УЗИ. ФГС.

4. Лапаротомия, холецистэктомия, санация, ревизия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости.

5. Соблюдение диеты, санаторно-курортное лечение, наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

№5

К хирургу поликлиники обратилась больная Е. 57 лет с жалобами тошноту, рвоту, боль в правом подреберье. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной удовлетворительное живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера – положительные, Щеткина-Блюмберга - отрицательный. При пальпации определяется увеличенный, умеренно

болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз.

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Какие обследования необходимо выполнить больной для уточнения диагноза?
3. Какие изменения характерны для этой патологии по данным УЗИ брюшной полости?
4. Вид и объем лечения?
5. Профилактика?

Эталон ответа.

1. Обострение хронического калькулезного холецистита. Госпитализировать больную в хирургическое отделение.
2. УЗИ, ФГС, клинические и биохимические анализы крови, мочи.
3. Увеличенный желчный пузырь, истонченные растянутые стенки пузыря, конкременты в полости пузыря, наличие вклиненного камня в шейке или протоке пузыря.
4. После обследования операция - лапароскопическая холецистэктомия.
5. Холецистэктомия в плановом порядке.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить традиционную холецистэктомию
2. Выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

1. Тема: «Осложнения острого холецистита, холангит: клиника, диагностика. Принципы медикаментозного и хирургического лечения».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при осложнениях острого холецистита, холангите?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при осложнениях острого холецистита, холангите?

3. План лабораторного и инструментального обследований при осложнениях острого холецистита, холангите?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при осложнениях острого холецистита, холангите?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при осложнениях острого холецистита, холангите?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. БОЛЬНОЙ, 62 ЛЕТ, ПРОИЗВЕДЕНА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ. В ТЕЧЕНИЕ 1-Х СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧЕНО СНИЖЕНИЕ АД, ГЕМОГЛОБИНА, ТАХИКАРДИЯ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ

- 1) инфарктом миокарда
- 2) тромбозом легочной артерии
- 3) острым послеоперационным панкреатитом
- 4) динамической кишечной непроходимостью
- 5) внутрибрюшным кровотечением

Правильный ответ: 5

2. У БОЛЬНОГО, 64 ЛЕТ, С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА БОЛИ РАСПРОСТРАНИЛИСЬ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛОЕ, БЛЕДЕН, ТАХИКАРДИЯ, ЗАЩИТНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ЖИВОТА ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ, СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ

- 1) острым деструктивным панкреатитом
- 2) подпеченочным абсцессом
- 3) перфорацией желчного пузыря, перитонитом
- 4) острой кишечной непроходимостью
- 5) тромбозом мезентериальных сосудов

Правильный ответ: 3

3. ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой

2) пережатие пальцами гепатодуоденальной связки, осушить рану, верифицировать источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд

3) тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут

4) остановку кровотечения губкой «тахокомб»

5) лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда

Правильный ответ: 2

4. БОЛЬНАЯ 57 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ИРРАДИРУЮЩИМИ В ЛОПАТКУ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. В ПОКАЗАТЕЛЯХ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ. ЖЕЛТУХИ НЕТ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ. У БОЛЬНОЙ ВОЗНИКЛО ОСЛОЖНЕНИЕ

1) эмпиема желчного пузыря

2) рак головки поджелудочной железы

3) водянка желчного пузыря

4) острый перфоративный холецистит

5) эхинококк печени

Правильный ответ: 3

5. БОЛЬНАЯ, 56 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР НА 3-И СУТКИ ОТ НАЧАЛА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ПРИВЕЛО К УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ. ОТМЕЧЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СХВАТКООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ, ПОВТОРНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПНЕВМАТОЗ ТОНКОЙ КИШКИ, АЭРОХОЛИЯ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ

1) перфорацией желчного пузыря, перитонитом

2) острым панкреатитом

3) водянкой желчного пузыря

4) желчнокаменной кишечной непроходимостью

5) острым гнойным холангитом

Правильный ответ: 4

6. У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 ЛИТРА ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН КОНКРЕМЕНТ УСТЬЯ ХОЛЕДОХА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

1) повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента

- 2) проведение литолитической терапии через дренаж
- 3) дистанционная волновая литотрипсия
- 4) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- 5) чрезкожное чрезпеченочное эндобилиарное вмешательство

Правильный ответ: 4

7. БОЛЬНОМУ ВЫПОЛНЕНА СРОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ 3 МЕСЯЦА НАЗАД. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ ЖЕЛТУХА, КЛИНИКА ХОЛАНГИТА. ПРИ РХПГ ОБНАРУЖЕНА РУБЦОВАЯ СТРИКТУРА ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

- 1) ЭПСТ
- 2) гепатикоэнтеростомия
- 3) эндоскопическое введение эндобилиарного протеза
- 4) наложение холедоходуоденоанастомоза
- 5) чрезкожное эндобилиарное дренирование

Правильный ответ: 2

8. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПОКАЗАНО

- 1) экстренная холецистэктомия, дренирование брюшной полости
- 2) экстренная холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия
- 3) экстренная холецистостомия, ЭПСТ
- 4) экстренная холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза
- 5) экстренная холецистэктомия, чрезкожное эндобилиарное дренирование

Правильный ответ: 1

9. ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1) с прободной язвой желудка
- 2) с острым панкреатитом
- 3) с острой кишечной непроходимостью
- 4) с гастритом
- 5) с острым аппендицитом

Правильный ответ: 1

10. ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) триада Мондора
- 2) триада Шарко
- 3) симптом Курвуазье
- 4) симптом Бриттена
- 5) симптом Думбадзе

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам
Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больная 54 лет, поступила через сутки после появления выраженной боли в эпигастрии, в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо. Была многократная рвота. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет периодически возникали боли в правом подреберье. Лечилась спазмолитиками. При осмотре: состояние средней тяжести. Живот не вздут, умеренно напряженный и болезненный в эпигастрии, правом подреберье, где пальпируется болезненное дно желчного пузыря. Положительны симптомы Ортнера, Кера. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Анализ крови: лейкоциты - $8,4 \times 10^9$, билирубин - 18 мкмоль/л. По данным УЗИ стенка желчного пузыря утолщена, с двойным контуром; в желчном пузыре имеются множественные конкременты.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. С чем дифференцировать данное заболевание?
4. План лечения?
5. Диспансеризация и реабилитация?

Эталон ответа.

1. Желчнокаменная болезнь. Обострение хронического калькулезного холецистита.

2. Фракции билирубина, щелочная фосфатаза, аспартат аминотрансфераза, аланин аминотрансфераза, при необходимости - КТ с болюсным контрастированием; РХПГ.

3. Исключить опухоль головки поджелудочной железы, стеноз фатерова соска, холедохолитиаз.

4. Консервативная дезинтоксикационная терапия. Холецистэктомия.

5. Сроки нетрудоспособности после холецистэктомии - до 25 сут. Сроки временной утраты трудоспособности 45-50 дн. Наблюдение хирурга по месту жительства. Санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») - 21 день с продлением больничного листа. После выписки с больничного - ограничение физической нагрузки до 3 мес. Диета с ограничением жирного, острого, соленого, маринованного, пряного и сладкого.

№2

К хирургу поликлиники обратился больной 55 лет, страдающий хроническим калькулезным холециститом с жалобами на резкие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту желтушность склер. При осмотре: состояние больного тяжелое, отмечается иктеричность склер; язык сухой, обложен; умеренно-выраженные боли в правом подреберье, иррадирующие в правую лопатку. Пульс 120 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии, при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, эпигастрии, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Определяются положительные симптомы Ортнера. Мейо-Робсона, Мондора, размеры печени по Курлову 10x10x8 см, печеночная тупость сохранена. Перистальтика вялая. В анализах крови: лейкоциты - 16×10^9 /л, СОЭ 33 мм/ч, повышение уровня амилазы до 350 ЕД (норма - до 220 ЕД).

1. Тактика хирурга поликлиники?
2. Диагноз?
3. Какие обследования необходимо выполнить больной в стационаре для уточнения диагноза?

4. Вид и объем лечения?
5. Третичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Вызвать бригаду скорой помощи и экстренно направить больного в хирургический стационар.

2. Острый деструктивный холецистит.
3. Клинические и биохимические анализы, УЗИ. ФГС.
4. Холецистэктомия.

5. Соблюдение диеты, санаторно-курортное лечение, наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

№3

В приемное отделение клиники поступила больная 43 лет. Жалуется на выраженные боли в правом подреберье. Температура тела - 38 С. Из анамнеза: боли возникли резко, около 3 суток назад после приема жирной пищи. Состояние больной тяжелое. ЧДД - 24 уд. в мин. АД - 110/90 мм рт. ст. При пальпации живот болезненный и напряженный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Кера, Мюсси-Георгиевского. В анализах: - лейкоциты - $12 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какой вы поставите диагноз?
2. Тактика врача-хирурга отделения?
3. В каких случаях при данной патологии производят холецистостомию?
4. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листке.
5. Третичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Острый деструктивный холецистит.
2. После кратковременной подготовки больной и взятия биохимических и клинических анализов крови, операция - лапаротомия, холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

3. Холецистостомия по сравнению с холецистэктомией является менее травматичной и легче осуществима, поэтому применяется у больных в очень тяжелом состоянии. Холецистостомия не может быть выполнена у больных с деструктивным холециститом, при прободении желчного пузыря.

4. Общая нетрудоспособность от 45 до 50 дней. Периодическое наблюдение у врача хирурга (соблюдение режима труда и отдыха). После выписки из стационара, рекомендовано: санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа, ограничение физических нагрузок до 3-х месяцев.

5. Соблюдение диеты, санаторно-курортное лечение, наблюдение у хирурга-гастроэнтеролога.

№4

Больная 48 лет, поступила в хирургическое отделение через сутки от начала заболевания. После приема жирной пищи появилась сильная боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Температура тела 38 С с ознобом, несколько раз была рвота. В анамнезе желчнокаменная болезнь в течение 5 лет. Объективно: при пальпации резкое напряжение и болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мюсси, Щёткина-Блюмберга. Лейкоцитоз в крови - $18,0 \times 10^9$.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Какие операции производятся на желчном пузыре при остром холецистите?
4. В чем преимущество, и какие недостатки при выполнении холецистэктомии от «шейки»?
5. Диспансерная группа?

Эталон ответа.

1. Острый деструктивный холецистит.
2. Оперативное лечение по экстренным показаниям.
3. Холецистэктомия от «шейки» или от «дна» с дренированием общего желчного протока по показаниям.
4. При холецистэктомии от шейки вначале перевязывается пузырный проток и пузырная артерия, а затем удаляется желчный пузырь. При этом сразу же преграждается путь к попаданию конкрементов и инфицированной желчи из желчного пузыря в желчные протоки при последующих манипуляциях на желчном пузыре. Однако эта операция не всегда осуществляется и может быть опасной, в смысле повреждения сосудов воротной вены и печеночной артерии, при наличии инфильтрата или грубых рубцовых изменений в области шейки желчного пузыря. При данных обстоятельствах более безопасна холецистэктомия «от дна».
5. Диспансерная группа 2.

№5

В поликлинику обратился пациент, 40 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, лопатку, тошноту, однократную рвоту желчью. Приступ возник через 1 час после обеда (жирная пища). Ранее подобных болей не было. Объективные данные: кожные покровы чистые бледноватые, температура 38°C, пульс 90 ударов в минуту. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где удается пальпировать опухолевидное образование примерно 5х6 см, резко напряженное, болезненное. Печень не увеличена. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского; симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача поликлиники?

3. Дополнительные методы обследования? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4. Объем медицинской помощи?

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе. Реабилитационные мероприятия: рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

Эталоны ответов.

1. Диагноз: Острый холецистит.

2. Вызвать бригаду «Скорой медицинской помощи» для транспортировки больного в хирургический стационар.

3. УЗИ, анализы крови клинический, биохимический: билирубин, амилаза, сахар, белки, электролиты, мочевины, общий анализ мочи и анализ мочи на амилазу. Дифференцировать следует с перфоративной и пенетрирующей язвой желудка или 12-перстной кишки, острым панкреатитом, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, патологией правой почки, инфарктом миокарда, пневмонией, плевритом, острыми гепатитами. После обследования при отсутствии явлений перитонита назначить консервативное лечение: стол 0, режим постельный, спазмолитики, обезболивающие, противовоспалительные; дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

4. Если в течение 48-72 часов после поступления на фоне интенсивной терапии состояние не улучшается, показано срочное оперативное вмешательство - холецистэктомия. При отрицательной динамике или развитии перитонита операцию следует выполнять раньше.

5. Сроки нетрудоспособности больных с ЖКБ, острым холециститом: после холецистэктомии (лапароскопически) стационарное лечение 6-9 дней, при «открытой» холецистэктомии – до 25 суток. Общая нетрудоспособность от 45 до 50 дней. Периодическое наблюдение у врача хирурга (соблюдение режима труда и отдыха). После выписки из стационара, рекомендовано: санаторно-курортное лечение («Учум», «Красноярское Загорье») сроком на 21 день с продлением больничного листа; после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; ограничение в диете.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить традиционную холецистэктомию

2. Выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

1. Тема: «Постхолецистэктомический синдром».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Анатомическая схема желчевыводящих путей.
2. Строение и функция желчного пузыря.
3. Теория камнеобразования и место образования желчных камней.
4. Взаимоотношение между камнями и инфекцией (желчнокаменная болезнь и холецистит).
5. Основные (патогномоничные) клинические симптомы желчных камней, воспаления желчного пузыря, холедохолитиаза, гнойного холангита, гепатита, панкреатита.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

- 1) пероральная холецистография;
- 2) внутривенная холецистохолангиография;
- 3) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография;
- 4) сцинтиграфия печени;
- 5) прямая спленопортография.

Правильный ответ: 3

2. У больных ПХЭС могут возникнуть все следующие осложнения кроме:

- 1) холангита
- 2) обтурационной желтухи
- 3) рубцовых изменений протока
- 4) пролежней стенки протока
- 5) рака желчного пузыря

Правильный ответ: 5

3. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

- 1) абсцесс печени;
- 2) внутрипеченочный сосудистый блок;
- 3) билиарный цирроз печени;
- 4) непроходимость желчных путей при механической желтухе;
- 5) хронический гепатит.

Правильный ответ: 4

4. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

- 1) острый панкреатит;
- 2) механическая желтуха;
- 3) хронический панкреатит;
- 4) наличие конкрементов в панкреатических протоках;
- 5) холедохолитиаз.

Правильный ответ: 1

5. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям кроме:

- 1) ограниченного или разлитого желчного перитонита;
- 2) образования подпеченочных гнойников;
- 3) развития наружного желчного свища;
- 4) тромбоза мелких ветвей легочной артерии;
- 5) развития поддиафрагмального абсцесса.

Правильный ответ: 4

6. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- 1) с желчнокаменной болезнью;
- 2) со стенозирующим папиллитом;
- 3) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный свищ;
- 4) с псевдотуморозным панкреатитом;
- 5) с опухолью головки поджелудочной железы.

Правильный ответ: 3

7. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме:

- 1) холедохолитиаза;
- 2) обструкции камнем или слизистой пробкой пузырного протока;
- 3) отека головки поджелудочной железы;
- 4) холангита;
- 5) глистной инвазии общего желчного протока.

Правильный ответ: 3

8. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно:

- 1) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой;
- 2) сшив проток на Т-образном дренаже;
- 3) сшив проток на Г-образном дренаже;
- 4) наложив билиодигестивный анастомоз;
- 5) любым из перечисленных.

Правильный ответ: 3

9. Для холангита характерными являются:

- 1) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа;
- 2) потрясающие ознобы;
- 3) повышение потливости, жажда, сухость во рту;
- 4) увеличение селезенки;

5) все перечисленное.

Правильный ответ: 3

10. У больного 40 лет с хроническим панкреатитом при РПХГ обнаружен стеноз фатерова соска на протяжении 0,8 см. Какой метод лечения Вы предпочтете?

- 1) холедоходуоденоанастомоз
- 2) эндоскопическая папиллотомия
- 3) холецистоэнтероанастомоз
- 4) трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
- 5) наружное дренирование холедоха

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1.

Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л.

1. Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной?
2. Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?
3. Какова лечебная тактика?
4. Понятие постхолецистэктомического синдрома?
5. Стандартный минимум обследований?

Эталоны ответов.

1. Интраоперационная холеграфия.
2. Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК.
3. Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.
4. “Постхолецистэктомический синдром” подразумевает больные, которые в прошлом перенесли операцию удаления желчного пузыря, и несмотря на это, продолжающие болеть.
5. Прежде всего не обходимо исключить патологию общего желчного протока (см. первую группу постхолецистэктомического синдрома). Диагностика холангиогепатита и панкреатита основывается на сочетании

клинико-лабораторных и инструментальных методов (диагностика паренхиматозной желтухи, иногда пункционная биопсия печени).

№2.

Больной С., 79 лет была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. Диагноз до операции был верифицирован данными УЗИ. На следующий день после операции по страховочному дренажу выделилось 200 мл желчи, появились перитонеальные знаки в правой боковой области живота. При повторной лапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока. Выполнена конверсия. При ревизии обнаружено: холедох — 1,3 см, пальпаторно конкрементов не содержит. По данным интраоперационной холангиографии, выявлен стеноз БСДК протяженностью 1,2 см.

1. Причина несостоятельности культи пузырного протока?

2. Дальнейшая тактика?

4. Понятие постхолецистэктомического синдрома?

5. Стандартный минимум обследований?

Эталоны ответов.

1. Желчная гипертензия, вызванная стенозом БСДК

2. Интраоперационная ЭПСТ; трансдуоденальная папилосфинктеротомия; наружное дренирование холедоха с последующей ЭРПХГ и ЭПСТ.

4. “Постхолецистэктомический синдром” подразумевает больные, которые в прошлом перенесли операцию удаления желчного пузыря, и несмотря на это, продолжающие болеть.

5. Прежде всего не обходимо исключить патологию общего желчного протока (см. первую группу постхолецистэктомического синдрома). Диагностика холангиогепатита и панкреатита основывается на сочетании клинико-лабораторных и инструментальных методов (диагностика паренхиматозной желтухи, иногда пункционная биопсия печени).

№3.

Больная С., 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря, операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита,

сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоledох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено.

1 Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков?

2 Какая была допущена тактическая ошибка во время операции ?

4. Понятие постхолецистэктомического синдрома?

5.Стандартный минимум обследований?

Эталоны ответов.

1. Посттравматическая стриктура холедоха.

2. Не выполнена интраоперационная холангиография для уточнения источника желчеистечения.

4. “Постхолецистэктомический синдром” подразумевает больные, которые в прошлом перенесли операцию удаления желчного пузыря, и несмотря на это, продолжающие болеть.

5. Прежде всего не обходимо исключить патологию общего желчного протока (см. первую группу постхолецистэктомического синдрома). Диагностика холангиогепатита и панкреатита основывается на сочетании клинико-лабораторных и инструментальных методов (диагностика паренхиматозной желтухи, иногда пункционная биопсия печени).

№4.

Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ - был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена.

1 Какое осложнение развилось у больной?

2.Клиническая картина?

3. Понятие постхолецистэктомического синдрома?

4.Стандартный минимум обследований?

5.Лечение?

Эталоны ответов.

1. Острый паткреатит

2. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный.

3. “Постхолецистэктомический синдром” подразумевает больные, которые в прошлом перенесли операцию удаления желчного пузыря, и несмотря на это, продолжающие болеть.

4. Прежде всего не обходимо исключить патологию общего желчного протока (см. первую группу постхолецистэктомического синдрома). Диагностика холангиогепатита и панкреатита основывается на сочетании клинико-лабораторных и инструментальных методов (диагностика паренхиматозной желтухи, иногда пункционная биопсия печени).

5. Консервативное

№5.

Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД - 100/60 мм рт. ст. Ps — 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Hb — 105 г/л, эр. — $2,32 \cdot 10^{12}$ / л, амилаза крови — 128 ед.

1. Какое осложнение развилось?

2. Лечебная тактика.

3. Клиника данного осложнения

4. Лечение

5. Лабораторные методы обследования

Эталоны ответов.

1. Внутрикшечное кровотечение.

2. Гемостатическая терапия с повторной дуоденоскопией и эндоскопическим гемостазом, при неэффektivности - лапаротомия.

3. Жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье.

4. Консервативное

5. Перечень стандартного обследования хирургического больного

6. Перечень практических умений.

1. Демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

2. Выполнение манипуляций в перевязочной

3. Демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в рентген- и эндоскопическом кабинете

4. Объяснение алгоритма хирургических методов лечения в конкретной клинической ситуации.

1. Тема: «Эндоскопические и малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

16. Этиологию и патогенез желчнокаменной болезни

17. Классификацию желчнокаменной болезни

18. Клиническую картину желчнокаменной болезни

19. Диагностические мероприятия при желчнокаменной болезни

20. Основные принципы хирургического лечения желчнокаменной болезни. Эндоскопические и малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни. Показания, противопоказания, этапы операции и послеоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из «мини-доступа»

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПУНКЦИОННАЯ ИГЛА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ:

- 1) Над лобком по белой линии живота
- 2) В правой подвздошной области
- 3) В левой подвздошной области
- 4) Ниже пупка по белой линии живота
- 5) Выше пупка по белой линии живота

Правильный ответ: 1

2. В КАЧЕСТВЕ ОБЪЕМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- 1) Воздуха
- 2) Закиси азота
- 3) Углекислого газа
- 4) Кислорода
- 5) Фурацилина

Правильный ответ: 5

3. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО:

- 1) На спине при горизонтальном положении стола
- 2) На спине с опущенным головным концом стола
- 3) На правом боку с приподнятым головным концом стола
- 4) На левом боку с приподнятым головным концом стола
- 5) На левом боку с опущенным головным концом стола

Правильный ответ: 4

4. К ИНСТРУМЕНТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И НАЛОЖЕНИИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУММА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Шприц Жанэ
- 2) Копьевидный скальпель
- 3) Пункционную иглу
- 4) Зажим
- 5) Иглодержатель

Правильный ответ: 5

5. ЛАПАРОСКОП СТЕРИЛИЗУЕТСЯ:

- 1) В растворе карболовой кислоты
- 2) В растворе фурациллина
- 3) В растворе муравьиной кислоты
- 4) Автоклавированием
- 5) В растворе хлоргексидина

Правильный ответ: 5

6. В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП ВВОДИТСЯ:

- 1) Вращательным движением
- 2) Под контролем зрения
- 3) Медленно
- 4) Быстро
- 5) Под углом относительно передней брюшной стенки

Правильный ответ: 2

7. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Остроконечный скальпель
- 2) Троакар
- 3) Переходный резиновый воздуховод
- 4) Ранорасширитель
- 5) Лапароскоп

Правильный ответ: 4

8. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ТРОАКАР МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕН В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ:

- 1) Ниже и правее пупка
- 2) Ниже и левее пупка
- 3) По белой линии живота ниже пупка
- 4) В правом подреберье
- 5) Выше и левее пупка

Правильный ответ: 4

9. НАИМЕНЕЕ ОПАСНО ОСУЩЕСТВИТЬ ЛАПАРОЦЕНТЕЗ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ:

- 1) На 2 см выше пупка и 2 см вправо от белой линии живота
- 2) На 2 см выше пупка и 2 см влево от белой линии живота
- 3) На 2 см ниже пупка и 2 см влево от белой линии живота
- 4) На 2 см ниже пупка и 2 см вправо от белой линии живота
- 5) На 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота

Правильный ответ: 5

10. ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ:

- 1) Рассечения кожи
- 2) Надсечения апоневроза
- 3) Рассечения брюшины
- 4) Вращательных движений троакара вокруг своей оси
- 5) Подтягивания передней брюшной стенки кверху за апоневроз

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№ 1

Больная 45 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на периодические часто повторяющиеся боли в области правого подреберья, возникающие после погрешности в диете. Последний приступ 2 дня назад. В анамнезе желчнокаменная болезнь в течение 8 лет, когда при УЗИ были обнаружены мелкие камни в желчном пузыре. Ранее в стационаре не лечилась, в анамнезе желтухи не было. Объективно: состояние больной удовлетворительное, хорошего питания. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык влажный. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика отчетливая. Дизурических и диспептических расстройств не отмечает, кал обычного цвета. Лейкоцитоз – 10 тыс. При УЗИ – обнаружены конкременты в желчном пузыре в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка – 04.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники.
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики оперативного вмешательства?
4. Нуждается ли больная в проведении консервативной терапии? Какое лечение приемлемо в данном случае?
5. Рекомендации при выписке?

Эталонные ответы:

1. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

2. Направление в хирургический стационар для выполнения холецистэктомии в плановом порядке.

3. Обследование: ОАК. ОАМ, БАК: фибриноген, амилаза, билирубин (фракции), печеночные пробы. Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС

4. Консервативная терапия в данной ситуации не показана. Необходимо выполнение лапароскопической холецистэктомии в плановом порядке.

5. Ограничение физической нагрузки в течение 2 месяцев, соблюдение диеты №5.

№2

К хирургу поликлиники обратилась больная Л. 48 лет. Жалуется на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, кожные покровы и склеры желтушные. Боли появились после употребления жирной пищи. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, температура тела субфебрильная, билирубин 68 ммоль/л с превалированием прямого. В общем анализе крови: лейкоциты $12 \cdot 10^9$ /л СОЭ 17 мм/ч.

1. Предварительный диагноз. Тактика хирурга поликлиники.

2. Возможная причина заболевания? Какие обследования необходимо выполнить больной в стационаре для уточнения диагноза?

3. Тактика хирурга.

4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.

5. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе? Профилактика?

Эталоны ответов:

1. Желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой.

Экстренно направить больную в хирургический стационар.

2. Причина желтухи в обтурации общего желчного протока камнем.

Для уточнения диагноза необходимо произвести УЗИ брюшной полости. ЭРХПГ, клинические и биохимические анализы, ФГС. При наличии признаков расширения холедоха, дистального блока холедоха- ЭПСТ. При эффективной ЭПСТ (восстановление желчеоттока) возможна лапароскопическая холецистэктомия. При неразрешающейся желтухе - лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, брюшной полости.

4. Острый панкреатит, гепатит, стеноз БДС. опухоль головки поджелудочной железы.

5. После выписки из стационара, рекомендовано: а) санаторно-курортное лечение сроком на 21 день с продлением больничного листа; б) после выписки с

больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; в) Соблюдение диеты.

№3

У больной 68 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10⁹/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Основные направления консервативной терапии.
4. Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

5. Прогноз.

Эталоны ответов:

1. Острый холецистит. Механическая желтуха.
2. ОАК. ОАМ, БАК: фибриноген, амилаза, билирубин (фракции), печеночные пробы. Диастаза мочи.

УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, внутривенная холеграфия, КТ, ЯМР

3. Интенсивная консервативная терапия: блокада, спазмолитики, антибиотики. При неэффективности операция по срочным показаниям (открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха).

5. Выздоровление, ПХЭС.

№4

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье (На УЗИ 5 лет назад – камни желчного пузыря), 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 37,2 С. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Основные направления консервативной терапии.
4. Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств

5 Рекомендации?

Эталоны ответов:

1 Желчнокаменная болезнь. Обострение хронического калькулезного холецистита.

2. ОАК. ОАМ, БАК: фибриноген, амилаза, билирубин (фракции), печеночные пробы. Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, внутривенная холеграфия, КТ, ЯМР

3. Интенсивная консервативная терапия: блокада, спазмолитики, антибиотики.

4. При неэффективности консервативной терапии– холецистэктомия из «мини-доступа».

5. После выписки из стационара, рекомендовано: а) санаторно-курортное лечение сроком на 21 день с продлением больничного листа; б) после выписки с больничного листа, ограничения физической нагрузки сроком до 3-х месяцев; в) Соблюдение диеты.

№5

Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась T тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина – Блюмберга слабоположительный.

1. О какой патологии у больной можно думать?

2. Лечебно-диагностическая тактика.

3. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?

4. Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?

5. Особенности ведения послеоперационного лечения.

Эталоны ответов:

1. Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, гнойным холангитом и механической желтухой

2. После подтверждения диагноза на УЗИ выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, промывание холедоха и литэкстракция под в\в наркозом

3. УЗИ, ЭФГДС с осмотром БДС, холедохоскопия, холангиография

4. При неэффективности консервативной инфузионной спазмолитической терапии и эндоскопических малоинвазивных методов удаления камней из желчных протоков показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации. Показана: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, литэкстракция, дренирование холедоха и брюшной полости

5. Начиная с 5-х суток начинается тренировка холедоха. Периодически с большим интервалом перекрывается дренаж холедоха с целью формирования нормального тока желчи в двенадцатиперстную кишку. При возникновении болей, дренаж следует открыть. Если же болевого синдрома нет, то постепенно время перекрытия дренажа можно доводить до 24 часов. Дренаж удаляется на 8 – 10 сутки.

6. Перечень практических умений.

1. Составить план лабораторного и инструментального обследований при желчнокаменной болезни

2. Составить план оперативного лечения желчнокаменной болезни в зависимости от особенностей течения заболевания

3. Владеть техникой лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из «мини-доступа»

4. Владеть техникой выполнения открытой холецистэктомии из срединного лапаротомного доступа

5. Владеть методами санации брюшной полости

6. Владеть методами дренирования брюшной полости.

1. Тема: «Бактериальные абсцессы печени».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при бактериальных абсцессах печени?
2. Лечебно-диагностический алгоритм при бактериальных абсцессах печени?
3. План лабораторного и инструментального обследований при бактериальных абсцессах печени?
4. Методы лабораторного и инструментального обследования при бактериальных абсцессах печени?
5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при бактериальных абсцессах печени?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВНЯВЛЕНЫ АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ, ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в нижнюю полую вену
- 2) интрадуктально
- 3) внутричревная перфузия
- 4) в подключичную вену
- 5) интраабдоминально

Правильный ответ: 3

2. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) иммунодефицитные состояния
- 2) острый холецистит
- 3) желчнокаменная болезнь
- 4) пожилой возраст
- 5) перенесенные операции

Правильный ответ: 1

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

1) бронхобилиарный свищ
2) прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием перитонита

- 3) эмпиема плевры
- 4) сепсис
- 5) вторичный абсцесс легкого

Правильный ответ: 2

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) чрескожная чреспеченочная холангиография
- 2) КТ
- 3) МРТ
- 4) УЗИ
- 5) радиоизотопная сцинтиграфия

Правильный ответ: 3

5. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амикацин
- 2) метронидазол
- 3) тиенам
- 4) цефазолин
- 5) рифампицин

Правильный ответ: 2

6. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цефалоспорины II и III поколений
- 2) метранидазол
- 3) рифампицин
- 4) ванкомицин
- 5) пенициллин

Правильный ответ: 1

7. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

- 1) недели
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 недель
- 4) 2 месяцев
- 5) 3 месяцев

Правильный ответ: 3

8. ДЛЯ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) чрескожного чреспеченочного дренирования
- 2) холецистодуоденостомии
- 3) холецистостомии под контролем УЗИ
- 4) эндоскопического назобилиарного дренирования
- 5) холедохостомии по Холстеду-Пиковскому

Правильный ответ: 1

9. ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП

- 1) чрезбрюшинный
- 2) по Черни
- 3) по Федорову
- 4) по Кохеру
- 5) по Киршнеру

Правильный ответ: 1

10. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) МРТ
- 2) пункционную биопсию под контролем КТ
- 3) УЗИ
- 4) Биохимический анализ крови
- 5) Радиоизотопную сцинтиграфию

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

К хирургу поликлиники обратилась больная 57 лет, с жалобами тошноту, рвоту, метеоризм. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной удовлетворительное живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье; симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга - отрицательные. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается.

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники.

2. Какие обследования необходимо выполнить больной для уточнения диагноза?

3. Какие изменения характерны для данной патологии по данным УЗИ брюшной полости?

4. Вид и объем лечения?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Амебный абсцесс печени.

2. Увеличенная и болезненная печень у молодого мужчины на фоне лихорадки, пребывающего в эндемичном районе, выявление иммуноглобулинов класса G к *Entamoeba histolytica* в реакции ИФА, соответствующие изменения при УЗИ, КТ и радиоизотопном сканировании, позволяют поставить диагноз? ИФА в случае отрицательного результата необходимо повторить через 1 неделю.

3. Бактериальный абсцесс печени, киста печени, гемангиома, опухоли.

4. Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни. Стол общий. Препарат выбора - метронидазол по 750 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней. В случае непереносимости метронидазола или его неэффективности в течение 5 дней - хлорохин 500 мг в течение 3 дней, затем 250 мг в сутки в течение 3 недель. При неэффективности консервативной терапии в течение 5 дней показана пункция абсцесса под контролем УЗИ или КТ с аспирацией содержимого. Пункция абсцесса показана также при угрозе его разрыва. При отсутствии эффекта - операция.

5. После выписки из стационара пребывание на больничном листе не менее 1,5 месяцев. До года наблюдение у хирурга не менее 1 раза в 2 месяца. Санаторно-курортное лечение. Ограничение физических нагрузок до 6 месяцев. Соблюдение диеты, режима труда и отдыха.

№2

Больной, 56 лет, более 15 лет, страдающий ЖКБ, поступил в тяжелом состоянии. Жалобы на постоянные боли, тяжесть в правом подреберье, желтуху и лихорадку. Фебрильная температура до 39 С, ознобы, тошнота, положительный симптом Ортнера, лейкоцитоз - 20×10^9 со сдвигом влево, повышение общего (250 мкмоль/л) и прямого билирубина, щелочной фосфатазы. Определяется расширение нижних отделов правой половины грудной клетки, отставание ее при дыхании. Перкуторно - расширение верхних границ печени, существенное ограничение подвижности края правого легкого, укорочение перкуторного звука в нижних отделах легкого. Здесь же выслушивается ослабление дыхания и сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме - высокое стояние правого купола диафрагмы, правосторонний плевральный выпот.

1. Предположительный диагноз?
2. Путь проникновения патологического процесса?
3. План обследования для подтверждения диагноза?
4. Тактика хирурга?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: ЖКБ. Гнойный холангит. Абсцесс печени.

2. Путь проникновения патологического процесса - холангиогенный.

3. План обследования для подтверждения диагноза: УЗИ, КТ, рентгенография грудной клетки.

4. Тактика хирурга: срочное хирургическое лечение, лапаротомия, ХЭ, вскрытие и дренирование гнойника, адекватное дренирование желчных путей. До и после операции - массивная антибиотикотерапия.

5. Сроки временной утраты трудоспособности 120-140 сут., МСЭК.

№3

К хирургу обратился пациент 30 лет, с жалобами на лихорадку 38,5-39 С, ознобы, слабость и боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо и лопатку в течение 3 дней. Около месяца назад получил закрытую травму живота, за медицинской помощью не обращался. При осмотре - локальное напряжение в

правом подреберье. При УЗИ выявлено патологическое образование правой доли печени с нечеткими контурами, неоднородной структуры 5х2,5 см.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика хирурга?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: посттравматический абсцесс печени.
2. План обследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, УЗИ, КТ, МРТ, пункция с бактериальным посевом и антибиотикограммой, лапароскопия.
3. Тактика хирурга: чрескожная пункция гнойника под контролем УЗИ, КТ с последующим адекватным дренированием.
4. Дифференциальный диагноз: амебный абсцесс печени, киста, гемангиома, опухоли печени.
5. Сроки временной утраты трудоспособности 90-120 сут., МСЭК.

№4

Больной, 42 лет, поступил в стационар с жалобами боль правом подреберье, желтушность кожных покровов, гектическую лихорадку. Объективно: при пальпации живот болезненный в правом подреберье, определяется положительный симптом Ортнера. В анализах определяется лейкоцитоз – 23×10^9 со сдвигом влево, повышение общего билирубина до 300 мкмоль/л за счет прямого билирубина, повышение уровня АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазы. На КТ в правой доле печени определяется зона пониженной плотности размерами 6х6 см с наличием включений воздуха.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика хирурга?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: Абсцесс печени.
2. МРТ, УЗИ, радиоизотопная сцинтиграфия.
3. План обследования для подтверждения диагноза: УЗИ, КТ, рентгенография грудной клетки.
4. Тактика хирурга: срочное хирургическое лечение, лапаротомия, вскрытие и дренирование гнойника, адекватное дренирование желчных путей. До и после операции - массивная антибиотикотерапия.
5. Сроки временной утраты трудоспособности 120-140 сут., МСЭК.

№5

Бригадой «Скорой медицинской помощи» в стационар доставлен пациент 23 лет, с жалобами на лихорадку до 39-40 С, ознобы, бол в правом подреберье, слабость, в течение 6 дней. 2 недели назад получил закрытую травму живота, за медицинской помощью не обращался. Объективно: состояние больного тяжелое,

живот болезненный и напряженный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные, газы отходят. По УЗИ выявлено патологическое образование правой доли печени с нечеткими контурами, неоднородной структуры 5х5 см.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика хирурга?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Первичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: посттравматический абсцесс печени.
2. План обследования: РАК, ОАМ, биохимический анализ крови, КТ, МРТ, пункция с бактериальным посевом и антибиотикограммой, диагностическая лапароскопия.

3. Тактика хирурга: чрескожная пункция гнойника под контролем УЗИ, КТ с последующим адекватным дренированием.

4. Дифференциальный диагноз: амебный абсцесс печени, киста, гемангиома, опухоли печени.

5. Своевременная диагностика закрытой травмы печени.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить холецистостомию
2. Выполнить дренирование холедоха по Керу

1. Тема: «Непаразитарные поражения печени».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при непаразитарных поражениях печени?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при непаразитарных поражениях печени?

3. План лабораторного и инструментального обследований при непаразитарных поражениях печени?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при непаразитарных поражениях печени?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при непаразитарных поражениях печени?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ИСТИННЫЕ НАПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ЛОЖНЫХ ТЕМ, ЧТО ОНИ

1) выстланы изнутри эпителием

2) располагаются только на поверхности печени

3) бывают только солитарными

4) не превышают 2 см в диаметре

5) никогда не осложняются

Правильный ответ: 1

2. В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМ ПЕЧЕНИ НИАБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

1) УЗИ

2) МРТ

3) радиоизотопная сцинтиграфия

4) ангиография

5) КТ

Правильный ответ: 4

3. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНО

1) криодеструкция кисты

2) электрокоагуляция кисты

3) чрескожное чрезпеченочное дренирование кисты

4) наложение холедоходуоденоанастомоза

5) наложение цистоеюноанастомоза

Правильный ответ: 5

4. К ПРИОБРЕТЕННОМУ ПОРОКУ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ОТНОСЯТ

1) атрезию

2) фокальное расширение

- 3) поликистоз
- 4) первичный склерозирующий холангит
- 5) болезнь Бадда-Киари

Правильный ответ: 4

5. ИСТИННЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

- 1) развиваются из дистопированных зачатков желчных ходов
- 2) образуются из полостей, оставшихся после удаления травматических гематом печени
- 3) образуются из полостей, оставшихся после удаления эхинококковых кист
- 4) образуются из полостей, оставшихся после удаления альвеококковых кист
- 5) образуются из полостей, оставшихся после вскрытия абсцесса печени

Правильный ответ: 1

6. ДЛЯ ИСТИННОЙ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) быстрый рост
- 2) яркая клиническая симптоматика с начала развития
- 3) отсутствие осложнений
- 4) медленный рост
- 5) локализация только в хвостатой доле печени

Правильный ответ: 4

7. ПРИ НАГНОЕНИИ НАПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ПОКАЗАНО

- 1) вскрытие кисты, наложение цистоеюноанастомоза
- 2) консервативное лечение
- 3) удаление доли печени с кистой
- 4) удаление сегмента печени с кистой
- 5) вскрытие, дренирование кисты

Правильный ответ: 5

8. ПРИ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ

- 1) точно установленного диагноза подкапсульной гематомы печени у пациентов в удовлетворительном состоянии
- 2) ранения хвостатой доли печени у пациентов со стабильной гемодинамикой
- 3) ранения печени у пациентов в бессознательном состоянии
- 4) закрытой травмы печени у пациентов со стабильной гемодинамикой
- 5) ранения печени с давностью более суток

Правильный ответ: 1

9. НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ПЕЧЕНИ ОБЛАДАЕТ

- 1) МРТ

- 2) КТ
- 3) УЗИ
- 4) диагностическая лапароскопия
- 5) лапароцентез

Правильный ответ: 1

10. МЕТОДИКА УШИВАНИЯ РАНЫ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ПРОШИВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ОТДЕЛЬНЫМИ ДВОЙНЫМИ НИТЯМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) по Кузнецову-Пенскому
- 2) по Оппелю
- 3) по Джиардано
- 4) по Рубановой
- 5) по Альберту-Ламберу

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

В стационар доставлен пострадавший с ножевым ранением брюшной полости. Больной взят в операционную, на операции обнаружено краевое ранение правой доли печени, в брюшной полости 200 мл крови.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга?
3. Виды дренирования брюшной полости при ранениях живота?
4. Объем лечения в послеоперационном периоде?
5. Сроки нетрудоспособности?

Эталон ответа.

1. Проникающее колото-резаное ранение брюшной полости, ранение печени, гемоперитонеум.
2. Ушивание краевого ранения печени, дренирование брюшной полости.
3. Пассивное дренирование, активное дренирование брюшной полости.
4. Диета – стол -III, режим постельный, инфузионная терапия, антибиотикотерапия, НПВП, перевязки, физиолечение.
5. 25-30 дней.

№2

На диагностической лапароскопии по поводу закрытой травмы живота обнаружен разрыв печени длиной 4 см и глубиной 3 см, в брюшной полости 500 мл крови.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга?
3. Назовите прием, позволяющий остановить массивное кровотечение из сосудов печени во время операции?
4. Объем лечения в послеоперационном периоде?
5. Прогноз, рекомендации по лечению на амбулаторном этапе?

Эталон ответа.

1. Закрытая травма живота, разрыв печени, гемоперитонеум.
2. Лапаротомия, ушивание разрыва печени с лигированием кровоточащих сосудов, дренирование брюшной полости.
3. Пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки, путем введения пальца в сальниковое отверстие.
4. Диета – стол -III, режим постельный, инфузионная терапия, антибиотикотерапия, НПВП, перевязки, физиолечение.
5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, ношение бандажа, перевязки.

№3

В стационар доставлен пострадавший с переломом VIII-X ребер справа, закрытой травмой живота. При диагностической лапароскопии обнаружено разможжение правой доли печени, гемоперитонеум.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга?
3. Сроки удаления дренажа из брюшной полости в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу закрытой травмы печени?
4. Объем лечения в послеоперационном периоде?
5. Диспансерная группа, реабилитация?

Эталон ответа.

1. Сочетанная травма. Закрытая травма грудной клетки. Закрытая травма живота, разможжение правой доли печени, гемоперитонеум.
2. Лапаротомия, резекция правой доли печени, дренирование брюшной полости.
3. Дренаж удаляют после прекращения поступления по нему отделяемого.
4. Диета – стол -III, режим постельный, инфузионная терапия, антибиотикотерапия, НПВП, перевязки, физиолечение.
5. Диспансерная группа – 2, Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, ношение бандажа, соблюдение диеты.

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 68 лет, с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, снижения аппетита, горечь во рту, чувство тяжести в правом подреберье. Считает себя больным в течение 5 лет. За медицинской помощью не обращался. При обследовании на КТ в правой доле печени обнаружено очаговое образование размером 5x5 см пониженной плотности с четкими ровными контурами, однородной структуры, печень увеличена в размерах.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза?
4. Объем лечения?
5. Прогноз, реабилитация?

Эталон ответа.

1. Истинная киста печени.
2. Направить больного в хирургический стационар.
3. УЗИ, МРТ, радиоизотопная сцинтиграфия.
4. Удаление кисты путем ее вылушивания, при необходимости с краевой и сегментарной резекцией печени.
5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Ограничение физической нагрузки в течение 3-х месяцев, ношение бандажа, перевязки, соблюдение диеты, санаторно-курортное лечение.

№5

К хирургу поликлиники обратился больной 27 лет с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, слабость, повышение температуры тела до 37,8 С. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной находился на амбулаторном лечении по поводу закрытой травмы живота, подкапсульной гематомы печени. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, при пальпации живот болезненный и напряженный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. По данным УЗИ в правой доле печени имеется очаговое образование 5*3 см, неоднородной структуры, с капсулой.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза?
4. Объем лечения?
5. Диспансеризация, прогноз?

Эталон ответа.

1. Нагноение посттравматической кисты правой доли печени.
2. Направить больного в хирургический стационар.
3. КТ, МРТ, развернутый анализ крови.
4. Оперативное лечение: лапаротомия, вскрытие полости кисты и ее дренирование.
5. Диспансерная группа – 2, прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

3. Удалить кисту печени
4. Выполнить клиновидную резекцию печени

1. Тема: «Синдром портальной гипертензии. Методы хирургического лечения».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при портальной гипертензии?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при портальной гипертензии?

3. План лабораторного и инструментального обследований при портальной гипертензии?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при портальной гипертензии?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при портальной гипертензии?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ДЛЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО ДАВЛЕНИЕ

1) 100-150 мм. вод. ст.

2) 250-400 мм. вод. ст.

3) 400-600 мм. вод. ст.

4) 600-800 мм. вод. ст.

5) более 800 мм. вод. ст.

Правильный ответ: 3

2. I СТЕПЕНЬ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА ВСЛЕДСТВИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА ДО

1) до 2-3 мм

2) до 3-4 мм

3) до 5-7 мм

4) до 8-10 мм

5) до 10-12 мм

Правильный ответ: 1

3. СРЕДНЯЯ ЛИНЕЙНАЯ СКОРОСТЬ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА

1) 12 - 18 см/с

2) 12 - 18 мм/с

3) 12 - 18 см/мин

4) 8 -12 см/с

5) 8 12 мм/с.

Правильный ответ: 1

4. ПРИЧИНОЙ ПРЕДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Эндофлебит печеночных вен

2) Рубцовые процессы в печени

- 3) Аплазия воротной вены
- 4) Синдром Бадда-Киари
- 5) Констриктивный перикардит

Правильный ответ: 3

5. ПОКАЗАНИЕ К ТРАНСЮГУЛЯРНОМУ ПОРТОСИСТЕМНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ (TIPS) У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА I-III СТЕПЕНИ

- 1) Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода при активности цирротического процесса по Чайлду-Пью А
- 2) Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода при активности цирротического процесса по Чайлду-Пью В
- 3) Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода при активности цирротического процесса по Чайлду-Пью С
- 4) Тяжелая степень гиперспленизма
- 5) Геатомегалия

Правильный ответ: 3

6. ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЗДАНИЕ НОВЫХ ПУТЕЙ ОТТОКА КРОВИ ИЗ ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) Анастомоз с подкожной веной бедра
- 2) Резекция печени
- 3) Оментопексия
- 4) Операция Таннера
- 5) Спленэктомия

Правильный ответ: 3

7. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) Спленомегалия
- 2) Варикозное расширение вен пищевода
- 3) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- 4) "Голова медузы" на передней брюшной стенке
- 5) Асцит

Правильный ответ: 3

8. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) Эвентрация
- 2) Панкреатит
- 3) Тромбоз портальной системы
- 4) Активация процесса в печени
- 5) Легочное осложнение

Правильный ответ: 3

9. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ ИМЕЮТ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) Прямая портогепатография

- 2) Чрезбедренная селективная гепатовенография
- 3) Ангиография
- 4) Спленопортография
- 5) Спленоманометрия

Правильный ответ: 2

10. ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) Адреналина подкожно
- 2) Коагулянтов
- 3) Пропранолола
- 4) Адреналина внутривенно
- 5) Питуитрина

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 16 лет, поступил с диагнозом: подпеченочная форма портальной гипертензии, спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода и желудка с кровотечением из них. Гемоглобин снизился со 120 до 72 г/л. Гемостатическая терапия оказалась безуспешной. Через 4 часа с начала кровотечения произведена операция.

1. Какое оперативное вмешательство показано данному больному?
2. Чем обусловлена данная форма портальной гипертензии?
3. Возможные клинические проявления цирроза?
4. Гемостатическая терапия при кровотечении из варикозно расширенных вен?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Чрезжелудочная перевязка варикозно расширенных вен пищевода.
2. Аномалия развития воротной вены, ее тромбоз.
3. Портальная гипертензия, «голова медузы», асцит, гепатоспленомегалия, варикозное расширение вен пищевода, кардиального отдела желудка, желтуха.
4. Медикаментозное: этамзилат, викасол, хлористый кальций, аскорбиновая кислота, аминокaproновая кислота. Местное: локальная гипотермия, введение зонда Блэкмора, эндоскопическая электрокоагуляция.
5. Наблюдение больного по поводу основного заболевания, вызвавшего портальную гипертензию. Диспансеризация предусматривает повторные осмотры гастроэнтеролога, биохимические исследования крови. Соблюдение диеты, прием назначенной терапии, уменьшение физической нагрузки, посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

№2

Больной, 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на мелену. При поступлении состояние средней тяжести. Печень не увеличена.

Селезенка выступает из-под реберного края на 5 см., плотная. Рвоты не было. ФГС: расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка. Гемоглобин - 101 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,1 \times 10^9$, тромбоциты - 180×10^9 .

Из анамнеза: 1,5 года назад операция по поводу тупой травмы живота: ушиба печени, поджелудочной железы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза?
4. Какова форма заболевания?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Портальная гипертензия со спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка.

2. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

3. УЗИ, КТ, ректороманоскопия, спленопортография.

4. Предпеченочная форма.

5. Соблюдение диеты, прием назначенной терапии, уменьшение физической нагрузки, посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

№3

Больная, 25 лет, была доставлена в хирургическое отделение бригадой скорой помощи, 16 часов назад внезапно начались интенсивные боли в эпигастральной области и правом подреберье. Боли сопровождались рвотой. Со временем боли стали интенсивнее, рвота с прожилками крови.

Из анамнеза: срочные роды (первый ребенок) 10 дней назад.

В анализах крови: лейкоцитоз, повышенное СОЭ, дис - и гипопропротеинемия, умеренное повышение активности ферментов.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Синдром Бадда - Киари.

2. УЗИ брюшной полости, ФГС, КТ, нижняя каваграфия, флебография печени.

3. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, болезнь Бадда-Киари, кровотечение из ЖКТ.

4. Назначение антиагрегантов; препаратов, улучшающих обменные процессы - эссенциале; диуретики, ГКС. Хирургическое лечение: наложение порто-кавального анастомоза, перитонеовенозное шунтирование.

5. Прогноз серьезный. Больная может погибнуть от печеночной комы, перитонита.

№4

Больной 35 лет. При медицинском осмотре случайно обнаружена увеличенная селезенка и расширенные вены на передней брюшной стенке.

Самочувствие удовлетворительное.

На передней брюшной стенке видны расширенные, извитые подкожные вены в области пупка и ниже по средней линии. Селезенка выступает из-под реберного края на 12 см, печень по краю правой реберной дуги, мягкая.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какая форма заболевания имеется у данного больного?
3. Комплекс обследований данного больного?
4. Чем обусловлено наличие извитых вен в области пупка?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Портальная гипертензия.
2. Предпеченочная.
3. Пальпация, перкуссия, аускультация, УЗИ, ФГС, биохимический анализ крови, и др.
4. Портокавальными анастомозами.
5. Соблюдение диеты, прием назначенной терапии, уменьшение физической нагрузки, посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

№5

Больной 28 лет. Поступил с клиникой желудочного кровотечения. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Печень у края реберной дуги, плотная. Селезенка увеличена. При обследовании выявлены расширенные вены желудка и пищевода. На спленопортограмме - внутripеченочный блок с ретроградным сбросом крови в вены желудка и пищевода. Давление в селезенке - 480 мм вод. ст.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Каков объем оперативного лечения?
3. Нормальное давление в системе воротной вены?
4. Методы выявления варикозно расширенных вен пищевода?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Цирроз печени, портальная гипертензия, гепатоспленомегалия.
2. Спленэктомия, наложение портокавального анастомоза.
3. 120-200 мм вод. ст.
4. ФГС, рентгенконтрастное исследование вен пищевода.
5. При неактивном циррозе проводят диспансерное наблюдение за больным (не реже 2 раз в год), показана диета №5, регулярное 4 - 5 разовое питание, ограничение физических нагрузок (особенно при портальных циррозах). Полезны 1-2 раза в год курсы витаминотерапии, лечение сирепаром, эссенциале. Больные циррозом печени ограничено трудоспособны или нетрудоспособны и нуждаются в переводе на инвалидность.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

5. Установить зонд Блекмора.
6. Выполнить операцию Таннера.

1. Тема: «Стриктуры и повреждения внепеченочных желчных протоков. Наружные и внутренние желчные свищи. Острая печеночная недостаточность».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков; наружных и внутренних желчных свищах; острая печеночной недостаточности?
2. Лечебно-диагностический алгоритм при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков; наружных и внутренних желчных свищах; острая печеночной недостаточности?
3. План лабораторного и инструментального обследований при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков; наружных и внутренних желчных свищах; острая печеночной недостаточности?
4. Методы лабораторного и инструментального обследования при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков; наружных и внутренних желчных свищах; острая печеночной недостаточности?
5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков; наружных и внутренних желчных свищах; острая печеночной недостаточности?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЕННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) лапароскопия
- 5) радиоизотопная сцинтиграфия

Правильный ответ: 2

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРИКТУРЫ ХОЛЕДОХА ВОЗНИКАЮТ

- 1) на фоне холедохолитиаза
- 2) при пенетрации дуоденальной язвы
- 3) после случайного повреждения холедоха
- 4) хроническом идиуративном панкреатите
- 5) при развитии туберкулезных язв в холедохе

Правильный ответ: 3

3. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ
НАИБОЛЕЕ УДОБНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП

- 1) верхнее-срединная лапаротомия
- 2) средне-срединная лапаротомия
- 3) Ленандера
- 4) Волковича-Дьяконова
- 5) Черни

Правильный ответ: 5

4. ПРИ НЕБОЛЬШОМ ПРИСТЕНОЧНОМ РАНЕНИИ
ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока
- 2) пластика холедоха на Т-образном дренаже
- 3) пластика холедоха на дренаже Вишневого
- 4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах
- 5) гепатостомия

Правильный ответ: 1

5. ПРИ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 2/3
ПРОСВЕТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока
- 2) пластика холедоха на Т-образном дренаже
- 3) эндопротезирование
- 4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах
- 5) гепатостомия

Правильный ответ: 2

6. ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА
РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1) через 6 месяцев после операции
- 2) через год после операции
- 3) каждые 6 месяцев после операции на протяжении 3 лет
- 4) через 3 года после операции
- 5) через 5 лет после операции

Правильный ответ: 3

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пролежень стенки желчного пузыря, вызванный камнем
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) рак желудка
- 4) эхинококкоз
- 5) актиномикоз

Правильный ответ: 1

8. НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗИ ОБЛАДАЕТ

- 1) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- 2) внутриводящая эхография
- 3) КТ
- 4) МРТ
- 5) диагностическая лапароскопия

Правильный ответ: 1

9. ПРИ I ТИПЕ СИНДРОМА МИРИЗИ ПОКАЗАНО

- 1) холецистэктомия, ревизия желчных протоков с дренированием Т-образной трубкой
- 2) холецистэктомия, удаление конкрементов, ушивание свищевого отверстия атравматическим рассасывающимся шовным материалом или пластика дефекта оставленной частью культи желчного пузыря, дренирование Т-образной трубкой
- 3) гепатикоеюностомия
- 4) холецистэктомия
- 5) холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желновыводящих путей

Правильный ответ: 1

10. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) токсическая энцефалопатия
- 2) уменьшение диуреза
- 3) частый обильный стул
- 4) повышение первичного сердечного выброса
- 5) лабораторные признаки увеличения общего билирубина

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

В стационар доставлен больной 60 лет с жалобами на боль в эпигастрии, диспептические расстройства, слабость, желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что больной год назад находился на лечении в стационаре по поводу холедохолитиаза, желчнокаменной болезни. При УЗИ обнаружена стриктура холедоха протяженностью 1 см.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Что является предрасполагающим фактором в развитии данного заболевания?

3. Как уточнить диагноз?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Прогноз, диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.

2. Холангит, желчнокаменная болезнь, перенесенные операции на желчновыводящих путях, повреждения желчновыводящих путей.

3. КТ, чрескожная чреспеченочная холангиография.

4. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, после купирования механической желтухи – баллонная дилатация, стентирование желчных протоков.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Диспансерная группа – 2.

№2

В стационар доставлен больной 52 лет, с жалобами на боль в животе, слабость, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 37,5 С. При чрескожной чреспеченочной холангиографии у больного обнаружены стриктура дистальной трети холедоха, протяженностью 3 см. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад больной был оперирован по поводу острого калькулезного холецистита.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Перечислите факторы риска повреждения жёлчных протоков при лапароскопических вмешательствах?

3. Как уточнить диагноз?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Прогноз, диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.

2. Ожирение, кровотечение, острый холецистит и наличие рубцов в области треугольника Кало.

3. КТ.

4. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, после купирования механической желтухи – операция: наложение холедоходуоденоанастомоза.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Диспансерная группа – 2.

№3

Больной 48 лет, была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде отмечалось поступление желчи по дренажам. На релапаромтомии обнаружено краевое ранение холедоха протяженностью 1 см.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Возможные осложнения?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Ятрогенное повреждение холедоха

2. Внутривенная холецистография.
3. Ушивание холедоха на дренаже.
4. Насостоятельность швов холедоха, развитие стриктуры холедоха.
5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 54 лет с жалобами на диспептические расстройства, горечь во рту, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, слабость. При обследовании на УЗИ обнаружена протяженная стриктура холедоха.

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?
3. Объем лечебных мероприятий?
4. Возможные осложнения стриктур холедоха?
5. Диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.
2. Внутривенная холецистография.
3. Операция – наложение холедоходуаденоанастомоза.
4. При хроническом холестазе, особенно при рецидивирующем сепсисе, развиваются вторичный склерозирующий холангит, а затем билиарный цирроз.
5. Диспансерная группа Д-2

№5

К хирургу поликлиники обратился больной 34 лет с жалобами на анорексию, гипертермия, недомогание и прогрессирующую утомляемость. При осмотре – состояние больного тяжелое, кожные покровы желтушные. Из анамнеза известно, что неделю назад больной выписан из стационара, где находится на лечении по поводу отравления суррогатами алкоголя. В биохимическом анализе крови – повышение билирубина до 300 мкмоль/л за счет непрямого.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Объем дополнительного обследования?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Острая печеночная недостаточность.
2. Бригадой «Скорой медицинской помощи» транспортировать больного в хирургический стационар.
3. УЗИ брюшной полости, КТ, МРТ брюшной полости и головного мозга, маркеры гепатитов, развернутый анализ крови.

4. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с бактериальным менингитом, абсцессом мозга, энцефалитом

5. Для жизни сомнительный, для трудоспособности – сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить традиционную холецистэктомию

2. Выполнить лапароскопическую холецистэктомию

1. Тема: «Реконструктивные операции на желчевыводящих путях».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Клиническая картина при повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах?

3. План лабораторного и инструментального обследований при повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ПРИ НЕБОЛЬШОМ ПРИСТЕНОЧНОМ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока

2) пластика холедоха на Т-образном дренаже

3) пластика холедоха на дренаже Вишневского

4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах

5) гепатостомия

Правильный ответ: 1

2. ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА С «ОТКЛЮЧЕННОЙ» ПО РУ КИШКЕ, ДЛИНА «ОТКЛЮЧЕННОГО» УЧАСТКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

1) 20 см

2) 40 см

3) 60 см

4) 80 см

5) 150 см

Правильный ответ: 4

3. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СВИЩА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП

1) верхнее-срединная лапаротомия

2) средне-срединная лапаротомия

- 3) Ленандера
- 4) Волковича-Дьяконова
- 5) Черни

Правильный ответ: 5

4. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ЕГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА $\frac{1}{2}$ ДИАМЕТРА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОКАЗАНО

- 1) лапароскопическое ушивание на дренаже Кера
- 2) эндопротезирование
- 3) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах
- 4) гепатостомия
- 5) лапароскопическое ушивание с чрезкожным чрезпеченочным дренированием желчных протоков

Правильный ответ: 1

5. ПРИ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА $\frac{2}{3}$ ПРОСВЕТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока
- 2) пластика холедоха на T-образном дренаже
- 3) эндопротезирование
- 4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах
- 5) гепатостомия

Правильный ответ: 2

6. ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- 1) через 6 месяцев после операции
- 2) через год после операции
- 3) каждые 6 месяцев после операции на протяжении 3 лет
- 4) через 3 года после операции
- 5) через 5 лет после операции

Правильный ответ: 3

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пролежень стенки желчного пузыря, вызванный камнем
- 2) язвенная болезнь желудка
- 3) рак желудка
- 4) эхинококкоз
- 5) актиномикоз

Правильный ответ: 1

8. НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗИ ОБЛАДАЕТ

- 1) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- 2) внутрипротоковая эхография

- 3) КТ
- 4) МРТ
- 5) диагностическая лапароскопия

Правильный ответ: 1

9. ПРИ I ТИПЕ СИНДРОМА МИРИЗИ ПОКАЗАНО

1) холецистэктомия, ревизия желчных протоков с дренированием Т-образной трубкой

2) холецистэктомия, удаление конкрементов, ушивание свищевого отверстия атравматическим рассасывающимся шовным материалом или пластика дефекта оставленной частью культи желчного пузыря, дренирование Т-образной трубкой

3) гепатикоеюностомия

4) холецистэктомия

5) холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желновыводящих путей

Правильный ответ: 1

10. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНОВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

1) 2 недели

2) 1 месяц

3) 2,5-3 месяца

4) 6 месяцев

5) 1 год

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

В стационар доставлен больной 60 лет с жалобами на боль в эпигастрии, диспептические расстройства, слабость, желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что больной год назад находился на лечении в стационаре по поводу холедохолитиаза, желчнокаменной болезни. При УЗИ обнаружена стриктура холедоха протяженностью 1 см.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Что является предрасполагающим фактором в развитии данного заболевания?

3. Как уточнить диагноз?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Прогноз, диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.

2. Холангит, желчнокаменная болезнь, перенесенные операции на желчевыводящих путях, повреждения желчевыводящих путей.

3. КТ, чрескожная чреспеченочная холангиография.

4. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, после купирования механической желтухи – баллонная дилатация, стентирование желчных протоков.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Диспансерная группа – 2.

№2

В стационар доставлен больной 52 лет, с жалобами на боль в животе, слабость, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 37,5 С. При чрескожной чреспеченочной холангиографии у больного обнаружены стриктура дистальной трети холедоха, протяженностью 3 см. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад больной был оперирован по поводу острого калькулезного холецистита.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Перечислите факторы риска повреждения жёлчных протоков при лапароскопических вмешательствах?

3. Как уточнить диагноз?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Прогноз, диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.

2. Ожирение, кровотечение, острый холецистит и наличие рубцов в области треугольника Кало.

3. КТ.

4. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, после купирования механической желтухи – операция: наложение холедоходуоденоанастомоза.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Диспансерная группа – 2.

№3

Больной 48 лет, была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде отмечалось поступление желчи по дренажам. На релапаромтомии обнаружено краевое ранение холедоха протяженностью 1 см.

1. Сформулируйте клинический диагноз?

2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Возможные осложнения?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Ятрогенное повреждение холедоха

2. Внутривенная холецистография.

3. Ушивание холедоха на дренаже.

4. Несостоятельность швов холедоха, развитие стриктуры холедоха.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 54 лет с жалобами на диспептические расстройства, горечь во рту, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, слабость. При обследовании на УЗИ обнаружена протяженная стриктура холедоха.

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Возможные причины данного вида травмы?
3. Объем лечебных мероприятий?
4. Возможные осложнения стриктур холедоха?
5. Диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Стриктура холедоха, механическая желтуха.
2. Местные анатомические условия, ошибки оперативной техники.
3. Операция – наложение холедоходуаденоанастомоза.
4. При хроническом холестазах, особенно при рецидивирующем сепсисе, развиваются вторичный склерозирующий холангит, а затем билиарный цирроз.

5. Диспансерная группа Д-2

№5

Больной К., 70 лет перенес лапароскопическую холецистэктомию. в послеоперационном периоде у больного по дренажу отделяется с примесью крови. При релапароскопии в области культи пузырного протока определяется обильное желчеистечение с примесью крови. при ревизии обнаружено краевое ранение холедоха.

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?
3. Объем лечебных мероприятий?
4. При двух этапном лечении данного вида повреждений через какое время выполняется второй этап?
5. Профилактика данного вида травмы?

Эталон ответа.

1. Ятрогенное повреждение холедоха.
2. Внутривенная холецистография.
3. Первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока.

4. 2-2,5 месяца.

5. Адекватное дооперационное обследование внепеченочных желчных протоков с визуализацией состояния желчного пузыря и желчевыводящих путей. Тщательная мобилизация структур шейки желчного пузыря с идентификацией стенки общего желчного протока (ОЖП), мест впадения пузырного протока (ПП) и пузырной артерии (ПА) в пузырь. Любые

манипуляции должны выполняться при полной визуализации рабочих концов инструмента и анатомических структур. Строго соблюдать правила работы с электрохирургическими инструментами.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить лапаротомию
2. Выполнить холедоходуоденостомию

1. Тема: «Травма селезенки, спленэктомия».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Этиология, патогенез возникновения травм селезенки.
2. Классификация
3. Принципы лечения
4. Осложнения травм селезенки
5. Показания к оперативному лечению
6. Дополнительные методы исследования при травмах селезенки

4. Самоконтроль по тестовым занятиям темы:

1. ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА СЕЛЕЗЕНКА

- 1) в брюшной полости слева под диафрагмой
- 2) в брюшной полости справа под диафрагмой
- 3) забрюшинно слева
- 4) забрюшинно справа
- 5) в брюшной полости в мезогастррии

Правильный ответ: 1

2. ПРИЗНАКИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА

- 1) лейкоцитоз
- 2) уменьшение селезенки
- 3) анемия
- 4) гемофилия
- 5) гиперпротенемия

Правильный ответ: 3

3. ТЕРМИН ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ЭТО

- 1) увеличение селезенки
- 2) снижение функциональной активности селезенки
- 3) гиперпаратиреоз
- 4) злокачественная опухоль
- 5) сморщенная селезенка с повышенной функцией

Правильный ответ: 3

4. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ОТНОСЯТ

- 1) удвоение
- 2) дистопию, добавочную селезенку
- 3) агенезию
- 4) атонию
- 5) гиперспленизм

Правильный ответ: 2

5. ЧТО ОТНОСИТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕЛЕЗЕНКИ, ТРЕБУЮЩИМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1) аномалии развития
- 2) бессимптомный инфаркт селезенки
- 3) паразитарные кисты селезенки до 3 см
- 4) механические повреждения
- 5) вторичный гиперспленизм

Правильный ответ: 4

6. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕЛЕЗЕНКИ, ТРЕБУЮЩИМ ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ОТНОСЯТ

- 1) врождённые заболевания селезёнки
- 2) травмы селезёнки
- 3) инфаркт селезёнки
- 4) кисты селезёнки (паразитарные и непаразитарные)
- 5) спленомегалию и гиперспленизм

Правильный ответ: 2

7. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) УЗИ
- 2) лапароскопия
- 3) компьютерная рентгеновская томография
- 4) пункция
- 5) сцинтиграфия

Правильный ответ: 1

8. ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ

- 1) травма с разрывом капсулы
- 2) абсцесс селезенки
- 3) болезнь Лайела
- 4) гиперпаратиреоз
- 5) удвоение селезенки

Правильный ответ: 2

9. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ С РАЗРЫВОМ

- 1) брадикардия
- 2) повышение АД
- 3) коллапс
- 4) боль в эпигастрии
- 5) спленомегалия

Правильный ответ: 3

10. ПРИЗНАК ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ КАПСУЛЫ

- 1) травма живота в анамнезе
- 2) боль при дыхании в правом подреберье
- 3) повышенный аппетит
- 4) коллапс
- 5) непроходимость кишечника

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

1 Юноша, 16 лет, поступил через 19 часов после падения с дерева и удара животом о землю. Ненадолго терял сознание. Через 4 часа после травмы был стул, мочился самостоятельно, дважды была рвота, ночь почти не спал ввиду болей. Общее состояние тяжелое, бледен. Пульс - 100 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Язык влажный; живот немного вздут, поверхностно 132 участвует в акте дыхания, при пальпации - напряжение и болезненность в области левого подреберья. Симптомы Щеткина-Блюмберга - положительны. В отлогих местах живота свободной жидкости не определяется. Селезеночная тупость несколько увеличена. Гемоглобин - 90 г/л.

1. Предположительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Какова хирургическая тактика?
4. Какие оперативные доступы при операции на селезенке?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

Эталоны ответов:

1. Разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.
2. Лапароцентез, УЗИ, лапароскопия.
3. Срочная операция - лапаротомия, ревизия, спленэктомия.
4. Левосторонний косой подреберный; верхнесрединная лапаротомия - самый распространенный.
5. Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный. Рекомендовано ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки, санаторно-курортное лечение.

2 Больной, 60 лет, поступил в больницу на второй день болезни с DS: ущемленная грыжа белой линии живота. Начало заболевания острое: боли с иррадиацией в эпигастральную область, повторная многократная рвота. При объективном осмотре: бледен, пульс - учащен - 112 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст., гемоглобин - 90 г/л. Моча без патологии. Живот не вздут, при пальпации слегка болезненный, напряжен. Печень увеличена, болезненна умеренно. По белой линии имеется грыжевое выпячивание размером 4x4 см., умеренно болезненное, невправимое в брюшную полость. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. С диагнозом ущемленная грыжа белой линии взят на операцию. На лапаротомии в брюшной полости имеются жидкая

кровь и сгустки, обнаружены большая селезенка, разрыв селезенки, цирротическая печень.

1. Какие допущены ошибки при обследовании больного?
2. Сформулируйте диагноз после операции?
3. Как классифицировать повреждение селезенки?
4. Диспансеризация и реабилитация?
5. Прогноз?

Эталоны ответов:

1. Не полно собран анамнез, не выявлены сопутствующие заболевания.
2. Цирроз печени, спленомегалия, самопроизвольный разрыв патологически измененной селезенки. 136
3. Спленэктомия, дренирование брюшной полости, пластика грыжевых ворот.

4. Больной находится на диспансерном учете у участкового терапевта и гематолога. Диспансерная группа 3. 1 раз в месяц в течение 6 месяцев сдача анализа крови с подсчетом тромбоцитов, в последующем - 1 раз в 3 месяца. Следует ограничить физ. нагрузки в течение 3 месяцев, необходимо делать перевязки, рекомендовано санаторно-курортное лечение.

5. Прогноз сомнительный.

3. Девочка, 9 лет, оперирована с клиникой острого аппендицита. Интраоперационно обнаружен гнойный мезаденит. Послеоперационный период протекал гладко, однако после выписки из стационара на 4-й день появились боли в животе, явления перитонита. Оперирована повторно - межкишечный абсцесс, затем абсцесс нижней доли левого легкого. Спустя 4 месяца состояние снова ухудшилось, появились боли в левой половине живота, желтуха, повышение температуры. Общее состояние больной тяжелое, девочка вялая. Живот увеличен в объеме, печень на 8 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка (+ 5 см), плотная. Левая половина живота болезненная, отмечается притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в нижних отделах легких. На рентгенограмме - в плевральной полости небольшое количество выпота. Гемоглобин - 70 г/л, лимфоциты - 23%, моноциты - 4%, СОЭ - 60 мм/ч. Пункция плевральной полости - получен трансудат. Лечение антибиотиками - без эффекта. 133
Состояние прогрессивно ухудшается: нарастают боли, лихорадка гектического характера, напряжение мышц больше в левом подреберье.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Лечебная тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе?

Эталоны ответов:

1. Инфаркт селезенки, абсцесс селезенки.
2. УЗИ, лапароскопия.
3. Операция - удаление селезенки.
4. Летальность высокая.

5. Больная находится на диспансерном учете у участкового педиатра и гематолога. 1 раз в месяц сдача анализа крови с подсчетом тромбоцитов. Ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки, санаторно-курортное лечение.

4. Больной, 35 лет, электролизник в течение трех месяцев жалуется на периодические боли в левом подреберье. Перед поступлением в клинику была кровавая рвота. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Живот увеличен, имеется выраженная сеть подкожных вен. Селезенка в виде языка выступает на 6 см., плотная, безболезненная, малоподвижная. Печень не увеличена, в животе свободная жидкость - асцит. Со стороны анализов крови имеется анемия. На спленопортограмме картина внепеченочной формы портальной гипертензии. После этого обследования на 8 сутки появились резкие боли в левом подреберье, сопровождающиеся рвотой, повышением температуры до 38,5 С, лейкоцитозом. Консервативная терапия в течение 3 суток неэффективна.

1. О каком заболевании селезенки идет речь?
2. Как уточнить диагноз?
3. Перечислите направления консервативной терапии?
4. Тактика при неэффективности симптоматического лечения?
5. Диспансеризация и реабилитация?

Эталоны ответов:

1. Инфаркт селезенки.
2. Сделать УЗИ, искать очаги некроза.
3. Инфузионная терапия с электролитами, спазмолитиками, антибиотиками, антикоагулянтная терапия.
4. Спленэктомия.

5. Больной находится на диспансерном учете у участкового терапевта и гематолога. Диспансерная группа 2. 1 раз в месяц сдача анализа крови с подсчетом тромбоцитов.

5. Больная, 37 лет, жалуется на слабость, головокружение, появление кровоподтеков на коже без видимых причин. Больна в течение 5 месяцев. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с петехиями и экхимозами. Миндалины не увеличены. Патологии легких, сердца не обнаружено, печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин - 79 г/л, эритроциты - $2,3 \times 10^{12}$ лейкоциты - $2,1 \times 10^9$ тромбоциты - $21,2 \times 10^9$, СОЭ - 43 мм/час.

1. Вероятная причина панцитопении?
2. Тип кровоточивости?
3. Какие изменения ожидаются в миелограмме?
4. Тактика лечения?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Апластическая анемия.

2. Петехиально-пятнистый.
3. Малоклеточный костный мозг, отсутствие бластов.
4. Трехэтапная терапия АА (антилимфоцитарный глобулин, циклоспорин А, спленэктомия). Если есть возможность, пересадка костного мозга.

5. После выписки из стационара больная находится под наблюдением у участкового терапевта и гематолога. Частота их осмотров в стадии ремиссии не реже 1 раза в месяц, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с подсчетом тромбоцитов 1 раз в месяц, трепанобиопсия и другие исследования по показаниям. Противорецидивные мероприятия включают в себя санацию очагов хронической инфекции, поддерживающую терапию.

6. Перечень и стандарты практических умений

1. Уметь тщательно собрать жалобы, выделив из них главные и второстепенные, собрать историю заболевания и жизни, выявить по системам объективные данные, выделив отдельно данные локального статуса, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить план обследования и лечения, сформулировать клинический диагноз, показания и противопоказания к хирургическому лечению, определить предполагаемый объем оперативного вмешательства.

2. Уметь в процессе коллективного разбора больных, докладывать, согласно схемы истории болезни, все полученные данные.

3. Уметь анализировать полученные данные, проводить дифференциальную диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема: «Принципы лечения острого панкреатита в зависимости от стадийности патологического процесса. Панкреатогенный шок».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Этиология острого панкреатита
2. Клиника и диагностика острого панкреатита
3. Дифференциальная диагностика острого панкреатита
4. Дополнительные методы исследования в диагностике острого панкреатита
5. Тактика при остром панкреатите
6. Показания к экстренной, срочной и отсроченной операции при панкреатите
7. Осложнения острого панкреатита

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) схваткообразные боли;
- 2) боль неопределенного характера;
- 3) боль, вызывающая беспокойство;
- 4) сильная, постоянная боль;
- 5) боль отсутствует.

Правильный ответ: 4

2. БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ В ЭНЗИМНОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) амилаза крови;
- 2) трипсиноген;
- 3) аминотрансфераза;
- 4) альдолаза;
- 5) лактаза.

Правильный ответ: 1

3. БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) целиакография;
- 2) ультразвуковое исследование;
- 3) лапароцентез;
- 4) термография;
- 5) гастродуоденоскопия.

Правильный ответ: 2

4. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

- а) флегмона;
- б) перфорация желчного пузыря;
- в) перитонит;
- г) дивертикул 12-перстной кишки;
- д) ушиб.

Правильный ответ: 3

5. БОЛЬНАЯ 40 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В КЛИНИКУ НА 2 СУТКИ С МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПОСЛЕ ОСМОТРА И ОБСЕДОВАНИЯ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ПАНКРЕОНЕКРОЗ. СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ВЫРАЖЕННАЯ ФЕРМЕНАТИВНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА НЕТ. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, УГНЕТАЮЩИЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ ПРОТЕИНОВЫЙ СИНТЕЗ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН И ДОСТУПЕН?

- 1) дренирование грудного лимфатического протока;
- 2) цитостатики;
- 3) локальная желудочная гипотермия;
- 4) гемосорбция;
- 5) лапароскопический перитонеальный диализ.

Правильный ответ: 2

6. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) блокада блуждающего нерва;
- 2) уменьшение воспаления в железе;
- 3) уменьшение болей;
- 4) блокада белкового синтеза в клетках железы;
- 5) инактивация панкреатических ферментов.

Правильный ответ: 4

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ:

- 1) острые язвы желудка;
- 2) острые язвы 12-перстной кишки;
- 3) отек и гиперемия задней стенки желудка;
- 4) кровоизлияния на передней стенке желудка;
- 5) утолщение складок желудка и 12-перстной кишки.

Правильный ответ: 3

8. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ЖИРОВОГО,

ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО) В СТАДИИ ТОКСЕМИИ

- а) рентгенологическое исследование желудка;
- б) целиакография;
- в) портография;
- г) перкуссия;
- д) лапароскопия, ультразвуковое исследование.

Правильный ответ: 5

9. У БОЛЬНОГО 20 ЛЕТ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, НО НЕЛЬЗЯ ИСКЛЮЧИТЬ ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА. РЕШЕНО ВЫПОЛНИТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ. ВЫБЕРИТЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА:

- а) пневматизация кишечника;
- б) гиперемия брюшины;
- в) отек большого сальника;
- г) наличие желудочного содержимого в брюшной полости;
- д) бляшки стеатонекроза на брюшине.

Правильный ответ: 5

10. В КАКОМ СЛУЧАЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) деструктивные формы панкреатита в стадии токсемии;
- 2) дыхательная недостаточность;
- 3) гнойные осложнения панкреатита с почечно-печеночной недостаточностью;
- 4) коллапс;
- 5) желтуха.

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

У больного, поступившего в стационар с тяжелой формой острого панкреатита, на 5 сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные.

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 18×10^9 , эозинофилы.-

3, юные - 1, палочкоядерные - 29, сегментоядерные - 52, СОЭ - 48 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Абсцесс сальниковой сумки.
2. УЗИ органов брюшной полости, КТ (компьютерная томография по возможности).
3. Срочная операция - дренирования сальниковой сумки.
4. Деструктивный холецистит, аппендицит, опухоль желудка, толстой кишки.
5. После выписки из стационара: санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Наблюдение у хирурга в течение года - 1 раз в 3 месяца.

№2

У больного, поступившего в стационар с острым панкреатитом (тяжелое течение), на 14 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и пояснице слева, появилась гектическая температура до 39,5С. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту, язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты - крови- $20,5 \times 10^9$.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Флегмона парапанкреатической забрюшинной клетчатки.
2. УЗИ, диагностическая пункция, КТ.
3. Срочная операция вскрытия и дренирования флегмоны забрюшинного пространства. Нетрудоспособность в течение 20-30 дней с момента выписки из стационара.
4. Абсцесс сальниковой сумки, гнойный пиелонефрит.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№3

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет.

Температура тела нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс - 72 в минуту, АД-120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10x10 см, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и моче существенных изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Псевдокиста поджелудочной железы.
2. С опухолью желудка или толстой кишки.
3. УЗИ органов брюшной полости, контрастная рентгенография желудка и ДПК с барием.
4. Плановое оперативное вмешательство.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение хирурга по месту жительства в течение года - 1 раз в 3 месяца.

№4

Больной предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧДД - 28 в мин., пульс - 100 в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи - 180 мг/мл. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы. Однако состояние больного остается тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение.
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Прогрессирующее течение панкреонекроза.
2. Тотальным поражением поджелудочной железы и недостаточностью функции железы.
3. УЗИ, КТ, лапароскопия.

4. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. При появлении признаков инфицирования панкреонекроза - операция.

5. После выписки из стационара, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Нетрудоспособность не менее 20-30 дней с момента выписки из стационара. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№5

Врач выездной бригады скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения.

Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура тела - 36,7 С, пульс - 110 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст., язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания больная не отмечала.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?
3. Какова Ваша тактика по отношению к дальнейшей судьбе пациента?
4. Лечение?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Острый панкреатит. ЖКБ.
2. Введение спазмолитических препаратов и ненаркотических анальгетиков.
3. Срочная госпитализация в хирургический стационар.
4. Инфузионная терапия с ингибиторами протеаз, направленными на лечение панкреатита. После купирования явлений панкреатита - операция: холецистэктомия по поводу ЖКБ. При отсутствии положительной динамики - операция с дренированием сальниковой сумки, холедоха.

5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты (ограничение жареной, жирной, копченой, острой пищи, алкоголя, кофе), режима труда и отдыха. Стационарное лечение 18-25 сут., сроки общей нетрудоспособности до 50-60 сут. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев.

6. Перечень и стандарты практических умений.

3. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Хирургическое лечение осложнений острого панкреатита (абсцессы, флегмоны, кисты)».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

21. Осложнения острого панкреатита: причины возникновения, классификация, принципы лечения.

22. Хирургическую тактику лечения осложнений острого панкреатита.

23. Диагностические мероприятия при осложнениях ОП .

24. Самоконтроль по тестовым заданиям по теме:

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) псевдокиста поджелудочной железы
- 2) флегмона забрюшинного пространства
- 3) абсцесс сальниковой сумки
- 4) язвенная болезнь желудка и ДПК
- 5) панкреатогенный асцит

Правильный ответ: 4

2. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АБСЦЕССА В ГОЛОВКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ, КОТОРЫЙ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ :

- 1) постоянной изжогой
- 2) рвотой
- 3) задержкой стула
- 4) слюнотечением
- 5) вздутиями живота

Правильный ответ: 2

3. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПСЕВДОКИСТЫ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАНЕКРОЗОМ

- 1) 10-30%
- 2) 30-50%
- 3) 40-60%
- 4) 70-85%
- 5) 85-90%

Правильный ответ: 2

4. ХАРАКТЕР ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕАНЕКРОЗЕ:

- 1) некротическая масса преобладает над экссудативным компонентом
- 2) имеется трансудативный компонент
- 3) некротическая масса отсутствует в экссудативном компоненте
- 4) экссудативный компонент преобладает над некротическим или последний минимален

5) некротическая масса соизмерима с экссудативной

Правильный ответ: 1

5. 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

Правильный ответ: 3

6. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ 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

Правильный ответ: 4

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

- 1) Мейо–Робсона
- 2) Керте
- 3) Грея–Тернера
- 4) Мондора
- 5) Воскресенского

Правильный ответ: 2

8. В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА "ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ" ПРОПУЩЕН

- 1) деструктивный панкреатит

- 2) гнойный панкреатит
- 3) жировой панкреонекроз
- 4) первичный панкреатит
- 5) калькулезный панкреатит

Правильный ответ: 3

9. 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

Правильный ответ: 2

10. ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
- 2) воздействия эластазы на стенки венул 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

Правильный ответ: 3

25.Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача №1

У больного, поступившего в стационар с тяжелой формой острого панкреатита, на 5 сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные.

Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 18×10^9 , эозинофилы - 3, юные - 1, палочкоядерные - 29, сегментоядерные - 52, СОЭ - 48 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ответ:

1. Абсцесс сальниковой сумки.
2. УЗИ органов брюшной полости, КТ (компьютерная томография по возможности).
3. Срочная операция - дренирования сальниковой сумки.
4. Деструктивный холецистит, аппендицит, опухоль желудка, толстой кишки.
5. После выписки из стационара: санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Наблюдение у хирурга в течение года - 1 раз в 3 месяца.

Задача №2

У больного, поступившего в стационар с острым панкреатитом (тяжелое течение), на 14 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и пояснице слева, появилась гектическая температура до 39,5С. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту, язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты - крови- $20,5 \times 10^9$.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ответ:

1. Флегмона парапанкреатической забрюшинной клетчатки.
2. УЗИ, диагностическая пункция, КТ.
3. Срочная операция вскрытия и дренирования флегмоны забрюшинного пространства. Нетрудоспособность в течение 20-30 дней с момента выписки из стационара.
4. Абсцесс сальниковой сумки, гнойный пиелонефрит.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

Задача №3

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс - 72 в минуту, АД-120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10x10 см, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и моче существенных изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ответ:

1. Псевдокиста поджелудочной железы.
2. С опухолью желудка или толстой кишки.
3. УЗИ органов брюшной полости, контрастная рентгенография желудка и ДПК с барием.
4. Плановое оперативное вмешательство.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение хирурга по месту жительства в течение года - 1 раз в 3 месяца.

Задача №4

Больной предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧДД - 28 в мин., пульс - 100 в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи - 180 мг/мл. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы. Однако состояние больного остается тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение.
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ответ:

1. Прогрессирующее течение панкреонекроза.
2. Тотальным поражением поджелудочной железы и недостаточностью функции железы.
3. УЗИ, КТ, лапароскопия.
4. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. При появлении признаков инфицирования панкреонекроза - операция.
5. После выписки из стационара, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Нетрудоспособность не менее 20-30 дней с момента выписки из стационара. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

Задача №5

Больной, 37 лет, доставлен через сутки с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2 С, АД - 95/60 мм рт. ст., лейкоциты - 17×10^9 .

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ответ:

1. Панкреонекроз. Перитонит.
2. УЗИ поджелудочной железы; амилаза крови, диастаза мочи; лапароцентез.
3. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. При появлении признаков инфицирования панкреонекроза - лапаротомия. Объем и метод завершения операции зависит от размеров очага поражения железы и характера воспаления брюшины.
4. Острая хирургическая патология органов брюшной полости, осложненная перитонитом.
5. После выписки из стационара, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение хирурга по месту жительства в течение года - 1 раз в 3 месяца.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Составить план лабораторного и инструментального обследований при осложнениях.
3. Провести дифференциальную диагностику осложнений ОП.
4. Составить план оперативного лечения при осложнениях ОП.

1. Тема: «Панкреатогенный сепсис».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Терминология и классификация сепсиса.
2. Классификация острого панкреатита.
3. Этиологические и патогенетические аспекты панкреатогенного сепсиса.
4. Диагностика сепсиса при остром панкреатите.
5. Основные принципы комплексного лечения панкреатогенного сепсиса.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ СЕПСИС РАССМАТРИВАЮТ:

- 1) как системный воспалительный ответ на присутствие инфекции
- 2) как проникновение в кровь бактерий с развитием бактериемии
- 3) как развитие множественных пиемических очагов
- 4) как нарушение функции нескольких органов и систем
- 5) как развитие полиорганной недостаточности

Правильный ответ: 1

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, НАЛИЧИЕ КОТОРЫХ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

- 1) температура тела 37-38°C
- 2) тахикардия более 90 уд/мин
- 3) частота дыхания более 20 /мин
- 4) число лейкоцитов более 12×10^9 /л, палочкоядерных нейтрофилов менее 4×10^9 /л или более 10% молодых их форм
- 5) наличие септического очага

Правильный ответ: 1

3. ПРИ НАЛИЧИИ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, ПРИЗНАКОВ ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ, ГИПОПЕРФУЗИИ И ГИПОТЕНЗИИ (СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НИЖЕ 90 ММ РТ.СТ.) ДИАГНОСТИРУЕТСЯ:

- 1) синдром системного воспалительного ответа
- 2) сепсис
- 3) тяжелый сепсис
- 4) септический шок
- 5) абдоминальный сепсис

Правильный ответ: 3

4. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ:

- 1) диагноз сепсиса ставится только при положительных результатах посева крови
 - 2) диагноз сепсиса ставится только при наличии пиемических очагов
 - 3) сепсис – самостоятельная нозологическая единица
 - 4) сепсис – это патологический процесс, осложняющий течение различных заболеваний инфекционной природы
 - 5) чаще сепсис возникает у больных перитонитом
- Правильный ответ: 4

5. ПРИОРИТЕТНЫМ МЕТОДОМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) антибиотикотерапия, инфузионно-трансфузионная терапия, инотропная и сосудистая поддержка, респираторная и нутритивная поддержка
 - 2) ЛФК
 - 3) заместительная иммунотерапия внутривенным введением полиглобулинов
 - 4) физиолечение
 - 5) лампасные разрезы
- Правильный ответ: 1

6. ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРИ СЕПСИСЕ ОБЛАДАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ:

- 1) пролонгированная гемофильтрация
 - 2) гемосорбция и лимфосорбция
 - 3) дискретный плазмоферез
 - 4) ультрафиолетовое и внутрисосудистое лазерное облучение крови, плазмы, лимфы
 - 5) гипербарическая оксигенация
- Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ СИСТЕМУ:

- 1) APACHE II
- 2) SOFA
- 3) RANSON
- 4) GLASGO
- 5) APACHE I

Правильный ответ: 1

8. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «СЕПСИС» НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТАКИЕ ФАКТОРЫ КАК:

1) спектр предполагаемых возбудителей в зависимости от локализации первичного очага

- 2) наличие дисбактериоза
- 3) грибковые поражения кожи
- 4) результат бактериологического исследования
- 5) диарея

Правильный ответ: 1

9. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) энтеростомию
- 2) ликвидацию патологического очага, санацию брюшной полости, дренирование, декомпрессию тонкого кишечника
- 3) дренирование забрюшинного пространства
- 4) ушивание брюшной полости наглухо
- 5) люмботомию

Правильный ответ: 2

10. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ:

- 1) приточно-аспирационное дренирование
- 2) дренаж Пенроуза
- 3) «сигарный» дренаж
- 4) дренаж Редона
- 5) перчаточный дренаж

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной Ш. был прооперирован в экстренном порядке с диагнозом тотальный смешанный панкреанекроз, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжелым, а на 4-е сутки – резко ухудшилось: больной впал в сопорозное состояние, появилась клиника сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, количество лейкоцитов возросло до $22,6 \times 10^9/\text{л}$, палочко-ядерный сдвиг влево.

1. Какое осложнение развилось у больного в послеоперационном периоде?

2. Чем обусловлено развитие этого осложнения?

3. Алгоритм лечебных мероприятий?

4. Какой метод считают «золотым стандартом» в диагностике деструктивных форм острого панкреатита?

5. Какие лабораторные показатели входят в протокол диагностики и тактики при остром панкреатите?

Эталоны ответов.

1. Панкреатогенный сепсис, эндотоксикоз, синдром полиорганной недостаточности.

2. Бактериальными токсинами, токсическими метаболитами эндогенного происхождения, биогенными медиаторами воспаления.

3. Релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости, антибиотики, мероприятия экстракорпоральной детоксикации, иммунокоррекция, коррекция метаболизма.

4. Компьютерная томография.

5. Общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, группа крови, резусфактор, амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови, кретинин, сахар крови, билирубин связанный и несвязанный, электролиты.

№2

Больной 53 лет, поступил из терапевтического отделения через 23 часа от начала заболевания с диагнозом: кишечная непроходимость, с жалобами на интенсивные опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, одышку, резкую слабость.

Состояние при поступлении тяжёлое. Акроцианоз. Температура 35,5. Пульс 110 уд/мин, дыхание поверхностное с частотой 30 в мин, А/Д 90/60 мм рт. ст. В лёгких дыхание ослаблено слева, хрипов нет. Перкуторный звук притуплен над заднее-нижними отделами левого лёгкого. Язык сухой обложен белым налётом, живот вздут в дыхании участвует, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. В брюшной полости определяется свободная жидкость, перистальтика ослаблена, газы не отходят, стула не было. На рентгенограмме брюшной полости определяется раздутая поперечно-ободочная кишка, положительный симптом Пчелиной. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Сформулируйте диагноз?

2. Какова должна быть тактика врача?

3. Алгоритм выведения больного из панкреатогенного септического шока?

4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Какой метод считают «золотым стандартом» в диагностике панкреатита?

Эталоны ответов.

1. У больного инфицированный панкреонекроз (жировой или геморрагический) с абсцедированием и дренированием абсцесса сальниковой сумки в свободную брюшную полость. Панкреатогенный септический шок.

2. Необходима экстренная операция. Желательно: дренирование сальниковой сумки через мини-доступ и лапароскопическая санация брюшной полости с лапароскопическим дренированием брюшной полости.

3. В дальнейшем массивная противопанкреатическая терапия в условиях ОРИТ (купирование болевого синдрома, восполнение ОЦК. Комбинированная терапия ингибиторами ферментов (сандостатин), активная комплексная детоксикация, лечение нарушений микроциркуляции крови, профилактика и лечение недостаточности легких, печени и почек).

4. Общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, КТ.

5. Компьютерная томография.

№3

Больная 49 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, постоянного характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Заболела остро, 4 суток назад, после приёма жирной пищи.

При поступлении состояние больной тяжёлое. Кожа бледная, выраженный акроцианоз. Пульс 120 уд. В мин, АД 70/30 мм.рт.ст., t-37,4. Дыхание поверхностное с частотой 28 в мин. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный во всех отделах, с преимущественной локализацией в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. При перкуссии отмечается притупление притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах живота. Кишечные шумы вялые паретичные. Газы не отходят. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какова должна быть тактика врача?
3. Алгоритм выведения больного из панкреатогенного септического шока?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какой метод считают «золотым стандартом» в диагностике панкреатита?

Эталоны ответов.

1. Инфицированный панкреонекроз. Разлитой перитонит. Тяжелый панкреатогенный сепсис.

2. Тактика – лапароскопическая или лапаротомная санация брюшной полости, сальниковой сумки, холецистостома, marsupialization сальниковой сумки, дренирование брюшной полости (правого, левого поддиафрагмальных и подпеченочных пространств, боковых каналов, малого таза).

3. В дальнейшем массивная противопанкреатическая терапия в условиях ОРИТ (купирование болевого синдрома, восполнение ОЦК. Комбинированная терапия ингибиторами ферментов (сандостатин), активная комплексная детоксикация, лечение нарушений микроциркуляции крови, профилактика и лечение недостаточности легких, печени и почек).

4. Общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, КТ.

5. Компьютерная томография.

№4

У больного 32 лет после погрешности в еде через 12 часов появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, слабость, была кратковременная потеря сознания. Известно, что страдает желчнокаменной болезнью. Состояние больного тяжелое, заторможен, склеры слегка иктеричны, пульс 110 уд./мин., АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота. Аускультативно перистальтика не определяется. Положительны симптомы Воскресенского, Mayo-Robson. Симптом Щеткина-Blumberg отрицательный. Диастаза мочи 512 ед. (по Вольгемуту).

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Какими специальными исследованиями диагноз можно уточнить?

3. Алгоритм выведения больного из панкреатогенного септического шока?

4. Преимущества УЗИ диагностики?

5. Какой метод считают «золотым стандартом» в диагностике панкреатита?

Эталоны ответов.

1. Предварительный диагноз геморрагический панкреонекроз, панкреатогенный шок.

2. Уточнить диагноз можно с помощью лапароскопии, исследования выпота брюшной полости на содержание панкреатических ферментов, ультразвукового сканирования брюшной полости, ангиографии чревной артерии.

3. В дальнейшем массивная противопанкреатическая терапия в условиях ОРИТ (купирование болевого синдрома, восполнение ОЦК. Комбинированная терапия ингибиторами ферментов (сандостатин), активная комплексная детоксикация, лечение нарушений микроциркуляции крови, профилактика и лечение недостаточности легких, печени и почек).

4. Неинвазивность, достоверность, доступность.

5. Компьютерная томография.

№5

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и

Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10⁹/л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какой метод считают «золотым стандартом» в диагностике панкреатита?

Эталоны ответов.

1. Острый панкреатит. Панкреонекроз, ферментативный шок.
2. УЗИ поджелудочной железы. Амилаза крови и мочи.
3. Комплексное консервативное лечение, после чего решить вопрос о необходимости диагностической лапароскопии (купирование болевого синдрома, восполнение ОЦК. Комбинированная терапия ингибиторами ферментов (сандостатин), активная комплексная детоксикация, лечение нарушений микроциркуляции крови, профилактика и лечение недостаточности легких, печени и почек).
4. Общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, КТ.
5. Компьютерная томография.

6. Перечень и стандарты практических умений.

4. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Осложнения острого панкреатита: эрозивные кровотечения, свищи. Хирургические методы лечения»

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

26. Осложнения острого панкреатита: причины возникновения, классификация, принципы лечения.

27. Хирургическую тактику лечения осложнений острого панкреатита.

28. Диагностические мероприятия при осложнениях ОП.

29. План лабораторного и инструментального обследований при осложнениях ОП.

30. Дифференциальная диагностика осложнений ОП.

31. Хирургическое лечение при осложнениях ОП.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) псевдокиста поджелудочной железы
- 2) флегмона забрюшинного пространства
- 3) абсцесс сальниковой сумки
- 4) язвенная болезнь желудка и ДПК
- 5) панкреатогенный асцит

Правильный ответ: 4

2. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ АБСЦЕССА В ГОЛОВКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ, КОТОРЫЙ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ :

- 1) постоянной изжогой
- 2) рвотой
- 3) задержкой стула
- 4) слюнотечением
- 5) вздутиями живота

Правильный ответ: 2

3. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПСЕВДОКИСТЫ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАНЕКРОЗОМ

- 1) 10-30%
- 2) 30-50%
- 3) 40-60%
- 4) 70-85%
- 5) 85-90%

Правильный ответ: 2

4. ХАРАКТЕР ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕАНЕКРОЗЕ:

- 1) некротическая масса преобладает над экссудативным компонентом
 - 2) имеется трансудативный компонент
 - 3) некротическая масса отсутствует в экссудативном компоненте
 - 4) экссудативный компонент преобладает наднекротическими или последний минимален
 - 5) некротическая масса соизмерима с экссудативной
- Правильный ответ: 1

5. 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
- Правильный ответ: 3

6. ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ 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
- Правильный ответ: 4

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

- 1) Мейо–Робсона
- 2) Керте
- 3) Грея–Тернера
- 4) Мондора
- 5) Воскресенского

Правильный ответ: 2

8. В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА "ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ,

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ" ПРОПУЩЕН

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

Правильный ответ: 3

9. В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ" ПРОПУЩЕНО

- 1) калькулезный панкреатит
- 2) отечный панкреатит
- 3) деструктивный панкреатит
- 4) алкогольный панкреатит
- 5) гнойный панкреатит

Правильный ответ: 2

10. ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
- 2) воздействия эластазы на стенки венул 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

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

У больного, поступившего в стационар с тяжелой формой острого панкреатита, на 5 сутки от начала заболевания в эпигастриальной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 18×10^9 ,

эозинофилы.-3, юные - 1, палочкоядерные - 29, сегментоядерные - 52, СОЭ - 48 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Абсцесс сальниковой сумки.
2. УЗИ органов брюшной полости, КТ (компьютерная томография по возможности).
3. Срочная операция - дренирования сальниковой сумки.
4. Деструктивный холецистит, аппендицит, опухоль желудка, толстой кишки.
5. После выписки из стационара: санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Наблюдение у хирурга в течение года - 1 раз в 3 месяца.

№2

У больного, поступившего в стационар с острым панкреатитом (тяжелое течение), на 14 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и пояснице слева, появилась гектическая температура до 39,5С. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту, язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты - крови- $20,5 \times 10^9$.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Флегмона парапанкреатической забрюшинной клетчатки.
2. УЗИ, диагностическая пункция, КТ.
3. Срочная операция вскрытия и дренирования флегмоны забрюшинного пространства. Нетрудоспособность в течение 20-30 дней с момента выписки из стационара.
4. Абсцесс сальниковой сумки, гнойный пиелонефрит.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№3

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс - 72 в минуту, АД-120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10x10 см, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и моче существенных изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Псевдокиста поджелудочной железы.
2. С опухолью желудка или толстой кишки.
3. УЗИ органов брюшной полости, контрастная рентгенография желудка и ДПК с барием.
4. Плановое оперативное вмешательство.
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение хирурга по месту жительства в течение года - 1раз в 3 месяца.

№4

Больной предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧДД - 28 в мин., пульс -100 в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи - 180 мг/мл. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы. Однако состояние больного остается тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение.
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Прогрессирующее течение панкреонекроза.
2. Тотальным поражением поджелудочной железы и недостаточностью функции железы.
3. УЗИ, КТ, лапароскопия.
4. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. При появлении признаков инфицирования панкреонекроза - операция.
5. После выписки из стационара, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. Нетрудоспособность не менее 20-30 дней с момента выписки из стационара. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№5

Больной, 37 лет, доставлен через сутки с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2 С, АД - 95/60 мм рт. ст., лейкоциты - 17×10^9 .

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов:

1. Панкреонекроз. Перитонит.
2. УЗИ поджелудочной железы; амилаза крови, диастаза мочи; лапароцентез.

3. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения. При появлении признаков инфицирования панкреонекроза - лапаротомия. Объем и метод завершения операции зависит от размеров очага поражения железы и характера воспаления брюшины.

4. Острая хирургическая патология органов брюшной полости, осложненная перитонитом.

5. После выписки из стационара, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение хирурга по месту жительства в течение года - 1 раз в 3 месяца.

6. Перечень и стандарты практических умений.

5. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Эндоскопические методы лечения острого панкреатита».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Этиология острого панкреатита

2. Клиника и диагностика острого панкреатита

3. Дифференциальная диагностика острого панкреатита

4. Дополнительные методы исследования в диагностике острого панкреатита

5. Тактика при остром панкреатите

6. Показания к экстренной, срочной и отсроченной операции при панкреатите

7. Осложнения острого панкреатита

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

1) схваткообразные боли

2) боль неопределенного характера

3) боль, вызывающая беспокойство

4) сильная, постоянная боль

5) боль отсутствует

Правильный ответ: 4

2. БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ В ЭНЗИМНОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1) амилаза крови

2) трипсоноген

3) аминотрансфераза

4) альдолаза

5) лактаза

Правильный ответ: 1

3. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

1) блокада блуждающего нерва

2) уменьшение воспаления в железе

3) уменьшение болей

4) блокада белкового синтеза в клетках железы

5) инактивация панкреатических ферментов

Правильный ответ: 4

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ:

1) острые язвы желудка

- 2) острые язвы двенадцатиперстной кишки
- 3) отек и гиперемия задней стенки желудка
- 4) кровоизлияния на передней стенке желудка
- 5) утолщение складок желудка и двенадцатиперстной кишки

Правильный ответ: 3

5. В КАКОМ СЛУЧАЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО?

- 1) деструктивные формы панкреатита в стадии токсемии
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) гнойные осложнения панкреатита с почечно-печеночной недостаточностью
- 4) коллапс
- 5) желтуха

Правильный ответ: 3

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) гнойные осложнения
- 2) желтуха
- 3) энцефалопатия
- 4) почечная недостаточность
- 5) тромбоэмболия легочной артерии

Правильный ответ: 1

7. НА 15-Е СУТКИ У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39° С, ОЗНОБ, ПОТЛИВОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. ДИАГНОЗ:

- 1) отечный панкреатит
- 2) абсцесс поджелудочной железы
- 3) абсцесс сальниковой сумки
- 4) гнойный перитонит
- 5) забрюшинная флегмона

Правильный ответ: 5

8. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВНУТРЕВЕННОГО ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ:

- 1) геморрагический синдром
- 2) интоксикация
- 3) парез кишечника
- 4) болевой синдром

5) дыхательная недостаточность

Правильный ответ: 2

9. БОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, РВОТУ. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 15 КГ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНО ОТТЕСНЕНИЕ ЕГО К ПЕРЕДИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) стеноз привратника
- 2) рак поджелудочной железы
- 3) язвенная болезнь желудка
- 4) рак желудка
- 5) опухоль толстой кишки

Правильный ответ: 2

10. СПУСТЯ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЕНА КИСТА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3x4 СМ. УКАЖИТЕ НАЧАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) цистоэнтероанастомоз
- 2) наружное дренирование под контролем УЗИ
- 3) панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков
- 4) марсупиализация
- 5) цистогастростомия

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной 42 лет экстренно госпитализирован в клинику с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту.

Заболел 24 часа назад, когда после употребления алкоголя появились сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту содержимым желудка, а затем желчью. Боли несколько стихли, а затем возобновились с новой силой.

Объективно: пульс 92 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в подложечной области и правом подреберье. Симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте положительные. Перитонеальных симптомов нет. Кишечная перистальтика прослушивается.

Анализ крови: лейкоцитов $11,2 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитопения. Амилаза мочи 512 ед. Вольгемута.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Тактика

5. План лечения?

Эталоны ответов:

1) острый панкреатит (отечная форма).

2) Необходимо дифференцировать с прободной язвой желудка и ДПК, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью.

3) УЗИ печени и желчных путей, поджелудочной железы.

4) Лечение консервативное.

5) Голод, холод на область эпигастрии, новокаиновые блокада (паранефральная, по Благовидову), сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов.

№2

Больная 62 года экстренно госпитализирована в клинику с жалобами на боль в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость.

Заболела 30 часов назад, когда внезапно через час после приема обильной жирной пищи возникла сильная боль в эпигастрии и области левого подреберья. Вскоре боль усилилась, стала почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Стул был двое суток назад, газы последние 24 часа не отходили.

Объективно: больная стонет, просит о помощи. Кожные покровы бледные, влажные. Число дыханий в минуту 25. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс 110 в мин., ритмичный слабого наполнения. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.

Язык сухой обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут в эпигастрии, в акте дыхания участвует ограничено. При пальпации наибольшая болезненность отмечается в подложечной области, здесь же при попытке более глубокой пальпации определяется защитное напряжение брюшной стенки. В других отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина слабо положительный. Симптом Воскресенского отрицательный, симптом Мейо-Робсона положительный. Кишечная перистальтика едва прослушивается. При перкуссии в верхних отделах живота равномерный тимпанит, укорочение перкуторного звука в правых отделах живота.

При ректальном исследовании тонус сфинктера сохранен, ампула не раздута, болезненности не отмечается.

Анализ крови: лейкоцитов $17 \times 10^9/\text{л}$, формула в пределах нормы, СОЭ 10 мм/час. Мочевина крови 17 ммоль/л, кальций плазмы крови 1,9 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании обнаружено небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и изолированное вздутие поперечно-ободочной кишки.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
 4. Тактика
 5. План лечения?
- Эталоны ответов:
- 1) острый панкреатит (жировой панкреонекроз)
 - 2) с острым холециститом, прободной язвой желудка и ДПК, острой кишечной непроходимостью
 - 3) УЗИ печени и желчных путей, поджелудочной железы.
 - 4) Лечение начинается с проведения консервативных мероприятий. В случае нарастания симптомов перитонита показано хирургическое лечение
 - 5) Голод, холод на область эпигастрии, новокаиновая блокада, сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов, гемодез, ингибиторы протеаз, антибиотикотерапия.

№3

Больной, 60 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на интенсивные опоясывающие боли в эпигастриальной области с иррадиацией в позвоночник, также жалуется на постоянную тошноту, изнуряющую рвоту сначала пищей, а затем желчью.

Из анамнеза заболевания известно, что накануне выпил большое количество алкогольных напитков.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы лица бледные с цианозом, склеры несколько желтушны. АД 90/50 мм рт ст. Пульс 120 уд в минуту. По передней поверхности живота кожа бледная с участками цианоза, в области пупка выявляются участки экхимозов. Живот умеренно вздут, напряжен, болезненный в верхних отделах, перистальтика не выслушивается. Пальпаторно, пульсация брюшного отдела аорты не определяется. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены раздутые петли ободочной кишки. Ультрасонография выявила увеличенные размеры поджелудочная железа с нечеткими границами и неоднородными участками гипэхогенной плотности, а также свободную жидкость в брюшной полости. Со стороны печени и желчных путей патологии не выявлено. Параклинические исследования: лейкоциты крови - 16×10^9 /л, мочевины крови - 11,2 ммоль/л, кальций сыворотки - 1,5 ммоль/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) - 1800 ед/л, гематокрит - 29%, амилазная активность мочи по Вольгельмуту составила 2048 ед.

- 1) Назовите основные клинические и параклинические симптомы заболевания.
- 2) О каком заболевании идет речь?
- 3) Чем осложнилось заболевание

4) Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

5) Лечение

Эталоны ответов:

1. Симптомы Холстеда, Грюнвальда, Мондора, Воскресенского, Гобье.

2. Острый деструктивный панкреатит - панкреонекрозе.

3. Заболевание осложнилось ферментативным панкреатитом, шоком.

4. Для уточнения диагноза и оценки жизненно важных органов необходимо установить биохимические, гемодинамические, параметры, определить кислотно-щелочной состав крови, парциальное напряжение кислорода, параметры выделительной системы.

5. С диагностической и лечебной целью выполняется лапароскопия.

4. Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приёма обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86 кг., t -36,7. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серо-коричневым налётом. Живот умеренно вздут за счёт верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет.

Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.

1) Какое заболевание у больного?

2) Какова должна быть тактика врача?

3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4). Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

5) План лечения?

Эталоны ответов:

1) острый панкреатит

2) Необходимо провести современную обрывающую афферентную или эфферентную терапию с применением массивной консервативной терапии антиферментными средствами, цитостатиками, современными антибиотиками (цефалоспорины 3-4 поколения, антианаэробные антибиотики, аминогликозиды 3-4 поколения), дезинтоксикационной терапии.

3) Необходимо дифференцировать с прободной язвой желудка и ДПК, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью.

4) УЗИ печени и желчных путей, поджелудочной железы.

5) Лечение консервативное.

№ 5

Во время операции в брюшной полости обнаружен мутный с нитями фибрина выпот, петли кишечника гиперемированны, в мелкоклеточных кровоизлияниях, покрыты плёнками фибрина. На сальнике и париетальной брюшине имеются пятна стеаринового некроза. При вскрытии сальниковой сумки в ней обнаружен аналогичный выпот, забрюшинная клетчатка, брыжейка поперечно-ободочной кишки отёчны. Головка поджелудочной железы тёмно-красного цвета, на всём остальном протяжении железа тёмно-красного цвета отёчна, дольчатый рисунок не прослеживается.

1. Какое заболевание у больного?
2. Чем осложнилось заболевание
3. Какова должна быть тактика врача?
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз для жизни и трудоспособности.

Эталоны ответов:

1) геморрагический панкреонекроз, разлитой гнойно-фибринозный перитонит.

2) Забрюшинная флегмона.

3) Хирургическое лечение

4) Необходима лапаротомия. Марсупиализация сальниковой сумки. Санация дренирование брюшной полости (правого, левого поддиафрагмальных и подпеченочных пространств, боковых каналов, малого таза), холецистостома, дренирование забрюшинного пространства после мобилизации дуоденум по Кохеру и подведения перчаточных дренажей к головке pancreas.

5) Неблагоприятный.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить абдоминализацию поджелудочной железы
3. Выполнить марсупиализацию сальниковой сумки
4. Дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства.
5. Выполнить наложение холецистостомы.
6. Дренирование холедоха по Вишневному, Пиковскому.

1. Тема: «Хронический панкреатит. Этиопатогенез, диагностика, методы хирургического лечения»

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Этиология и патогенез хронического панкреатита.

2. Классификацию хронического панкреатита.

3. Клиническую картину хронического панкреатита.

4. Диагностические мероприятия при хроническом панкреатите.

5. Основные принципы лечения хронического панкреатита.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям по теме:

1. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. анализ дуоденального сока на ферменты

2. анализ крови на ферменты

3. УЗИ, компьютерная томография, ангиография

4. РХПГ

5. холецистография

Правильный ответ: 2

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. после перенесенного острого панкреатита

2. после травмы поджелудочной железы

3. после заболеваний органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой

4. при атеросклеротическом поражении сосудов поджелудочной железы

5. после аппендэктомии

Правильный ответ: 1

3. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. острый панкреатит

2. травма поджелудочной железы

3. заболевания органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой

4. поражение сосудов поджелудочной железы

5. муковисцидоз

Правильный ответ: 5

4. ОТДЕЛЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВСЕ КРОМЕ:

1. Головка.

2. Перешеек.

3. Шейка.

4. Тело.

5. Хвост.

Правильный ответ: 3.

5. ГЛАВНЫЙ ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВПАДАЕТ В ДПК:

1. Раздельно с желчным протоком.
2. В одном сосочке.
3. Сливаётся с желчным протоком на расстоянии 1,5-2 см. от сфинктера.

4. Сливаётся вместе в ампулу.

5. Все перечисленное.

Правильный ответ: 5.

6. СНИЖЕНИЮ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЕТ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ

1. Антикоагулянты.

2. Иммуномодуляторы и иммунопротекторы.

3. Секретолитин, аналоги соматостатина.

4. Антибиотики.

5. Антигистаминные препараты.

Правильный ответ: 3.

7. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. Купирование болевого синдрома, снятие спазма сфинктера Одди.

2. Коррекция водно-электролитного, белкового баланса, нарушений функций главных систем жизнеобеспечения.

3. Дезинтоксикация.

4. Подавление секреции железы .

5. Все перечисленные.

Правильный ответ: 5.

8. СИМПТОМ МЭЙО-РОБСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. Болезненностью в области позвоночника в проекции поджелудочной железы.

2. Напряжением брюшной стенки в эпигастрии.

3. Напряжением брюшной стенки по всему животу.

4. Болезненностью и эпигастрии.

5. Болезненностью в области реберно-позвоночного угла слева.

Правильный ответ: 5.

9. СИМПТОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ?

1. Боль при поколачивании по левой реберной дуге.

2. Болезненность в эпигастрии при пальпации.

3. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге.

4. Отсутствие пульсации брюшной аорт при пальпации в эпигастрии, выше пупка.

5. Резкая болезненность при пальпации брюшной стенки, в мезогастррии.

Правильный ответ: 4.

10. СИМПТОМ КЕРТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ?

1. Напряжением брюшной стенки в эпигастрии.
2. Болезненностью при пальпации левой подреберной области.
3. Резистентностью брюшной стенки и болью в области поджелудочной железы.

4. Болезненностью в левом реберно-позвоночном углу.

5. Болезненностью в точке желчного пузыря.

Правильный ответ: 3.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

1. Ситуационная задача

Больной предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧД- 28 в минуту, пульс -100 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Амилаза мочи – 180 мг/мл. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности, амилазы до нижних границ нормы. Однако состояние больного оставалось тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы мочи?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Что необходимо предпринять?
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

2. Ситуационная задача

Врач выездной бригады скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения.

Из анамнеза известно, что больная страдает желчекаменной болезнью.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура -36,7. °С, пульс - 110 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания больная не отмечала.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?
3. Какова Ваша тактика по отношению к дальнейшей судьбе пациента?
4. Рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.
5. Прогноз

3. Ситуационная задача

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней

половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогах местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона.

Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2.°С, АД - 95/60 мм рт.ст., лейкоциты - 17×10^9 /л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?
4. Опишите симптом Мейо-Робсона.
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

4. Ситуационная задача

Больной 38 лет, поступил экстренно. Жалобы на резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения. Приступ развился после приема алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: больной бледен, беспокоен, стонет от боли. Пульс- 100 уд. в минуту, АД - 100/70 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации напряжение и болезненность в эпигастрии. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. В крови: лейкоциты - $12,0 \times 10^9$ /л; амилаза - 67 г/л.ч.; билирубин - 16,4 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования Вы назначите?
3. Какую лечебную тактику избрать?
4. Ваш план лечения?
5. Прогноз. Рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

5. Ситуационная задача

У больного Н 53 года, злоупотребляющего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывали и отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявилась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 Ед. Консервативные мероприятия улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: пульс - 120 уд/мин., АД - 70/40 мм рт. ст., появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче - 8 Ед.

1. Ваш диагноз при поступлении больного?
2. Как следует расценить течение заболевания через сутки?

3. Какова должна быть тактика лечения?
4. Когда возможно оперативное вмешательство без заметного улучшения состояния больного?
5. Какой стол Вы назначите данному больному?

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Составить план лабораторного и инструментального обследований при хроническом панкреатите.
2. Провести дифференциальную диагностику при хроническом панкреатите.
3. Составить план лечения при хроническом панкреатите.
4. Выставить показания для хирургического лечения при хроническом панкреатите.

1. Тема: «Повреждения поджелудочной железы».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

32.Механизм возникновения травм поджелудочной железы.

33.Классификации повреждений поджелудочной железы.

34.Осложнения повреждений поджелудочной железы.

35.Клиническую картину повреждения поджелудочной железы.

36.Диагностические мероприятия при повреждениях поджелудочной железы.

37.Основные принципы хирургического лечения повреждений поджелудочной железы.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЮТ ОТ ВСЕХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

1) 1-8%

2) 11-18%

3) 21-28%

4) 31-38%

5) 41-48%

Правильный ответ: 1

2. ВИД ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ И ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА:

1) ушиб

2) флегмона

3) растяжение

4) воспаление

5) абсцесс

Правильный ответ: 1

3. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПО А.К. ЕРАМИШАНЦЕВА 2 СТ. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭТО:

1) ушиб с образованием подкапсульной гематомы;

2) сочетанная панкреатодуоденальная травма

3) травма поджелудочной железы с разрывом главного панкреатического протока;

4) разрыв ткани железы без повреждения вирсунгова протока;

5) нет правильного ответа

Правильный ответ: 4

4. НАИБОЛЕЕ ПОЛНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

- 1) Классификация по А.К. Ерамишанцеву
- 2) Классификация по М.П. Королеву
- 3) Классификация по В.С. Саклакову
- 4) Классификация по S. Smego
- 5) Классификация по И.И. Крикину

Правильный ответ: 3

5. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТИ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА СЛУЖИТ:

1) определение активности амилазы в крови в динамике и определение активности амилазы в перитониальном экссудате (при лапароскопии или пункции брюшной полости)

2) Развернутый анализ крови

4) Определение мочевины

5) Определение АСТ, АЛТ

Правильный ответ: 1

6. ПРИ 3 СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА:

1) дистальная резекция в сочетании со спленэктомией

2) наложение гемостатических швов

3) эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия

4) консервативное лечение

5) интенсивная консервативная гемостатическая терапия

Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ:

1) пальпацию живота

2) перкуссию живота

3) аускультацию живота

4) УЗИ

5) ФГС

Правильный ответ: 4

8. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КАК ПРАВИЛО, СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:

1) забрюшинной гематомы, распространяющейся от диафрагмы до малого таза с переходом на мезоколон

2) быстро развиваются отек и инфильтрация тканей забрюшинного пространства,

3) появляются участки стеатонекрозов на малом сальнике,

4) появляются участки стеатонекрозов на желудочно-ободочной связке и других органах брюшной полости.

5) появляются участки стеатонекрозов на большом сальнике,

Правильный ответ: 1

9. ОБЩАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

1) 10%

2) 1%

3) 25%

4) 15%

5) 35%

Правильный ответ: 3

10. ПРИ УШИБЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ МЕСТО:

1) отек ткани

2) некроз ткани

3) внутрибрюшное кровотечение

4) перитонит

5) абсцесс

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Вратарь 20 лет во время игры получил удар мячом в эпигастральную область. Чувствовал себя удовлетворительно. Через 6 часов появились постепенно опоясывающие боли в эпигастрии, рвота. При поступлении в стационар: боли в эпигастрии, правом и левом подреберье, рвота. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Несмотря на проводимую терапию (консервативно) состояние больного ухудшается. В крови: лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, амилаза – 72 г/лч, билирубин – 28 мкмоль/л

1. Ваш диагноз?

2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

3. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?

4. Ваш план лечения?

5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов.

1. Ушиб поджелудочной железы. Острый травматический панкреатит.

2. Необходимо исключить разрыв и гематому поджелудочной железы.

3. УЗИ, Нь, эритроциты, АД, пульс, контроль за динамикой ферментов в крови и моче, лейкоциты крови, температура тела, при необходимости лапароцентез.

4. Проводится консервативное лечение (голод, холод, инфузионная терапия, ингибиторы протеаз, цитостатики, сандостатин, антибиотики).

5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№2

Во время операции по поводу перитонита обнаружен большой разрыв поджелудочной железы с повреждением кровеносных сосудов.

1. Какова должна быть тактика хирурга?

2. Тактика хирурга при небольших и глубоких разрывах поджелудочной железы?

2. Классификация по М.П. Королеву?

3. Какой метод используют с целью ранней диагностики повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства?

4. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?

5. Прогноз заболевания?

Эталоны ответов.

1. При полных разрывах поджелудочной железы в сочетании с повреждением кровеносных сосудов, а также обширных размозжениях ткани тела и хвоста производят дистальную резекцию железы.

2. При небольших разрывах железы удаляют гематомы, ушивают разрывы отдельными узловатыми швами и дренируют сальниковую сумку через контрапертуру в поясничной области. При глубоких разрывах железы в комбинации с повреждением выводных протоков в дополнение к приведенному выше производят сшивание концов протока отдельными узловыми швами на дренаже, используя нитку с атравматической иглой. Перевязка поврежденных протоков в подобных случаях ведет к панкреонекрозу или к развитию длительно не заживающих панкреатических свищей.

2. 1) ушиб; 2) частичный разрыв без повреждения главного панкреатического протока; 3) полный разрыв с повреждением главного панкреатического протока; 4) размозжение поджелудочной железы; 5) сочетанная панкреатодуоденальная травма.

3. Лапароскопия.

4. Общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов, общий анализ мочи, амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭГДС, КТ.

5. Прогноз: зависит от характера травмы и своевременности операции. Летальность при травмах поджелудочной железы достигает 40%.

№3

Мальчик 17 лет, болен 1-е сутки. Накануне в школе во время перемены получил удар ногой в живот, появились резкие, схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в спину, ночью многократная рвота, тошнота. При поступлении в стационар: боли в эпигастрии, правом и левом подреберье,

рвота. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Несмотря на проводимую терапию (консервативно) состояние больного ухудшается. В крови: лейкоциты – $13,0 \times 10^9$ /л, амилаза – 81 г/лч, билирубин – 27 мкмоль/л

Сформулируйте диагноз?

1. Ваш диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
4. Ваш план лечения?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов.

1. Ушиб поджелудочной железы. Острый травматический панкреатит.
2. Необходимо исключить разрыв и гематому поджелудочной железы.
3. УЗИ, Нб, эритроциты, АД, пульс, контроль за динамикой ферментов в крови и моче, лейкоциты крови, температура тела, при необходимости лапароцентез.

4. Проводится консервативное лечение (голод, холод, инфузионная терапия, ингибиторы протеаз, цитостатики, сандостатин, антибиотики).

5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№4

Больной Д., 19 лет, поступил в клинику 30/IX 1973 года. Юноша упал с велосипеда, ударившись о руль животом. Самостоятельно пришел домой, был несколько бледен и жаловался на умеренные боли в области ушиба, которые вскоре самостоятельно прошли. Однако через 11 ч после травмы появилась многократная рвота, возобновились боли в левом подреберье и больной был госпитализирован в больницу.

1. Ваш диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
4. Ваш план лечения?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов.

1. Ушиб поджелудочной железы. Острый травматический панкреатит.
2. Необходимо исключить разрыв и гематому поджелудочной железы.
3. УЗИ, Нб, эритроциты, АД, пульс, контроль за динамикой ферментов в крови и моче, лейкоциты крови, температура тела, при необходимости лапароцентез.

4. Проводится консервативное лечение (голод, холод, инфузионная терапия, ингибиторы протеаз, цитостатики, сандостатин, антибиотики).

5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

№5

Больной Е., 20 лет, упал с мотоцикла, ударившись животом о руль. Доставлен в районную больницу в тяжелом состоянии с признаками внутреннего кровотечения. Обращало на себя внимание выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастрии, неоднократная рвота. Артериальное давление в пределах возрастной нормы, в анализе крови гипохромная анемия. Перкуторно в брюшной полости — умеренное количество свободной жидкости. Симптом Пастернацкого положителен слева. Гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы. В анализах крови отмечается лейкоцитоз ($17,9 \times 10^9$) со сдвигом формулы влево. В моче белок 0,099 г/л, единичные свежие эритроциты, амилаза 72 г/лч.

1. Ваш диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
4. Ваш план лечения?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталоны ответов.

1. Кровоизлияние и надрыв капсулы поджелудочной железы в области ее тела
2. Необходимо исключить разрыв и гематому поджелудочной железы.
3. УЗИ, Нь, эритроциты, АД, пульс, контроль за динамикой ферментов в крови и моче, лейкоциты крови, температура тела, при необходимости лапароцентез.
4. При небольших разрывах железы удаляют гематомы, ушивают разрывы отдельными узловатыми швами и дренируют сальниковую сумку через контрапертуру в поясничной области, в послеоперационном периоде (голод, холод, инфузионная терапия, ингибиторы протеаз, цитостатики, сандостатин, антибиотики).
5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, режима труда и отдыха. После выписки с больничного листа наблюдение у хирурга в течение года.

6. Перечень и стандарты практических умений.

6. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Вентральные послеоперационные, рецидивные грыжи. Современные методики хирургического лечения. Реабилитация в послеоперационном периоде».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Классификация послеоперационных вентральных грыж
2. Этиологические факторы грыж живота
3. Современные виды пластики послеоперационных вентральных грыж
4. Принципы оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж
5. Основные этапы грыжесечения.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО:

- 1) оперативное лечение в плановом порядке
- 2) консервативные мероприятия, а при их неэффективности - оперативное лечение
- 3) оперативное лечение только при осложненных формах грыжи
- 4) оперативное лечение только по жизненным показаниям

Правильный ответ: 1

2. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ:

- 1) в течение первого года
- 2) 1-2 года
- 3) 2-3 года
- 4) 4-5 лет

Правильный ответ: 1

3. ПРИ КАКИХ ГРЫЖАХ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ЧАЩЕ БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ:

- 1) паховых
- 2) бедренных
- 3) пупочных
- 4) белой линии
- 5) послеоперационных вентральных

Правильный ответ: 5

4. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГРЫЖАХ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА:

- 1) УЗИ брюшной полости
 - 2) ЭГДС
 - 3) электроэнцефалография
 - 4) внутривенная урография
- Правильный ответ: 1

5. КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЦАХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ:

- 1) острый
 - 2) хронический
- Правильный ответ: 2

6. У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ:

- 1) у мужчин
 - 2) у женщин
- Правильный ответ: 2

7. ДАЙТЕ ПОЛНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА:

- 1) устье, шейка, тело
 - 2) шейка, дно
 - 3) тело, устье, дно
 - 4) дно, тело, шейка, устье
- Правильный ответ: 4

8. ЕСЛИ ЧЕРЕЗ ИСКУССТВЕННОЕ ОТВЕРСТИЕ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОД КОЖУ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕ ПОКРЫТЫЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНОЙ И СООБЩАЮЩИЕСЯ С ЕЕ ПОВЕРХНОСТЬЮ, ТО ЭТО:

- 1) грыжа
 - 2) эвентрация
- Правильный ответ: 2

9. МОЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ:

- 1) да
 - 2) нет
- Правильный ответ: 2

10. СУЩЕСТВУЮТ ЛИ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГРЫЖАХ:

- 1) да
- 2) нет

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

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.

1. Укажите методы предоперационного обследования больной?
2. Как подготовить больную к операции?
3. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?
4. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Спирография после вправления грыжи.
2. Необходимо вправить грыжу в брюшную полость, ношение бандажа.
3. Натяжные методы пластики сетчатыми эндопротезами.
4. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

2. Больная Б., 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники.

Жалобы на наличие опухолевидного образования в области передней брюшной стенки.

Из анамнеза: образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах

при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа.

Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания.

Рост =

156 см., масса тела = 78кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в мин, АД = 140/90 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эр. = $4,0 \times 10^{12}/л$, НЬ = 150 г/л, ЦП = 0,9, лейкоц. = $9,6 \times 10^9/л$: эоз.- 1%, п/я

- 5%, с/я - 68%, лимф. = 19%, мон. = 6%, СОЭ = 5 мм/ч.

Вр. сверт. крови = 6 минут, вр. кровотеч. = 3 минуты, ПТИ = 90%.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, уд. пл. = 1014, реакция - кислая, белок =

0,033%, сахар - отр., лейкоц. - един, в п/зр, эпителиальный плоский = 2-3 в п/зр

ЭКГ: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена.

Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания.

2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.

3. Какие неотложные лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условия задачи и диагноза?

4. Требуется ли дополнительные консультации «смежных» специалистов?

5. Какие тактические мероприятия предполагают условия задачи?

Ответ:

1) Основной диагноз: грыжа белой линии живота.

2) УЗИ передней брюшной стенки

3) Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия не требуются.

4) В плане подготовки к плановому оперативному лечению необходимы консультации терапевта, анестезиолога.

5) У больной имеются показания к плановому оперативному лечению. На период подготовки к операции рекомендовано ограничение физической нагрузки, ношение бандажа, в доступной форме больной должна быть предоставлена информация об основных признаках осложнения грыжи (ущемление: боль, невозможность вправления, вздутие живота, нарушение акта дефекации и так далее).

3. 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.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Каковы особенности грыжесечения в данном случае?

3. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

4. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?

5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Скользящая прямая паховая грыжа справа.

2. При грыжесечении не повредить стенку мочевого пузыря.
3. Натяжные методы пластики сетчатыми эндопротезами.
4. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

4. Больной 52 лет поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в правой боковой области живота, непостоянные боли при физической нагрузке. Болен в течение 1,5 лет, когда после поднятия тяжести в правой боковой области живота появилось опухолевидное образование небольших размеров, которое постепенно увеличивалось. При физическом напряжении возникали боли.

Объективно: при осмотре больного в вертикальном положении в правой боковой области живота снаружи от прямой мышцы живота имеется опухолевидное образование размерами 5x5 см эластической консистенции, безболезненное. Кожа над ним не изменена. В положении больного лежа оно уменьшается в размерах, симптом кашлевого толчка положительный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. План лечения?
4. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Вправимая боковая грыжа справа.
2. Дифференциальная диагностика с липомой
3. Показано хирургическое лечение в плановом порядке.
4. Грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта сетчатым эндопротезом.
5. Ограничение физической нагрузке в течение 6 месяцев.

5. К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В послеоперационном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу которой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка послеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апоневроза размером 10 на 8 см.

1. Ваш диагноз?
2. Какие причины могли привести к данной патологии?
3. Основной метод лечения?
4. С какими трудностями можно встретиться во время операции?
5. В чем заключается реабилитация после операции?

Ответ:

1. Рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.
2. а - погрешности при выполнении последней операции (недостаточное сближение листков брюшины, надрывы и прорезание швов, сшивание краев раны с чрезмерным натяжением, повреждения нервов, снабжающие верхние и средние сегменты прямых мышц и др.), б - в ближайшем послеоперационном периоде (любое воспаление, приведшее к заживлению вторичным натяжением), в - в отдаленном периоде (несоблюдение режимов питания, физических нагрузок и ношения бандажа).
3. Плановая операция: грыжесечение, пластика грыжевых ворот сетчатым аллотрансплантатом.
4. Выраженным спаечным процессом, возможностью десерозации кишки и даже ее повреждения. Поэтому все манипуляции должны быть очень осторожными.
5. Соблюдение режимов питания, физических нагрузок, ношение бандажа в течение 6 месяцев.

6. Перечень практических умений.

1. При осмотре пациента описать местный статус
2. При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику паховой грыжи.
3. По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов.

1. Тема: «Осложнения хирургического лечения грыж (местные, системные)».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Классификация грыж живота.
2. Этиологические факторы грыж живота.
3. Современные виды пластики грыж передней брюшной стенки.
4. Принципы оперативного лечения передней брюшной стенки.
5. Основные этапы грыжесечения.
6. Интраоперационные осложнения грыж передней брюшной стенки.
7. Послеоперационные осложнения.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО:

- 1) оперативное лечение в плановом порядке
- 2) консервативные мероприятия, а при их неэффективности - оперативное лечение
- 3) оперативное лечение только при осложненных формах грыжи
- 4) оперативное лечение только по жизненным показаниям

Правильный ответ: 1

2. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ:

- 1) в течение первого года
- 5) 1-2 года
- 6) 2-3 года
- 7) 4-5 лет

Правильный ответ: 1

3. ПРИ КАКИХ ГРЫЖАХ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ЧАЩЕ БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ:

- 5) паховых
- 6) бедренных
- 7) пупочных
- 8) белой линии
- 5) послеоперационных вентральных

Правильный ответ: 5

4. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГРЫЖАХ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА:

- 1) УЗИ брюшной полости
- 2) ЭГДС
- 3) электроэнцефалография
- 4) внутривенная урография

Правильный ответ: 1

5. КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЦАХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ:

- 1) острый
- 2) хронический

Правильный ответ: 2

6. У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ:

- 1) у мужчин
- 2) у женщин

Правильный ответ: 2

7. ДАЙТЕ ПОЛНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА:

- 1) устье, шейка, тело
- 2) шейка, дно
- 3) тело, устье, дно
- 4) дно, тело, шейка, устье

Правильный ответ: 4

8. ЕСЛИ ЧЕРЕЗ ИСКУССТВЕННОЕ ОТВЕРСТИЕ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОД КОЖУ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕ ПОКРЫТЫЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНОЙ И СООБЩАЮЩИЕСЯ С ЕЕ ПОВЕРХНОСТЬЮ, ТО ЭТО:

- 1) грыжа
- 2) эвентрация

Правильный ответ: 2

9. МОЖНО ЛИ ОПРЕДЕЛИТЬ ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ:

- 1) да
- 2) нет

Правильный ответ: 2

10. СУЩЕСТВУЮТ ЛИ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГРЫЖАХ:

- 1) да
- 2) нет

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

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.

1. Укажите методы предоперационного обследования больной?
2. Как подготовить больную к операции?
3. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?
4. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Спирография после вправления грыжи.
2. Необходимо вправить грыжу в брюшную полость, ношение бандажа.
3. Натяжные методы пластики сетчатыми эндопротезами.
4. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

2. Больная Б., 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники.

Жалобы на наличие опухолевидного образования в области передней брюшной стенки.

Из анамнеза: образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа.

Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост = 156 см., масса тела = 78 кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в мин, АД = 140/90 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре.

Результаты стационарного обследования:

ОАК: Эр. = $4,0 \times 10^{12}/л$, НЬ = 150 г/л, ЦП = 0,9, лейкоц. = $9,6 \times 10^9/л$: эоз.- 1%, п/я - 5%, с/я - 68%, лимф. = 19%, мон. = 6%, СОЭ = 5 мм/ч.

Вр. сверт. крови = 6 минут, вр. кровотеч. = 3 минуты, ПТИ = 90%.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, уд. пл. = 1014, реакция - кислая, белок = 0,033%, сахар - отр., лейкоц. - един, в п/зр, эпителиальный плоский = 2-3 в п/зр

ЭКГ: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: срединная тень не расширена.

Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие неотложные лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условия задачи и диагноза?
4. Требуется ли дополнительные консультации «смежных» специалистов?
5. Какие тактические мероприятия предполагают условия задачи?

Ответ:

- 1) Основной диагноз: грыжа белой линии живота.

2) УЗИ передней брюшной стенки

3) Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия не требуются.

4) В плане подготовки к плановому оперативному лечению необходимы консультации терапевта, анестезиолога.

5) У больной имеются показания к плановому оперативному лечению. На период подготовки к операции рекомендовано ограничение физической нагрузки, ношение бандажа, в доступной форме больной должна быть предоставлена информация об основных признаках осложнения грыжи (ущемление: боль, невозможность вправления, вздутие живота, нарушение акта дефекации и так далее).

3. 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.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Каковы особенности грыжесечения в данном случае?

3. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

4. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?

5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Скользящая прямая паховая грыжа справа.

2. При грыжесечении не повредить стенку мочевого пузыря.

3. Натяжные методы пластики сетчатыми эндопротезами.

4. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.

5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

4. Больной 52 лет поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в правой боковой области живота, непостоянные боли при физической нагрузке. Болен в течение 1,5 лет, когда после поднятия тяжести в правой боковой области живота появилось опухолевидное образование небольших размеров, которое постепенно увеличивалось. При физическом напряжении возникали боли.

Объективно: при осмотре больного в вертикальном положении в правой боковой области живота снаружи от прямой мышцы живота имеется опухолевидное образование размерами 5х5 см эластической консистенции, безболезненное. Кожа над ним не изменена. В положении больного лежа оно уменьшается в размерах, симптом кашлевого толчка положительный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. План лечения?
4. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Вправимая боковая грыжа справа.
2. Дифференциальная диагностика с липомой
3. Показано хирургическое лечение в плановом порядке.
4. Грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта сетчатым эндопротезом.

5. Ограничение физической нагрузке в течение 6 месяцев.

5. К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В послеоперационном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу которой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка послеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апоневроза размером 10 на 8 см.

1. Ваш диагноз?
2. Какие причины могли привести к данной патологии?
3. Основной метод лечения?
4. С какими трудностями можно встретиться во время операции?
5. В чем заключается реабилитация после операции?

Ответ:

1. Рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.
2. а - погрешности при выполнении последней операции (недостаточное сближение листков брюшины, надрывы и прорезание швов, сшивание краев раны с чрезмерным натяжением, повреждения нервов, снабжающие верхние и средние сегменты прямых мышц и др.), б - в ближайшем послеоперационном периоде (любое воспаление, приведшее к заживлению вторичным натяжением), в - в отдаленном периоде (несоблюдение режимов питания, физических нагрузок и ношения бандажа).

3. Плановая операция: грыжесечение, пластика грыжевых ворот сетчатым аллотрансплантатом.

4. Выраженным спаечным процессом, возможностью десерозации кишки и даже ее повреждения. Поэтому все манипуляции должны быть очень осторожными.

5. Соблюдение режимов питания, физических нагрузок, ношение бандажа в течение 6 месяцев.

6. Перечень практических умений.

1. При осмотре пациента описать местный статус
2. При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику паховой грыжи.

3. По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов.

1. Тема: «Осложненные грыжи, хирургические методы лечения».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Назовите основные причины образования ущемленных грыж живота

2. Перечислите главные субъективные и объективные признаки ущемления грыжи

3. Перечислите три основных признака жизнеспособности петли кишки при ущемленной грыже, отмечаемых во время операции.

4. Опишите клинику воспаления грыжи.

5. Каковы особенности операции при этом?

6. Причины невправления грыжи. Клиника. Отличия от ущемления.

Лечение.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. УКАЖИТЕ РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ:

1) диарея;

2) коллапс;

3) схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов;

4) симптомы раздражения брюшины;

5) дегидратация.

Правильный ответ: 3

2. БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ВЫЗВАЛ ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ 10 ЧАСОВ. ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ, ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА:

1) вправление грыжи;

2) вправление грыжи после наркотиков;

3) холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики;

4) экстренная госпитализация в хирургический стационар;

5) направление на консультацию к хирургу,

Правильный ответ: 4

3. БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА 39° С, ГИПЕРЕМИЯ. ИНФИЛЬТРАЦИЯ И ОТЕК МОШОНКИ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНОГО?

1) некроз яичка;

2) фуникулит;

3) флегмона грыжевого мешка

4) острый орхит;

5) водянка яичка.

Правильный ответ: 3

4. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ОТСТУПАЮТ

- 1) на 30-40 см
- 2) на 20-25 см
- 3) на 10-20 см
- 4) на 5-10 см
- 5) на 2-3 см

Правильный ответ: 1

5. РАННИЙ И ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) задержка стула и газов
- 2) усиление перистальтики
- 3) схваткообразные боли в животе
- 4) асимметрия живота
- 5) рвота

Правильный ответ: 3

6. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ НЕЗАВИСИМО ОТ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПОКАЗАНО:

- 1) спазмолитики и теплая ванна
- 2) наблюдение
- 3) антибиотики и строгий постельный режим
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости
- 5) экстренная операция

Правильный ответ: 5

7. РИХТЕРОВСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ УЩЕМЛЕНИЕ

- 1) пристеночное
- 2) сигмовидной кишки в скользящей грыже
- 3) желудка в диафрагмальной грыже
- 4) Меккелева дивертикула
- 5) червеобразного отростка

Правильный ответ: 1

8. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО

- 1) наблюдение, холод на живот
- 2) вправление грыжи
- 3) введение спазмолитиков
- 4) положение Тренделенбурга
- 5) экстренная операция

Правильный ответ: 5

9. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) теплая ванна
- 2) вправление грыжи

- 3) экстренная операция
- 4) спазмолитики для облегчения вправления грыжи
- 5) анальгетики перед вправлением грыжи

Правильный ответ: 3

10. ДЛЯ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) резких болей в области грыжи
- 2) внезапного развития заболевания
- 3) положительного кашлевого толчка
- 4) быстрого развития разлитого перитонита
- 5) невраимости грыжи

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1

К хирургу поликлиники обратилась женщина 42 лет с жалобами на наличие болезненного образования в правой поясничной области, повторную рвоту, вздутие живота. При осмотре в правой поясничной области у больной отмечается мягко эластическое образование до 6 см, болезненное при пальпации. Со стороны брюшной полости отмечается вздутие живота, перистальтика усилена.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?
4. Какое лечение Вы предложите?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Ущемленная грыжа.
2. При перкуссии образования - тимпанический звук, при сдавлении - урчание кишки.
3. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.
4. Экстренная операция, заключающаяся в освобождении грыжевого выпячивания, оценки жизнеспособности ущемленной кишки и пластики грыжевых ворот местными тканями или аллотрансплантатом.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

Задача №2

К хирургу поликлиники обратилась женщина 38 лет. После родов (год назад) отмечает появление после физической нагрузки образования на боковой поверхности живота, справа, самостоятельно исчезающего в положении лежа. При осмотре избыточного питания. Справа от пупка и ниже его на 4 см, у наружного края прямой мышцы имеется дефект 42 брюшной стенки 2-3 см в диаметре. В положении стоя и натуживании в этом месте определяется мягкоэластическое образование до 4 см.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Что является предрасполагающим моментом появления образования?

3. Что способствовало появлению образования на боковой поверхности живота у данной больной?

4. Какое лечение Вы предложите?

5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

Ответ:

1. Боковая грыжа живота.

2. Анатомическая слабость стенки в области спигелиевой линии. Эти грыжи еще называют - грыжи спигелиевой линии.

3. Роды и ожирение.

4. Оперативное. Грыжесечение, пластика сетчатым аллотрансплантатом.

5. Профилактики врожденных грыж нет. При приобретенных необходимо исключить причины, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.

Задача №3

К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В послеоперационном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу которой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка послеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апоневроза размером 10 на 8 см.

1. Ваш диагноз?

2. Какие причины могли привести к данной патологии?

3. Основной метод лечения?

4. С какими трудностями можно встретиться во время операции?

5. В чем заключается реабилитация после операции?

Ответ:

1. Рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

2. а - погрешности при выполнении последней операции (недостаточное сближение листков брюшины, надрывы и прорезание швов, сшивание краев раны с чрезмерным натяжением, повреждения нервов, снабжающие верхние и средние сегменты прямых мышц и др.), б - в ближайшем послеоперационном периоде (любое воспаление, приведшее к заживлению вторичным натяжением), в - в отдаленном периоде (несоблюдение режимов питания, физических нагрузок и ношения бандажа).

3. Плановая операция: грыжесечение, пластика грыжевых ворот сетчатым аллотрансплантатом.

4. Выраженным спаечным процессом, возможностью десерозации кишки и даже ее повреждения. Поэтому все манипуляции должны быть очень осторожными.

5. Соблюдение режимов питания, физических нагрузок, ношение бандажа в течение 6 месяцев.

Задача №4

Военкоматом к хирургу поликлиники отправлен призывник. Жалуется на периодические боли в эпигастральной области, особенно при выполнении физических нагрузок. При осмотре живот обычной формы, мягкий безболезненный при пальпации. При натуживании в области мечевидного отростка появляется опухолевидное образование до 2 см., исчезает при горизонтальном положении пациента.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать, для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение Вы предложите пациенту?
4. В чем конкретно заключается особенность данного лечения?
5. Какая существует профилактика подобных заболеваний?

Ответ:

1. Грыжа мечевидного отростка.
2. Пальпаторно возможно определение дефекта в мечевидном отростке. Обязательно назначить рентгенографию мечевидного отростка.
3. Плановую операцию - грыжесечение, пластика.
4. Кроме грыжесечения необходимо выполнить резекцию мечевидного отростка и сшить края влагалища прямых мышц.
5. Профилактика врожденных грыж не существует.

Задача №5

Пациентка 71 года обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами, на периодические боли по внутренней поверхности правого бедра, с иррадиацией в область тазобедренного и коленного суставов. При обследовании больной хирург обнаружил ниже правой пупартовой связки мягкоэластическое образование 2х2 см, которое исчезло при принятии больной горизонтального положения. Кроме того, был выражен симптом Тривса.

1. Ваш диагноз?
2. Чем объясняется особенность болей?
3. Симптом Тривса?
4. Лечение?
5. В чем заключается послеоперационная реабилитация?

Ответ:

1. Правосторонняя запирающая грыжа.
2. Грыжа выходит через запирающий канал, где находится запирающий нерв. Поэтому боли проецируются по внутренней поверхности бедра с иррадиацией в коленный и тазобедренный суставы.
3. Симптом Тривса - усиление болей при отведении и ротации бедра.
4. Оперативное. Доступы: бедренный (разрез вдоль большой подкожной вены с проникновением между гребешковой и приводящими

мышцами), лапаротомный и комбинированный. После грыжесечения выполняют пластику сетчатым аллотрансплантатом.

5. Соблюдение режима питания, физических нагрузок, ношение бандажа не менее 6 месяцев.

6. Перечень практических умений.

1. Грыжесечение при ущемленной паховой грыже
2. Грыжесечение при ущемленной бедренной грыже
3. Грыжесечение при ущемленной послеоперационной вентральной грыже
4. Пластика грыжевых ворот местными тканями
5. Пластика грыжевых ворот ненатяжными методами
6. Санация и дренирование брюшной полости

1. Тема: «Ущемленные грыжи живота».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

7. Назовите основные причины образования ущемленных грыж живота

8. Перечислите главные субъективные и объективные признаки ущемления грыжи

9. Перечислите три основных признака жизнеспособности петли кишки при ущемленной грыже, отмечаемых во время операции.

10. Опишите клинику воспаления грыжи.

11. Каковы особенности операции при этом?

12. Причины невправления грыжи. Клиника. Отличия от ущемления. Лечение.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. УКАЖИТЕ РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ:

1) диарея;

2) коллапс;

3) схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов;

4) симптомы раздражения брюшины;

5) дегидратация.

Правильный ответ: 3

2. БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ВЫЗВАЛ ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ 10 ЧАСОВ. ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ, ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА:

1) вправление грыжи;

2) вправление грыжи после наркотиков;

3) холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики;

4) экстренная госпитализация в хирургический стационар;

5) направление на консультацию к хирургу,

Правильный ответ: 4

3. БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА 39° С, ГИПЕРЕМИЯ. ИНФИЛЬТРАЦИЯ И ОТЕК МОШОНКИ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНОГО?

1) некроз яичка;

2) фуникулит;

3) флегмона грыжевого мешка

4) острый орхит;

5) водянка яичка.

Правильный ответ: 3

4. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ОТСТУПАЮТ

- 1) на 30-40 см
- 2) на 20-25 см
- 3) на 10-20 см
- 4) на 5-10 см
- 5) на 2-3 см

Правильный ответ: 1

5. РАННИЙ И ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) задержка стула и газов
- 2) усиление перистальтики
- 3) схваткообразные боли в животе
- 4) асимметрия живота
- 5) рвота

Правильный ответ: 3

6. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ НЕЗАВИСИМО ОТ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПОКАЗАНО:

- 1) спазмолитики и теплая ванна
- 2) наблюдение
- 3) антибиотики и строгий постельный режим
- 4) обзорная рентгенография брюшной полости
- 5) экстренная операция

Правильный ответ: 5

7. РИХТЕРОВСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ УЩЕМЛЕНИЕ

- 1) пристеночное
- 2) сигмовидной кишки в скользящей грыже
- 3) желудка в диафрагмальной грыже
- 4) Меккелева дивертикула
- 5) червеобразного отростка

Правильный ответ: 1

8. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО

- 1) наблюдение, холод на живот
- 2) вправление грыжи
- 3) введение спазмолитиков
- 4) положение Тренделенбурга
- 5) экстренная операция

Правильный ответ: 5

9. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) теплая ванна
- 2) вправление грыжи
- 3) экстренная операция
- 4) спазмолитики для облегчения вправления грыжи

5) анальгетики перед вправлением грыжи

Правильный ответ: 3

10. ДЛЯ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) резких болей в области грыжи
- 2) внезапного развития заболевания
- 3) положительного кашлевого толчка
- 4) быстрого развития разлитого перитонита
- 5) невраваемости грыжи

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1

К хирургу поликлиники обратилась женщина 42 лет с жалобами на наличие болезненного образования в правой поясничной области, повторную рвоту, вздутие живота. При осмотре в правой поясничной области у больной отмечается мягко эластическое образование до 6 см, болезненное при пальпации. Со стороны брюшной полости отмечается вздутие живота, перистальтика усилена.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза?
3. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?
4. Какое лечение Вы предложите?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Ущемленная грыжа.
2. При перкуссии образования - тимпанический звук, при сдавлении - урчание кишки.
3. Прежде всего, с новообразованиями, а также с натечными абсцессами.
4. Экстренная операция, заключающаяся в освобождении грыжевого выпячивания, оценки жизнеспособности ущемленной кишки и пластики грыжевых ворот местными тканями или аллотрансплантатом.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

Задача №2

К хирургу поликлиники обратилась женщина 38 лет. После родов (год назад) отмечает появление после физической нагрузки образования на боковой поверхности живота, справа, самостоятельно исчезающего в положении лежа. При осмотре избыточного питания. Справа от пупка и ниже его на 4 см, у наружного края прямой мышцы имеется дефект 42 брюшной стенки 2-3 см в диаметре. В положении стоя и натуживании в этом месте определяется мягкоэластическое образование до 4 см.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что является предрасполагающим моментом появления образования?

3. Что способствовало появлению образования на боковой поверхности живота у данной больной?

4. Какое лечение Вы предложите?

5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

Ответ:

1. Боковая грыжа живота.

2. Анатомическая слабость стенки в области спигелиевой линии. Эти грыжи еще называют - грыжи спигелиевой линии.

3. Роды и ожирение.

4. Оперативное. Грыжесечение, пластика сетчатым аллотрансплантатом.

5. Профилактики врожденных грыж нет. При приобретенных необходимо исключить причины, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.

Задача №3

К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В послеоперационном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу которой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка послеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апоневроза размером 10 на 8 см.

1. Ваш диагноз?

2. Какие причины могли привести к данной патологии?

3. Основной метод лечения?

4. С какими трудностями можно встретиться во время операции?

5. В чем заключается реабилитация после операции?

Ответ:

1. Рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

2. а - погрешности при выполнении последней операции (недостаточное сближение листков брюшины, надрывы и прорезание швов, сшивание краев раны с чрезмерным натяжением, повреждения нервов, снабжающие верхние и средние сегменты прямых мышц и др.), б - в ближайшем послеоперационном периоде (любое воспаление, приведшее к заживлению вторичным натяжением), в - в отдаленном периоде (несоблюдение режимов питания, физических нагрузок и ношения бандажа).

3. Плановая операция: грыжесечение, пластика грыжевых ворот сетчатым аллотрансплантатом.

4. Выраженным спаечным процессом, возможностью десерозации кишки и даже ее повреждения. Поэтому все манипуляции должны быть очень осторожными.

5. Соблюдение режимов питания, физических нагрузок, ношение бандажа в течение 6 месяцев.

Задача №4

Военкоматом к хирургу поликлиники отправлен призывник. Жалуется на периодические боли в эпигастральной области, особенно при выполнении физических нагрузок. При осмотре живот обычной формы, мягкий безболезненный при пальпации. При натуживании в области мечевидного отростка появляется опухолевидное образование до 2 см., исчезает при горизонтальном положении пациента.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать, для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение Вы предложите пациенту?
4. В чем конкретно заключается особенность данного лечения?
5. Какая существует профилактика подобных заболеваний?

Ответ:

1. Грыжа мечевидного отростка.
2. Пальпаторно возможно определение дефекта в мечевидном отростке. Обязательно назначить рентгенографию мечевидного отростка.
3. Плановую операцию - грыжесечение, пластика.
4. Кроме грыжесечения необходимо выполнить резекцию мечевидного отростка и сшить края влагалища прямых мышц.
5. Профилактика врожденных грыж не существует.

Задача №5

Пациентка 71 года обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами, на периодические боли по внутренней поверхности правого бедра, с иррадиацией в область тазобедренного и коленного суставов. При обследовании больной хирург обнаружил ниже правой пупартовой связки мягкоэластическое образование 2x2 см, которое исчезло при принятии больной горизонтального положения. Кроме того, был выражен симптом Тривса.

1. Ваш диагноз?
2. Чем объясняется особенность болей?
3. Симптом Тривса?
4. Лечение?
5. В чем заключается послеоперационная реабилитация?

Ответ:

1. Правосторонняя запирающая грыжа.
2. Грыжа выходит через запирающий канал, где находится запирающий нерв. Поэтому боли проецируются по внутренней поверхности бедра с иррадиацией в коленный и тазобедренный суставы.
3. Симптом Тривса - усиление болей при отведении и ротации бедра.
4. Оперативное. Доступы: бедренный (разрез вдоль большой подкожной вены с проникновением между гребешковой и приводящими мышцами), лапаротомный и комбинированный. После грыжесечения выполняют пластику сетчатым аллотрансплантатом.
5. Соблюдение режима питания, физических нагрузок, ношение бандажа не менее 6 месяцев.

6. Перечень и стандарты практических умений

1. Грыжесечение при ущемленной паховой грыже
2. Грыжесечение при ущемленной бедренной грыже
3. Грыжесечение при ущемленной послеоперационной вентральной грыже
4. Пластика грыжевых ворот местными тканями
5. Пластика грыжевых ворот ненатяжными методами
6. Санация и дренирование брюшной полости

1. Тема: «Эндовидеохирургические методы в диагностике и лечении травмы брюшной полости».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

38.Оборудование для видеолапароскопии.

39.Противопоказания для лапароскопии.

40.Техника выполнения пневмоперитонеума.

41.Осложнения в результате проведения лапароскопии.

42.Показания и противопоказания для лапароскопии при травмах брюшной полости.

43.Диагностическая лапароскопия, лапароскопические оперативные вмешательства при травмах брюшной полости.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

Тестирование.

1.ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:

- | | | | | |
|----|---------------------|--------------|-----------|--------------|
| 1) | Малые | формы | наружного | эндометриоза |
| 2) | | Склерокистоз | | яичников |
| 3) | Субсерозные | миоматозные | узлы | матки |
| 4) | Синдром | Алена | - | Мастерса |
| 5) | Поликистоз яичников | | | |

Эталон ответа: 5

2. ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:

- | | | | | |
|----|--|---------|---------------|----------|
| 1) | Болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости | | | |
| 2) | | Цирроза | | печени |
| 3) | Ретенционных | | кист | яичников |
| 4) | Псевдокист | | поджелудочной | железы |
| 5) | Папиллярных серозных кистом яичников | | | |

Эталон ответа: 1

3. УРГЕНТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- | | | | | |
|----|----------------------|------------------|---------|-------------|
| 1) | | Мезентериального | | тромбоза |
| 2) | Субкапсулярных | | гематом | печени |
| 3) | | Острого | | панкреатита |
| 4) | | Острого | | холецистита |
| 5) | Механической желтухи | | | |

Эталон ответа: 1

4. ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - 2) Хронический активный гепатит
 - 3) Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
 - 4) Лимфаденит брыжейки кишки
 - 5) Неосложненный острый аппендицит
- Эталон ответа: 2

5. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ:

- 1) Калькулезного холецистита
 - 2) Холедохолитиаза
 - 3) Стриктуры холедоха
 - 4) Дискинезии желчевыводящих путей
 - 5) Тромбоза печеночных вен
- Эталон ответа: 5

6. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОМЕНТАХ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Дифференцирование органических и функциональных заболеваний сфинктерного аппарата большого дуоденального соска
 - 2) Выяснение уровня обтурации желчных протоков
 - 3) Выяснение природы обтурации желчных протоков
 - 4) Дифференцирование рака билиарно-дуоденальной системы и рака головки поджелудочной железы
 - 5) Рентгенологически установленный диагноз - отключенный желчный пузырь
- Эталон ответа: 4

7. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Дифференцирование желтух
 - 2) Дифференцирование функциональных и органических изменений желчных протоков
 - 3) Выяснение причины холецистита
 - 4) Диагностику пузырно-кишечных свищей
 - 5) Дифференцирование видов холангита
- Эталон ответа: 3

8. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

- 1) Накануне в день исследования сделать очистительные клизмы
- 2) На ночь перед исследованием назначить седативные препараты
- 3) Научить больного "надуть" живот
- 4) Перед исследованием опорожнить мочевой пузырь
- 5) Накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

Эталон ответа: 3

9. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) Через желудочный зонд удалить из желудка содержимое
- 2) Определить группу крови и резус принадлежность
- 3) Дать выпить метиленовый синий
- 4) Объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования
- 5) Внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора сернокислого атропина и 2% промедола

Эталон ответа: 4

10. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПУНКЦИОННАЯ ИГЛА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ЧЕРЕЗ:

- 1) Над лобком по белой линии живота
- 2) В правой подвздошной области
- 3) В левой подвздошной области
- 4) Ниже пупка по белой линии живота
- 5) Выше пупка по белой линии живота

Эталон ответа: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?

3. Дальнейшая тактика?
4. Каков характер оперативного вмешательства?
5. Сроки выписки из стационара?

Эталоны ответов

1. Предполагаемый диагноз разрыв паренхимы почки, полное размоложение почки или отрыв почки от сосудистой ножки и мочеточника. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,2).

2. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ, обзорная рентгенография, катетеризация мочевого пузыря, КТ правой почки, диагностическая лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Люмботомия справа, ревизия органов забрюшинного пространства, оценка повреждения почки, устранение источника кровотечения, ушивание либо резекции правой почки в зависимости от вида травмы, степени повреждения и наличия или отсутствия второй функционирующей почки.

5. При повреждении внутренних органов (если нет послеоперационных осложнений) больные могут быть выписаны на 14-15-е сутки.

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Дальнейшая тактика?

4. Принципы оперативного пособия?

5. Сроки реабилитации?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Нельзя исключить и повреждение полого органа. Ушиб грудной клетки.

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному (при отсутствии повреждений полого органа). Ревизия органов брюшной полости, установление источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Промыть брюшную полость теплым водным раствором хлоргексидина. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства. Ушивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

5. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основным удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полого органа. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,27).

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза. Уретрография. Катетеризация мочевого пузыря при травме уретры противопоказана. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, внебрюшинное кровотечение, шок II степени. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция: эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза, костей таза в двух проекциях, уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря.

4. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей.

5. Прогноз благоприятный.

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей.

С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.

2. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.

3. Лапаротомия, ревизия, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

6.Перечень и стандарты практических умений.

1. Выполнить диагностическую лапароскопию при травмах брюшной полости.

1. Тема: «Открытые травмы живота: классификация. Непроницающие и проникающие ранения брюшной полости (клиника, диагностика, первая помощь). Хирургическая тактика при открытых ранениях живота».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

Механизм возникновения открытых травм живота

Классификация открытых травм живота

Какие осложнения возникают при повреждении полых органов ЖКТ

Какие осложнения возможны при открытых повреждениях печени и селезенки

Хирургическая тактика при открытых травмах ЖКТ

Факторы, способствующие разрыву мочевого пузыря

Какие виды травм подлежат консервативному лечению в условиях стационара, при правильной постановке диагноза

Какие инструментальные и аппаратные методы исследования обязательны при открытых травмах живота

При какой травме селезенке показана спленэктомия

Функциональные возможности лапароскопии при открытых травмах

Причины высокой летальности больных с открытой травмой органов живота

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗРЫВУ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) Возраст.

2) Пол.

3) Время суток.

4) Обильный прием пищи.

5) Хронические и острые заболевания желудка, кишечника.

Правильный ответ: 4

2. КАКИЕ ДВА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНА ЖИВОТА ЧАШЕ ТРАВМИРУЮТСЯ?

1. Почки

2. Печень

3. Селезенка

4. Поджелудочная железа

5. Все перечисленные

Правильный ответ: 2,3

3. КАКИЕ 2 ОРГАНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ТРАВМИРУЮТСЯ ЧАЩЕ?

1. Желудок
2. ДПК
3. Тонкая кишка
4. Ободочная кишка
5. Прямая кишка

Правильный ответ: 3,4

4. РАЗЛИЧАЮТ НИЖЕ УКАЗАННЫЕ ВИДЫ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. КАКИЕ ИЗ НИХ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ?

1. Ушибы, небольшие гематомы
2. Гематомы большие
3. Надрывы мышц
4. Полные разрывы мышц
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 2,4

5. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ:

1. Боль сильная, разлитая
2. Боль неинтенсивная, локальная, в зоне травмы
3. Тошнота
4. Рвота
5. Потеря сознания

Правильный ответ: 2

6. ОПОРНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВОВ МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ:

1. С.Щеткина-Блумберга, напряжение мышц живота
2. Локальная боль при пальпации
3. Гематома брюшной стенки
4. Пульс нормальных характеристик
5. Артериальное давление в пределах нормы

Правильный ответ: 2,3,4,5

7. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАЗРЫВА МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ:

1. Боль сильная в зоне травмы
2. Боль слабая по всему животу
3. Местное напряжение мышц брюшной стенки
4. Живот мягкий
5. Гематома брюшной стенки.

Правильный ответ: 1,3

8. ОСНОВНЫЕ ПРОВОЦИРУЮЩИЕ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗРЫВУ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА ФАКТОРЫ:

1. Возраст
2. Пол

3. Алкогольное опьянение
4. Обильный прием пищи
5. Хронические и острые заболевания желудка, кишечника

Правильный ответ: 3,4

9. КАК КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА?

1. Изолированные
2. Множественные
3. Сочетанные
4. Комбинированные
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 5

10. УКАЖИТЕ 2 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ВИДА ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА:

1. Бытовые
2. Автодорожные
3. Производственные
4. Спортивные
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 1,2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1.

Больная К., 21 года поступила в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации дефанс, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110/л. Нб 140г/л. Нт 47%. Status localis: в поясничной области слева имеется колото-резанная рана 2,5x1,5 см. При ПХО раневой канал идёт сзади наперёд и снизу вверх, пальпаторно конец его не достигаем.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Диагноз? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Необходимо выполнить УЗИ органов брюшной полости. 2. Проникающее колото-резанное ранение брюшной полости. Повреждение полого органа. Разлитой перитонит. 3. Предоперационная подготовка в течение 2 часов и затем экстренная лапаротомия.

Задача №2

Больной У., 43 лет, поступил в приёмное отделение через 2 часа после удара ножом в живот. Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розовые. Живот мягкий, болезненный в околопупочной

области, где имеется колото-резанная рана 3,5x2,0 см с эвентрированной прядью большого сальника. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. А/Д 120/80 мм.рт.ст. ЧСС 90 в 1 мин.

1. Диагноз? 2. Какие дополнительные диагностические исследования необходимо выполнить? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Проникающее колото-резанное ранение брюшной полости. Эвентрация пряди большого сальника. 2. Для диагностики не требуются дополнительные исследования. 3. Экстренная лапаротомия с резекцией эвентрированной пряди сальника и ревизией брюшной полости.

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Клинический диагноз?
4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?
5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полового органа. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,27).

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза. Уретрография. Катетеризация мочевого пузыря при травме уретры противопоказана. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, внебрюшинное кровотечение, шок II степени. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция: эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза, костей таза в двух проекциях, уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароскопия.
3. Оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря.
4. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей.
5. Прогноз благоприятный.

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.

2. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.

3. Лапаротомия, ревизия, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Обследование органов брюшной полости.

2. Пальпация, перкуссия.

3. Оценка функционирования дренажей брюшной полости

4. Анализ показателей крови.

1. Тема: «Повреждения забрюшинных органов, забрюшинная гематома. Клиника, диагностика, лечение».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

44. Этиология и патогенез повреждений забрюшинных органов и забрюшинной гематомы

45. Классификация повреждений забрюшинных органов и забрюшинной гематомы

46. Клиническая картина повреждений забрюшинных органов и забрюшинной гематомы

47. Диагностические мероприятия при повреждениях забрюшинных органов и забрюшинной гематомы

48. Основные принципы хирургического лечения повреждений забрюшинных органов и забрюшинной гематомы

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) боли в пояснице на стороне повреждения.

2) боль в животе.

3) дизурические расстройства.

4) правильно все

5) правильных ответов нет

Правильный ответ: 1

2. НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЗАДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) дизурические расстройства.

2) тошнота, рвота.

3) боли иррадиирующие в бедро и тазобедренный сустав.

4) правильных ответов нет.

5) все правильно.

Правильный ответ: 1

3. КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ГНОЙНИКАХ РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ:

1) Волковича-Дьяконова.

2) параректальный разрез Ленандера.

3) люмботомия.

4) срединный разрез.

5) все правильно.

Правильный ответ: 3.

4. ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗРЫВУ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Возраст.
- 2) Пол.
- 3) Время суток.
- 4) Обильный прием пищи.
- 5) Хронические и острые заболевания желудка, кишечника.

Правильный ответ: 4

5. ОСНОВНЫМИ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Боль сильная, разлитая,
- 2) Боль неинтенсивная, локальная, в зоне травмы
- 3) Тошнота
- 4) Рвота
- 5) Потеря сознания

Правильный ответ: 2

6. КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ПЕРЕДНЕМ ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ:

- 1) разрез по Пирогову
- 2) люмботомия
- 3) срединный разрез
- 4) параректальный разрез
- 5) правильных ответов нет

Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО:

- 1) положение больного в постели с приведенными ногами к животу.
- 2) поза «лягушки».
- 3) лежа на животе.
- 4) правильных ответов нет.
- 5) все правильно.

Правильный ответ: 1

8. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗАКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЫЖЕЙКИ КИШКИ:

- 1) Отсутствие печеночной тупости.

- 2) Боли нет.
 - 3) Признаки острой анемии (бледность кожи, частый пульс, падение АД и др.).
 - 4) Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.
 - 5) Свободный газ в брюшной полости.
- Правильный ответ: 3

9. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ВИДОМ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Ушиб.
 - 2) Гематома брыжейки.
 - 3) Разрыв серозного и мышечного слоев.
 - 4) Разрыв кишки с разрывом брыжейки.
 - 5) Гематома внутривисцеральная.
- Правильный ответ: 4

10. ЕСЛИ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ - ГНОЙ УСТРЕМЛЯЕТСЯ В НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ МЕСТА:

- 1) плевральную полость.
 - 2) треугольники Пти и Лесгафта-Грюгфельда.
 - 3) дугласово пространство.
 - 4) пространство Пирогова-Парона.
 - 5) правильных ответов нет.
- Правильный ответ: 2.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

№1

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Дальнейшая тактика?

4. Каков характер оперативного вмешательства?

5. Сроки выписки из стационара?

Эталоны ответов

1. Предполагаемый диагноз разрыв паренхимы почки, полное разможнение почки или отрыв почки от сосудистой ножки и мочеточника. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,2).

2. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ, обзорная рентгенография, катетеризация мочевого пузыря, КТ правой почки, диагностическая лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Люмботомия справа, ревизия органов забрюшинного пространства, оценка повреждения почки, устранение источника кровотечения, ушивание либо резекции правой почки в зависимости от вида травмы, степени повреждения и наличия или отсутствия второй функционирующей почки.

5. При повреждении внутренних органов (если нет послеоперационных осложнений) больные могут быть выписаны на 14-15-е сутки.

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

3. Дальнейшая тактика?

4. Принципы оперативного пособия?

5. Сроки реабилитации?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Нельзя исключить и повреждение полого органа. Ушиб грудной клетки.

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному (при отсутствии повреждений полого органа). Ревизия органов брюшной полости, установление источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Промыть брюшную полость теплым водным раствором хлоргексидина. Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Ушивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

5. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полого органа. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,27).

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза. Уретрография. Катетеризация мочевого пузыря при травме уретры противопоказана. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, внебрюшинное кровотечение, шок II степени. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция: эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?
5. Прогноз?

Эталонные ответы

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза, костей таза в двух проекциях, уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря.

4. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей.

5. Прогноз благоприятный.

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей.

С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Хирургическая тактика?
4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?
5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.
2. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
3. Лапаротомия, ревизия, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.
4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. Выполнить наложение энтероанастомоза «бок в бок».

1. Тема: «Острый парапроктит».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- Причины возникновения О. парапроктита
- Методы диагностики
- Классификация парапроктита
- Методы консервативной терапии
- Методы оперативных пособий
- Послеоперационное ведение больных
- Способы профилактики возникновения парапроктита

Цели обучения:

- - общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1, ОК-2, ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК): ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования

в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

11. ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) выделение крови из прямой кишки
- 2) анальный зуд
- 3) пульсирующая боль в промежности

- 4) выпадение узлов
- 5) боль в анусе после стула

Правильный ответ: 3

2. СРЕДИ ПРИЧИН ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СТОИТ

- 1) геморрой
- 2) повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
- 3) воспаление анальной железы
- 4) огнестрельные ранения прямой кишки
- 5) воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов

Правильный ответ: 3

3. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПАРАПРОКТИТА

- 1) подкожный парапроктит
- 2) подслизистый парапроктит
- 3) седалищно-прямокишечный
- 4) тазово-прямокишечный
- 5) межмышечковый парапроктит

Правильный ответ: 1

4. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ишиоректальный
- 2) ретроректальный
- 3) подслизистый
- 4) пельвиоректальный
- 5) подкожный

Правильный ответ: 4

5. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО, С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ ПРОТЕКАЕТ ПАРАПРОКТИТ

- 1) ретроректальный
- 2) подслизистый
- 3) пельвиоректальный
- 4) подкожный
- 5) внутрислизистый

Правильный ответ: 3

6. У БОЛЬНОГО ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, БОЛИ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ, НАЛИЧИЕ ПРИПУХЛОСТИ С ГИПЕРЕМИЕЙ КОЖИ ПРОМЕЖНОСТИ. ДАВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ 3 СУТОК. ДЛЯ КАКОГО ПАРАПРОКТИТА ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ПРИЗНАКИ?

- 1) кожного
- 2) подкожного
- 3) ишиоректального
- 4) пельвиоректального
- 5) слизистого

Правильный ответ: 2

7. СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО ДЛЯ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА В РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) инфильтрат промежности с гиперемией
- 2) боли в глубине таза
- 3) отсутствие изменений на коже промежности
- 4) высокая температура
- 5) выраженная интоксикация

Правильный ответ: 1

8. С ЧЕМ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ?

- 1) карбункулом ягодицы
- 2) абсцессом предстательной железы
- 3) нагноением копчиковых кист
- 4) бартолинитом
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 5

9. ПРИНЦИП РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

- 1) ранняя операция
- 2) адекватное вскрытие и санация гнойного очага
- 3) иссечение внутреннего отверстия
- 4) адекватное дренирование
- 5) все перечисленные

Правильный ответ: 3

10. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

- 1) экстренная операция
- 2) адекватное вскрытие и санация гнойного очага
- 3) иссечение внутреннего отверстия
- 4) адекватное дренирование
- 5) все перечисленные

Правильный ответ: 5

11. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача № 1.

Больной, 29 лет обратился в поликлинику с жалобами на общее недомогание, по вечерам в течение двух дней озноб, плохой сон. При кашле и ходьбе отмечает тупые боли в области заднего прохода. При дефекации резкие боли в промежности, отдающие в мочеиспускательный канал. При осмотре: температура 37,8°C, пульс 88. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. При перкуссии грудной клетки и пальпации живота патологических данных не найдено. При осмотре промежности около ануса спереди имеется припухлость и гиперемия. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает боль. Выше анального канала передняя стенка прямой кишки инфильтрирована, болезненная. Верхнюю границу

инфильтрата пальцем определить не удастся. Размягчения в области инфильтрата не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза.
3. Действия врача поликлиники.
4. Вид хирургического пособия.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференцировку?

Эталон ответа на задачу № 1.

1. Острый ишиоректальный парапроктит.
2. Наличие инфильтрата в области передней стенки прямой кишки, расположенного выше анального канала (следовательно, выше гребешковой линии) дает основание поставить диагноз Наличие гиперемии и инфильтрации кожи около ануса говорит о переходе воспалительного процесса на подкожную клетчатку промежности.
3. Срочная госпитализация в колопроктологическое отделение.
4. Под наркозом пункция инфильтрата со стороны промежности, при наличии гноя вскрытие, ревизия, санация и дренирование гнойной полости.
5. Карбункулом ягодицы, абсцессом предстательной железы, нагноением копчиковых кист, бартолинитом.

Задача № 2.

Молодой человек, 19 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в области заднего прохода при дефекации. Считает себя больным уже 4 дня. В настоящее время боли стали сильными, пульсирующего характера. Вечером был озноб, сильно потел. Стало затрудненным мочеиспускание. При осмотре больного температура $37,6^{\circ}$, пульс 80. При перкуссии и аускультации грудной клетки и пальпации органов брюшной полости патологических изменений не выявлено. При осмотре промежности имеется припухлость слева от ануса с гиперемией кожи в этой области. При пальпации припухлость плотной консистенции с некоторым размягчением в центре, болезненная при пальпации. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает резкую боль.

1. Ваш диагноз?
2. Действия врача поликлиники?
3. Вид радикального хирургического пособия?
4. Прогноз?
5. Основная профилактика данного заболевания?

Эталон ответа на задачу № 2.

1. Диагноз подкожно-подслизистый парапроктит.
2. Экстренная госпитализация в колопроктологическое отделение.
3. Пункция гнойника, введение синьки с H_2O_2 , визуализация внутреннего отверстия, вскрытие гнойника, ревизия, санация, проведение зонда через внутреннее отверстие, рассечение кожной порции, тампонада с водорастворимой мазью.

4. Полное излечение, т.к. обработано внутреннее отверстие со стороны прямой кишки.

5. Соблюдение личной гигиены.

Задача № 3.

В поликлинику обратился водитель, 30 лет, с жалобами на боли в прямой кишке при дефекации. Боли неинтенсивные. После стула обычно болей нет, хотя какое-то необычное ощущение в области заднего прохода остается. В последнее время на оформленных каловых массах стал замечать слизь или гной. Иногда бывают ознобы. При объективном обследовании больного органы грудной и брюшной полостей без патологических изменений. В области анального отверстия гиперемии и каких-либо уплотнений нет, пальпация промежности безболезненная. При пальцевом обследовании прямой кишки тонус анальных сфинктеров повышен. На задней стенке прямой кишки определяется уплотнение умеренно болезненное, слабо подвижное, верхний полюс его можно обвести пальцем. После извлечения пальца из прямой кишки на перчатке следы гнойного отделяемого.

1. Ваш диагноз?

2. Дальнейшие действия?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Вид хирургического пособия?

5. Трудоспособность после операции?

Эталон ответа на задачу № 3.

1. У больного самопроизвольно вскрывшийся ретроанальный парапроктит.

2. Больной должен быть направлен в колопроктологическое отделение стационара в день обращения для дополнительного обследования и необходимого лечения.

3. Необходимо исключить: Остеомиелит копчика, Пресакральную кисту.

4. При исключении данных заболеваний, до вскрытия гнойного очага через слизистую прямой кишки, перевязки.

5. Утрачена временно. Больничный лист на 1 месяц.

Задача № 4.

В поликлинику обратилась больная, 29 лет, с жалобами на общее недомогание, слабость, потерю аппетита, плохой сон и тупые боли внизу живота. Боли усиливаются при натуживании и дефекации. Такое состояние отмечается уже четвертый день. Вчера был вечером озноб, вроде бы повысилась температура, но температуру не измеряла. К врачу не обращалась, думал, что пройдет. Раньше таких болей не было. При осмотре больной температура 37,8°, пульс 84. Органы брюшной и грудной полостей без патологических симптомов. Промежность при осмотре без патологии, пальпация промежности безболезненная. При глубокой пальпации в виде толчков в области правой ягодицы ощущается глубокая тупая болезненность.

При пальцевом обследовании прямой кишки тонус анального сфинктера повышен. Над гребешковой линией определяется инфильтрат, на 3 часах спаянный с левой стенкой прямой кишки, болезненный при давлении на него пальцем. Верхняя граница инфильтрата с трудом достигается кончиком пальца. Участков флюктуации в области инфильтрата не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшие действия врача поликлиники?
3. Вид хирургического пособия?
4. Прогноз?
5. Принцип радикального лечения данного заболевания?

Эталон ответа на задачу № 4.

1. У больной ишиоректальный парапроктит.
2. Экстренно транспортировать лежа в колопроктологическое отделение для оперативного лечения.
3. Под общим наркозом, на 3 часах возле ануса пункция гнойника, рассекается кожа и тупым путем вскрывается гнойная полость, ревизия, санация, дренирование.
4. Выздоровление.
5. Иссечение внутреннего отверстия.

Задача № 5.

Больная, 19 лет, обратилась в поликлинику к хирургу с жалобами на боли внизу живота над лобком, выраженную слабость. Боли усиливаются при ходьбе и при дефекации. В течение двух дней по вечерам озноб. При пальцевом исследовании прямой кишки нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. На перчатке крови и гноя нет.

1. Ваши действия?
2. Тактика врача поликлиники?
3. Вид хирургического пособия?
4. Прогноз?
5. Трудоспособность?

Эталон ответа на задачу № 5.

1. У больной пельвиоректальный парапроктит.
2. Консультация гинеколога для исключения заболеваний женской сферы и экстренная госпитализация в колопроктологическое отделение.
3. Под контролем пальца пункция инфильтрата и по игле вскрытие гнойника в просвет прямой кишки.
4. Выздоровление.
5. Утрачена временно. Б/л до 1 месяца.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
- Собирать жалобы и анамнез
- Проводить физикальное обследование больного с острым парапроктитом.
- Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.

- Составить план лабораторного и инструментального обследования.
- Сформулировать развернутый клинический диагноз.
- Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

1. Тема: «Хронический парапроктит».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Причины возникновения парапроктита
2. Методы диагностики
3. Классификация парапроктита
4. Методы консервативной терапии
5. Методы оперативных пособий
6. Послеоперационное ведение больных
7. Способы профилактики возникновения парапроктита

Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1, ОК-2, ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК): ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИ НЕДЕРЖАНИЕ ГАЗОВ. ЭТО СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ, КАК

- 1) IV степень недостаточности анального жома

- 2) III степень недостаточности анального жома
- 3) II степень недостаточности анального жома
- 4) I степень недостаточности анального жома
- 5) временное недержание газов

Правильный ответ: 4

2. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА I СТЕПЕНИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) сфинктеропластики
- 2) сфинктеролеваторопластики
- 3) лечебной физкультуры
- 4) электростимуляции и медикаментозной стимуляции
- 5) оперативного лечения

Правильный ответ: 4

3. ИССЕЧЕНИЕ СВИЦА С УШИВАНИЕМ И НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЦАХ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО

- 1) при I степени сложности свища
- 2) при II степени сложности свища
- 3) при III степени сложности свища
- 4) при IV степени сложности свища
- 5) при подковообразном свище

Правильный ответ: 3

4. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОПЕРАЦИИ ИССЕЧЕНИЯ СВИЦА С УШИВАНИЕМ И НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ПЕРЕД ЛИГАТУРНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие повреждения анального сфинктера
- 2) большая радикальность
- 3) меньший процент нагноений
- 4) меньшая травматичность операции
- 5) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре

Правильный ответ: 1

5. ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (ОСОБЕННО ЕГО ВНУТРИСТЕНОЧНОЙ ЧАСТИ И ВНУТРЕННЕГО ОТВЕРСТИЯ) МОГУТ БЫТЬ ДОПУЩЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОШИБКИ

- 1) иссечена пристеночная часть сфинктера, сформирован широкий дефект
- 2) не выделен свищевой ход
- 3) не удалено внутреннее отверстие
- 4) все перечисленное
- 5) оставлена не вскрытой параректальная часть

Правильный ответ: 4

6. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОШИБКОЙ ПРИ НИЗВЕДЕНИИ СЛИЗИСТОЙ

- 1) перфорация слизистой ниже внутреннего отверстия свища
- 2) перфорация слизистой выше внутреннего отверстия
- 3) выделение слизистой с внутренним сфинктером
- 4) недостаточность мобилизации слизистой
- 5) излишняя мобилизация слизистой

Правильный ответ: 5

7. РЕТРАКЦИЯ НИЗВЕДЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ

- 1) при низведении рубцово-измененной слизистой
- 2) при значительном натяжении
- 3) при перфорации слизистой выше внутреннего отверстия с последующим воспалительным процессом
- 4) при раннем самостоятельном акте дефекации
- 5) при пересечении сфинктера

Правильный ответ: 2

8. ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПО ПОВОДУ СВИЩА ЗАДНЯЯ ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ПОКАЗАНА В СЛУЧАЕ

- 1) иссечения свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- 2) иссечение свища в просвет кишки
- 3) иссечение свища с низведением слизистой
- 4) иссечение свища с проведением и затягиванием лигатуры
- 5) иссечение свища с наложением первичных швов

Правильный ответ: 1

9. РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ СВИЩА С НИЗВЕДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ НЕ МОГУТ БЫТЬ СВЯЗАНЫ СО СЛЕДУЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) ретракции слизистой
- 2) несостоятельности швов, наложенных на стенку кишки
- 3) нагноения
- 4) наличия свободной части низведенного участка слизистой
- 5) прорезывании швов на стенке кишки

Правильный ответ: 4

10. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА И СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) лечения частых простудных заболеваний
- 2) радикального лечения парапроктита в острой стадии
- 3) лечения циститов
- 4) лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- 5) простого вскрытия парапроктита

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились первые боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38 гр. При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?
3. Какое обезболивание следует применить?
4. Какое исследование, учитывая диагноз, обязательно следует провести?
5. Какое осложнение может быть после неполного иссечения свища?

Ответы к задаче №1

1. Острый подкожный парапроктит.
2. Необходимо оперативное лечение.
3. Под общим обезболиванием.
4. Необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, исследование зондом, исследование с красителем, фистулографию.
5. Рецидив свища и недостаточность анального сфинктера

Задача №2

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-40 гр. В периферической крови лейкоцитоз до $18 \cdot 10^9$ со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высоко край инфильтрата.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?
3. Метод обезболивания?
4. Какой вид оперативного вмешательства можно применить?
5. Основной хирургический принцип в лечении данного заболевания?

Ответы к задаче №2

1. У больного острый пельвиоректальный парапроктит.
2. Необходимо оперативное лечение.
3. Под общим обезболиванием.
4. Иссечение свища с дозированной трансанальной сфинктеротомией.
5. Широкое вскрытие абсцесса или иссечение свища и ликвидация внутреннего отверстия свища.

Задача №3

В поликлинике на приеме у хирурга больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 38-39 гр., резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Кто должен осмотреть и лечить больного?
3. Где должен лечиться пациент?
4. Какое лечение необходимо провести больному?
5. Вид оперативного пособия?

Ответы к задаче №3

1. У больного острый парапроктит.
2. Обязательно врач – проктолог.
3. Срочная госпитализация в хирургический стационар
4. Необходимо оперативное лечение под общим обезболиванием.
5. Рассечь или иссечь в просвет прямой кишки через внутреннее отверстие свища.

Задача №4

Больная 34 лет многократно оперирована по поводу хронического парапроктита, но без эффекта. Направлена хирургом в специализированное отделение по поводу очередного рецидива заболевания. При осмотре на промежности рубцовые изменения от ранее перенесенных операций, имеется свищ в перианальной области с крошкообразным замазкообразным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки над анальным каналом пальпируется на задней стенке округлое образование тугоэластической консистенции, диаметром около 4 см.

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больной?
2. Какие методы обследования необходимо применить для установления правильного диагноза?
3. Как дифференцировать раковое поражение?
4. Какое лечение необходимо провести больной?
5. Какое лечение применяется при парапроктите в стадии инфильтрации?

Ответы к задаче № 4

1. У больной параректальная тератоидная киста.
2. Из специальных методов обследования необходимо провести зондирование свищевого хода, пробу с метиленовым синим, фистулографию, проктографию, ректороманоскопию, УЗИ, КТ.
3. Необходимо применить пункционную цистографию с биопсией и последующим гистоисследованием.

4. Показано оперативное лечение кисты из промежностного доступа.
5. Возможна консервативная терапия (местно тепловые процедуры, свечи с антибиотиками и обезболивающими).

Задача №5

Врач проктолог обследует пациента с хроническим парапроктитом.

1. Что должен определить доктор по отношению свища прямой кишки к сфинктеру?
2. Какой свищ называется полным?
3. Что лежит в основе обследования подобных больных?
4. Как можно определить ход свища?
5. Что подразумевается под операцией Габриэля?

Ответы к задаче №5

1. Расположение свища: интрасфинктерное, трансфинктерное и экстрасфинктерное.
2. При наличии внутреннего и наружного свищевых отверстий.
3. Диагностика должна быть направлена на выявление внутреннего отверстия свища и расположение свищевого хода по отношению к сфинктеру. Отсюда выбор операции.
4. Применить красители (метилен), фистулография.
5. Иссечение свища в просвет прямой кишки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме

- Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
- Собирать жалобы и анамнез
- Проводить физикальное обследование больного с хроническим парапроктитом.
 - Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - Составить план лабораторного и инструментального обследования.
 - Сформулировать развернутый клинический диагноз.
 - Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

1. Тема: «Эпителиально-копчиковый ход».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

1. Анатомо – физиологические сведения о прямой кишке.
2. Понятие эпителиально-копчикового хода, классификация.
3. Причины эпителиально-копчикового хода.
4. Методы диагностики.
5. Клинические проявления.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Методы хирургического лечения.
8. Показания к операции, вид обезболивания.

Цели обучения:

- - общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1,ОК-2,ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК):ПК-1,ПК-2,ПК-3.ПК-4,ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– _ выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– _ выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования

в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НАЛИЧИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гнойные свищи крестцово-копчиковой области

2) рецидивирующее воспаление в области крестца

- 3) обильный волосяной покров у пациента
 - 4) болезненность при пальпации копчика
 - 5) первичные отверстия копчикового хода в межъягодичной складке
- Правильный ответ: 5

2. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

- 1) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
 - 2) сообщается с просветом прямой кишки
 - 3) интимно спаян с крестцом
 - 4) интимно спаян с копчиком
 - 5) оканчивается слепо в подкожной клетчатке межъягодичной области
- Правильный ответ: 5

3. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА АБСЦЕСС РАСПОЛАГАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

- 1) в пресакральном пространстве
- 2) в ишиоректальном клетчаточном пространстве
- 3) воспаление локализуется всегда только в самом ходе
- 4) под кожей крестцово-копчиковой области
- 5) в перианальной области

Правильный ответ: 4

4. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) развитие кокцигодинии
- 2) озлокачествление хода
- 3) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
- 4) остеомиелит копчика
- 5) свищи прямой кишки

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) появляются боли
- 2) повышается температура тела
- 3) воспаление в копчиковом ходе, как правило, проходит незаметно для больного
- 4) в области межъягодичной складки появляется болезненный инфильтрат
- 5) из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения

Правильный ответ: 3

6. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ХОДА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) общее состояние больного страдает мало
- 2) гнойное отделяемое из отверстий хода скудное
- 3) отек и гиперемия кожи в области крестца могут отсутствовать

- 4) всегда есть вторичные свищи
- 5) в клетчатке вокруг хода могут быть рубцы

Правильный ответ: 4

7. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) рентгенографию крестца и копчика
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) ректороманоскопию сразу после пальцевого исследования
- 4) абсцессографию
- 5) никаких исследований не предпринимать до ликвидации воспаления

Правильный ответ: 2

8. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ВСЕМ БОЛЬНЫМ НУЖНО СДЕЛАТЬ ДО ОПЕРАЦИИ

- 1) только пальцевое исследование прямой кишки
- 2) фистулографию
- 3) рентгенографию крестца и копчика
- 4) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
- 5) проктографию

Правильный ответ: 4

9. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ

- 1) под местной инфильтрационной анестезией
- 2) под масочным наркозом
- 3) под внутривенным наркозом
- 4) под сакральной анестезией
- 5) вид обезболивания не имеет значения

Правильный ответ: 3

10. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО

- 1) не ушивать рану
- 2) ушить рану наглухо швами по Донати
- 3) послойно ушить рану наглухо
- 4) применить перфорированный дренаж, проточное промывание при глухом шве кожи
- 5) подшить края раны ко дну

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры тела до 38 гр. Больна в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность. Здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

1. Ваш диагноз?
2. С каким осложнением?
3. Какое лечение показано больной?
4. Какой вид обезболивания можно применить?
5. Если в ближайшем послеоперационном периоде отмечается отек швов, лихорадка до 38,5*С. Что необходимо сделать?

Ответ к задаче №1

1. У больной эпителиальный копчиковый ход.
2. Осложненный образованием подкожного абсцесса.
3. Показано оперативное лечение, которое заключается во вскрытии и дренировании нагноившегося эпителиального копчикового хода.
4. Внутривенное обезболивание или местная инфильтрационная анестезия.
5. Снять несколько швов, при ревизии раны установить распространенность воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы

Задача №2

У больной 23 лет в течение 5 лет периодически появляется припухлость в области копчика, болезненность, повышение температуры до 38гр., слизисто-гнойные выделения. Последнее обострение 3 месяца назад. При осмотре в области межъягодичной складки видны три воронкообразных втяжения кожи диаметром до 3 мм. Из одного из них торчит пучок волос.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо применить?
3. Какое лечение показано больному?
4. Какая особенность оперативного пособия применяется при иссечении хода?
5. Как происходит заживление?

Ответ к задаче №2

1. Эпителиальный копчиковый ход в периоде ремиссии.
2. Из специальных методов обследования необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, рентгенографию костей крестца и копчика.
3. Показано плановое оперативное лечение – иссечение кисты.
4. В одно из нижних первичных отверстий вводят желобоватый зонд, который продвигают вверх, затем рассекают на нем стенку хода. Из

раскрытого основного хода разыскивают отверстия затеков, вторичных ходов, которые рассекают на введенном зонде. Экономно иссекают весь ход и его свищи.

5. Вторичным натяжением

Задача №3.

У подростка 14 лет мать случайно обнаружила воронкообразные втяжения кожи в области копчика, из одного из которых торчит пучок волос. Никаких жалоб ребенок не предъявляет, чувствует себя здоровым.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?
2. Какова лечебная тактика в данном случае?
3. Какая клиническая картина характерна для эпителиально-копчикового хода?
4. Как должен укладываться больной для выполнения радикальной операции?
5. Как объяснить воронкообразные втяжения кожи в области копчика?

Ответ к задаче №3

1. Необходимо заподозрить эпителиальный копчиковый ход.
2. Лечебная тактика состоит в наблюдении за подростком. Оперативное лечение целесообразно лишь при появлении клинических проявлений заболевания.
3. Чередование периодов обострения с ремиссией, которая может длиться неделями, месяцами, и даже годами характерно для эпителиального копчикового хода.
4. Положение больного по Депажу - на животе с приподнятым тазом и опущенными разведенными вытянутыми ногами.
5. Образование эпителиального копчикового хода, вследствие неполной редукции хвоста у эмбриона человека. Из-за этого остается каудальная связка, которая фиксирует участок кожи над верхушкой копчика, в результате чего формируется кожная воронка и эпителиальный копчиковый ход.

Задача №4.

На приеме у проктолога пациентка, 22 года, с жалобами на ноющие боли в области копчика, повышение температуры до 38°C. При осмотре имеется опухолевидное образование в области межъягодичной складки. Здесь же имеются воронкообразные втяжения кожи и гнойные выделения из этих втяжений.

1. Ваш диагноз?
2. В чем отличие данного заболевания от фурункула или карбункула?
3. Какое лечение необходимо предложить больной?
4. В чем заключается радикальная операция?

5. Возможна ли эта операция нашей пациентки?

Ответы к задаче №4

1. Эпителиально-копчиковый ход
2. Фурункул или карбункул характеризуются четко ограниченным очагом воспаления, который выступает над кожей, в центре имеется один или несколько гнойных стержней.
3. Вскрытие и дренирование гнойника подкожной клетчатки.
4. Иссечение хода со всеми вторичными свищевыми ходами и отверстиями.
5. После стихания раневого процесса, спустя 1-2 месяца.

Задача №5

К проктологу обратился больной 27 лет по поводу умеренных болей в области копчика. Ранее периодически отмечал подобные боли и, иногда подъем температуры до 38*С. Кроме того, обращал внимание на периодически подмокающее нижнее белье. За помощью не обращался. Принимал ванны с чистотелом. За последний месяц подобные приступы случились трижды. При осмотре в области межъягодичной складки имеются втяжения кожи, из которых при надавливании, поступает серозное отделяемое. Определяется умеренное уплотнение тканей.

1. Ваш диагноз?
2. Как исключить остеомиелит костей таза?
3. Какое лечение можно предложить пациенту?
4. Как предполагается завершить операцию?
5. Трудоспособность?

Ответы к задаче №5

1. Эпителиально-копчиковый ход.
2. Рентгенографию костей таза в двух проекциях, для исключения деструкции костной ткани.
3. Радикальную операцию с иссечением хода со всеми вторичными ходами и отверстиями.
4. Зашить раны наглухо адаптационными швами Донати
5. Временно утрачена. Б/л до 1 месяца.
- 6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**
 - Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
 - Собирать жалобы и анамнез
 - Проводить физикальное обследование больного с эпителиально-копчиковым ходом.
 - Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - Составить план лабораторного и инструментального обследования.

- Сформулировать развернутый клинический диагноз.
- Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

1. Тема: «Полипы и полипоз толстой кишки. Доброкачественные опухоли толстой кишки».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям..

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- Анатомо – физиологические сведения о толстой кишке.
- Причины возникновения полипов, полипозов, доброкачественных опухолей.
- Методы диагностики.
- Клинические проявления.
- Дифференциальная диагностика.
- Методы хирургического лечения.
- Показания к операции, вид обезболивания.
- Подготовка больных к операции, послеоперационное ведение.
- Диспансеризация и реабилитация больных
- Профилактика полипов , полипозов.

Цели обучения:

- - общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1,ОК-2,ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК):ПК-1,ПК-2,ПК-3.ПК-4,ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– _ выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– _ выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ

- 1) рентгеноконтрастное исследование per os
- 2) ирригоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) анализ кала на скрытую кровь
- 5) пневмоколоноскопия

Правильный ответ: 3

2. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) ювенильные полипы
- 2) одиночный полип
- 3) региональный энтерит
- 4) терминальный илеит
- 5) диффузный семейный полипоз

Правильный ответ: 5

3. ОПРЕДЕЛИТЕ СИМПТОМАТИКУ ДИФFUЗНОГО ПОЛИПОЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- а) боли без четкой локализации
- б) поносы с примесью крови и слизи
- в) нарастающие запоры
- г) анемия

Выберите правильную комбинацию ответов:

1 – а,г; 2 – в,г; 3 – б,в,г; 4 – а,б,г; 5 – а,б,в,г.

Правильный ответ: 4

4. КАКИЕ ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ИМЕЮТ МЕНЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МАЛИГНИЗАЦИИ

- 1) гиперпластические
- 2) ворсинчатые
- 3) аденоматозные
- 4) множественные аденоматозные
- 5) ювенильные

Правильный ответ: 1

5. ПРИ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ВОЗМОЖНО

- 1) анемия
- 2) кровотечение и перфорация
- 3) непроходимость
- 4) интоксикация
- 5) недостаточность анального сфинктера

Правильный ответ: 2

6. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лучевая терапия
- 2) клизмы с соком чистотела
- 3) клизмы с ромашкой
- 4) диета
- 5) электроэксцизия полипов

Правильный ответ: 5

7. ОБЯЗАТЕЛЬНО СЛЕДУЕТ УДАЛЯТЬ ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ

- 1) до 0,5 см
- 2) от 0,5 и более см
- 3) более 2 см
- 4) более 5 см
- 5) любых размеров

Правильный ответ: 5

8. ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ПОЛИПОВ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР

- 1) 2 раза в год
- 2) 1 раз в год
- 3) еженедельно
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 1 раз в два года

Правильный ответ: 1

9. ДЛЯ МНОЖЕСТВА ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) анемия
- 2) запоры
- 3) боли в животе
- 4) бессимптомное течение
- 5) поносы

Правильный ответ: 1

10. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ

- 1) ювенильные полипы
- 2) одиночный полип
- 3) региональный энтерит
- 4) терминальный илеит
- 5) диффузный семейный полипоз

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача № 1

При колоноскопии у больного 60 лет удален полип сигмовидной кишки, располагающийся на 40 см от анального отверстия. При

гистологическом исследовании в области верхушки полипа обнаружен инвазивный рак, но в основании злокачественных клеток не найдено.

1. Какая стадия рака?
2. У кого должен наблюдаться больной?
3. Какова дальнейшая тактика для данного больного в первый год?
4. как часто необходимо наблюдаться у специалиста на второй год и в последующем?
5. Что может быть показанием к оперативному вмешательству?

Ответ к задаче № 1

1. 1 стадия.
2. У врача онколога.
3. Показаны повторные колоноскопические исследования ежемесячно.
4. На 2 год – через 3 месяца, а дальше раз в 6 месяцев.
5. Появление рецидива малигнизации.

Задача № 2

У больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью I степени, при фиброколоноскопии обнаружены множественные полипы (около 30) левой половины ободочной кишки, размерами от 0.3x0.3 до 0.8x1.0 см. Из одного полипа наблюдается кровотечение.

1. Как лучше остановить кровотечение?
2. О каком заболевании следует думать у данного больного.
3. В каком лечении нуждается больной?
4. Какие полипы наиболее часто могут малигнизировать?

Ответы к задаче № 2

1. Провести электрокоагуляцию кровоточащего полипа.
2. О полипозе левой половины толстой кишки.
3. В левосторонней гемиколэктомии.
4. Ворсинчатые полипы.

Задача № 3

Больного 70 лет в течении последних 3 месяцев беспокоят нарастающие запоры. В последние недели стула нет по 3-4 дня. Пользуется слабительными. Около недели назад был эпизод кровотечения из прямой кишки - выделилось около 200 мл неизменной крови. При осмотре состояние удовлетворительное. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. При перкуссии - высокий тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Дополнительные методы исследования?

4. Какое исследование позволит окончательно утвердиться в диагнозе?

Ответы к задаче № 3

1. Прежде всего следует думать об опухоли толстого кишечника.
2. Дифференциальную диагностику следует проводить с полипозом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, дивертикулезом.
3. Пальцевое обследование прямой кишки, RRS, ирригоскопия, колоноскопия.
4. Обязательная биопсия с последующей гистологической верификацией «подозрительных» участков.

Задача № 4

После обследования у проктолога больному выставлен диагноз – Синдром Гарднера.

1. К каким заболеваниям следует отнести данный синдром?
2. В чем особенность клинической картины заболевания?
3. Какое лечение следует предложить?
4. Что необходимо учитывать перед операцией?

Ответы к задаче № 4

1. Синдром Гарднера – разновидность семейного полипоза. Он наследуется по аутосомному доминантному типу с различной частотой проявления заболевания.

2. Характеризуется полипозом ободочной и прямой кишок. При этом полипы нередко встречаются в тонкой кишке и желудке. Кроме того, при синдроме Гарднера полипозу сопутствуют: остеомы (обычно нижней челюсти и костей черепа), кисты, опухоли мягких тканей, дисмоидные опухоли брюшной стенки и брыжейки кишки, аномалия зубов, периапулярный рак, рак щитовидной железы.

3. Операция – субтотальная резекция толстой кишки.
4. Необходимы постоянные наблюдения и обследования верхних отделов ЖКТ и лечение внекишечных проявлений заболевания.

Задача № 5

На приеме у проктолога пациент 19 лет с жалобами частый жидкий стул, выделения крови через прямую кишку. Данное состояние отмечает с 9 лет. За последнее время выделения крови через прямую кишку участились, более того, кровь стала выделяться вне акта дефекации. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, изменения ногтей в виде часовых стекол, пальцев рук и ног в форме барабанных палочек.

1. Ваш диагноз
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какая форма заболевания у данного больного?
4. Какое лечение следует предложить?

5. Как можно способствовать защите анастомоза кишки?

Ответы к задаче № 5

1. Диффузный полипоз

2. Уточнить семейный анамнез – не исключено, что и у родителей есть жалобы на обильные кровотечения. Из специальных методов исследования применяют пальцевое ректальное исследование, RRS, фиброколоноскопию, рентгенконтрастное исследование толстой кишки.

3. Пролиферирующая форма, которая отличается медленным прогрессирующим, «мягким» вначале, но затем все более тяжелым течением, в то время как ювенильной форме присуща скоротечность.

4. Методом выбора при лечении диффузного полипоза толстой кишки является субтотальная колэктомия.

5. Применение полупроницаемой мембраны с антибиотиками в области анастомоза

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
- Собирать жалобы и анамнез
- Проводить физикальное обследование больного с полипом и полипозом.
 - Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - Составить план лабораторного и инструментального обследования.
 - Сформулировать развернутый клинический диагноз.
 - Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

1. Тема: «Колостомы, илеостомы. Реабилитация колостомических больных».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- Понятие о колостомах и илеостомах, классификация.
- Показания для стомирования.
- Техника наложения стом.
- Подготовка больных к операции, послеоперационное ведение.
- Диспансеризация и реабилитация больных.

Цели обучения:

- - общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1,ОК-2,ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК):ПК-1,ПК-2,ПК-3.ПК-4,ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– _ выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– _ выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования

в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. КАКОЙ СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОСТОМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ПОЖИЗНЕННОЙ СИГМОСТОМЫ?

1) наложение подвесной плоской сигмостомы;

2) наложение хоботковой сигмостомы ;

- 3) наложение «раздельной» сигмостомы;
- 4) наложение забрюшинной сигмостомы;
- 5) наложение подвесной двухствольной сигмостомы со шпорой.

Правильный ответ: 4

2. КАК НАЗЫВАЕТСЯ КОЛОСТОМА, НАЛОЖЕННАЯ НА ВОСХОДЯЩИЙ ОТДЕЛ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ?

- 1) цекостома;
- 2) трансверзостома;
- 3) десцендостома;
- 4) асцендостома;
- 5) сигмостома.

Правильный ответ: 4

3. В КАКОМ СЛУЧАЕ ВОЗМОЖНО ИЗБЕЖАТЬ НАЛОЖЕНИЯ КОЛОСТОМЫ?

- 1) огнестрельное ранение толстой кишки;
- 2) толстокишечная непроходимость при неудаляемой опухоли;
- 3) ятрогенная перфорация стенки толстой кишки при фиброколоноскопии;
- 4) перфорация дивертикула;
- 5) несостоятельность толстокишечного анастомоза.

Правильный ответ: 3

4. ЭВАГИНАЦИЯ КОЛОСТОМЫ ЭТО:

- 1) выпадение приводящего участка толстой кишки через колостому;
- 2) втяжение окружающей колостому кожи в брюшную полость при ретракции стомы;
- 3) отслоение слизистой оболочки от мышечной стенки толстой кишки на протяжении колостомического канала;
- 4) сужение устья колостомы за счет рубцового процесса;
- 5) развитие дерматита окружающей колостому кожи.

Правильный ответ: 1

5. ЧТО ТАКОЕ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКАЯ ГРЫЖА?

- 1) симметричные грыжевые выпячивания с обеих сторон колостомы;
- 2) грыжевое выпячивание, воротами которого является колостомическое отверстие в брюшной стенке.
- 3) любая грыжа сформировавшаяся после наложения колостомы;
- 4) выпадение приводящего отдела толстой кишки через колостому;
- 5) выпадение петель тонкой кишки в калоприемник.

Правильный ответ 2

6. ЧТО ТАКОЕ ДВУХКОМПОНЕНТНЫЙ КАЛОПРИЕМНИК?

- 1) калоприемник, имеющий два отдела для разделение каловых масс и кишечных газов;
- 2) калоприемник, у которого передняя и задняя стенки состоят из различных материалов;

3) калоприемник, в стенке которого есть устройство для отведения кишечных газов;

4) калоприемник, снабженный специальным зажимом для возможности его опорожнения;

5) калоприемник, состоящий из отдельной клеящейся пластины и сменных мешков.

Правильный ответ: 5

7. ЧТО ТАКОЕ ЗАБРЮШИННАЯ КОЛОСТОМА?

1) выведение ретроперитонеального отдела толстой кишки со стороны поясницы;

2) сигмостома, при этом кишка выводится на переднюю брюшную стенку через канал в предбрюшинной клетчатке;

3) обычная плоская колостома;

4) колостома, при наложении которой, выполняют дренирование забрюшинного пространства через колостомическое отверстие;

5) колостома, осложненная перфорацией стенки кишки с инфицированием забрюшинного пространства.

Правильный ответ: 2

8. КАКОЙ ВАРИАНТ КОЛОСТОМИИ БУДЕТ ПРАВИЛЬНЫМ ПРИ НЕУДАЛИМОЙ ОПУХОЛИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ?

1) отключение прямой кишки по типу операции Гартмана с наложением плоской одноствольной сигмостомы;

2) верхнесрединная лапаротомия, наложение подвешной двуствольной трансверзостомы;

3) наложение двуствольной сигмостомы с формированием «шпоры»;

4) наложение цекостомы;

5) наложение колостомы противопоказано.

Правильный ответ: 3

9. КАКОЕ РАННЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КОЛОСТОМЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ САМЫМ ОПАСНЫМ?

1) кровотечение из терминального фрагмента колостомы;

2) ранняя рубцовая стриктура колостомы;

3) ретракция колостомы;

4) параколостомический эрозивно-язвенный дерматит;

5) некроз колостомы.

Правильный ответ: 5

10. В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРИ НАЛОЖЕНИИ КОЛОСТОМЫ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ ФИКСИРОВАТЬ СТЕНКУ КИШКИ К АПОНЕВРОЗУ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ?

1) при наложении «хоботковой» колостомы;

2) при наложении забрюшинной колостомы;

3) при наложении двуствольной колостомы со «шпорой»;

- 4) при операции Гартмана;
- 5) при операции Микулича.

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1.

У больного в раннем послеоперационном периоде при осмотре сигмостомы визуально определяется слизистая грязно-серого цвета, частичная несостоятельность (прорезывание) кожно-кишечных швов, подтекание из колостомического канала мутного отделяемого со зловонным запахом, гиперемия окружающей кожи.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Какие наиболее вероятные причины этого осложнения?
3. Чем угрожает больному это осложнение?
4. Какую дальнейшую лечебную тактику Вы выберете?
5. Что нужно предпринять для предупреждения развития такого осложнения?

Ответы к задаче №1:

1. У больного развился некроз колостомы.
2. Наиболее вероятной причиной этого осложнения является нарушение кровоснабжения фрагмента кишки, выведенного на переднюю брюшную стенку.
3. В дальнейшем колостома может «провалиться» в свободную брюшную полость с развитием перитонита.
4. Больному показана релапаротомия, ревизия брюшной полости, при необходимости санация и дренирование брюшной полости, реконструкция колостомы.
5. Для предупреждения такого осложнения следует контролировать: отсутствие натяжения кишки при выведении ее на переднюю брюшную стенку; пульсацию сосудов брыжейки выводимого в виде колостомы участка толстой кишки; соответствие диаметра канала в передней брюшной стенке для наложения колостомы диаметру кишки; не допускать перекрута кишки в колостомическом канале; при фиксации стенки кишки к апоневрозу не допускать сдавления брыжеечных сосудов.

Задача №2.

У больного, оперируемого по поводу рака прямой кишки, интраоперационно диагностирована местно неудалимая опухоль.

1. Какой объем оперативного вмешательства показан больному?
2. Почему такой вариант будет наиболее предпочтительным?
3. Что важно выполнить при формировании колостомы в этом случае?
4. Является ли сопутствующая дивертикулярная болезнь левой половины ободочной кишки противопоказанием для наложения сигмостомы?

5. На какие сутки следует удалять фиксирующий стержень, проведенный через окно в брыжейке сигмовидной кишки?

Ответы к задаче №2:

1. Наложение двуствольной сигмостомы.
2. Такой вариант обусловлен необходимостью создания условий для ретроградного оттока внутрикишечного содержимого из проксимального фрагмента сигмовидной и прямой кишки, обтурированного опухолью.
3. Важно создать «шпору» для предупреждения забрасывания калового содержимого в проксимальный фрагмент сигмовидной кишки.
4. Нет, не является.
5. На 7-10 сутки.

Задача № 3.

Больной обратился с жалобами на вздутие живота, ощущение тяжести в животе. Из анамнеза известно, что 5 месяцев назад, больному выполнена операция Гартмана по поводу рака прямой кишки.

1. Какие послеоперационные осложнения следует исключить у больного?
2. Какое ранее послеоперационное осложнение чаще всего приводит к формированию стриктуры колостомы?
3. Какая техническая ошибка при наложении колостомы может привести к нарушению пассажа по толстой кишки?
4. Какая консервативная лечебная тактика показана больному при выявлении осложнения со стороны колостомы?
5. Какой объем хирургического вмешательства показан при неэффективности консервативной терапии?

Ответы к задаче №3:

1. Спаечная кишечная непроходимость; генерализация опухолевого процесса, канцероматоз брюшной полости; рубцовая стриктура колостомы.
2. Краевой некроз колостомы.
3. Малый объем резекции сигмовидной кишки с формированием «нисходящего колена» с перегибом перед сигмостомой.
4. Консервативная тактика – бужирование колостомы.
5. Оперативное вмешательство – реконструкция колостомы.

Задача №4.

Больной доставлен машиной скорой помощи с жалобами на резкое увеличение объема колостомы. При осмотре визуально определяется цилиндр выпавшей кишки, отечный, гиперемированный, ярко красного цвета.

1. Какое осложнение колостомы развилось у больного?

2. Какими консервативными мероприятиями можно попытаться устранить это осложнение?

3. В случае успешной попытки консервативного устранения осложнения, какова дальнейшая лечебная тактика в отношении этого больного?

4. Какая тактика в отношении больного показана при неэффективности консервативных мероприятий?

5. Какие объемы оперативного вмешательства возможны?

Ответы к задаче №4:

1. Эвагинация колостомы.

2. Холодное влажное обертывание выпавшей кишки, попытка ненасильственного вправления в брюшную полость.

3. Динамическое наблюдение в течение 3 суток, ношение бандажа, при повторных эвагинациях – оперативное лечение.

4. Оперативное лечение по срочным показаниям.

5. Внебрюшинная резекция выпавшего цилиндра с реконструкцией колостомы; лапаротомия, ревизия брюшной полости, резекция или фиксация гипермобильного фрагмента толстой кишки, реконструкция колостомы.

Задача №5.

Больной доставлен машиной скорой помощи с клиникой декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости. При обследовании установлен диагноз рак сигмовидной кишки, декомпенсированная обтурационная толстокишечная непроходимость.

1. Какой объем оперативного лечения возможен при крайне тяжелом состоянии больного и высоком анестезиологическом риске.

2. Какова дальнейшая тактика в отношении этого больного?

3. Какой объем оперативного вмешательства следует выполнить, если состояние больного средней степени тяжести, анестезиологический риск умеренный?

4. Какова дальнейшая тактика в отношении этого больного?

5. Какая лечебная тактика показана в случае консервативного разрешения толстокишечной непроходимости?

Ответы к задаче №5:

1. Верхнесрединная лапаротомия, наложение разгрузочной двухствольной трансверзостомы.

2. После устранения клиники кишечной непроходимости, стабилизации состояния больного, через 5-10 дней повторное вмешательство для радикального хирургического лечения.

3. Широкая лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с наложением плоской десцендостомы.

4. Через 6-12 месяцев возможно оперативное лечение – закрытие колостомы, наложение колоректального анастомоза.

5. Плановая радикальная операция с возможным наложением колоректального анастомоза.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
- Собирать жалобы и анамнез
- Проводить физикальное обследование больного со стомой.
- Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
- Составить план лабораторного и инструментального обследования.
- Сформулировать развернутый клинический диагноз.
- Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

1. Тема: «Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:

- Классификация восстановительных и реконструктивных операций.
- Методы хирургического лечения стомированных больных.
- Показания к операции, вид обезболивания.
- Виды операций
- Подготовка больных к операции, послеоперационное ведение.
- Диспансеризация и реабилитация больных.

Цели обучения:

- общая (обучающийся должен обладать общекультурными компетенциями (ОК): ОК-1, ОК-2, ОК-4 и профессиональными компетенциями (ПК): ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-7

- учебная:

обучающийся должен знать:

– организационную структуру хирургической службы

должен уметь:

– выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний

– выполнять основные лечебные мероприятия при хирургических заболеваниях среди пациентов той или иной группы нозологических форм, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход

– назначать хирургическим больным адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии как профильным хирургическим больным, так и больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению беременности, приему родов

– применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма

должен владеть:

- системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

- постановкой диагноза на основании диагностического исследования

в области хирургии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА

- 1) с избыточной дивульсией сфинктера
- 2) с избыточно глубоким иссечением узлов
- 3) с тампонадой прямой кишки
- 4) с избыточным иссечением слизистой
- 5) правильного ответа нет

Правильный ответ 1

2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ВОЗНИКАЕТ

- 1) при повреждении анального сфинктера в родах
- 2) при повреждении спинного мозга и проводящих путей
- 3) при бытовой травме области промежности
- 4) при нарушении анатомической целостности запирающего аппарата прямой кишки
- 5) при повреждении анального сфинктера во время операции

Правильный ответ 2

3. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДДАЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУТЕМ

- 1) сфинктеропластики
- 2) сфинктероглютеопластики
- 3) сфинктеролеваторопластики
- 4) глютеопластики
- 5) не поддается хирургическому лечению

Правильный ответ 5

4. ПОСЛЕРОДОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА

- 1) с повреждением стенки влагалища
- 2) с повреждением анального сфинктера
- 3) с повреждением леватора
- 4) с повреждением ягодичных мышц
- 5) со всем перечисленным

Правильный ответ 2

5. ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЕ МЫШЕЧНЫХ СТРУКТУР ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ

- 1) по передней полуокружности
- 2) по задней полуокружности
- 3) боковой поверхности
- 4) по всей окружности
- 5) в любом месте

Правильный ответ 5

6. К ЧИСЛУ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) колопроктэктомия
- 2) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 3) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илео - и сигмостомы

- 4) левосторонняя гемиколэктомия
- 5) брюшно-анальная резекция прямой кишки

Правильный ответ 1

7. ОСНОВНЫМИ ВИДАМИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) закрытие двуствольной илеостомы после операции отключения
- 2) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- 3) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- 4) илеоректальный и илеосигмоидный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением

- 5) илеотрансверзостомоз

Правильный ответ 4

8. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- 1) в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену их сразу же после операции
- 2) гормональные препараты отменять постепенно в течение нескольких дней
- 3) гормональные препараты продолжать
- 4) дозу гормональных препаратов увеличить

Правильный ответ 2

9. ПРИ НАЛИЧИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ИЛЕОСТОМЫ (ОТШНУРОВКА НАРУЖНОГО ЦИЛИНДРА ЕЕ, СВИЩИ ОСНОВАНИЯ ИЛЕОСТОМЫ, ПАРАИЛЕОСТОМАЛЬНАЯ ГРЫЖА, ИНВАГИНАЦИЯ/ЭВАГИНАЦИЯ СТОМЫ) ПОКАЗАНО

- 1) повторная фиксация наружного цилиндра
- 2) ушивание свищей илеостомы и обтурация их
- 3) вправление илеостомы
- 4) обучение больного пользованием калоприемником
- 5) реконструкция илеостомы

Правильный ответ 5

10. ВАЖНЕЙШЕЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) с первого дня после операции стимуляция моторики желудочно-кишечного тракта для ускорения функции илеостомы
- 2) стимуляция моторики кишки при отсутствии ее функции в течение 1-2 суток

3) стимуляция моторики кишки при отсутствии отделяемого по илеостоме в течение 3-4 суток, а потом при необходимости стимулировать моторику кишечника

4) исключить питание больного до появления функции илеостомы

5) активизировать больного в постели и поднимать его на ноги со 2-го дня после операции

Правильный ответ 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на отсутствие самостоятельного стула и отхождение газов в течение недели (только с клизмой с небольшим эффектом), сильные боли в животе. Заболел три месяца назад, когда появились периодические схваткообразные боли в животе, вздутия, плохое отхождение газов и кала; резко похудел. За медицинской помощью не обращался. За 12 часов до поступления боли в животе резко усилились, стали носить постоянный характер, появилась рвота. Врачебной бригадой скорой помощи госпитализирован в клинику. При осмотре состояние больного тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, тахикардия, в проекции сигмовидной кишки пальпируется болезненное опухолевидное образование размерами 5 на 7 см.

4. О каком заболевании можно думать у данного больного?

5. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

6. Какое лечение необходимо провести больному?

7. С какого дня можно самостоятельно принимать пищу больному?

8. Трудоспособность после операции?

Ответ к задаче № 1

1. Острая обтурационная непроходимость толстого кишечника. Обтурация вызвана опухолью сигмовидной кишки.

2. Обзорная рентгенография брюшной полости. УЗИ сигмы.

3. Операция Гартмана с созданием колостомы.

4. Необходимо исключить питание до функционирования колостомы.

5. Стойкая утрата трудоспособности. Инвалидность II группы.

Задача №2

Больной 26 лет доставлен в клинику через 40 минут после получения огнестрельных пулевых ранений грудной клетки и живота из пистолета. Состояние больного тяжелое, шок. Имеется касательное пулевое ранение грудной клетки с повреждением ребра и пневмотораксом, а также сквозное пулевое проникающее ранение брюшной полости. Произведена первичная

хирургическая обработка ран, дренирование плевральной полости двумя дренажами с помощью банок Боброва, срединная лапаротомия. Выявлено повреждение прямой кишки - дефект передней стенки в верхне ампулярном отделе диаметром около 1,5см, забрюшинная непульсирующая гематома, краевое раздробление костей таза.

1. Укажите порядок оказания помощи больному?
2. Какую операцию необходимо провести больному на органах брюшной полости?
3. Как поступить с забрюшинной гематомой?
4. Ваши действия по поводу раздробления костей таза?
5. Где должен находиться данный пациент после операции?

Ответ к задаче № 2

1. Произвести первичную хирургическую обработку ран. Учитывая пневмоторакс – провести дренирование плевральной полости по Бюлау. Выполнить срединную лапаротомию. Удалить костные отломки. Убедиться в надежном гемостазе. Выполнить anus preter naturalis. Санация и дренирование брюшной полости

2. Учитывая что в верхнем ампулярном отделе прямой кишки имеется дефект передней стенки целесообразно вывести двустольный анус.

3. Вскрыть забрюшинную гематому, убедиться в отсутствии кровотечения, санация, дренирование.

4. В данной ситуации краевое раздробление костей таза не представляет угрозу жизни.

5. В реанимационном отделении.

Задача №3

Больной 29 лет поступил в клинику через 6 часов после получения травмы прямой кишки сжатым воздухом при проведении дорожных работ. Бледен, беспокоен, отмечает сильные боли в животе, имеется частичное на одну треть повреждение сфинктера (место куда подводилась струя воздуха). После обследования выполнена срединная лапаротомия - выявлен разрыв верхнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 2 см.

1. Какие методы обследования необходимо провести больному до операции для установления характера повреждения?

2. Какое оперативное пособие необходимо провести больному?

3. Какие лечебные мероприятия необходимо продолжить в послеоперационном периоде?

4. Через какой срок возможно закрытие сигмостомы?

5. Прогноз?

Ответ к задаче № 3

1. Пальцевое исследование прямой кишки, обзорную рентгенографию брюшной полости, RRS/.
2. Лапаротомия, ревизия брюшной полости. Ушить место разрыва прямой кишки. Вывести двустольную стому.
3. Кроме противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии спустя 3-4 дня на колостому укрепить калоприемник .
4. Через 6 месяцев.
5. Выздоровление.

Задача № 4

Больному с одностольной колостомой необходимо выполнить реконструктивно-восстановительную операцию.

1. Когда возможно проведение восстановительной операции?
2. Что необходимо учитывать при принятии решения о восстановительной операции?
3. Какой доступ наиболее предпочтителен для ликвидации колостомы и восстановления непрерывности кишки?
4. Трудоспособность.

Ответ к задаче № 4

1. Сроки восстановления кишечной непрерывности при колостомах решаются индивидуально и могут варьировать от 3 недель до 1,5 лет.
2. Наличие отягощающих факторов в виде колостомических и параколостомических осложнений. (Вентральные грыжи, стриктуры колостомы, лигатурные свищи, эвагинации стомы – все, что может привести к дополнительному инфицированию предстоящего операционного доступа.
3. Есть два способа ликвидации стомы – внебрюшинный и внутрибрюшинный. В данном случае предпочтителен внутрибрюшинный доступ из срединной лапаротомии.
4. Утрачена. Инвалидность II группы.

Задача № 5

Больному 60 лет, во время операции по поводу острой толстокишечной непроходимости, выявлена обтурация опухолью сигмовидной кишки.

1. Какую операцию необходимо выполнить?
2. На какие этапы подразделяется данная операция?
3. Через какое время и какой объем окончательного этапа?
4. Трудоспособность?
5. Где должен наблюдаться данный больной после выписки?

Ответ к задаче № 5

1. Операция Гартмана.

2. В два этапа. Первый этап операции Гартмана – резекция кишки, ушивание дистального конца наглухо и наложение колостомы на проксимальный конец кишки. Второй этап – восстановление целостности кишки.

3. Спустя 2 – 3 месяца после ликвидации воспалительных явлений в животе, а так же отсутствие метастазирования опухоли. Восстанавливают непрерывность кишки анастомозом конец в конец.

4. Стойкая утрата трудоспособности. Инвалидность II группы.

5. У онколога.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

- Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
- Собирать жалобы и анамнез
- Проводить физикальное обследование больного .
- Заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
- Составить план лабораторного и инструментального обследования.
- Сформулировать развернутый клинический диагноз.
- Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- Назначить адекватное лечение.

Стандарты:

Актуальность определяется:

1. Во-первых: неуклонным увеличением числа больных, поступающих в стационар с осложненными формами рака толстой кишки, дивертикулярной болезни и травм, диктующих необходимость завершения операции наложением кишечного свища.

2. Во-вторых: достижениями современной хирургии и анестезиологии, позволяющими выполнять объемные, травматические операции.

3. В-третьих: стремлением стомированных больных вернуться к привычному образу жизни и трудовой деятельности.

Классификация восстановительных и реконструктивных операций.

Восстановительные операции:

1. Закрытие двухствольных кишечных стом, свищей толстой кишки.

Реконструктивно - восстановительные операции:

Закрытие одноствольных кишечных стом после различных операций на кишечнике с формированием анастомоза (коло-колоанастомозы, тонко – толстокишечные анастомозы, коло-ректоанастомозы, коло-анальные анастомозы, низведение различных отделов ободочной кишки в анус с избытком, по Дюамелю) .

Очень важна разработка четких показаний к реконструктивно – восстановительным операциям. Необходимо учитывать причины формирования кишечной стомы и приступать к реконструктивно –

восстановительной операции только после устранения этих причин. Большое значение имеет общее состояние больных, их способность перенести планируемую операцию.

Следует отметить, что реконструктивно – восстановительные операции являются сложным и травматичным вмешательством. Это обусловлено наличием более или менее выраженного рубцово – спаечного процесса в брюшной полости и малом тазу, нарушением нормальной анатомии, наличием низко расположенной культи прямой кишки, зачастую большим диастазом анастомозируемых отрезков кишки.

Для выполнения реконструктивно – восстановительной операции применяется лапаротомия после высечения кишечной стомы из передней брюшной стенки с погружением ее в резиновый колпак а затем в брюшную полость. После лапаротомии производится разделение спаек и ревизия органов брюшной полости. Затем выделяются и готовятся к анастомозу отключенный и функционирующий отделы кишки. В заключении формируется анастомоз, ушиваются раны брюшной стенки. Наибольшие трудности возникают при формировании реконструктивного анастомоза с короткой (10 см и менее) дистальной частью прямой кишки. При отсутствии рубцового процесса, что бывает очень редко, возможно наложение анастомоза конец в конец с помощью сшивающих аппаратов. Чаще, при невозможности выделения и подготовки к анастомозу культи прямой кишки, применяется низведение приводящей кишки по Дюамелю. При этом необходимо, чтобы низводимая кишка была с хорошим кровоснабжением и достаточной длины.

1. Тема: «Варикозная болезнь».

2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез варикозной болезни вен нижних конечностей;
2. Клиника и диагностика варикозной болезни;
3. Дифференциальная диагностика варикозной болезни;
4. Классификация варикозной болезни вен нижних конечностей;
5. Функциональные пробы при варикозной болезни вен нижних конечностей;
6. Консервативное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
7. Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
8. Возможные интра- и послеоперационные осложнения;
9. Реабилитация и диспансеризация больных после операций по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. У женщины на фоне беременности варикозно расширенные вены на правой ноге. Установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее 1/3. Вены мягкие, б/болезненные, кожа не изменена. Рекомендации:

- а) плановое оперативное лечение до родов
- б) ношение эластических бинтов, радикальная флебэктомия в послеродовом периоде
- в) сеансы склеротерапии до и после родов
- г) операция Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальная флебэктомия после родов
- д) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

Правильный ответ: б

2. К варикозной болезни может привести все, кроме:

- а) беременности
- б) статической нагрузки
- в) облитерирующих заболеваний артерий
- г) непроходимости глубоких вен
- д) генетической предрасположенности

Правильный ответ: в

3. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- а) регулярное плавание
- б) компрессионную терапию нижних конечностей
- в) теплые термальные и плавательные бассейны
- г) препараты с венотоническим действием
- д) все верно

Правильный ответ: д

4. Для чего выполняется проба Пратта с двумя бинтами?

- а) для выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- б) для определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- в) для исследования недостаточности перфорантных вен
- г) для диагностики окклюзии подколенной артерии

Правильный ответ: в

5. При оформлении хирургом больного, 62 лет, на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не относится:

- а) трофические язвы
- б) экзема и дерматит
- в) хроническая венозная недостаточность
- г) перемежающаяся хромота
- д) тромбоз вен

Правильный ответ: г

6. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- а) нарушение клапанного аппарата вен
- б) нарушения свертывания крови
- в) патология артериального кровотока в конечности
- г) сердечная слабость
- д) патология водно-солевого обмена

Правильный ответ: а

7. При долечивании после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- а) антикоагулянтов
- б) дезагрегантов
- в) лечебной физкультуры
- г) длительного постельного режима

д) компрессионной терапии нижних конечностей

Правильный ответ: г

8. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- а) верхней трети бедра
- б) нижней трети бедра
- в) подколенной области
- г) стопы

Правильный ответ: г

9. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- а) средняя треть голени
- б) верхняя треть голени
- в) нижняя треть бедра
- г) верхняя треть бедра

Правильный ответ: г

10. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 1,5-2 месяца

Правильный ответ: г

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

1. У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, неделю назад появились боли и уплотнения по ходу поверхностных вен левой голени. При осмотре установлено, что состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней ее поверхности по ходу варикозно расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним до средней трети бедра. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности сохранена. Поставлен диагноз: тромбофлебит поверхностных вен голени. Исходя из характера описанного заболевания, больному показано следующее лечение:

- а) назначение аспирина и бутадиона;
- б) регионарная тромболитическая терапия;
- в) операция - перевязка большой подкожной вены у устья;
- г) иссечение варикозных вен с субфасциальной перевязкой перфорантных вен;

д) гирудотерапия и эластическая компрессия.
Выберите правильный ответ.

Эталон ответа: назначение аспирина и бутадиона с последующим оперативным лечением - перевязкой большой подкожной вены у её устья.

2. Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени. Вышеуказанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек и цианоз левой нижней конечности. При контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная вена реканализованы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфорантный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены нижней трети голени. Выберите правильный диагноз:

- 1) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии декомпенсации
- 2) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии субкомпенсации
- 3) посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств
- 4) острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены бедра
- 5) острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности

Эталон ответа: посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств

3. Больная 64 лет поступила с жалобами на варикозно расширенные вены на левой ноге, отечность голеностопного сустава. При осмотре: на левой нижней конечности обнаружены варикозно измененные вены; кожа у медиальной лодыжки голени с темно-коричневым оттенком. При ультразвуковом ангиосканировании установлена проходимость глубоких вен голени и бедренной вены; недостаточность остиального клапана большой подкожной вены и клапанов перфорантных вен голени в типичном месте. Этой больной могут быть рекомендованы все методы лечения, кроме:

- 1) хирургического лечения в комбинации со склеротерапией
- 2) радикальной операции иссечения варикозных вен
- 3) постоянного ношения эластических бинтов
- 4) эластического бинтования конечностей, оперативного лечения в осенне-зимний период
- 5) первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4-6 месяцев

Эталон ответа: первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4-6 месяцев

4. У молодой женщины на фоне нормально протекающей беременности появились варикозно расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними не изменена. Исходя из данной клинической ситуации, больной необходимо рекомендовать:

- 1) плановое оперативное лечение до родов
- 2) ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде
- 3) сеансы склеротерапии до и после родов
- 4) операцию Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальную флебэктомию после родов
- 5) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадйон, троксевазин, эскузан)

Эталон ответа: ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде.

5. Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, гипертермию, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Ваша тактика?

- 1) выполнить ангиографическое исследование
- 2) перевязать бедренную вену
- 3) произвести операцию Троянова-Тренделенбурга
- 4) произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра
- 5) предписать строгий постельный режим.

Эталон ответа: необходимо выполнить операцию Троянова-Тренделенбурга.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы варикозной болезни;

2. Выполнять основные диагностические мероприятия, провести функциональные пробы;

3. Назначать адекватное инструментальное обследование;
4. Назначать консервативное лечение в соответствии с поставленным диагнозом;
5. Определять тактику хирургического лечения;
6. Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

1. Тема: «Хроническая венозная недостаточность».

2. Форма работы:

-Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез варикозной болезни вен нижних конечностей;
2. Клиника и диагностика варикозной болезни;
3. Дифференциальная диагностика варикозной болезни;
4. Классификация варикозной болезни вен нижних конечностей;
5. Функциональные пробы при варикозной болезни вен нижних конечностей;
6. Консервативное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
7. Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
8. Возможные интра- и послеоперационные осложнения;
9. Реабилитация и диспансеризация больных после операций по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. У женщины на фоне беременности варикозно расширенные вены на правой ноге. Установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее 1/3. Вены мягкие, б/болезненные, кожа не изменена. Рекомендации:

- а) плановое оперативное лечение до родов
- б) ношение эластических бинтов, радикальная флебэктомия в послеродовом периоде
- в) сеансы склеротерапии до и после родов
- г) операция Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальная флебэктомия после родов
- д) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадиион, троксевазин, эскузан)

Правильный ответ: б

2. К варикозной болезни может привести все, кроме:

- а) беременности
- б) статической нагрузки
- в) облитерирующих заболеваний артерий
- г) непроходимости глубоких вен
- д) генетической предрасположенности

Правильный ответ: в

3. Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- а) регулярное плавание
- б) компрессионную терапию нижних конечностей
- в) теплые термальные и плавательные бассейны
- г) препараты с венотоническим действием
- д) все верно

Правильный ответ: д

4. Для чего выполняется проба Пратта с двумя бинтами?

- а) для выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- б) для определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- в) для исследования недостаточности перфорантных вен
- г) для диагностики окклюзии подколенной артерии

Правильный ответ: в

5. При оформлении хирургом больного, 62 лет, на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не относится:

- а) трофические язвы
- б) экзема и дерматит
- в) хроническая венозная недостаточность
- г) перемежающаяся хромота
- д) тромбоз вен

Правильный ответ: г

6. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- а) нарушение клапанного аппарата вен
- б) нарушения свертывания крови
- в) патология артериального кровотока в конечности
- г) сердечная слабость
- д) патология водно-солевого обмена

Правильный ответ: а

7. При долечивании после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- а) антикоагулянтов
- б) дезагрегантов

- в) лечебной физкультуры
 - г) длительного постельного режима
 - д) компрессионной терапии нижних конечностей
- Правильный ответ: г

8. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- а) верхней трети бедра
- б) нижней трети бедра
- в) подколенной области
- г) стопы

Правильный ответ: г

9. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- а) средняя треть голени
- б) верхняя треть голени
- в) нижняя треть бедра
- г) верхняя треть бедра

Правильный ответ: г

10. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 1,5-2 месяца

Правильный ответ: г

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

1. У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, неделю назад появились боли и уплотнения по ходу поверхностных вен левой голени. При осмотре установлено, что состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней ее поверхности по ходу варикозно расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним до средней трети бедра. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности сохранена. Поставлен диагноз: тромбофлебит поверхностных вен голени. Исходя из характера описанного заболевания, больному показано следующее лечение:

- а) назначение аспирина и бутадиона;
- б) регионарная тромболитическая терапия;
- в) операция - перевязка большой подкожной вены у устья;

- г) иссечение варикозных вен с субфасциальной перевязкой перфорантных вен;
 - д) гирудотерапия и эластическая компрессия.
- Выберите правильный ответ.

Эталон ответа: назначение аспирина и бутадиона с последующим оперативным лечением - перевязкой большой подкожной вены у её устья.

2. Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени. Вышеуказанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек и цианоз левой нижней конечности. При контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная вена реканализованы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфорантный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены нижней трети голени. Выберите правильный диагноз:

- 1) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии декомпенсации
- 2) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии субкомпенсации
- 3) посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств
- 4) острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены бедра
- 5) острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности

Эталон ответа: посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств

3. Больная 64 лет поступила с жалобами на варикозно расширенные вены на левой ноге, отечность голеностопного сустава. При осмотре: на левой нижней конечности обнаружены варикозно измененные вены; кожа у медиальной лодыжки голени с темно-коричневым оттенком. При ультразвуковом ангиосканировании установлена проходимость глубоких вен голени и бедренной вены; недостаточность остиального клапана большой подкожной вены и клапанов перфорантных вен голени в типичном месте. Этой больной могут быть рекомендованы все методы лечения, кроме:

- 1) хирургического лечения в комбинации со склеротерапией
- 2) радикальной операции иссечения варикозных вен
- 3) постоянного ношения эластических бинтов
- 4) эластического бинтования конечностей, оперативного лечения в осенне-зимний период
- 5) первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4-6 месяцев

Эталон ответа: первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4-6 месяцев

4. У молодой женщины на фоне нормально протекающей беременности появились варикозно расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними не изменена. Исходя из данной клинической ситуации, больной необходимо рекомендовать:

- 1) плановое оперативное лечение до родов
- 2) ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде
- 3) сеансы склеротерапии до и после родов
- 4) операцию Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальную флебэктомию после родов
- 5) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

Эталон ответа: ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде.

5. Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, гипертермию, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Ваша тактика?

- 1) выполнить ангиографическое исследование
- 2) перевязать бедренную вену
- 3) произвести операцию Троянова-Тренделенбурга
- 4) произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра
- 5) предписать строгий постельный режим.

Эталон ответа: необходимо выполнить операцию Троянова-Тренделенбурга.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

2. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы варикозной болезни;

2. Выполнять основные диагностические мероприятия, провести функциональные пробы;

3. Назначать адекватное инструментальное обследование;
4. Назначать консервативное лечение в соответствии с поставленным диагнозом;
5. Определять тактику хирургического лечения;
6. Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

1. Тема: «Окклюзирующие заболевания периферических артерий. Хроническая артериальная недостаточность».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез ХОЗАНК;
2. Клинические проявления ХОЗАНК;
3. Лабораторные исследования при ХОЗАНК;
4. Неинвазивные инструментальные методы исследования;
5. Инвазивные инструментальные методы исследования;
6. Консервативное и хирургическое лечение ХОЗАНК;
7. Реабилитация и диспансеризация больных после операций

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет:

- 1) консервативная терапия
- 2) эндоскопическая поясничная симпатэктомия - нефрэктомия
- 3) нефрэктомия, бифуркационное аорто-бедренное протезирование
- 4) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии

5) эндовазальная баллонная дилатация устья почечной артерии

Правильный ответ: 4

2. При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является:

- 1) только консервативное лечение
- 2) поясничная симпатэктомия
- 3) реконструктивная сосудистая операция
- 4) первичная ампутация нижней конечности
- 5) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

Правильный ответ: 4

3. В клинику поступила больная 69 лет, ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией, у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии, ишемия Шб степени (тотальная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет:

- 1) экстренная эмболэктомия

- 2) тромболитическая терапия
- 3) только антикоагулянтная терапия
- 4) только симптоматическая терапия
- 5) первичная ампутация конечности

Правильный ответ: 5

4. У б-ного, 24 лет, боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки 50-60 м. Кожа левой стопы и голени до средней 1/3 бледная, прохладная. Движения в суставах в норме, гипостезия на стопе. Пульсация БА и ПА четкая, на стопе нет. Диагноз?

а) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей

б) облитерирующий тромбангиит

в) неспецифический аортоартериит

г) посттромбофлебитический синдром

д) синяя флегмазия левой нижней конечности

Правильный ответ: б

5. У б-го, 30 лет, хр. артер. ишемия правой ноги. У б-го холодовая аллергия, много курит, подвергается эмоциональным нагрузкам. На учете у эндокринолога не состоит. Артериальная пульсация на БА и ПА пораженной ноги отчетливая, на артериях стопы нет. Диагноз?

а) облитерирующий тромбангиит

б) диабетическая ангиопатия

в) неспецифический аортоартериит

г) облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

д) болезнь Рейно

Правильный ответ: а

6. У б-го, 60 лет, боли в левой ноге при ходьбе, может пройти без остановки 50 м. Кожа стопы и голени бледная, прохладная, движения в полном объеме. Пульсация БА под паховой складкой отчетливая, на ПА и артериях стопы ее нет. Ангиография: бедренная артерия только до уровня средней 1/3, контуры неровные, определяются кальцинаты. ПА заполняется через коллатерали. Диагноз?

а) неспецифический аортоартериит

б) синдром Лериша

в) постэмболическая окклюзия

г) облитерирующий эндартериит

д) атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии

Правильный ответ: д

7. На прием к хирургу привели больного с признаками острой артериальной ишемии нижней конечности. Что нельзя отнести к характерным симптомам данной патологии?

- а) бледность кожи
- б) похолодание кожи
- в) отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии
- г) периодические судороги в голени
- д) постоянные боли в конечности

Правильный ответ: г

8. У б-ного 65 лет онемение правой ноги, похолодание, постоянные боли в ней. Болен 8 часов. В анамнезе ОИМ. Есть мерцательная аритмия. Движения в ноге сохранены; пульса на правой ПА и артериях стопы нет. Д-з: острая артериальная ишемия. Какова стадия заб-я?

- а) I А
- б) I Б
- в) II А
- г) II Б
- д) III А-Б

Правильный ответ: б

9. У б-го, 61 года, периодические боли в мышцах голени при ходьбе или подъеме по лестнице. Курильщик с 35-летним стажем. Выявлено отсутствие пульса на стопах и резкое ослабление на правой ПА. Д-з: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Стадия?

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

Правильный ответ: б

10. При обследовании в поликлинике больного с IV стадией окклюзирующего заболевания магистральных артерий хирург должен рекомендовать больному:

- а) массивную антибиотикотерапию
- б) лампасные разрезы
- в) шунтирующую операцию
- г) первичную ампутацию конечности

Правильный ответ: г

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

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?

1) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей

2) облитерирующий тромбангиит

3) неспецифический аортоартериит

4) посттромбофлебитический синдром

5) синяя флегмазия левой нижней конечности

Эталон ответа: облитерирующий тромбангиит.

Задача №2

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:

1) облитерирующий тромбангиит

2) диабетическая ангиопатия

3) неспецифический аортоартериит

4) облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

5) болезнь Рейно

Эталон ответа: облитерирующий тромбангиит.

Задача №3

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:

1) неспецифический аортоартериит

2) синдром Лериша

3) постэмболическая окклюзия

4) облитерирующий эндартериит

5) атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии

Эталон ответа: атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии.

Задача №4

У больного 49 лет в течение 6 лет отмечаются высокая перемежающаяся хромота, артериальная гипертензия, снижение потенции, боли в мезогастррии, усиливающиеся после еды. Гипотензивная терапия эффекта не дала. Артериальное давление - 260/160 мм. рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения - в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется. Выберите правильный диагноз:

- 1) болезнь Рейно
- 2) неспецифический аортоартериит
- 3) атеросклеротическая окклюзия аорты с поражением висцеральных ветвей
- 4) облитерирующий тромбангиит
- 5) эмболия бифуркации аорты

Эталон ответа: атеросклеротическая окклюзия аорты с поражением висцеральных ветвей.

Задача №5

Больного 45 лет в течение года беспокоят боли в левой нижней конечности, возникающие при прохождении 120-150 метров. На ангиограммах выявлены единичные стенозы поверхностной бедренной артерии, сегментарная окклюзия в гунтеровом канале протяженностью около 2 см. Подколенная артерия и артерии голени - проходимы. Выберите правильную лечебную тактику:

- 1) лечение дезагрегантами
- 2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной
- 3) бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом
- 4) имплантация большого сальника на голень
- 5) эндовазальная реканализация методом ангиопластики

Эталон ответа: эндовазальная реканализация методом ангиопластики.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хронической артериальной ишемии;

2. Выполнять основные диагностические мероприятия, провести функциональные пробы;
3. Назначать адекватное инструментальное обследование;
4. Назначать консервативное лечение в соответствии с поставленным диагнозом;
5. Определять тактику хирургического лечения;
6. Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

1. Тема: «Заболевания лимфатической системы конечностей».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Этиология и патогенез заболеваний лимфатической системы конечностей;
2. Клиника и диагностика слоновости;
3. Неинвазивные инструментальные методы исследования;
4. Инвазивные инструментальные методы исследования;
5. Консервативное лечение заболеваний лимфатической системы конечностей;
7. Хирургическое лечение слоновости;
8. Реабилитация и диспансеризация больных после операций по поводу заболеваний лимфатической системы конечностей.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. Какая из систем поражается при слоновости?

- А) кровеносная
 - Б) лимфотическая
 - В) нервная
 - Г) пищеварительная
- Правильный ответ: Б

2. Какие формы лимфостаза вы знаете?

- А) врожденная
 - Б) приобретенная
 - В) наследственная
 - Г) все вышеперечисленное верно
- Правильный ответ: Г

3 При болезни Милроя поражается какая из систем?

- А) лимфотическая
 - Б) система гемостаза
 - В) кровеносная
 - Г) половая
- Правильный ответ: А

4 Какой метод исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза: Лимфостаз.

- А) Колоноскопию
 - Б) Прямую лимфографию
 - В) Рентгенография
 - Г) Измерение артериального давления
- Правильный ответ: Б

- 5 Название наследственной формы лимфостаза по автору?
- А) Росс
 - Б) Шеришевского-Тернера
 - В) Блеллок
 - Г) Милроя
- Правильный ответ: Г

- 6 При лимфостазе нарушается:
- А) Приток лимфы
 - Б) Отток лимфы
 - В) лимфогенез
 - Г) диурез
- Правильный ответ: Б

- 7 При слоновости наиболее целесообразно дренирование:
- А) Брюшной полости
 - Б) Плевральной полсти
 - В) Грудного лимфотического протока
 - Г) Дренирование Дугласого пространства
- Правильный ответ: В

- 8 Длительная потеря лимфы приводит к снижению уровня:
- А) Глюкозы
 - Б) Белка
 - В) Гемоглобина
 - Г) Билирубина
- Правильный ответ: Б

- 9 Сколько стадий при лимфостазе?
- А) 1
 - Б) 2
 - В) 3
 - Г) 4
- Правильный ответ: В

- 10 Вторичный лимфостаз может являться следствием паразитарного поражения:
- А) *Trichomonas foetus*

- Б) Giardia lamblia
 - В) Wuchereria bancrofti
 - Г) Tripanosoma brucei
- Правильный ответ: В

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У девочки 14 лет внезапно появился отек тыла стопы, за последние четыре месяца распространившийся до дистальной части бедра.

Вопрос:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какой основной метод будет служить для постановки диагноза?
3. Что необходимо посоветовать для лучшего оттока лимфы от конечности?
4. Существует ли необходимость в наложении лимфовенозных анастомозов?
5. Профилактика инфекционных осложнений?

Эталон ответа:

1. Это клиника первичной (юношеской) лимфедемы.
2. Для установления диагноза необходима лимфография.
3. С целью улучшения оттока конечности придают возвышенное положение и рекомендуют ношение эластических чулок.
4. При первичной лимфедеме показаний к наложению лимфовенозных анастомозов нет, так как нет препятствия в паховой области или области таза.
5. Для профилактики инфекционных осложнений (лимфедема часто инфицируется стрептококком) назначают антибиотики.

Задача №2

Больной И., 2-х лет обратился в поликлинику на прием к педиатру по месту жительства по поводу отечности и деформации мягких тканей правой конечности, увеличивающейся постепенно в течение года. Объективно: ткани мягкие, тестоватой консистенции, трофических расстройств на коже не наблюдается. Ребенок вял, наблюдается умственное и физическое отставание в развитии.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Патогномичный метод исследования при данном заболевании?
3. Показана ли в данном случае дренирование грудного лимфотического протока?
4. В чем заключается консервативное лечение?

Эталон ответа:

1. Врожденная лимфедема.
2. Лимфография.
3. Нет.
4. эластическое бинтование конечности; препараты, улучшающие трофику тканей , периферическое кровообращение и микроциркуляцию; десенсибилизирующие средства; нестероидные противовоспалительные средства; препараты гиалуронидазного действия; биологические стимуляторы; физиотерапевтическое и бальнеологическое лечение. Пневмомассаж, создающий пульсирующее сдавление конечности от периферии к центру.

Задача №3

Больная А, 25 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства к хирургу с жалобами на постоянную отечность от с/З конечности, особенно он увеличивается после длительного стояния, в жаркое время года, на чувство тяжести в ноге, ощущение инородного тела, "чего-то лишнего". Объективно: Конечность незначительно деформирована, кожа бледного оттенка, рисунок сети подкожных вен не выражен. Кожные покровы гладкие, без каких-либо трофических нарушений. Пальпация безболезненна. Ткани мягкоэластической консистенции.

Из анамнеза известно, что заболевание развилось постепенно, после перенесенной травмы правой нижней конечности. Отмечает, что после занятий бегом и тренировок в спортзале стала отмечать нарастание отека и появились проблемы с приобретением обуви (приходилось покупать обувь нескольких размеров).

Вредные привычки отрицает. В соматическом статусе без особенностей.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания, операция 2 года по поводу перелома правой бедренной кости со смещением отломков.

Вопрос:

1. О чем в первую очередь стоит думать врачу поликлиники?
2. Какие формы данного заболевания вы знаете?
3. Поставьте предположительный диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Что посоветуете пациенту для профилактики прогрессирования данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Лимфедема (лимфостаз).
2. Первичная лимфедема (врожденная простая, врожденная семейно-наследственная, первичная ранняя или поздняя), вторичная лимфедема.

3. Вторичная лимфедема, II стадии, медленно прогрессирующий тип.
4. Врожденные артерио-венозные свищи, посттромбофлебитический синдром, липоматоз, гемангиомы, нейрофиброматоз, неопластические образования.
5. Ношение эластического компрессионного трекотажа, возвышенное положение конечности, щадящие физические нагрузки, линейные измерения диаметра окружности нижних конечностей для оценки прогрессирования или стабилизации состояния.

Задача №4

Больной Р, 55 лет, обратился в поликлинику по месту жительства к терапевту с жалобами на внезапное повышение температуры тела до 38—40 °С, периодические ознобы, слабость, головную боль, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза известно, что подобные приступы подъема температуры с ознобами отмечаются до 7 – 10 раз в год, занимался самолечением. Травмы отрицает, из перенесенных операций – в детстве аппендэктомия.

Курит в течение 35 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: температура тела 37,8 С, дыхание жесткое, равномерно проводится по всем полям, в нижних отделах выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, незначительно приглушены, шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 85 уд/мин.

По остальным органам и системам без особенностей.

При осмотре больного обращает на себя внимание незначительная отечность нижней правой конечности, в области стопы и пальцев. Местно - яркая эритема кожных покровов и голени. Эритема имеет неровные границы в виде "географической карты", кожа в этих местах болезненна, отечность ее усиливается. Увеличивается болезненность регионарных лимфатических узлов при пальпации. Отмечается усиление отечности всей больной конечности.

Вопрос:

1. О чем стоит думать в первую очередь врачу поликлиники?
2. К какому специалисту необходимо направить больного?
3. Что необходимо предпринять в первую очередь?
4. Чем может осложниться данное заболевание?
5. Каков патофизиологический механизм возможного осложнения?

Эталон ответа:

1. Рожистое воспаление
2. Необходимо стационарное лечение рожистого воспаления.

Консультация инфекциониста, хирурга.

3. Назначить соответствующее лечение рожистого воспаления в виде назначения антибиотикотерапии, сульфаниламидными препаратами, ультрафиолетовым облучением больной конечности.

4. Лимфедемой

5. Патофизиологически это объясняется тем, что при нарушении лимфооттока, в тканях скапливаются микроорганизмы, которые на фоне застоя крупномолекулярных соединений (протеины, жиры) периодически активизируются. Важное значение при этом играют нарушения метаболизма, патологическое угнетение местного и общего иммунитета.

У большинства больных рожистое воспаление нижних конечностей возникает на фоне врожденного недоразвития лимфатической системы конечности.

Установлено, что рожистые воспаления чаще возникают у больных, недостаточно внимательно относящихся к проведению профилактических мероприятий.

Следует отметить, что каждая новая вспышка рожистого воспаления вызывает ухудшение лимфооттока в связи с прогрессированием воспалительных и склеротических изменений в лимфатических сосудах

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

7. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний лимфатической системы конечностей;

8. Выполнять основные диагностические мероприятия, провести функциональные пробы;

9. Назначать адекватное инструментальное обследование;

10. Назначать консервативное лечение в соответствии с поставленным диагнозом;

11. Определять тактику хирургического лечения;

12. Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

1. Тема: «Зоб, консервативные и хирургические методы лечения».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

1. Анатомо-физиологические особенности щитовидной железы и биосинтез гормонов.

2. Физиологическая роль щитовидной железы в жизнедеятельности организма.

3. Особенности кровоснабжения щитовидной железы.

4. Классификация заболеваний щитовидной железы.

5. Перечислите заболевания щитовидной железы, требующие хирургического лечения.

6. Аномалии развития щитовидной железы - частота, диагностика, тактика.

7. Доброкачественные новообразования щитовидной железы - диагностика, клиника, лечение.

8. Злокачественные новообразования щитовидной железы - клиника, диагностика, тактика, лечение.

9. Определение степени тяжести клинических проявлений тиреотоксикоза.

10. Хирургические методы исследования заболеваний щитовидной железы.

11. Построение клинического диагноза при заболеваниях щитовидной железы.

12. Возможные оперативные доступы к щитовидной железе.

13. Альтернатива лечения токсического зоба.

14. Показания к операции при токсическом зобе.

15. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных, перенесших операцию на щитовидной железе.

16. Возможные осложнения, связанные с операцией на щитовидной железе и их профилактика.

17. Вопросы реабилитации и диспансеризации.

18. Рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЖАЛОБА ДЛЯ БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОЙДНЫМ ЗОБОМ

1) наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи

2) боли в области шеи

3) изменение голоса

4) нарушение акта глотания или затруднения при дыхании

5) чувство сдавления в области шеи

Правильный ответ:

2. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ХАРАКТЕРНО

- 1) невозмутимость
- 2) сухость кожных покровов
- 3) увеличение массы тела
- 4) учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца
- 5) боли при глотании и дыхании

Правильный ответ:

3. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ, В АНАМНЕЗЕ MORBI В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1) время и обстоятельства выявления (увидел, нащупал, выявили) деформации шеи или опухолевидного образования
- 2) количество употребляемых в сутки морепродуктов
- 3) регулярность прохождения УЗИ
- 4) последнее прохождение диспансеризации
- 5) появление раздражительности

Правильный ответ:

4. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ, В АНАМНЕЗЕ VITAE СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1) последнее прохождение диспансеризации
- 2) проживание в эндемичном районе
- 3) регулярность прохождения УЗИ
- 4) количество употребляемых в сутки морепродуктов
- 5) изменения характера в течение жизни

Правильный ответ:

5. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ БУДЕТ

- 1) деформация шеи
- 2) экзофтальм
- 3) тахикардия
- 4) болезненность при пальпации шеи
- 5) наличие систолического шума над щитовидной железой при аускультации

Правильный ответ:

6. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНОГО С ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

- 1) деформация шеи, экзофтальм, тахикардия
- 2) охриплость голоса
- 3) выраженные отеки
- 4) болезненность при пальпации шеи
- 5) наличие систолического шума в области сердца

Правильный ответ:

7. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ШЕИ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ

ЭУТИРЕОЙДНЫМ ЗОБОМ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА

- 1) толщину подкожно-жировой клетчатки
- 2) наличие узлов их размеры, плотность, подвижность, болезненность, смещаемость при глотании

- 3) пульсацию сонных артерий
- 4) наличие симптома флюктуации
- 5) объем пассивных движений шеи

Правильный ответ:

8. УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) функциональную активность
- 2) степень подострого тиреоидита
- 3) размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов
- 4) наличие метастазов в лимфоузлы шеи
- 5) степень злокачественности имеющегося образования

Правильный ответ:

9. РАДИОНУКЛЕИДНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ИЛИ СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) уровень тиреоидных гормонов
- 2) степень подострого тиреоидита
- 3) размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов
- 4) наличие горячих, теплых, холодных узлов на фоне гипер или гипо функционирующей ткани ЩЖ
- 5) степень злокачественности имеющегося образования

Правильный ответ:

10. СКАНИРОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) многоузловом эутиреойдном зобе
- 2) подостром тиреоидите
- 3) аутоиммунном тиреоидите
- 4) узловом токсическом, многоузловом токсическом зобе
- 5) узловом эутиреойдном зобе

Правильный ответ:

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больная 45 лет. 4 года назад выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. Гистологически - узловой макрофолликулярный зоб. При обследовании жалобы на слабость, отеки на лице, отечный язык, прибавку в весе (масса 88 кг), выпадение волос, вялость, сонливость, медлительность. Пульс - 58 уд. в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. УЗИ щитовидной железы - состояние после операции, правой доли нет, объем левой доли - 3 мл, в левой доле изоэхогенное образование до 1.5 см. При

осмотре шеи - послеоперационный рубец, без особенностей, щитовидная железа не пальпируется.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз гормонального тиреоидного статуса пациента.
3. Тактика обследования и лечения больной?
4. Какие показатели гормонов крови будут соответствовать указанной клинической картине?
5. Приведите возможную причину данного состояния больной, методы профилактики и реабилитации.

Эталон ответа.

Зоб 1 (ВОЗ) стадии, рецидивный. Гипотиреоз.

2. Тиреотоксикоз - повышенная нервная возбудимость, плаксивость, глазные симптомы и офтальмопатия, повышенная потливость, повышенное систолическое АД, токсический гепатит, надпочечниковая недостаточность, снижение массы тела, различные виды тахикардий, горячая, влажная кожа, тремор, повышение сухожильных рефлексов, субфебрилитет. Эутиреоз - проявлений нет. Гипотиреоз - слабость, отеки на лице, отечный язык, прибавка в весе, выпадение волос, вялость, сонливость, медлительность брадикардия

3. Необходимо выполнить ТАБ под контролем УЗИ. В случае доброкачественных изменений показана заместительная терапия L-тироксином, с последующим контролем гормонального статуса и УЗИ щитовидной железы 1 раза в год.

4. ТТГ - повышен, Т3 и Т4 - снижены.

5. В послеоперационном периоде у данной больной не выполнены необходимые обследования (ТТГ, Т3, Т4), не диагностирован гипотиреоз и не назначена соответствующая заместительная терапия, Следствием чего (избыточная стимуляция ЩЖ ТТГ) явилось развитие рецидивного зоба. Обязательно через месяц после операции определение гормонального статуса, в случае гипотиреоза проведение заместительной терапии L-тироксином, 75-100 мг в сутки 1 раз в день до еды, под контролем уровня ТТГ, Т4.

Задача №2

Больная 42 лет, на приеме в поликлинике с жалобами на чувство сдавления в области шеи, затруднения при глотании и дыхании, особенно лежа на спине. Передняя поверхность шеи справа деформирована, при пальпации в области правой доли щитовидной железы определяется плотно-эластическое, подвижное при глотании образование 4 см в диаметре. Пульс - 72 уд. в мин., АД - 110/70. УЗИ щитовидной железы: объем правой доли - 40 мл, объем левой - 8 мл. Правая доля представлена неоднородным образованием 4 на 5 см.

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какие еще методы обследования необходимы в данном случае?

3. Сформулируйте показания к операции.
4. Назовите показатели УЗИ не измененной щитовидной железы.
5. Укажите причины развития патологии щитовидной железы и возможную профилактику.

Эталон ответа.

1. Узловой зоб 2 (ВОЗ) ст., клинический эутиреоз.
2. Гормональное подтверждение эутиреоза - ТТГ, Т3, Т4 крови. Морфологическое (цитологическое) исследование образования - ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия), лучше под контролем УЗИ. Учитывая клинические симптомы сдавления трахеи и пищевода - рентгеноскопию щитовидной железы, средостения с контрастированием пищевода.

3. Видимая на глаз деформация шеи, наличие симптомов сдавления трахеи и пищевода является показанием к оперативному лечению.

4. У женщин объем щитовидной железы в норме до 18 мл, у мужчин до 24 мл.

5. Проживание в эндемическом районе (Необходимо 200 мг. йода в сутки. Профилактика - йодированная соль - массовая профилактика, препараты йода (йодомарин) - индивидуальная профилактика.

Задача №3

У больной 47 лет, 2 года назад выявлен диффузно-токсический зоб. Лечилась мерказолилом, с положительным эффектом. Последние 4 месяца его не принимает. Раздражительна, плаксива. Отмечает потерю веса до 15 кг за последние 2 месяца, а так же - сердцебиение, частые перебои в работе сердца, отеки на ногах. Пульс - 124 уд. в мин., АД - 140/100 мм рт. ст. УЗИ: объем - 72 мл. диффузные изменения ЩЖ.

Сформулируйте диагноз

1. Назовите классификацию и критерии определения степени тяжести тиреотоксикоза.
2. Как будете лечить больного?
3. Какие особенности или критерии в лечении существуют?
4. Вторичная, третичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Диффузно-токсический зоб 2 (ВОЗ), рецидивирующее течение, тиреотоксикоз тяжелой степени тяжести, декомпенсация

2. Тиреотоксикоз легкой степени - пульс ≤ 100 уд./мин., потеря масса тела $\leq 10-15\%$, признаков нарушения функции других органов и систем нет; средней степени - потеря массы тела $\leq 15-30\%$, нарушения функции желудочно-кишечного тракта, тахикардия 100-120 уд./мин., эпизоды нарушения ритма; тяжелой степени (висцеропатическая форма) - дефицит массы тела $> 30\%$, тахикардия > 120 уд./мин., нередко мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, поражение печени.

3. Наличие Диффузно токсического зоба, с тиреотоксикозом тяжелой степени, рецидивирующего течения - является показанием к оперативному

лечению. Обязательны прием тиреостатических препаратов - мерказолила 5 мг - 2 таблетки - 3 раза; в-блокаторов - анаприлина 40 мг - 1 таблетка 3 раза; возможно назначение преднизолона и плазмоферез (лечение не менее 3 недель).

4. Критерием готовности является достижение клинического эутиреоза - нормализация пульса (не более 80), увеличение массы тела (не менее 5 кг), исчезновение потливости, нормализация ритма сердца и тд. Подтвержденный гормональными исследованиями - ТТГ, Т3, Т4.

5. наблюдение эндокринолога с обязательным контролем уровня гормонов крови, прием тиреостатиков, своевременное направления на оперативное лечение.

Задача №4

Врач-рентгенолог 45 лет. Обратился с жалобами, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, появившееся 4 месяца назад. В течение месяца отмечает изменение голоса. В области левой доли щитовидной железы пальпируется узел 3х4 см, видимый на глаз, плотный, безболезненный, неподвижный, уходящий за грудину. Пульс - 76 уд. в мин. АД - 120/80 мм рт. ст.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо выполнить больному для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз?
4. Представьте план лечения больного.
5. Приведите классификацию ВОЗ щитовидной железы.

Эталон ответа.

1. Узловой зоб 2 (ВОЗ) степени, шейно-медиастинальный. Эутиреоз.
2. УЗИ щитовидной железы, пункционная биопсия под контролем УЗИ, кровь на гормоны - Т3, Т4, ТТГ, Рентгеноскопия щитовидной железы, средостения с контрастированием пищевода.

3. Рак щитовидной железы (предшествующее облучение, изменение голоса, повышенная плотность, неподвижность узла, атипичные клетки по данным цитологии).

4. Учитывая suspicious характер зоба, показано оперативное лечение. Объем операции определяется результатом срочного гистологического исследования: узловой зоб - гемитиреоидэктомия слева, рак щитовидной железы - тиреоидэктомия.

5. Классификация размеров зоба (по ВОЗ). 0 Зоба нет. Пальпаторно размеры каждой доли не превышают размеров дистальной фаланги большого пальца исследуемого. 1 Размеры зоба больше дистальной фаланги большого пальца исследуемого, зоб пальпируется, но не виден. II Зоб пальпируется и виден на глаз.

Задача №5

У больной 14 лет при медосмотре выявлено плотно-эластическое подвижное образование в области перешейка щитовидной железы около 1

см. деформации шеи и других жалоб нет. УЗИ Щитовидной железы - объем - 16 мл, в перешейке гиперэхогенное образование 1,3 см, с четким ободком. При пункционной биопсии не исключается формирование фолликулярной аденомы.

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Перечислите необходимые методы обследования.
3. Выберите метод лечения больной?
4. Ваш план и объем оказания помощи?
5. Перечислите реабилитационные мероприятия, после операции на щитовидной железе?

Эталон ответа.

1. Узловой зоб 1 (ВОЗ) стадии, эутиреоз
2. Рентгенография грудной клетки, сцинтиграфия скелета, гормоны крови ТТГ, Т3, Т4

3. Учитывая возраст и данные пункционной биопсии нельзя исключить наличие фолликулярного рака щитовидной железы, что и является показанием к оперативному лечению, несмотря на возраст и небольшие размеры образования.

4. Удаляется перешеек - истмусэктомия, со срочным цитологическим или гистологическим исследованием препарата. При наличии фолликулярной аденомы - операция заканчивается, в случае фолликулярного рака - тиреоидэктомия.

5. Выписка после снятия швов на 7 сутки после операции. Больничный листок 1,5-2 месяца. Наблюдение у хирурга по месту жительства (перевязки до заживления). Далее наблюдение у эндокринолога (через 1 месяц определение ТТГ, Т3, Т4, в случае гипотиреоза заместительная терапия л-тироксином, УЗИ щитовидной железы через 3 месяца). В дальнейшем определение гормонального статуса и УЗИ ЩЖ не реже 1 раза в год.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Обследовать больного с хирургической патологией, заполнять историю болезни, представление, составить план применения лабораторных и инструментальных методов исследований у больного. Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза, сформулировать показания к консервативному и лечению, выполнять наиболее распространенные врачебные манипуляции.

2. Определить показания к оперативному лечению ДТЗ.

1. Тема: «Заболевания паращитовидных желез».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

-Классификация заболеваний паращитовидных желез.

-Гиперпаратиреоз. Клиника, диагностика, лечение.

-Первичный гиперпаратиреоз. Клиника, диагностика, лечение.

-Аденома паращитовидной железы.

-Вторичный гиперпаратиреоз. Клиника, диагностика, лечение.

-Третичный гиперпаратиреоз. Клиника, диагностика, лечение.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С

- 1) избыточной секрецией АКТГ
- 2) избыточной секрецией паратгормона
- 3) избыточной секрецией адреналина
- 4) гипокальциемией
- 5) избыточной массой тела

Правильный ответ: 2

2. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипернатриемия
- 2) гиперфосфатемия
- 3) гиперкальциемия
- 4) гиперкалиемия
- 5) гипохлоремия

Правильный ответ: 3

3. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) первичный гиперпаратиреоз
- 2) тиреотоксикоз
- 3) инсулинома
- 4) гипотиреоз
- 5) гипопаратиреоз

Правильный ответ: 1

4. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

- 1) аденома, рак или первичная гиперплазия паращитовидных желез
- 2) МЭН 1 синдром
- 3) андростерома
- 4) опухоль надпочечника
- 5) тимома

Правильный ответ: 1

5. ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1) повышенная секреция паратгормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)

2) исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови

3) аденома паращитовидной железы

4) рак паращитовидной железы

5) первичная гиперплазия паращитовидных желез

Правильный ответ: 1

6. ТРЕТИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1) повышенная секреция паратгормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)

2) аденома паращитовидной железы

3) исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови

4) рак паращитовидной железы

5) первичная гиперплазия паращитовидных желез

Правильный ответ: 3

7. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ

1) костную, почечную, смешанную

2) метаболическую

3) злокачественную

4) транзиторную

5) болевую

Правильный ответ: 1

8. КОСТНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) злокачественными опухолями

2) гиперостозом

3) системным остеопорозом

4) болями в суставах

5) двусторонним уролетиазом

Правильный ответ: 3

9. ПОЧЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) двусторонним уролетиазом, рецидивным уролетиазом, коралловидным уролетиазом

2) злокачественными опухолями

3) гломерулонефритом

4) нефросклерозом

5) патологическими переломами

Правильный ответ : 1

10. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) язвой желудка, язвой ДПК

- 2) острым панкреатитом
- 3) неспецифическим язвенным колитом
- 4) опухолью кишечника
- 5) острым аппендицитом

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 42 лет, по поводу диффузно-токсического зоба, 2 дня назад выполнена тиреоидэктомия. Жалуется на чувство "ползания мурашек" по телу, на неприятные ощущения в области скул, на невозможность выпрямить пальцы рук из-за болей и возникающих судорог.

1. Чем можно объяснить указанное состояние больной?
2. Какими симптомами можно подтвердить диагноз?
3. Какие анализы или исследования подтверждают диагноз?
4. Лечение больной?
5. Профилактика осложнения?

Эталон ответа.

1. Паратиреоидной недостаточностью вследствие повреждения, удаления паращитовидных желез во время операции или повреждения кровоснабжающих их сосудов.

2. Симптом Хвостека - сокращение мышц лица при постукивании в месте выхода лицевого нерва. Различают симптом Хвостека 1 степени - сокращаются все мышцы лица на стороне постукивания; 2 степени - сокращение мышц в области крыльев носа и угла рта; 3 степени - только в области угла рта.

Симптом Труссо - судороги в области кисти через 2-3 мин после сдавления в области плеча, жгутом манжетой или рукой.

Симптом Вейса - сокращение круглой мышцы век и лобной мышцы при поколачивании у наружного края глазницы.

Симптом Гофмана - появление парестезий при надавливании в участках разветвления нервов.

Симптом Шлезингера - судороги в разгибательных мышцах бедра и стопы при быстром пассивном сгибании ноги в тазобедренном суставе при выпрямленном коленном.

3. Исследованием уровня общего кальция в крови, ионизированного кальция крови, ПТГ.

4. а) Препараты кальция - хлористый кальций, или глюконат кальция, внутривенно или перорально. Доза и метод введения определяется тяжестью гипопаратиреоза. Эффект в конце инъекции.

б) Витамины Д.

в) Пересадка бульонной кости по Опелью (депо кальция в организме)

г) Свободная трансплантация кусочков паращитовидных желез в мышцы шеи.

д) Богатая кальцием диета - овощи (капуста, морковь, салат, редис), фрукты, ягоды (абрикосы, лимоны, клубника), молоко, сыр, сельдь. Ограничивают мясную пищу, кофе. УФО - при отсутствии ограничений. Обязательна интраоперационная верификация паращитовидных желез или, по крайней мере, весьма деликатные действия в местах их наиболее частой локализации. Внимательный осмотр препарата, при обнаружении ОЦЖ - подсадка ее в мышцы шеи.

5. Диспансерная группа 3.

№2

У 55-летней женщины при профилактическом обследовании случайно выявлен кальций крови 3,2 ммоль/л.

1. Как часто встречается гиперкальциемия и чем это может быть обусловлено?

2. Цель и методы обследования?

3. Тактика ведения больной?

4. Кто должен лечить этих больных?

5. Обоснуйте Ваше лечение?

Эталон ответа.

1. Основные причины гиперкальциемии: первичный гиперпаратиреоз (70%), онкологические заболевания (20%), встречается 0,5-1% популяции.

2. Исключить первичный гиперпаратиреоз. ПТГ, общий и ионизированный кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови, рентгенография скелета (кистей, черепа, голеней), УЗИ печени, желчного пузыря, почек, шеи, КТ, МРТ шеи.

3. Если диагностирован ПППТ необходимо оперативное лечение в специализированном стационаре. Если данных за гиперпаратиреоз нет, следует далее обследовать больную для исключения онкологической патологии.

4. В случае первичного гиперпаратиреоза больная направляется в отделение эндокринной хирургии или соответственно на прием онкологу.
Первичный

гиперпаратиреоз (аденома паращитовидной железы) является показанием к оперативному лечению.

5. Диспансерная группа 3.

№3

У больной диагностирован ПППТ, аденома паращитовидной железы.

1. Какие клинические проявления заболевания могут быть у больной?

2. Какие методы топической диагностики опухоли паращитовидной железы вы знаете?

3. Укажите скрининг методы обследования больных для исключения патологии паращитовидных желез.

4. Показания к оперативному лечению?

5. Реабилитация, трудоспособность?

Эталон ответа.

1. Синдром поражения скелета: боли в костях и крупных суставах, деформация скелета, патологические переломы костные опухоли. Синдром уролитиаза: повторная почечная колика, двухсторонний уролитиаз, коралловидный уролитиаз. Кишечный синдром: ЖКБ, пептическая язва, панкреатит.

2. УЗИ шеи, КТ или МРТ шеи, сцинтиграфия ОЩЖ

3. Кальций, фосфор крови.

4. Аденома паращитовидных желез, первичная гиперплазия ОЩЖ. В послеоперационном периоде у всех больных развивается гипокальциемия и требует проведения заместительной терапии. Назначаются:

а) препараты кальция - хлористый кальций, или глюконат кальция, внутривенно или перорально.

б) Витамины Д.

в) Богатая кальцием диета - овощи (капуста, морковь, салат, редис), фрукты, ягоды (абрикосы, лимоны, клубника), молоко, сыр, сельдь. Ограничивают мясную пищу, кофе. УФО - при отсутствии ограничений.

5. Диспансерная группа 3.

№4

В приемный покой доставлен больной с жалобами на тошноту, неукротимую рвоту, жажду, боль в животе, боли в мышцах и суставах, высокую лихорадку, судороги. При осмотре спутанность сознания, АД - 90/60 мм рт. ст. Из анамнеза 3 месяца назад выявлен первичный гиперпаратиреоз и больной готовился к оперативному лечению. В анализе крови Са - 4.01 (при норме 2.2-2.5)

1. Чем может быть обусловлено тяжелое состояние больного?

2. Наиболее вероятный диагноз?

3. Какие методы дополнительного обследования необходимы?

4. Тактика ведения больной? Куда следует отправить больную для дальнейшего лечения, и каков план лечения?

5. Диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Высоким содержанием кальция в крови.

2. Первичный гиперпаратиреоз. Аденома паращитовидной железы. Гиперкальциемический криз.

3. Электролиты крови, общий и ионизированный кальций, белок крови, мочевины, креатинин, ЭКГ, рентгенография грудной клетки.

4. Экстренная паратиреоидэктомия при подтвержденном диагнозе. Если подтверждения диагноза нет консервативная терапия. В отделение реанимации. Консервативная терапия: Массивная инфузионная терапия (0,9% физиологический раствор до 3-х литров, водно-солевые (калий хлор, магния сульфат) и белковые заменители; форсированный диурез, ГКС, миокальцик.

5. Диспансерная группа 3.

№5

Больной 52 лет. Жалобы на боли в позвоночнике, костях, суставах, усиливающиеся при движении. В анамнезе переломы костей предплечья, голени, бедра. В настоящее время перелом проксимальной фаланги 2-го пальца правой кисти. В травмункте наложен гипс. Отправлен в поликлинику. При рентгенологическом исследовании кисти выявлены: субпериостальная резорбция дистальных фаланг кистей, рассасывание ногтевых бугристых, внутрикостные кисты, очаговые вздутия основных фаланг, перелом проксимальной фаланги 2-го пальца правой кисти без смещения.

1. Каким заболеванием может быть обусловлено такое состояние больного?

2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Тактика ведения больного?

4. Классификация гиперкальциемии? Какие варианты оперативного лечения возможны?

5. Диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Первичным гиперпаратиреозом.

2. ПТГ, общий и ионизированный кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови, УЗИ шеи.

3. При подтверждении ПГПТ - оперативное лечение, если данных за ПГПТ недостаточно - исключение онкологической патологии и повторное обследование через 6-12-месяца

4. Легкая кальций крови не выше 3 ммоль/л клинических симптомов нет, средней степени 3,0-3,5 развернутая клиника гиперкальциемии, тяжелая выше 3,5 ммоль/л - угроза развития гиперкальциемического криза. При аденоме ОЩЖ - удаление аденомы.

5. Диспансерная группа 3.

1. Тема: «Заболевания надпочечников».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- Классификация заболеваний надпочечников.
- Первичный гиперальдостеронизм. Клиника, диагностика, лечение.
- Феохромоцитома. Клиника, диагностика, лечение.
- Болезнь Иценко-Кушинга. Клиника, диагностика, лечение.
- Инцидентилома надпочечника. Клиника, диагностика, лечение.
- Андростерома. Клиника, диагностика, лечение.
- Кортикоэстрома. Клиника, диагностика, лечение.
- Глюкостерома. Клиника, диагностика, лечение.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. К ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) болезнь Паркинсона
- 2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга (БИК, СИК)
- 3) болезнь Коновалова-Вильсона
- 4) синдром Штейна-Левинталя
- 5) синдром Клайнфельтера

Правильный ответ: 2

2. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

- 1) гормонально-активные, гормонально-неактивные
- 2) множественные
- 3) впервые выявленные
- 4) активно растущие
- 5) комбинированные

Правильный ответ: 1

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) уровня паратгормона
- 2) уровня с-пептид
- 3) уровня ТТГ, Т3, Т4
- 4) количества кортизола, суточная экскреция 17-ОКС и свободного кортизола с мочой
- 5) уровень пролактина

Правильный ответ: 4

4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

- 1) сцинтиграфия скелета
- 2) ФГС
- 3) МРТ гипофиза, МРТ или КТ надпочечников

- 4) УЗИ сосудов почек
- 5) обзорной рентгенографии брюшной полости

Правильный ответ: 3

5. БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЭТО

- 1) аденома гипофиза
- 2) АКТГ-эктопированный синдром
- 3) кортикостерома
- 4) первичная микроузловая дисплазия коры надпочечников
- 5) первичная макроузловая гиперплазия коры надпочечников

Правильный ответ: 1

6. СИНДРОМУ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЭТО

- 1) аденома гипофиза
- 2) феохромоцитома
- 3) кортикостерома
- 4) альдостерома
- 5) андростерома

Правильный ответ: 3

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) центральное (туловищное) ожирение, розово-пурпурные стрии, гирсутизм
- 2) повышенная работоспособность, головная боль, нарушение половой функции
- 3) артериальная гипотензия, гиперостоз
- 4) олигоурия, гипогликемия
- 5) тетания (с-м Хвостека), парестезии, миопатия (миастения)

Правильный ответ: 1

8. МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) адреналэктомия справа
- 2) двухсторонняя адреналэктомия
- 3) рентгенотерапия
- 4) радиойодтерапия
- 5) эмболизация сосудов надпочечников

Правильный ответ: 1

9. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

- 1) артериальная гипертензия
- 2) отсутствие эффекта от консервативной терапии (облучение, медикаментозное лечение), быстрое прогрессирование заболевания, тяжелое течение
- 3) повышение кортизола крови более чем в два раза
- 4) выраженное ожирение
- 5) желание больного

Правильный ответ: 2

10. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА

- 1) хирургическое (адреналэктомия при кортикостероме, или удаление опухоли другой локализации)
- 2) медикаментозное (парлодел)
- 3) облучение гипофиза (гамма-терапия)
- 4) удаление аденомы гипофиза
- 5) тимэктомия

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Женщина 40 лет обратилась к хирургу поликлиники для прохождения медосмотра. Жалоб к хирургу не предъявляет. Жалуется на повышенную массу тела, повышение систолического АД - до 160 мм рт. ст., слабость, утомляемость, головную боль, нарушение половой функции. По этому поводу наблюдается у участкового терапевта и принимает гипотензивные препараты. При осмотре пациентка избыточного питания, с преимущественным отложением жировой ткани в области туловища и истончением конечностей. Лунообразное лицо с румянцем, выражены надключичные жировые подушки, на коже живота розово-пурпурные стрии, отмечается избыточное оволосение. АД - 150/90 мм рт. ст., по данным обследования - диффузный остеопороз, сахар крови - 7,2 ммоль/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Возможная лечебная тактика?
5. Реабилитация больной после лечения?

Эталон ответа.

1. Болезнь Иценко-Кушинга.
2. УЗИ надпочечников, МРТ надпочечников, гормоны крови.
3. Болезнь Иценко-Кушинга, Синдром Иценко-Кушинга.
4. Консервативная терапия. При неэффективности лечения оперативное вмешательство адреналэктомия.
5. Перевязки, ограничение физической нагрузки, физиолечение, заместительная терапия (преднизолон).

№2

К хирургу поликлиники обратился мужчина 40 лет для прохождения медосмотра. Пациент отправляется участковым терапевтом на санаторно-курортное лечение по поводу гипертонической болезни. Жалоб к хирургу не предъявляет. Жалуется на повышение артериального давления до 220/100 мм рт. ст. Повышенное давление не постоянно, повышается эпизодически и сопровождается сильной головной болью, повышенным потоотделением и

сердцебиением. Сейчас чувствует себя относительно хорошо. При глубокой пальпации живота состояние его внезапно ухудшилось: испуган, побледнел, резко заболела голова, появились боли в области сердца и живота, хотя живот остается мягким при пальпации. АД - 200/100 мм. рт. ст., Пульс - 110 уд. в мин.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие скрининг методы помогут в установке предварительного диагноза?

4. Хирургическая тактика?

5. Лечение в послеоперационном периоде, сроки нетрудоспособности?

Эталон ответа.

1. Феохромоцитома.

2. УЗИ надпочечников, МРТ надпочечников, гормоны крови.

3. Сахар крови и уровень лейкоцитов крови во время приступа подъема

АД.

4. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

5. Перевязки, ограничение физической нагрузки, физиолечение,

заместительная терапия (преднизолон). Временно нетрудоспособен до

65 дней.

№3

Больная 45 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу пупочной грыжи для планового оперативного лечения. Проходит предоперационное обследование. В анамнезе гипертоническая болезнь. АД - 150/100 мм рт. ст. 29 В анализах крови и мочи: К- 2,7; Na - 155; Cl -90; удельный вес мочи - 1005; pH мочи - 8,0.

1. Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи.

2. Какое заболевание следует исключить у данной больной?

3. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика?

5. Обоснуйте показания к оперативному лечению?

Эталон ответа.

1. Гипокалиемия, гипохлоремия, гипернатриемия, низкий удельный вес и щелочная реакция мочи.

2. Первичный гиперальдостеронизм, синдром Кона

3. УЗИ надпочечников, МРТ надпочечников, гормоны крови.

4. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

Возможна симультанная операция - Адреналэктомия, пластика грыжи.

5. Перевязки, ограничение физической нагрузки, физиолечение, заместительная терапия (преднизолон). Временно нетрудоспособна до 65 дней.

№4

На диспансеризации хирург осматривает женщину 39 лет. Жалоб не предъявляет. Телосложение мужского типа (широкие плечи, отсутствие

талии). Грубый голос. Избыточный рост волос на лице, ногах. Молочные железы не выражены.

1. Какое заболевание следует исключить у данной больной?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Лечебная тактика?
4. Показания к оперативному лечению?
5. Реабилитация и диспансеризация больной в послеоперационном периоде?

Эталон ответа.

1. Андростерома.
2. УЗИ надпочечников, МРТ надпочечников, гормоны крови.
3. Направление к эндокринологу или хирургу-эндокринологу.
4. Наличие гормонально-активной опухоли надпочечника.
5. Перевязки, ограничение физической нагрузки, физиолечение, заместительная терапия (преднизолон). Временно нетрудоспособна до 65 дней.

№5

Хирург осматривает юношу 18 лет, направленного на медосмотр из военкомата. Жалоб не предъявляет. Избыточная масса тела. Телосложение женского типа (узкие плечи, избыточное отложение жира в области бедер, ягодиц), на теле и лице отсутствует рост волос, высокий голос, увеличены обе молочные железы, гипотрофия яичек.

1. Какое заболевание следует исключить у данного пациента?
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Тактика хирурга.
4. Как лечить больного?
5. Реабилитация и диспансеризация больной в послеоперационном периоде?

Эталон ответа.

1. Кортикоэстерама.
2. УЗИ надпочечников, МРТ надпочечников, гормоны крови.
3. Направление к хирургу-эндокринологу
4. Лечение оперативное, так как имеется гормонально-активная опухоль надпочечника.
5. Перевязки, ограничение физической нагрузки, физиолечение, заместительная терапия (преднизолон). Временно нетрудоспособна до 65 дней.

1. Тема: «Абсцессы и гангрена легкого. Бронхоэктатическая болезнь».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

Цели обучения:

- общая:

Обучающийся должен обладать следующими общекультурными компетенциями:

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8)

Обучающийся должен обладать следующими профессиональными компетенциями:

общепрофессиональные:

способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность;(ПК-4)

способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5)

способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6)

способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9)

в профилактической деятельности:

способностью и готовностью применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (акушерско-гинекологический, педиатрический сельский врачебный участок) в целях

разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья мужчин и женщин (ПК-10)

в диагностической деятельности:

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17)

способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18)

в лечебной деятельности:

способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-20)

способностью и готовностью назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения (ПК-22)

в реабилитационной деятельности:

способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди взрослого населения и подростков при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма, определять показания к переводу пациентов в специализированные группы по занятиям физической культурой после перенесенных заболеваний (ПК-23)

способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии, использовать основные курортные факторы при лечении взрослого населения и подростков (ПК-24)

- в организационно-управленческой деятельности:

способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ПК-27)

- учебная:

обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики абсцесса и гангрены легкого. Клиническую картину заболеваний, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения абсцесса и гангрены легкого, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Алгоритм выполнения плевральной пункции и дренирования плевральной полости.

Этиологию, клиническую картину, обследование и методы лечения бронхоэктатической болезни.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного абсцессом и гангреной легких. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Оказать первую помощь. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику заболевания и диспансеризацию больных. Выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть: пониманием важности изучаемой темы в практической деятельности врача, важностью соблюдения правил биомедицинской этики и деонтологии, ответственностью за принятие решений.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. У БОЛЬНОГО ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ОСЛОЖНИЛСЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА?

- а. Комплексная интенсивная терапия.
- б. Пункция плевральной полости с аспирацией гноя.
- в. Срочное дренирование плевральной полости.
- г. Операция – резекция легкого с полостью абсцесса.
- д. Торакотомия с санацией плевральной полости.

Правильный ответ: в.

2. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО.

- а. Комплексная интенсивная терапия.

- б. Операция – пневмотомия.
- в. Дренирование полости абсцесса чрезторакально.
- г. Операция – резекция легкого.
- д. Операция – пульмонэктомия.

Правильный ответ: а.

3. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО.

- а. Легочное кровотечение.
- б. Экссудативный плеврит.
- в. Сепсис.
- г. Пиопневмоторакс.
- д. Флегмона грудной стенки.

Правильный ответ: г.

4. ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ПРОВОДИТСЯ:

- а. Гемостатическая терапия.
- б. Операция – пневмотомия с тампонадой полости абсцесса.
- в. Резекция 1-2х сегментов легкого.
- г. Лобэктомия.
- д. Пульмонэктомия.

Правильный ответ: д.

5. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Переохлаждение.
- б. Травма грудной клетки.
- в. Пневмония.
- г. Закупорка бронха опухолью или инородным телом.
- д. Аспирация желудочного содержимого в бронхиальное дерево.

Правильный ответ: д.

6. ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ЛЕЧИТСЯ:

- а. Амбулаторно.
- б. В дневном стационаре.
- в. В терапевтическом отделении.
- г. В специализированном пульмонологическом стационаре.
- д. В торакальном отделении.

Правильный ответ: д.

7. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО С ПОЛОСТЬЮ РАСПАДА И НАЛИЧИЕМ В НЕЙ СЕКВЕСТРА. ДИАГНОЗ?

- а. Туберкулез с распадом.
- б. Острый абсцесс легкого.
- в. Гангренозный абсцесс легкого.
- г. Гангрена легкого.
- д. Пиопневмоторакс.

Правильный ответ: в.

8. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ЛОБЭКТОМИИ ИЛИ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО:

- а. Нарастание гнойной интоксикации.
- б. Повторное кровотечение из абсцесса.
- в. Развитие гангрены легкого.
- г. Подозрение на полостную форму рака легкого.
- д. Все перечисленное.

Правильный ответ: д.

9. У БОЛЬНОГО ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ВСКРЫЛСЯ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ 4 ДНЯ НАЗАД. ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПОЛОСТЬ БЫЛА ДРЕНИРОВАНА. СОСТОЯНИЕ УЛУЧШИЛОСЬ, НО ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛОСЬ КРОВОХАРКАНИЕ, ПО ДРЕНАЖУ ТАКЖЕ ОТМЕЧЕНО ОТДЕЛЕНИЕ КРОВИ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА?

- а. Проводить гемостатическую терапию.
- б. Произвести тампонаду бронха.
- в. Немедленная радикальная операция на легком.
- г. Операция – тампонада плевральной полости.
- д. Эмболизация сосудов.

Правильный ответ: в.

10. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ БРОНХОЭКТАЗИЙ?

- а. Курение.
- б. Пневмония у ребенка до года.
- в. Хронический бронхит.
- г. Производственные вредности.
- д. Иммунодефицит, частые ОРЗ.

Правильный ответ: б.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

У больного, 39 лет, жалобы на кашель с мокротой, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39С, потливость, слабость. Заболел остро 10 дней назад, повысилась температура до 39С, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась скудная мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты заметно увеличилось, в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Принимал сульфаниламиды и аспирин. Состояние средней тяжести, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, дыхание здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100. АД 90/60. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л лейкоциты 14,0 формула - сдвиг влево. СОЭ 50 мм. При рентгеноскопии

грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 5 х 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

а. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

б. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

в. Наметьте план обследования больного и план лечения.

г. Каков прогноз заболевания?

д. Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности.

Эталон ответа.

а. Острый абсцесс легкого в нижней доле слева.

б. Дифференциальный диагноз нужно проводить с:

1. распадающимся раком легкого.

2. туберкулезной каверной.

3. нагноившейся кистой легкого.

в. Анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам, томография легких, бронхоскопия, динамическое рентгенологическое наблюдение на фоне антибактериальной терапии, неоднократно мокрота и промывные воды бронхов на КУМ и атипические клетки. Лечение: антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны; антибактериальные препараты – метрогил, амоксиклав и др.) внутривенно или внутробронхиально; диета богатая белками и витаминами; белковые гидрализаты, препараты кальция; постуральный дренаж.

г. Прогноз благоприятный при адекватном лечении.

д. Больной нетрудоспособен в течении 2-3 месяцев.

№2

У больного кашель с выделением гнойно-кровянистой мокроты, одышка, повышение температуры до 39С°. Заболел остро 5 дней назад. Объективно: состояние тяжелое, одышка (32 в минуту). В легких справа в задненижних отделах укорочение перкуторного звука, звонкие мелкопузырчатые влажные хрипы. На рентгенограмме затемнение справа соответственно нижней доле и несколько полостей с уровнем. Лейкоциты 18,2 в формуле – сдвиг влево.

а. Диагноз заболевания легких и его обоснование.

б. Вероятный возбудитель? Как его выявить?

в. Какое антибактериальное лечение показано, и какой метод лечения следует обсудить помимо антибиотиков?

г. Какой контроль следует проводить в процессе лечения?

д. Ориентировочные сроки лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

- а. Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония.
- б. Стафилококк; посев мокроты.
- в. Полусинтетические пенициллины 8-10 г в сутки, цефалоспорины. Антистафилококковая плазма, дезинтоксикационная терапия.

г. Рентгенологический контроль легких, общий анализ крови.

д. Сроки лечения до 2 месяцев.

№3

Больной 1 месяц назад перенес правостороннюю пневмонию с длительной высокой лихорадкой и последующим фебрилитетом. Беспокоит кашель с отделением 100-150 мл в сутки гнойной мокроты неприятного запаха. Голосовое дрожание в нижнем отделе справа усилено, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно - и среднепузырчатые хрипы.

а. Вероятная причина нагноительного синдрома?

б. Что может быть обнаружено на рентгенограмме легких?

в. Какой элемент в мокроте свидетельствует о распаде легочной ткани?

г. Какой метод лечения показан?

д. Каков прогноз при данном заболевании?

Эталон ответа.

а. Абсцесс правого легкого.

б. Полость с уровнем жидкости.

в. Эластические волокна.

г. Операция - пульмонэктомия.

д. Больному необходимо проходить МСЭК, инвалидность 2-3 группы.

№4

У больного с острым абсцессом верхней доли правого легкого – большое количество гнойной мокроты и легочное кровотечение до 250 мл. Кровотечение остановилось самостоятельно.

а. Дальнейшая тактика и ее обоснование.

б. Если Вы решили оперировать больного, каким должен быть объем операции?

в. Особенности общего обезболивания при операциях у больных с легочным кровотечением?

г. Перечислите гемостатики.

д. Прогноз по трудоспособности.

Эталон ответа.

а. Срочное оперативное вмешательство, так как кровотечение у больного с гнойным процессом в легком повторится вследствие расплавления кровяного сгустка в полости абсцесса.

б. Пульмонэктомия, так как резекция легкого при остром абсцессе невозможна.

в. Тампонада бронхов правого легкого и интубация односторонняя слева для избежания аспирации гноя здоровым легким.

г. Викасол, тромбин, аминокaproновая кислота, желатиноль, дицинон, этамзилат, размороженная плазма.

д. После пульмонэктомии больной нетрудоспособен в течении года, затем ограниченно трудоспособен.

№5

Мужчина в алкогольном опьянении проспал на улице, состояние тяжелое, откашливает до 200 мл зловонной мокроты.

а. Предположительный диагноз?

б. Какое исследование необходимо провести для постановки диагноза?

в. Какова лечебная тактика?

г. Какие осложнения заболевания возможны у больного?

д. Сроки нетрудоспособности?

Эталон ответа.

а. Гангренозный абсцесс легкого.

б. Рентгенография грудной клетки (прямая и боковая рентгенограмма).

в. Комплексная интенсивная терапия. Обязательно цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами и метрогилом.

г. Легочное кровотечение, пиопневмоторакс, сепсис, абсцесс мозга.

д. Нетрудоспособен до 3-4 месяцев, затем направить на МСЭК.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Показания и правила выполнения плевральной пункции.

2. Показания и правила выполнения торакоцентеза.

1. Тема: «Эмпиема плевры, пиопневмоторакс».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- общая:

Выпускник должен обладать следующими общекультурными компетенциями:

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8)

Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями:

общепрофессиональные:

способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4)

способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5)

способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6)

способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9)

в профилактической деятельности:

способностью и готовностью использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам (ПК-11)

в диагностической деятельности:

способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-15)

способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов (ПК-16)

способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний (ПК-17)

в лечебной деятельности:

способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК-19)

способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-20)

способностью и готовностью назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения (ПК-22)

в реабилитационной деятельности:

способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди взрослого населения и подростков при наиболее распространенных

патологических состояниях и повреждениях организма, определять показания к переводу пациентов в специализированные группы по занятиям физической культурой после перенесенных заболеваний (ПК-23)

- учебная цель:

обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики острого гнойного плеврита и эмпиемы плевры. Клиническую картину заболеваний, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Алгоритм выполнения плевральной пункции и дренирования плевральной полости. Реабилитацию больных после операций на легких и на плевре.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым гнойным плевритом и эмпиемой плевры. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Оказать первую помощь. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболевания. Выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть умениями по данной проблеме.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

11. ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ:

- а. Рака легкого.
- б. Мезотелиомы плевры.
- в. Острого бронхита.
- г. Плевропневмонии.
- д. Туберкулеза легких.

Правильный ответ: в

12. КАКОВА ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО ЭТИОЛОГИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ?

- а. Деструктивный процесс в легком.
- б. Злокачественные поражения плевры или легкого.
- в. Травма грудной клетки.
- г. Постпневмонический плеврит.
- д. Воспалительный процесс в легком на фоне капилляротоксикоза.

Правильный ответ: б

13. СМЕЩЕНИЮ СРЕДОСТЕНИЯ В ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ ВЫЯВЛЕННОЕ ПЕРКУТОРНО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ, СООТВЕТСТВУЕТ:

- а. Гипоплазия легкого.
- б. Ателектаз легкого.
- в. Скопление жидкости в плевральной полости.
- г. Тотальное воспаление легкого.
- д. Поликистоз легкого.

Правильный ответ: в.

14. ТИПИЧНАЯ ТОЧКА ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

- а. По средней подмышечной линии в 7 межреберье.
- б. По задней подмышечной линии в 7 межреберье.
- в. По паравертебральной линии в 7 межреберье.
- г. По лопаточной линии в 7 межреберье.
- д. По передней подмышечной линии в 7 межреберье.

Правильный ответ: б.

15. ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ СЧИТАЕТСЯ:

- а. Со второй недели.
- б. С четвертой недели.
- в. С шести недель.
- г. С восьми недель.
- д. С трех месяцев.

Правильный ответ: д.

16. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПЕРЕХОДА ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ В ХРОНИЧЕСКУЮ:

- а. Наличие большой полости изначально.
- б. Специфический процесс.
- в. Наличие широкого бронхиального свища.
- г. Неадекватная антибиотикотерапия.
- д. Несвоевременное удаление плеврального дренажа.

Правильный ответ: в.

17. ОСНОВНОЕ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ:

- а. Антибиотикотерапия.
- б. Пункция плевральной полости с аспирацией гноя и промыванием полости.
- в. Активное дренирование плевральной полости.
- г. Дезинтоксикационная терапия.
- д. Иммунотерапия.

Правильный ответ: в.

18. СРОКИ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ И ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ:

- а. 10 дней.
- б. 3 недели.
- в. 1 месяц.

г. 2 месяца.

д. Дренирование до полного расправления легкого и отсутствия отделяемого по дренажу.

Правильный ответ: д.

19. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ С НАЛИЧИЕМ НЕБОЛЬШОЙ ПОЛОСТИ БРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЕЕ:

а. Консервативная терапия.

б. Тампонада полости мышцей на ножке по Абражанову.

в. Торакопластика.

г. Декорткация легкого.

д. Тампонада полости по А. В. Вишневному.

Правильный ответ: в

20. ДИАГНОЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА ОСНОВЫВАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА ОСНОВАНИИ:

а. Клинической картине.

б. По рентгенологической картине.

в. На данных биопсии плевры.

г. По обнаружению микобактерий в плевральном экссудате.

д. На данных плевроскопии.

Правильный ответ: в.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

У больного, 45 лет, внезапно появилась лихорадка до 39С°, потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель. Положение больного в постели вынужденное, полусидячее, на правом боку. ЧД 28, дыхание поверхностное. Пульс 120. Отмечается некоторое выбухание и отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа. В этой области ослабленное дыхание, отсутствует голосовое дрожание, резкое притупление звука.

а. Ваш диагноз?

б. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?

в. План рекомендуемого Вами лечения?

г. Назовите наиболее эффективное сочетание антибактериальных средств для лечения гнойного процесса в легких и плевре?

д. Сроки нетрудоспособности при лечении гнойного плеврита?

Эталон ответа.

а. Острый гнойный плеврит (эмпиема плевры).

б. Рентгенографию в прямой и боковой проекции, плевральную пункцию.

в. Дренирование плевральной полости, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, переливание плазмы и других белковых препаратов.

г. Цефалоспорины в сочетании с гентамицином или амикацином.

д. До 3 месяцев при благоприятном течении.

№2

Больной, 20 лет, поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку, сухой кашель. После переохлаждения повысилась температура до 38С° и появились боли в грудной клетке. Боли вначале были очень сильными, затем уменьшились, но увеличилась одышка. Состояние тяжелое, одышка, число дыханий 32. Больной предпочитает сидячее положение. Левая половина грудной клетки выбухает, отстаёт в дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука от третьего ребра, дыхание здесь не проводится. Сердце – тоны приглушены. ЧСС 100. АД 100/65 мм. Рентгенография грудной клетки – слева интенсивное затемнение с косым уровнем, смещение органов средостения вправо. При плевральной пункции получено 900 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023 белок 4,8% проба Ривальта положительная. При микроскопии: основную массу составляют дегенеративно измененные нейтрофилы, единичные макрофаги и клетки мезотелия.

а. Определите характер плевральной жидкости.

б. Поставьте клинический диагноз.

в. Составьте план лечения.

г. Место дренирования плевральной полости?

д. Предполагаемые сроки нетрудоспособности?

Эталон ответа.

а. Полученная жидкость – гнойный экссудат (эмпиема плевры).

б. У больного левосторонний острый гнойный плеврит.

в. Показано лечение антибиотиками внутривенно, внутримышечно, оксигенотерапия. Дренаж плевральной полости по Бюлау, санация плевры. Дезинтоксикационная терапия.

г. 7-8 межреберье по задней подмышечной линии.

д. Около 3 месяцев.

№3

У больного 18 лет серозный плеврит, явных изменений в легочной ткани нет, повторные пункции без эффекта. Терапевт настаивает на переводе в хирургическое отделение и дренировании плевральной полости. Что предпринять?

а. В каком отделении продолжить лечение?

б. Показано ли дренирование плевральной полости?

в. Что необходимо сделать для уточнения причины плеврита?

г. Какова дальнейшая тактика лечения?

д. Сроки нетрудоспособности?

Эталон ответа.

а. Больного необходимо перевести в хирургическое (торакальное) отделение.

б. Дренажирование плевральной полости не показано из-за отсутствия нагноения экссудата.

в. Необходима торакотомия и биопсия плевры (большая вероятность специфического процесса).

г. При наличии специфического процесса (по биопсии) лечение противотуберкулезными препаратами в сочетании с пункциями плевральной полости.

д. При специфическом плеврите до года.

№4.

Больному 19 лет, болен около 3 месяцев. Бледен, пониженного питания, кашель сухой. В правой плевральной полости определяется экссудат, температура тела по вечерам субфебрильная.

а. Предполагаемый диагноз?

б. Какие исследования произвести?

в. Как окончательно подтвердить диагноз?

г. Где проводить лечение при подтверждении диагноза?

д. Сроки нетрудоспособности и на какой срок возможна выдача больничного листа?

Эталон ответа.

а. Туберкулез, осложненный плевритом.

б. Р-графия легких, томографию, КТ после аспирации экссудата, поиски КУМ в промывных водах бронхов, экссудата.

в. Биопсией плевры, если обследование не дало результата.

г. В тубдиспансере.

д. До года, б/л на этот срок.

№5

Больной перенес плеврит, несколько раз удаляли серозный экссудат. При тщательном обследовании причин плеврита не установлена. На момент обследования определяется только утолщенная плевра.

а. Предположительный диагноз?

б. Что предпринять для установления причин плеврита?

в. Какой доступ следует использовать?

г. Что является морфологическим доказательством диагноза?

д. Сроки нетрудоспособности больного?

Эталон ответа.

а. Туберкулез плевры.

б. Биопсию плевры.

в. Межреберный небольшой разрез над участком утолщенной плевры (намечается рентгенологически).

г. Нахождение в препарате гигантских клеток Пирогова-Ланганса.

д. 6-8 месяцев лечения у фтизиатра с выдачей б/листа на все время лечения.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выполнить плевральную пункцию.
2. Выполнить торакоцентез.

1. Тема: «Инородные тела пищевода, повреждения пищевода. Дивертикулы и опухоли пищевода».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

- общая: обучающийся должен обладать:

способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);

способностью и готовностью к анализу мировоззренческих, социально и лично значимых философских проблем, основных философских категорий, к самосовершенствованию (ОК-2);

способностью и готовностью анализировать экономические проблемы и общественные процессы, использовать методику расчета показателей экономической эффективности; знать рыночные механизмы хозяйствования, консолидирующие показатели, характеризующие степень развития экономики (ОК-4);

способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5);

способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).

Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями:

способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1);

способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4);

способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5);

способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастнo-половых групп (ПК-6);

способностью и готовностью применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, владеть техникой ухода за больными (ПК-7);

способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);

способностью и готовностью анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастнo-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности, провести диагностику физиологической беременности, участвовать в проведении судебно-медицинской экспертизы (ПК-18);

способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК-19);

способностью и готовностью осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний, в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке, проводить лечебно-эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации (ПК-21);

способностью и готовностью назначать и использовать медикаментозные средства, проводить мероприятия по соблюдению правил их хранения (ПК-22);

способностью и готовностью решать вопросы экспертизы трудоспособности (стойкой и временной) пациентов, оформлять соответствующую медицинскую документацию, определить необходимость направления больного на медико-социальную экспертизу, проводить

профилактику инвалидизации среди взрослого населения и подростков (ПК-30);

- учебная: обучающийся должен

Знать: клинику инородных тел пищевода.

- методы диагностики.

- методы эндоскопического и хирургического удаления инородных тел из пищевода.

- клинику повреждения пищевода и развивающегося медиастинита.

- методы лечения медиастинита.

- классификацию дивертикулов пищевода, клиническую картину и методы оперативного лечения.

- генез, клинику и методы лечения опухолей пищевода.

Уметь: собрать анамнез, определить предполагаемую причину дисфагии. При рентгеноскопии с контрастным веществом поставить правильный диагноз и направить больного в соответствующее лечебное учреждение: к лор-врачу, торакальному хирургу или онкологу в зависимости от выявленного заболевания.

Владеть: физикальными методами обследования больного, методом контрастного исследования пищевода.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА:

а. Боль за грудиной.

б. Дисфагия.

в. Кашель.

г. Саливация.

д. Рвота.

Эталон: б.

2. КАКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЕДСТАВЛЯЮТ НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ПИЩЕВОДА:

а. Крупного размера.

б. Суповые кости.

в. Рыбные кости.

г. Металлические инородные тела.

д. Инородные тела от мягких игрушек.

Эталон: в

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА:

а. Боль за грудиной.

б. Повышение температуры тела.

в. Появление эмфиземы на шее.

г. Кашель.

д. Непроходимость пищевода.

Эталон: в

4. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОБОДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ЕГО МОЖНО УШИТЬ:

- а. В любое время.
- б. В течение первых 12 часов.
- в. В течение суток от момента прободения.
- г. Ушивать прободение нецелесообразно.
- д. Ушивать не следует, необходимо установить эндопротез.

Эталон: б

5. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК МЕДИАСТИНИТА:

- а. Высокая температура.
- б. Боль за грудиной.
- в. Наличие плеврита.
- г. Перикардит.
- д. Специфических симптомов нет.

Эталон: д

6. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Эзофагоскопия.
- б. Контрастное рентгеновское исследование пищевода.
- в. УЗИ.
- г. МСКТ.
- д. Радионуклидное исследование.

Эталон: б.

7. ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- а. В области бифуркации трахеи.
- б. Над диафрагмой.
- в. В верхней трети пищевода.
- г. В глоточно-пищеводном переходе.
- д. В области кардии.

Эталон: г.

8. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ ПИЩЕВОДА СЛУЖАТ:

- а. Все дивертикулы подлежат оперативному лечению.
- б. Только пульсионные дивертикулы.
- в. Только тракционные дивертикулы.
- г. Дивертикулы с длительной задержкой контраста.
- д. Дивертикулы более 2 см в диаметре.

Эталон: г

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОПУХОЛЬ ПИЩЕВОДА:

- а. Полип.
- б. Лейомиома.
- в. Папиллома.
- г. Фиброма

д. Рабдомиома.

Эталон: б.

10. КАКИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПДЛЕЖАТ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ:

а. Практически все.

б. Только полипы и папилломы.

в. Лейомиомы и рабдомиомы.

г. Фибромы пищевода.

д. Доброкачественные опухоли пищевода можно не оперировать.

Эталон: а.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача № 1

У больного с 2-х суточным инородным телом в верхней трети пищевода шея увеличена в размерах, высокая температура, крепитация на шее.

а. Поставьте точный диагноз.

б. Возможна ли попытка удаления инородного тела через эзофагоскоп?

в. Если инородное тело неподвижно, что необходимо предпринять?

г. Доступ к пищеводу на шее?

д. Как кормить больного после оперативного удаления инородного тела?

Эталоны ответов:

а. Инородное тело пищевода длительной давности, осложненное глубокой флегмоной шеи.

б. Попытки удалить инородное тело через эзофагоскоп должна быть применена.

в. Оперативное лечение – удаление инородного тела эзофаготомией.

г. Доступ по Разумовскому.

д. Кормление через зонд или гастростому при длительном заболевании.

Задача № 2.

Больной жалуется на дисфагию, повышенную саливацию, чувство першения в горле, после начала еды на шее появляется опухоль, которая при надавливании исчезает, а больной чувствует возврат пищи в глотку.

а. Предположительный диагноз?

б. Как подтвердить диагноз?

в. Лечение данного заболевания?

г. Возможные осложнения заболевания?

д. Сроки нетрудоспособности больного при отказе от операции?

Эталоны ответов:

а. Шейный дивертикул Ценкера.

б. Контрастное рентгеновское исследование пищевода.

в. Лечение оперативное – резекция дивертикула.

г. Дивертикулит, перфорация дивертикула с флегмоной шеи или медиастинитом.

д. При отказе от операции – трудоспособен.

Задача № 3

Жалобы больного 40 лет на дисфагию, при рентгенологическом исследовании выявлен небольших размеров дивертикул пищевода без длительной задержки контрастной массы в нем?

- а. Наиболее вероятная этиология дивертикула?
- б. Дивертикул тракционный или пульсионный?
- в. Есть ли необходимость в оперативном лечении?
- г. Какое лечение необходимо назначить?
- д. Как решить вопрос о трудоспособности больного?

Эталоны ответов:

- а. Перенесенный ранее лимфаденит бифуркационных лимфоузлов.
- б. Дивертикул тракционный.
- в. Показаний к оперативному лечению дивертикула нет.
- г. После еды промыть пищевод $\frac{1}{2}$ -1,0 стаканом жидкости (минеральная, кипяченая вода, кофе, какао, чай).
- д. Больной вполне трудоспособен.

Задача № 4

У больного при ФЭГС обнаружен полип нижней трети пищевода на широком основании. Небольшая дисфагия.

- а. Какого характера опухоль найденная при ФЭГС?
- б. Необходима ли биопсия опухоли?
- в. С каким заболеванием следует дифференцировать данную опухоль?
- г. Необходимы ли лечебные мероприятия при данной опухоли?
- д. В чем они состоят?

Эталоны ответов:

- а. Опухоль исходит из слизистой оболочки пищевода и скорее всего доброкачественная.
- б. Биопсия опухоли обязательна.
- в. Данную опухоль следует дифференцировать с раком пищевода.
- г. Да, необходимы.
- д. Электрокоагуляция полипа через эзофагоскоп.

Задача № 5

Жалобы больного на дисфагию. При рентгенологическом исследовании в стенке пищевода обнаружена округлая, до 5 см, опухоль.

- а. Какие исследования уточнят диагноз?
- б. Какие данные при ФЭГС уточнят диагноз?
- в. Необходимо ли оперативное лечение?
- г. Какого характера операция показана при наличии такой опухоли?
- д. Имеются ли поражения слизистой при наличии данной опухоли?

Эталоны ответов:

- а. Лейолиома пищевода, уточнить на МСКТ и при эзофагоскопии.
- б. При ФЭГС обнаруживается неизменная слизистая пищевода на уровне опухоли.

в. Да, необходимо, так как опухоль растет, а возраст больного увеличивается.

г. Торакотомия, выделение опухоли из стенки пищевода.

д. Слизистая пищевода при лейомиоме неизменена.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

– уметь собрать анамнез у больного с дисфагией.

– целенаправленно произвести клинический осмотр.

– умение произвести контрастное исследование для уточнения диагноза.

– при наличии МСКТ уметь прочесть снимки.

– уметь заподозрить или поставить диагноз перфорации пищевода.

– знать алгоритм оказания помощи при рассматриваемых заболеваниях.

1. Тема: «Открытые, закрытые повреждения грудной клетки».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Механизм возникновения травм органов грудной клетки
2. Классификация травм
3. Какие осложнения возникают при повреждении органов грудной клетки
4. Хирургическая тактика при травмах органов грудной клетки
5. Какие виды травм подлежат консервативному лечению в условиях стационара, при правильной постановке диагноза
6. Какие инструментальные и аппаратные методы исследования обязательны при травмах органов грудной клетки
7. Функциональные возможности лапароскопии при травмах органов грудной клетки
8. Причины высокой летальности больных с травмами органов грудной клетки

4. Самоконтроль по тестовым заданиям темы.

1 МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ЕГО БЕСПОКОЯТ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ УШИБА, ОСОБЕННО ПРИ ДЫХАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ V-VII РЕБЕР СПРАВА ОТ ПЕРЕДНЕПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ – ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА. ПРИ ПЕРКУССИИ – ТИМПАНИТ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО – ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ОДЫШКИ И ТАХИКАРДИИ НЕТ. НЕКОТОРАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) посттравматическая пневмония справа;
- 2) перелом V-VII ребер справа;
- 3) контузия правого легкого;
- 4) перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс;
- 5) гематома грудной стенки в области V-VII ребер.

Правильный ответ: 4

2. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ В АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ 4-5 ЧАСОВ ПРОСПАЛ НА УЛИЦЕ. ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ У НЕГО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ – ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 39°C. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ВНЕЗАПНО ПРИ КАШЛЕ ОТОШЛО ОКОЛО 200 МЛ ГНОЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

- 1) бронхоэктатическая болезнь;
- 2) острый абсцесс легкого;
- 3) плеврит;
- 4) обострение хронического бронхита;
- 5) рак легкого с развитием пневмонита.

Правильный ответ: 1

3. У БОЛЬНОЙ С АБСЦЕССОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ОДЫШКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕНО КОЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ШИРОКИЙ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЖИДКОСТИ, РЕЗКОЕ СМЕЩЕНИЕ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ ВЛЕВО. ДИАГНОЗ?

- 1) эмпиема плевры;
- 2) бронхолегочная секвестрация;
- 3) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии;
- 4) напряженный спонтанный пневмоторакс;
- 5) пиопневмоторакс.

Правильный ответ: 5

4. БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БОЛЬНИЦУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО. НЕБОЛЬШОЙ ЦИАНОЗ ГУБ, ЭМФИЗЕМАТОЗНО РАСШИРЕНА ГРУДНАЯ КЛЕТКА, ИЗМЕНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК ПО ТИПУ "БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК", КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, РАССЕЯННЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КАКОМУ МЕТОДУ ОТДАДИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

- 1) бронхоскопия;
- 2) спирометрия;
- 3) бронхография;
- 4) томография;
- 5) рентгеноскопия грудной клетки.

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА ПОКАЗАНА:

- 1) пункция перикарда
- 2) переливание крони
- 3) мочегонные
- 4) гемостатическая терапия
- 5) антибиотики

Правильный ответ: 1

6. У БОЛЬНОГО 29 ЛЕТ, ГОТОВЯЩЕГОСЯ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА, ДЛЯ

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

- 1) антиагреганты;
 - 2) кортикостероиды;
 - 3) витамины группы В;
 - 4) ненаркотические анальгетики;
 - 5) седативные препараты. Выберите правильную комбинацию
- Правильный ответ: верно все

7. МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ (СКРЫТАЯ) ВЕНА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- 1) в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
 - 2) в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней
 - 3) между листками глубокой фасции на всем протяжении
 - 4) субфасциально
 - 5) между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней
- Правильный ответ: 2

8. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА:

- 1) Гальмана
 - 2) Шейниса
 - 3) Гаккенбруха
 - 4) Мейо-Претта
 - 5) Броди-Троянова-Тренделенбурга
- Правильный ответ: 4

9. ДЛЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) гиперемия кожи бедра в области прохождения вен
 - 2) отек стопы и голени
 - 3) распирающие боли в бедре
 - 4) увеличение объема бедра и голени
 - 5) цианотичность кожи бедра
- Правильный ответ: 1

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) облитерирующий тромбангит
- 2) облитерирующий атеросклероз
- 3) пункция и катетеризация артерий

4) экстравазальная компрессия артерий

5) полицитемия

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1

У больного с ножевым ранением в грудную клетку в окружности раны имеется подкожная эмфизема, гемопневмоторакса не выявляется

1. Является ли рана проникающей?

2. Как вы пришли к такому выводу?

4. Что предпринять тактически?

5. Каковы сроки нетрудоспособности после данного ранения?

Эталон ответа:

1. Да, является.

2. Подкожная эмфизема является признаком проникающего ранения грудной клетки.

3. Необходимо ПХО раны.

5. Больной нетрудоспособен на период заживления раны. При заживлении раны первичным натяжением этот срок равен 2 неделям, при нагноении раны этот срок может увеличиться до месяца.

Задача №2

У больного с ножевым ранением грудной клетки и закрытым пневмотораксом при плевральной пункции не удается достигнуть герметизма.

1. Чем объясняется отсутствие герметизма при пункции?

2. Надо ли дренировать плевральную полость и является ли это основным методом лечения?

3. Имеются ли показания к операции торакотомии?

4. Какие особенности интубационного наркоза во время операции при ранении легочной ткани.

5. Сроки реабилитации после лечения данного ранения?

Эталон ответа:

1. Отсутствие герметизма при пункции плевральной полости объясняется наличием раны легочной ткани, пропускающей воздух.

2. Плевральную полость необходимо дренировать, но дренаж не основной метод лечения.

3. У больного аэроэстатические показания к торакотомии, необходима герметизация легкого, без чего легкое не расправится.

4. При даче интубационного наркоза у больного с повреждением легочной ткани существует опасность нагнетания воздуха в плевральную полость с возникновением напряженного пневмоторакса и даже смерти больного. Перед наркозом необходимо установить плевральный дренаж.

5. Сроки реабилитации при ранении грудной клетки с повреждением легкого при адекватном лечении составляют 1,5-2 месяца.

Задача №3

Хирург произвел ушивание открытого пневмоторакса у раненого. Состояние больного после этого ухудшилось, нарастает одышка, дыхательная недостаточность, а вокруг ушитой раны появилась подкожная эмфизема.

1. Тактически правильно ли поступил хирург?
2. Почему наступило ухудшение состояния больного?
3. Неотложная помощь?
4. Что необходимо предпринять радикально?
5. Каковы сроки нетрудоспособности данного больного при правильном лечении?

Эталон ответа:

1. Перевод открытого пневмоторакса в закрытый тактически правилен.
2. У больного вследствие ранения образовался клапан из легочной ткани. До ушивания раны воздух выходил наружу, после ушивания раны возник напряженный пневмоторакс, с чем и связано ухудшение состояния больного.

3. Немедленно снять часть швов с раны, развести ее и установить в плевральную полость дренаж.

4. Торакотомия, герметизация легкого и его расправление.

5. Сроки нетрудоспособности и реабилитации при таком ранении составляют 1,5 - 2 месяца в зависимости от условий труда.

Задача №4

У раненого в грудную клетку затемнен правый гемиторакс, средостение смещено влево, перкуторно тупость и дыхание не проводится, при плевральной пункции получено небольшое количество крови.

1. Как Вы сформируете диагноз?
2. Чем объяснить имеющееся состояние?
3. Консервативные методы лечения?
4. Показано ли оперативное лечение, и какое конкретно?
5. Каковы сроки реабилитации больного при таком ранении?

Эталон ответа:

1. Приникающее ранение в правую половину грудной клетки, свернувшийся гемоторакс.

2. Поступление крови в плевральную полость в большом количестве, что привело к формированию большого сгустка в плевральной полости.

3. Консервативная терапия малоэффективна .

4. Показана торакотомия, удаление свернувшегося гемоторакса, только в 1 сут. возможно это сделать эндоскопически.

5. Сроки реабилитации не должны превышать 2 месяцев.

Задача №5

У раненого в грудную клетку рентгенологически небольшой гемоторакс слева. После ранения 1 час, состояние удовлетворительное.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие диагностические мероприятия следует произвести?

3. Имеются ли показания к торакотомии?
4. Каков комплекс лечебных мероприятий для раненого?
5. Оптимальные сроки реабилитации при данном ранении?

Эталон ответа:

1. Проникающее ранение в грудную клетку, малый гемоторакс.
2. Плевральная пункция с проведением пробы на продолжающееся кровотечение (проба Рувилуа - Грегуара).
3. При отрицательной пробе Рувилуа-Грегуара показаний к торакотомии нет.
4. ПХО раны грудной стенки, аспирация крови из плевральной полости, обезболивающие средства (кетонал), антибиотикотерапия (цефалоспорины).
5. Оптимальные сроки реабилитации - 1 месяц.

6. Перечень практических умений:

- Уметь тщательно собрать жалобы, выделив из них главные и второстепенные, собрать историю заболевания и жизни, выявить по системам объективные данные, выделив отдельно данные локального статуса, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить план обследования и лечения, сформулировать клинический диагноз, показания и противопоказания к хирургическому лечению, определить предполагаемый объем оперативного вмешательства.
- Уметь в процессе коллективного разбора больных, докладывать, согласно схемы истории болезни, все полученные данные.
- Уметь анализировать полученные данные, проводить дифференциальную диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема: «Сочетанная торакоабдоминальная травма».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3.Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

49.Этиология и патогенез сочетанной торакоабдоминальной травмы.

50.Классификация сочетанной торакоабдоминальной травмы.

51.Клиническая картина сочетанной торакоабдоминальной травмы.

52.Диагностические мероприятия при сочетанной торакоабдоминальной травме.

53.Основные принципы хирургического лечения сочетанной торакоабдоминальной травмы.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. У БОЛЬНОГО С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПНЕВТОТОРАКС, ЕМУ ПОКАЗАНА:

1. Необходима торакотомия, ушивание легкого

2. Наблюдение, пневмоторакс разрешится самостоятельно

3. Плевральная пункция, аспирация воздуха

4. Дренирование плевральной полости, дренаж по Бюлау-Петрову.

5. Дренирование плевральной полости, а затем произвести торакотомию

Правильный ответ: 4

2. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМТОРАКСЕ СО СТОРОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. Отставание в акте дыхания

2. Влажные хрипы

3. Притупление перкуторного звука

4. Бронхиальное дыхание

5. Четко прослушиваются дыхательные шумы

Правильный ответ: 3

3. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ СВЕРНУШЕГОСЯ ПНЕВМТОРАКСА:

1. Не ясна

2. Повышенная свертываемость крови

3. Поступлением в плевральную полость одновременно большого количества крови.

4. Отсутствие плазима – фибринолитического фермента, выделяемого плеврой

5. Сочетание 3-х вышеперечисленных факторов

Правильный ответ: 3

4. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ С ОТКРЫТЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ СОСТОИТ:

1. В переводе открытого пневмоторакса в закрытый
2. ПХО раны и дренирование плевральной полости
3. ПХО раны и пункция плевральной области
4. ПХО раны
5. Торакотомия, ушивание или резекция легочной ткани.

Правильный ответ: 5

5. ГЛАВНЫЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЛЕВРОПУЛЬМОНАЛЬНОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Кровопотеря
2. Болевой фактор (раздражение рецепторов плевры)
3. Флотация средостения
4. Вентиляционная недостаточность.
5. Все факторы равны

Правильный ответ: 4

6. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. Лапароцентез с «шарящим» катетером
2. Рентгенография брюшной полости
3. Ирригоскопия
4. ФГС
5. Экскреторная урография

Правильный ответ: 1

7. ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ ПО АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕ ВЫДЕЛЯЮТ РАНЕНИЯ:

1. Магистральных кровеносных сосудов
2. Головы
3. Шеи
4. Груды
5. Живота

Правильный ответ: 1

8. ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОМ РАНЕНИИ ПОКАЗАНО:

1. Только торакотомия
2. Только лапаротомия
3. Торакотомия и лапаротомия
4. Обязательно лапаротомия, торакотомия по показаниям.
5. Торакотомия, лапаротомия

Правильный ответ: 4

9. БОЛЬНЫМ С БЫТОВОЙ ТРАВМОЙ:

1. Выдается справка о бытовой травме
2. Выдается справка на 5 дней, затем больничный лист
3. С первого дня и на все время болезни выдается больничный лист.
4. Больничный лист сроком до 1 месяца
5. Больничный лист сроком до 2-х месяцев

Правильный ответ: 3

10. ПОСЛЕ ТОРАКОТОМИИ, УШИВАНИЯ РАНЫ ЛЕГКОГО БОЛЬНОЙ НЕТРУДОСПОСОБЕН:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 4 месяца
5. До полугода

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

№1

Мужчина 66 лет доставлен через час после ножевого ранения в грудную клетку (левая половина). Жалуется на боли в левой половине грудной клетки и живота. Бледен, лицо покрыто холодным потом, ослабление дыхания, одышка. Пульс 120 в мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный. ЧДД 32 в минуту. В левой половине грудной клетки отмечается притупление перкуторного звука и во всех отделах. Слева по боковому каналу определяется притупление перкуторного звука. Слева в 9 межреберье по передне-подмышечной линии рана 4*1,5 см, с ровными краями, умеренно кровоточащая.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие лабораторно-инструментальные исследования и в каком порядке следует выполнить?

3. Что ожидаете получить при дополнительных исследованиях?

4. Какова будет ваша тактика и от чего она будет зависеть?

5. Сроки выписки из стационара?

Эталоны ответов:

1. Сочетанное торакоабдоминальное ранение. Гемопневмоторакс. Внутрибрюшное, внутригрудное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,5).

2. Необходимо клинический анализ крови, общий анализ мочи, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. В анализах крови ожидается снижение гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов (острая анемия). На рентгенограмме пневмо- и

гемоторакс. При диагностическом лапароцентезе получим кровь из брюшной полости, при лапароскопии выявим повреждение диафрагмы, органов брюшной полости, кровь в брюшной полости.

4. Тактика зависит от преобладания повреждений той или иной полости. Оперативное лечение – торакотомия или лапаротомия, либо тораколапаротомия (менее предпочтительна).

5. При повреждении внутренних органов (если нет послеоперационных осложнений) больные могут быть выписаны на 14-15-е сутки.

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Дальнейшая тактика?
4. Принципы оперативного пособия?
5. Сроки реабилитации?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Нельзя исключить и повреждение полого органа. Ушиб грудной клетки.

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному (при отсутствии повреждений полого органа). Ревизия органов брюшной полости, установление источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Промыть брюшную полость теплым водным раствором хлоргексидина. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства. Ушивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

5. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

№3

Мужчина 45 лет поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеютсяссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 130 г/л, Нт – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

3. При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу. Дальнейшая хирургическая тактика?

4. При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки. Объем операции?

5. Классификация повреждений селезенки.

Эталоны ответов:

1. Сочетанная торакоабдоминальная травма: закрытая тупая травма груди и живота, внутрибрюшное кровотечение. Шок I степени (индекс Альговера 1,0). Перелом X ребра слева.

2. ЭКГ, обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, диагностический лапароцентез и лапароскопия.

3. Переход на лапаротомию, ревизия органов брюшной полости (поиск источника кровотечения) и диафрагмы (поиск разрывов).

4. Спленэктомия. Операцию необходимо закончить дренированием левого поддиафрагмального пространства.

5. Одно- и двухмоментные. Открытые (огнестрельные, резаные, колотые). Одиночные, множественные. Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, размозжение, отрыв части органа, отрыв от ножки.

Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, одиночный разрыв, множественные повреждения, размозжение, отрыв части органа, отрыв селезенки от ножки.

№4

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота и грудной клетки, одышку, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, выросла одышка, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 120 уд. в минуту. ЧДД 28 в мин. При перкуссии грудной клетка справа в нижних отделах имеется притупление, при аускультации дыхание в нижних отделах справа отсутствует. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5х10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха. На рентгенограмме грудной клетки гемоторакс справа.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Сочетанная торакоабдоминальная травма. Тупая травма живота: разрыв полого органа брюшной полости. Разлитой перитонит. Тупая травма грудной клетки: гемоторакс справа. Шок II степени (индекс Альговера 1,2).

2. ЭКГ, диагностический лапароцентез и лапароскопия.

3. Дренирование плевральной полости, лапаротомия, ревизия органов брюшной полости и диафрагмы, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

№5

В хирургическое отделение доставлен больной Р., 34 лет, с места автодорожного происшествия. С момента получения травмы прошло около 2 часов.

При поступлении состояние тяжелое, в сознании, адекватен. Жалуется на боли в груди слева и животе, затрудненное дыхание, общую слабость. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. На коже живота, грудной стенке слева, в поясничной области имеются ссадины, кровоподтеки. Пульс — 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД-80/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание затруднено из-за болей в груди слева. При пальпации грудной стенки слева определяется резкая локальная болезненность на уровне 8-9 ребер по средней подмышечной линии. При аускультации — дыхание ослабленное.

Язык подсушен, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен. Слева в поясничной области имеется кровоподтек, небольшая отечность тканей. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, нерезко выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Аускультативно — перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Симптом Пастернацкого положительный слева. Дизурических расстройств нет, моча красного цвета. При пальцевом ректальном исследовании патологии не выявлено, на перчатке следы кала обычного цвета.

- Анализ крови: Эр.-2,6 Тл, Нв-66,0 гл, лейкоцитов-7,810⁹л, э.-1, пя-12; ся-62; лимф.-19, мон.-2, СОЭ-17 ммч.

- Анализ мочи: эритроциты — сплошь в поле зрения.

- Билирубин крови: 18 мкмольл.

- Глюкоза крови: 10,8 ммольл.

- При обзорной рентгенографии живота и грудной клетки свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено, имеется перелом 8-9 ребер слева.

- Осмотрен урологом. Заключение: ушиб левой почки, не исключается ее повреждение. Рекомендовано дообследование, наблюдение.

- ЭКГ: Нормальное положение электрической оси сердца. Синусовая тахикардия, 120 в минуту. Высокий зубец Т в грудных отведениях.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования следует использовать для уточнения характера повреждения брюшной полости и грудной клетки?

3. Дальнейшая тактика?

4. Во время операции — в брюшной полости обнаружено большое количество крови со сгустками, имеются множественные разрывы селезенки. Каковы Ваши дальнейшие действия?

5. Имеются ли показания для переливания эритроцитарной массы

Эталоны ответов:

1. Сочетанная торакоабдоминальная травма: закрытая тупая травма груди и живота, внутрибрюшное кровотечение. Травма почки. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Перелом 8-9 ребер слева.

2. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, экскреторная урография, катетеризация мочевого пузыря, КТ правой почки, диагностический лапароцентез и лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Выполнить спленэктомию, дренирование левого поддиафрагмального пространства.

5. Острая анемия (кровотечение), тяжелой степени является показанием для переливания одногруппной эритроцитарной массы.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.

2. Выполнить дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

3. Выполнить дренирование плевральной полости.

4. Выполнить лапароцентез.

5. Составить план лабораторного и инструментального обследований при сочетанной торакоабдоминальной травме.

6. Провести дифференциальную диагностику сочетанной торакоабдоминальной травмы.

7. Составить план оперативного лечения при сочетанной торакоабдоминальной травме.

8. Выставить показания для релапаротомии при сочетанной торакоабдоминальной травме.

1. Тема: «Дневной стационар. Ведение послеоперационных больных. Ведение больных после травм. Диспансерная группа хирургических больных».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Профилактика послеоперационных осложнений.

2. Лечение послеоперационных осложнений.

3. Что такое пролежни?

4. Дайте классификацию средств для парентерального питания.

5. Перечислите основные показания к парентеральному питанию в послеоперационном периоде.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. К развитию почечной недостаточности у больных в послеоперационном периоде приводит:

1. -острый бронхит

2. -тромбоз

3. -механическая желтуха

4. -пиелонефрит

5. -пневмония

Правильный ответ - 3

2. К развитию сердечно-сосудистой недостаточности у больных в послеоперационном периоде приводит:

1. -острый бронхит

2. -инфаркт миокарда

3. -механическая желтуха

4. -пиелонефрит

5. -пневмония

Правильный ответ - 2

3. Со стороны операционной раны в послеоперационном периоде возможно развитие:

1. -тромбоза

2. -нагноения

3. -пневмонии

4. -инфаркт миокарда

5. -сепсиса

Правильный ответ - 1

4. Расхождение швов послеоперационной раны называется:

1. -инфильтрат

2. -нагноение

3. -гематома

4. -эвентрация

5. -сепсис

Правильный ответ - 4

5. Профилактика тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде:

1. -использование дезагрегантов
2. -дыхательная гимнастика
3. -применение отхаркивающих средств
4. -дренирование желудка
5. -введение газоотводной трубки

Правильный ответ - 1

6. Профилактика осложнений со стороны ССС в раннем послеоперационном периоде:

1. -антибиотикотерпия
2. -дыхательная гимнастика
3. -обеспечение стабильной гемодинамики
4. -дренирование желудка
5. -введение газоотводящей трубки

Правильный ответ - 3

7. Профилактика осложнений со стороны дыхательной системы в раннем послеоперационном периоде:

1. -применение антикоагулянтов
2. -дыхательная гимнастика
3. -обеспечение стабильной гемодинамики
4. -дренирование желудка
5. -введение газоотводной трубки

Правильный ответ - 2

8. Профилактика осложнений со стороны органов пищеварения в раннем послеоперационном периоде:

1. -применение антикоагулянтов
2. -дыхательная гимнастика
3. -обеспечение стабильной гемодинамики
4. -дренирование желудка
5. -использование дезагрегантов

Правильный ответ - 4

9. Профилактика динамической кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде:

1. -применение антикоагулянтов
2. -дыхательная гимнастика
3. -обеспечение стабильной гемодинамики
4. -введение средств стимуляции моторики
5. -использование дезагрегантов

Правильный ответ - 4

10. Профилактика осложнений со стороны мочевыделительной системы в раннем послеоперационном периоде:

1. -применение анальгетиков
2. -дыхательная гимнастика

3. -обеспечение стабильной гемодинамики
4. -дренирование желудка
5. -использование дезагрегантов

Правильный ответ - 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№ 1.

В хирургическое отделение на оперативное лечение поступил больной Н.70 лет с диагнозом: Липома правой подлопаточной области. В день поступления у больного появились боли в области сердца. Дежурным врачом проведена ЭКГ, вызван кардиолог. Диагностирована стенокардия, рекомендовано лечение в течение 8-10 дней. Хирург решил кардиальную терапию провести в условиях хирургического отделения.

1. Определите показания к проведению операции.
2. Назовите предполагаемый объем оперативного вмешательства.
3. Назовите предполагаемый вид обезболивания.
4. Определите противопоказания к проведению оперативного вмешательства.
5. Определите правильность действий хирурга.

Ответ на задачу:

1. Показания к проведению операции относительные, планируется плановая операция.
2. Объем оперативного вмешательства: удаление липомы. По классификации операция: лечебная, радикальна, асептическая, одномоментная, типичная.
3. Вид обезболивания: местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому. Этапы: создание «лимонной корочки», анестезия подкожно-жировой клетчатки, дополнительное введение анестетика во время оперативного пособия.
4. Противопоказания абсолютные (острая патология сердечно-сосудистой системы).
5. Решение хирурга неправильное. Больного следует перевести для лечения в кардиологическое отделение и провести курс лечения, а затем выписать домой. Спустя не ранее одного месяца и при отсутствии противопоказаний выполнить операцию.

№ 2.

Больной С. 43 года поступил в хирургическое отделение с диагнозом: Правосторонняя паховая грыжа. Предоперационное обследование пройдено в условиях поликлиники. С целью подготовки операционного поля больному с паховой грыжей дежурная медсестра побрила волосы вечером накануне операции.

1. Определите показания к проведению операции.
2. Назовите планируемый объем оперативного вмешательства.
3. Определите вид анестезии.

4. Назовите этапы предоперационного периода.
5. Определите правильность действий операционной сестры.

Ответ на задачу:

1. Показания к проведению операции относительные, планируется плановая операция.
2. Объем оперативного вмешательства: грыжесечение. По классификации операция: лечебная, радикальна, асептическая, одномоментная, типичная.
3. Вид обезболивания: местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому.
4. Диагностический этап (определение показаний к оперативному вмешательству, выявление сопутствующей патологии), подготовительный этап (психологическая подготовка, общесоматическая и специальная).
5. Бритье волос в области предполагаемого оперативного доступа проводится непосредственно перед операцией (с целью профилактики возможного инфицирования микропорезов)

№ 3.

Больная Ц. 56 лет поступила в онкологический стационар с диагнозом: рак левой молочной железы. После предоперационной подготовки проведена операция: радикальная мастэктомия и удаление яичников для изменения гормонального фона.

1. Дайте определение хирургической операции.
2. Назовите основные этапы лечения хирургического больного.
3. Назовите этапы проведения хирургической операции.
4. Определите вид обезболивания.
5. Как называются такие операции

Ответ на задачу:

1. Хирургическая операция – это комплекс механических воздействий на ткани или органы человека, проводимое врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемое с помощью различных способов разъединения и соединения тканей.
2. Предоперационная подготовка, хирургическая операция, лечение в послеоперационном периоде.
3. Оперативный доступ, оперативный прием, завершение операции.
4. Общая анестезия – современный комбинированный эндотрахеальный наркоз.
5. Такие операции называются комбинированными, при которых с целью лечения одного заболевания оперативные вмешательства проводят на нескольких органах.

№ 4.

Больной М., 58 лет поступил в хирургическое отделение с диагнозом: рак желудка. Произведено удаление на гистологическое исследования лимфатического узла в левой надключичной области.

1. К какому виду оперативного вмешательства относится данное

пособие.

2. Назовите вид биопсии?
3. Назовите вид обезболивания при проведении биопсии.
4. Дайте определение хирургической операции.
5. Назовите этапы проведения хирургической операции.

Ответ на задачу:

1. Диагностическое оперативное вмешательство.
2. Эксцизионная биопсия (на биопсию взят весь узел).
3. Местная инфильтрационная анестезия.
4. Хирургическая операция – это комплекс механических воздействий на ткани или органы человека, проводимое врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемое с помощью различных способов разъединения и соединения тканей.
5. Оперативный доступ, оперативный прием, завершение операции.

№ 5.

Больная А. 45 лет была прооперированна с диагнозом: рак матки. Выполнено: экстирпация матки. На седьмые сутки послеоперационного периода внезапно появилась отдышка, синюшность лица и плечевого пояса, боли за грудиной. Больная потеряла сознание. Дыхание частое, поверхностное.

1. Какое осложнение развилось у больной?
2. Алгоритм интенсивной терапии.
3. Профилактика данного осложнения.
4. Назовите основную цель послеоперационного периода.
5. Назовите фазы послеоперационного периода.

Ответ на задачу:

1. Тромбоэмболия легочной артерии. 2. Показан тромболизис (активация фибринолитической активности крови за счёт перевода пламиногена в его активную форму — плазмин.) Препараты - актилизе, урокиназа, стрептокиназа, фибринолизин.

3. Профилактика – учет факторов риска ТЭЛА, использование антикоагулянтов, контроль коагулограммы.

4. Способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждать, своевременно выявлять и бороться с возникающими осложнениями.

5. Катаболическая, фаза обратного развития, анаболическая фаза.

6. Перечень практических умений.

1. оценивать жалобы больного, выявляя данные за осложненное течение раневого процесса (усиление болей, появление признаков воспаления, развитие общей реакции организма в виде озноба, повышения температуры тела и др.);

2. подробно собирать анамнез заболевания, обращая особое внимание

3. на этиологические и патогенетические моменты образования раны, фоновые условия (стресс, алкогольная, медикаментозная, наркотическая интоксикация, насильственные действия и др.);

4. Уметь оценивать состояние больного в раннем послеоперационном периоде.

5. Снять хирургические швы.

6. Составить план ведения больного.

1. Тема: «Общие принципы лечения ран. Методы хирургического лечения гнойных ран».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

9. Рана и раневой процесс: определение.

10. Классификация ран.

11. Первичная хирургическая обработка раны.

12. Этапы заживления чистых ран.

13. Тактика ведения чистых ран.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме:

- 1) Наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
- 2) Проникновения нескольких видов микробов-синергистов
- 3) Дефектов кожи или слизистых
- 4) Наличия в зоне травмы размозженных тканей
- 5) Проникновения микробов повышенной вирулентности

Правильный ответ 1

2. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме:

- 1) Артериальной гиперемии
- 2) Венозного стаза
- 3) Появления болей
- 4) Местного повышения температуры
- 5) Потери чувствительности

Правильный ответ 5

3. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка:

- 1) В первые 6 часов после травмы
- 2) Спустя 12 часов после травмы
- 3) До 18 часов после травмы
- 4) Через 24-36 часов после травмы

Правильный ответ 1

4. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период:

- 1) Спустя 6 часов после травмы
- 2) До 18 часов после травмы
- 3) 18-24 часа после травмы
- 4) 24-48 часов после травмы

5) Спустя 48 часов после травмы

Правильный ответ 4

5. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки:

- 1) 18-24 часа после травмы
- 2) 24-36 часов после травмы
- 3) 36-48 часов после травмы
- 4) 48-72 часа после травмы
- 5) Позже 72 часов после травмы

Правильный ответ 1

6. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является:

- 1) Недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны
- 2) Недостаточное антимикробное воздействие на рану
- 3) Невозможность ограничить распространение гнойной инфекции
- 4) Длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения

Правильный ответ 4

7. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование:

- 1) Грамотрицательной микрофлоры
- 2) Грамположительной микрофлоры
- 3) Смешанной инфекции

Правильный ответ 3

8. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки:

- 1) Первичных швов
- 2) Вторичных швов
- 3) Существенной разницы не определяется
- 4) Предоставить ране возможность вторичного натяжения

Правильный ответ 2

9. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно:

- 1) В первой фазе заживления
- 2) Во второй фазе заживления
- 3) В третьей фазе заживления
- 4) В любой из перечисленных

Правильный ответ 1

10. Заживление раны вторичным натяжением - это:

- 1) Заживление через нагноение
- 2) Заживление через грануляции
- 3) Заживление по струпом
- 4) Всё перечисленное

Правильный ответ 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

На приеме у хирурга пациент, 32 лет, заболел 4 суток назад после приема

обильной жирной пищи. Появились боли в надчревьe с иррадиацией в правое плечо и шею. Боли сильные, постоянные. Трижды была рвота желчью, не приносящая облегчения. Язык суховат. Склеры иктеричны. Пульс -100. Температура 38,3 С. Живот при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, где определяется грушевидное выпячивание у края прямой мышцы в правом подреберье определяется положительный симптом Щеткина - Блюмберга. В последние сутки у больного отмечается гектическая лихорадка с подъемом температуры

до 39

С. В развернутом анализе крови - лейкоцитоз - $22,4 \times 10^9$, сдвиг формулы

лейкоцитарной формулы влево. Концентрация прокальцитонина в плазме

крови (PCT) - 2,5 нг/мл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика врача?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Острый деструктивный холецистит, паравезикальный абсцесс, абдоминальный сепсис.

2. КТ брюшной полости, УЗИ брюшной полости.191

3. Необходима срочная госпитализация в хирургический стационар.

Транспортировка лежа, с сопровождающим. Введение обезболивающих

запрещается. Больной нуждается в экстренной операции.

4. Под эндотрахеальным наркозом лапаротомия, холецистэктомия, при наличии холангита - дренирование холедоха; дренирование брюшной полости.

5. Прогноз для жизни сомнительный.

№2

Больной Н., 34 лет поступил с хирургическое отделение с клиникой флегмоны правого бедра. При поступлении состояние больного

тяжелое, АД

- 110/70 мм рт. ст., пульс - 110 уд. в мин., температура тела 39 С. В развернутом анализе крови лейкоцитоз - 26×10^9 , СОЭ - 50 мм/ч. Концентрация прокальцитонина в плазме крови (PCT) - 2,9 нг/мл.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Хирургическая тактика?
3. Какой антибиотик нужно назначить больному в качестве стартовой терапии?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Прогноз, реабилитация?

Эталоны ответов.

1. Сепсис.
2. Операция - вскрытие, санация, дренирование флегмоны.
3. Антибиотик группа карбапенемов со сменой после получения

результатов

микробиологического исследования.

4. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ.
5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Диспансерная группа 2.

№3

Больной 19 лет, оперирован 6 дней назад по поводу деструктивного аппендицита с подпеченочным расположением червеобразного отростка.

Жалуется на сухой кашель, боли в правом боку, затруднение дыхания,

высокую температуру. Состояние больного тяжелое. Одышка в покое.

Печень выходит из-под реберной дуги на 2-3 см. Резкая болезненность при

надавливании на межреберья в нижних отделах груди справа. При рентгеноскопии высокое стояние и неподвижность правого купола диафрагмы.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые действия?
3. Тактика хирурга?
4. Терапия?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. У больного правосторонний поддиафрагмальный абсцесс.
2. УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости. При подтверждении диагноза подпеченочный абсцесс - пункция абсцесса под контролем

УЗИ,

либо лапаротомия, вскрытие, дренирование подпеченочного абсцесса.

3. При подтверждении диагноза срочное оперативное вмешательство -

вскрытие гнойника, дренирование.

4. Противовоспалительная, дезинтоксикационная.

5. Прогноз для жизни и для трудоспособности благоприятный
№4

У больной находящейся на лечении в гнойной хирургии по поводу абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата приеме отмечается ухудшение состояния: последние 4 дня беспокоит повышение температуры

гектического характера до 40 С с ознобами, проливной пот, narосла слабость. При осмотре: язык суховат. Пульс - 120 уд. в мин.

Температура

тела - 38,7 С. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области операционной раны. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В развернутом анализе крови - лейкоциты - $19,8 \times 10^9$, , резкий сдвиг формулы лейкоцитарной формулы влево. Из

крови

высеян St. aureus.

1. Чем осложнилось течение абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий?

4. Методы экстракорпоральной детоксикации при данной осложнении? 189

5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Сепсис.

2. Определение концентрации прокальцитонина в плазме крови (PCT),

УЗИ

печени селезенки.

3. Ревизия полости гнойника, перевод больного в отделение реанимации,

увеличение объема инфузионно-трансфузионной терапии до 2,5-3 литров в

сутки, антибиотики группы карбапенемов, симптоматическая терапия.

4. Плазмоферез, гемофильтрация.

№5

В приемный покой хирургического стационара поступила больная 61 года с

жалобами на боль в левом подреберье, слабость, повышение температуры до

38,2 С с лихорадкой гектического характера. Болеет в течение 2 недель.

При

осмотре: Кожные покровы желтушные, живот болезненный и напряженный

в левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные, селезенка перкуторно увеличена. АД - 115/75 мм рт. ст. Пульс - 118 уд.

В

мин. ЧДД - 22 в мин. Температура тела - 39,4 С. В развернутом анализе

крови - лейкоциты - $26,8 \times 10^9$, палочкоядерные - 12, сегментоядерные - 81,

СОЭ - 56 мм/ч. По данным УЗИ брюшной полости селезенка 12*15 см, отмечается увеличение правой доли печени в печени множественные очаговые образования размером от 1x1 см до 3*3см с жидкостными включениями.

1. Ваш диагноз?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Какой путь введения антибиотиков предпочтительнее у данной больной?

5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Тромбоз селезеночной артерии. Сепсис, септикопиемия, множественные абсцессы печени.

2. КТ брюшной полости, кровь на бактериальный посев, биохимический анализ крови, определение концентрации прокальцитонина в плазме крови

(PCT).192

3. Операция: Лапаротомия, спленэктомия, вскрытие абсцессов печени, холецистостомия, дренирование брюшной полости. Инфузионно-трансфузионная терапия в объеме не менее 2,5-3 литров, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, экстракорпоральная детоксикация.

4. Установка сосудистого катетера в чревный ствол.

5. Прогноз неблагоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. оценивать жалобы больного, выявляя данные за осложненное течение раневого процесса (усиление болей, появление признаков воспаления, развитие общей реакции организма в виде озноба, повышения температуры тела и др.);

2. подробно собирать анамнез заболевания, обращая особое внимание

3. на этиологические и патогенетические моменты образования раны, фоновые условия (стресс, алкогольная, медикаментозная, наркотическая интоксикация, насильственные действия и др.);

4. выявлять в анамнезе заболевания, влияющие на репаративный

процесс и иммунный статус больного;

5. оценивать образ жизни и условия труда, устанавливать их возможное значение в развитии патологии;

6. производить внешний осмотр и интерпретировать полученные сведения (характер повреждения тканей, размеры раны, число повреждений, их локализация, наличие воспалительных изменений, опасность развития кровотечения, состояние регионарных лимфоузлов).

1. Тема: «Современные методы закрытия обширных раневых дефектов».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическому занятию.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

14. Первичная хирургическая обработка раны.

15. Этапы заживления чистых ран.

16. Тактика ведения чистых ран.

17. Гнойно-некротические раны: определение классификация.

18. Заживление гнойно-некротических ран.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме:

б) Наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых

7) Проникновения нескольких видов микробов-синергистов

8) Дефектов кожи или слизистых

9) Наличия в зоне травмы размозженных тканей

10) Проникновения микробов повышенной вирулентности

Правильный ответ 1

2. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме:

б) Артериальной гиперемии

7) Венозного стаза

8) Появления болей

9) Местного повышения температуры

10) Потери чувствительности

Правильный ответ 5

3. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка:

5) В первые 6 часов после травмы

6) Спустя 12 часов после травмы

7) До 18 часов после травмы

8) Через 24-36 часов после травмы

Правильный ответ 1

4. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период:

б) Спустя 6 часов после травмы

7) До 18 часов после травмы

8) 18-24 часа после травмы

9) 24-48 часов после травмы

10) Спустя 48 часов после травмы
Правильный ответ 4

5. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки:

- 6) 18-24 часа после травмы
- 7) 24-36 часов после травмы
- 8) 36-48 часов после травмы
- 9) 48-72 часа после травмы
- 10) Позже 72 часов после травмы

Правильный ответ 1

6. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является:

- 5) Недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны
- 6) Недостаточное антимикробное воздействие на рану
- 7) Невозможность ограничить распространение гнойной инфекции
- 8) Длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения

Правильный ответ 4

7. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование:

- 4) Грамотрицательной микрофлоры
- 5) Грамположительной микрофлоры
- 6) Смешанной инфекции

Правильный ответ 3

8. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки:

- 5) Первичных швов
- 6) Вторичных швов
- 7) Существенной разницы не определяется
- 8) Предоставить ране возможность вторичного натяжения

Правильный ответ 2

9. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно:

- 5) В первой фазе заживления
- 6) Во второй фазе заживления
- 7) В третьей фазе заживления
- 8) В любой из перечисленных

Правильный ответ 1

10. Заживление раны вторичным натяжением - это:

- 5) Заживление через нагноение
- 6) Заживление через грануляции
- 7) Заживление по струпом
- 8) Всё перечисленное

Правильный ответ 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

На приеме у хирурга пациент, 32 лет, заболел 4 суток назад после приема

обильной жирной пищи. Появились боли в надчревьe с иррадиацией в правое плечо и шею. Боли сильные, постоянные. Трижды была рвота желчью, не приносящая облегчения. Язык суховат. Склеры иктеричны. Пульс -100. Температура 38,3 С. Живот при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, где определяется грушевидное выпячивание у края прямой мышцы в правом подреберье определяется положительный симптом Щеткина - Блюмберга. В последние сутки у больного отмечается гектическая лихорадка с подъемом температуры

до 39

С. В развернутом анализе крови - лейкоцитоз - $22,4 \times 10^9$, сдвиг формулы

лейкоцитарной формулы влево. Концентрация прокальцитонина в плазме

крови (PCT) - 2,5 нг/мл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика врача?
4. Объем лечебных мероприятий?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Острый деструктивный холецистит, паравезикальный абсцесс, абдоминальный сепсис.

2. КТ брюшной полости, УЗИ брюшной полости.191

3. Необходима срочная госпитализация в хирургический стационар.

Транспортировка лежа, с сопровождающим. Введение обезболивающих

запрещается. Больной нуждается в экстренной операции.

4. Под эндотрахеальным наркозом лапаротомия, холецистэктомия, при наличии холангита - дренирование холедоха; дренирование брюшной полости.

5. Прогноз для жизни сомнительный.

№2

Больной Н., 34 лет поступил с хирургическое отделение с клиникой

флегмоны правого бедра. При поступлении состояние больного тяжелое, АД

- 110/70 мм рт. ст., пульс - 110 уд. в мин., температура тела 39 С. В развернутом анализе крови лейкоцитоз - 26×10^9 , СОЭ - 50 мм/ч. Концентрация прокальцитонина в плазме крови (PCT) - 2,9 нг/мл.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Хирургическая тактика?
3. Какой антибиотик нужно назначить больному в качестве стартовой терапии?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Прогноз, реабилитация?

Эталоны ответов.

1. Сепсис.
2. Операция - вскрытие, санация, дренирование флегмоны.
3. Антибиотик группа карбапенемов со сменой после получения результатов

микробиологического исследования.

4. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ.
5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Диспансерная группа 2.

№3

Больной 19 лет, оперирован 6 дней назад по поводу деструктивного аппендицита с подпеченочным расположением червеобразного отростка.

Жалуется на сухой кашель, боли в правом боку, затруднение дыхания,

высокую температуру. Состояние больного тяжелое. Одышка в покое.

Печень выходит из-под реберной дуги на 2-3 см. Резкая болезненность при

надавливании на межреберья в нижних отделах груди справа. При рентгеноскопии высокое стояние и неподвижность правого купола диафрагмы.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые действия?
3. Тактика хирурга?
4. Терапия?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. У больного правосторонний поддиафрагмальный абсцесс.
2. УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости. При подтверждении диагноза подпеченочный абсцесс - пункция абсцесса под контролем УЗИ,

либо лапаротомия, вскрытие, дренирование подпеченочного абсцесса.

3. При подтверждении диагноза срочное оперативное вмешательство - вскрытие гнойника, дренирование.

4. Противовоспалительная, дезинтоксикационная.

5. Прогноз для жизни и для трудоспособности благоприятный

№4

У больной находящейся на лечении в гнойной хирургии по поводу абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата приеме отмечается ухудшение состояния: последние 4 дня беспокоит повышение температуры

гектического характера до 40 С с ознобами, проливной пот, narocла слабость. При осмотре: язык суховат. Пульс - 120 уд. в мин.

Температура

тела - 38,7 С. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области операционной раны. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В развернутом анализе крови - лейкоциты - $19,8 \times 10^9$, резкий сдвиг формулы лейкоцитарной формулы влево. Из

крови

высеян St. aureus.

1. Чем осложнилось течение абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий?

4. Методы экстракорпоральной детоксикации при данной осложнении? 189

5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Сепсис.

2. Определение концентрации прокальцитонина в плазме крови (PCT),

УЗИ

печени селезенки.

3. Ревизия полости гнойника, перевод больного в отделение реанимации,

увеличение объема инфузионно-трансфузионной терапии до 2,5-3 литров в

сутки, антибиотики группы карбапенемов, симптоматическая терапия.

4. Плазмоферез, гемофильтрация.

№5

В приемный покой хирургического стационара поступила больная 61 года с

жалобами на боль в левом подреберье, слабость, повышение температуры до

38,2 С с лихорадкой гектического характера. Болеет в течение 2 недель.

При

осмотре: Кожные покровы желтушные, живот болезненный и напряженный

в левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные, селезенка перкуторно увеличена. АД - 115/75 мм рт. ст. Пульс - 118 уд.

в

мин. ЧДД - 22 в мин. Температура тела - 39,4 С. В развернутом анализе

крови - лейкоциты - $26,8 \times 10^9$, палочкоядерные - 12, сегментоядерные - 81,

СОЭ - 56 мм/ч. По данным УЗИ брюшной полости селезенка 12*15 см, отмечается увеличение правой доли печени в печени множественные очаговые образования размером от 1x1 см до 3*3см с жидкостными включениями.

1. Ваш диагноз?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Какой путь введения антибиотиков предпочтительнее у данной больной?

5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Тромбоз селезеночной артерии. Сепсис, септикопиемия, множественные абсцессы печени.

2. КТ брюшной полости, кровь на бактериальный посев, биохимический

анализ крови, определение концентрации прокальцитонина в плазме крови

(PCT).192

3. Операция: Лапаротомия, спленэктомия, вскрытие абсцессов печени, холецистостомия, дренирование брюшной полости. Инфузионно-трансфузионная терапия в объеме не менее 2,5-3 литров, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, экстракорпоральная детоксикация.

4. Установка сосудистого катетера в чревный ствол.

5. Прогноз неблагоприятный.

6. Перечень практических умений.

7. оценивать жалобы больного, выявляя данные за осложненное течение раневого процесса (усиление болей, появление признаков воспаления, развитие общей реакции организма в виде озноба, повышения температуры тела и др.);

8. подробно собирать анамнез заболевания, обращая особое внимание

9. выявлять в анамнезе заболевания, влияющие на репаративный процесс и иммунный статус больного;

10. оценивать образ жизни и условия труда, устанавливать их возможное значение в развитии патологии;

11. производить внешний осмотр и интерпретировать полученные сведения (характер повреждения тканей, размеры раны, число повреждений, их локализация, наличие воспалительных изменений, опасность развития кровотечения, состояние регионарных лимфоузлов).

1. Тема: «Поверхностные гнойно-некротические заболевания кожи, подкожной клетчатки».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

Знать:

виды гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, их клиническую картину, диагностику. Дать понятие о фурункуле, карбункуле, гидрадените, абсцессе, флегмоне и рожистом воспалении. Знать этиопатогенез гнойных заболеваний и характерные для них зоны повреждения кожи, ее дериватов и подкожной клетчатки. Студент должен знать клинические проявления перечисленных видов гнойных заболеваний и особенности их лечения. Знать о причинах, предрасполагающих к развитию заболевания: нарушения обмена веществ (сахарный диабет, авитаминоз), тяжелые сопутствующие заболевания, нарушение гигиенических требований.

Уметь:

Студент должен уметь определять стадии развития фурункула и карбункула, уметь дифференцировать эти заболевания между собой. Уметь по клиническим и лабораторным признакам поставить диагноз, различить флегмону и абсцесс. Уметь составить диагностический алгоритм при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, составить план лечения больных, определить метод обезболивания и характер оперативного лечения больных с гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Владеть навыками вскрытия и дренирования таких заболеваний как карбункул, фурункул, гидраденит, абсцесс, флегмона. Владеть лечебным алгоритмом при рожистом воспалении, лимфангите и лимфадените, мастите, гидрадените.

Владеть:

врачебной этикой и деонтологией.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ФУРУНКУЛ - ЭТО:

А) острое гнойное воспаление потовой железы

Б) острое гнойное воспаление волосяного фолликула

В) острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей

Г) острое гнойное воспаление подкожножировой клетчатки

Д) острое гнойное воспаление выводного протока слюнной железы

Правильный ответ:

2. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ФУРУНКУЛА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ:

А) гипсовой иммобилизацией

Б) введением резинового дренажа

- В) наложением проточного (ирригационного) дренажа
- Г) трансмембранным дренированием
- Д) введением марлевого дренажа

Правильный ответ:

3. В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРИ ФУРУНКУЛЕ НАЗНАЧАЕТСЯ:

- А) электрофорез с антибиотиками
- Б) комбинированная антибиотикотерапия
- В) оперативное лечение
- Г) пассивная специфическая иммунотерапия
- Д) компресс с димексидом

Правильный ответ:

4. МНОЖЕСТВЕННОЕ СКОПЛЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- А) апостематозом
- Б) пиодермией
- В) локальным фурункулезом
- Г) карбункулом
- Д) буллезной формой рожистого воспаления

Правильный ответ:

5. ФУРУНКУЛ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

- А) стрептококком
- Б) стафилококком
- В) гонококком
- Г) синегнойной палочкой
- Д) вульгарным протеем

Правильный ответ:

6. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПОКАЗАНО:

- А) постановка пиявок
- Б) массаж
- В) протирание кожи эфиром
- Г) протирание кожи 70%этиловым спиртом
- Д) выдавливание гнойника

Правильный ответ:

7. ФУРУНКУЛ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОПАСЕН:

- А) развитием перитонита
- Б) развитием воспаления плевры
- В) тромбозом сагиттального венозного синуса
- Г) развитием подчелюстного лимфаденита
- Д) развитием паротита

Правильный ответ:

8. КАРБУНКУЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ:

- А) нескольких волосяных мешочков и окружающих тканей

Б) клетчаточных пространств
В) нескольких волосяных мешочков, сальных желез и окружающих тканей

Г) сальной железы

Д) волосяного фолликула, сальной железы и окружающей ткани

Правильный ответ:

9. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КАРБУНКУЛА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ:

А) введением резинового дренажа

Б) введением марлевого дренажа

В) введением трубчатого дренажа

Г) наложением проточного (ирригационного) дренажа

Д) введением салфетки, пропитанной протеолитическими ферментами

Правильный ответ:

10. БОЛЬНЫЕ С КАРБУНКУЛОМ ЛИЦА НУЖДАЮТСЯ:

А) в плановой госпитализации в общехирургическое отделение

Б) в экстренной госпитализации в гнойное хирургическое отделение

В) в экстренной госпитализации в хирургическое стоматологическое отделение

Г) в амбулаторном лечении у хирурга

Д) в амбулаторном лечении у стоматолога

Правильный ответ:

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больная Т., 43 лет, поступила в хирургическое отделение на 5 сутки от начала заболевания. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Заболела остро: появилась боль в правом подреберье, лечилась самостоятельно. Потом появились тошнота, рвота, пропал аппетит, появилась желтушность кожных покровов, поднялась температура тела до 39 С с ознобами, боль в правом подреберье усилилась. При поступлении: состояние больной тяжелое, кожные покровы желтушные. Температура тела - 39 С, ЧДД 22-24 в мин. АД - 100/60 уд. в мин., пульс -122 уд. в мин. При пальпации живот болезненный в правом подреберье. Край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги, болезненный при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется, симптомы раздражения брюшины сомнительные.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Что необходимо выполнить для уточнения диагноза?

3. Хирургическая тактика?

4. Консервативная терапия?

5. Прогноз?

Эталонные ответы.

1. Желчнокаменная болезнь, острый холангит. Сепсис.

2. УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости. Для оценки выраженности органной дисфункции - биохимический анализ крови, развернутый анализ крови.

3. Необходимо дренировать желчновыводящие пути: лапаротомия, холецистэктомия. холедохолитотомия, дренирование холедоха. Для разгрузки желчновыводящих путей возможно выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии или чрезкожного чрезпеченочного дренирования холедоха.

4. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики, экстракорпоральные методы детоксикации.

5. Прогноз для жизни сомнительный.

Задача №2

У больного, находящегося на лечении в отделении гнойной хирургии с острым гангренозным аппендицитом, местным серозным перитонитом резко ухудшилось состояние: появилась боль в нижних отделах живота, тенезмы, боль в грудной клетке справа, выросла одышка. АД - 115/80 мм рт. ст., пульс - 102 уд. в мин., температура тела - 38,5 С. При пальпации живот болезненный и напряженный в нижних отделах, в нижних отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, перистальтика кишечника вялая. При аускультации над правой половиной грудной клетки дыхание резко ослаблено, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. При ректальном обследовании определяется резкая болезненность, нависание передней стенки прямой кишки. По дренажу из брюшной полости отделяемое серозное скудное. В течение последних 3 дней отмечается гектическая лихорадка с подъемами температуры до 40 С.

1. Какова причина ухудшения состояния?

2. Дополнительные диагностические мероприятия?

3. Причина развития осложнений?

4. Хирургическая тактика?

5. Прогноз, реабилитация?

Эталоны ответов.

1. Послеоперационный период осложнился тазовым абсцессом, сепсисом, нижнедолевой внутрибольничной пневмонией справа.

2. УЗИ органов брюшной полости, малого таза, КТ малого таза, обзорная рентгенография грудной клетки.

3. Недостаточная санация, неадекватное дренирование полости малого таза.

4. Вскрытие, санация, дренирование абсцесса малого таза. Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, перевязки, физиолечение.

5. Прогноз для жизни благоприятный. В послеоперационном периоде ЛФК (комплекс дыхательных упражнений), после выписки из стационара соблюдение диеты, профилактика запоров.

Задача №3

На приеме в поликлинике больной, 19 лет, 10 дней назад произведена аппендэктомия, 2 дня назад выписан из хирургического стационара с температурой 37,2 С, умеренными болями в области послеоперационного рубца. При осмотре в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки имеется инфильтрат 5х5 см, болезненный с флюктуацией в центре, в области инфильтрата отек, гиперемия.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача поликлиники?
3. Лечебная тактика?
4. Местное лечение?
5. Прогноз, диспансеризация?

Эталоны ответов.

1. Абсцесс послеоперационного рубца передней брюшной стенки.
2. Направить больного в хирургический стационар.
3. Вскрытие, санация, дренирование гнойника.
4. перевязки с мазями на водорастворимой основе, физиолечение.
5. Прогноз для жизни и для трудоспособности благоприятный.

Диспансерная группа 2.

Задача №4

Больной, 20 лет, 6 дней назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с ранением брыжейки тонкой кишки. Произведена лапаротомия, ушивание раны брыжейки, дренирование брюшной полости. Последние 2 дня отмечает повышение температуры тела до 38 С, периодически возникающее вздутие живота, боль в животе, тошноту. Объективно: пульс - 96 уд. в мин., АД - 120/70 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный в мезогастррии, где определяется инфильтрат, болезненный, размером 10х15 см, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

3. Причина развития осложнения?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Инфильтрат брюшной полости, возможен межпетельный абсцесс.
2. УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости.
3. Недостаточная санация брюшной полости.
4. При межпетельном абсцессе брюшной полости - операция: релапаротомия, вскрытие абсцесса, санация, дренирование брюшной полости. При инфильтрате брюшной полости - консервативное лечение: антибиотики, дезинтоксикационная терапия, физиолечение.

5. Прогноз для жизни благоприятный.

Задача №5

Больной, 23 лет, оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, распространенного гнойного перитонита. Интраоперационно: в брюшной полости до 500 мл гнойного выпота, кишечник раздут до 5-6 см, не перистальтирует, с массивными наложениями фибрина. В анализах лейкоцитоз $20,4 \times 10^9$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. Общий билирубин 42 ммоль/л, мочевины 12 ммоль/л, креатинин 182 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какой метод ведения брюшной полости показан?
3. Стартовая антибактериальная терапия?
4. Методы экстракорпоральной детоксикации?
5. Прогноз?

Эталоны ответов.

1. Перфоративная язва желудка, распространенный гнойный перитонит, тяжелый абдоминальный сепсис.

2. Больному показано этапное ведение брюшной полости с программированными этапными санациями.

3. Предпочтительная дезэскалационная антибактериальная терапия: карбапенемы, с последующей коррекцией после получения данных микробиологических посевов.

4. Плазмаферез, гемофильтрация.

5. Прогноз сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Тема: «Гнойные заболевания пальцев и кисти».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Классификация гнойных заболеваний кисти
2. Этиология и патогенез гнойных заболеваний кисти
3. Особенности анатомического строения кисти
4. Кожный панариций
5. Подкожный панариций
6. Паронихия
7. Подногтевой панариций
8. Суставной панариций
9. Костный панариций
10. Сухожильный панариций
11. Пандактилит
12. Флегмоны кисти
13. Комиссуральная флегмона
14. Флегмона срединного ладонного пространства
15. Перекрестная, или U-образная флегмона
16. Хирургическое лечение гнойных заболеваний кисти
17. Консервативное лечение гнойных заболеваний кисти

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ГЛУБОКАЯ ФОРМА ПАНАРИЦИЯ

1. подногтевой панариций
2. панариций в виде «запонки»
3. паронихия
4. сухожильный панариций
5. подкожный панариций

Правильный ответ: 4

2. ПАРОНИХИЯ

1. гнойное воспаление всех тканей пальца
2. гнойное воспаление околоногтевого ложа
3. гнойное воспаление ногтевого ложа
4. гнойное воспаление межфалангового сустава
5. гнойное воспаление сухожильного влагалища пальца

Правильный ответ: 2

3. ПАНДАКТИЛИТ

1. гнойное воспаление ногтя
2. гнойное воспаление подкожной клетчатки
3. гнойное воспаление околоногтевого валика
4. гнойное воспаление сухожильного влагалища пальца

5. гнойное воспаление всех тканей пальца

Правильный ответ: 5

4. U-ОБРАЗНАЯ ФЛЕГМОНА КИСТИ

1. осложнение панариция 1 и 5 пальцев
2. осложнение панариция 2 и 3 пальцев
3. осложнение панариция 4 пальца
4. осложнение комиссуральной флегмоны
5. осложнение панарициев 2 и 4 пальцев

Правильный ответ: 1

5. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

1. выполнить широкий разрез и дренирование
2. наложить согревающий компресс
3. наложить мазевую повязку
4. рекомендовать холодный компресс
5. выполнить новокаиновое обкалывание с антибиотиками

Правильный ответ: 1

6. АБСЦЕСС МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. вскрывается множественными разрезами по ходу кожной складки
2. вскрывается линейным разрезом по ходу кожной складки
3. вскрывается крестообразными разрезами
4. вскрывается несколькими параллельными разрезами через зону абсцедирования

абсцедирования

5. вскрывается двумя овальными разрезами

Правильный ответ: 2

7. АБСЦЕСС

1. острое гнойное воспаление сальных желез
2. острое гнойное воспаление нескольких волосяных фолликулов
3. гнойное воспаление апокриновых желез
4. ограниченное скопление гноя в тканях или органах
5. разлитое воспаление подкожной жировой клетчатки

Правильный ответ: 4

8. ПОКАЗАНИЕ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА

1. ускоренное СОЭ
2. усиление боли
3. увеличение размеров инфильтрата
4. появление флюктуации
5. гипертермия

Правильный ответ: 4

9. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ГЛУБОКОГО АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. завершается проточным дренированием
2. завершается введением сигарообразного дренажа
3. завершается введением марлевого дренажа
4. завершается введением резинового дренажа
5. завершается тампонадой

Правильный ответ: 1

10. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ПОВЕРХНОСТНОГО АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. завершается введением трубчатого дренажа
2. завершается введением марлевого дренажа
3. завершается введением тампона
4. завершается введением сигарообразного дренажа
5. завершается введением резинового дренажа

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Сит. задача №1

К врачу обратился больной К. 40 лет, у которого за два дня до обращения, во время столярных работ попала заноза под ногтевую пластинку III пальца левой кисти. Занозу удалил сам. На момент обращения предъявляет жалобы на сильные дергающие боли под ногтем. Давление на ноготь усиливает боль. При осмотре под ногтевой пластинкой определяется скопление гноя, достигающее ногтевой лунки.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Показано ли больному оперативное лечение и в каком объеме?
3. При необходимости оперативного лечения какой способ анестезии показан больному?
4. Возможно ли консервативное лечение пациента?
5. Необходимо ли провести специфическую иммунопрофилактику?

Ответ на сит. задачу №1:

1. У больного подногтевой панариций III пальца левой кисти.
2. Больному показано оперативное лечение: удаление всей ногтевой пластинки, так как гнойник распространяется до зоны роста ногтевой пластинки.
3. Показана местная (проводниковая) анестезия по Оберсту—Лукашевичу.
4. Лечение подногтевого панариция только хирургическое.
5. Показана экстренная профилактика столбняка (0,5 мл столбнячного анатоксина для ранее привитого пациента).

Сит. задача №2

Швея обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в ногтевой фаланге II пальца правой кисти. Ночь не спала. Из анамнеза заболевания известно, что накануне во время работы, уколола длинной иглой в области «подушечки» ногтевую фалангу II пальца правой кисти. При осмотре: на ладонной поверхности дистальной фаланги имеется выраженное напряжение и болезненность мягких тканей, локальная гипертермия и гиперемия, в месте укола имеется отслойка эпидермиса диаметром 0,3 см со скоплением гноя под ним.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какой должна быть тактика врача хирурга в условиях поликлиники?
3. При необходимости оперативного лечения какой способ анестезии показан больному?
4. При необходимости оперативного лечения какой доступ необходимо выбрать?
5. Составьте план послеоперационного лечения.

Ответ на сит. задачу №2:

1. У больной подкожный панариций ногтевой фаланги II пальца правой кисти по типу «запонки».
2. Больной показано оперативное лечение в условиях поликлиники.
3. Показана местная (проводниковая) анестезия по Оберсту—Лукашевичу.
4. В зависимости от локализации и размеров гнойника необходимо произвести вскрытие одним клюшкообразным (по Соколову) или двумя ладонно-боковыми разрезами в пределах ногтевой фаланги II пальца, не доходя 2—4 мм до суставной складки.
5. В послеоперационном периоде местно выполняют перевязки, санацию вскрытой полости. Дренаж оставляют на 2—4 дня до стихания процесса. Палец необходимо иммобилизовать. При наличии общей гипертермии показано применение антибиотиков (полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов).

Сит. задача №3

Больной Б., 35 лет, в течение недели лечился амбулаторно по поводу подкожного панариция средней фаланги III пальца левой кисти. В поликлинике в день обращения гнойник был вскрыт разрезом 0,5 см по ладонно-боковой поверхности средней фаланги, но существенного улучшения не наступило: палец увеличен в объеме, в слегка согнут в межфаланговых суставах. При попытке разгибания пальца боли усиливаются, возникает резкая боль по ходу сухожилия. Беспокоит общее недомогание, головная боль, температура тела 37,6 °С.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. К какому виду панарициев относится данная форма?
3. В чем на Ваш взгляд причины прогрессирования процесса?
4. Возможно ли дальнейшее лечение в условиях поликлиники?

5. Составьте план лечения.

Ответ на сит. задачу №3:

1. У больного имеет место гнойный тендовагинит III пальца левой кисти.

2. Данная форма относится к глубокому панарицию.

3. Причина прогрессирования процесса в неадекватном лечении: маленький разрез, полость гнойника не дренировалась, возможна неправильная диагностика в момент первичного обращения, не проводилась антибактериальная терапия.

4. Лечение в амбулаторных условиях невозможно, показана госпитализация в хирургический стационар.

5. План лечения подразумевает повторную операцию: делают два продольных разреза по обеим ладонно-боковым поверхностям в пределах основной фаланги (предыдущий разрез продлевают) и один ладонный разрез у основания III пальца для вскрытия слепого мешка сухожильного влагалища в проекции 2 или 3 межпальцевого промежутка. Гной из раны направляют на бактериологическое исследование. Рану saniруют антисептиками, дренируют резиновыми выпускниками, которые проводят над сухожилиями, чтобы не повредить брыжеечки сухожилия. Кисть и палец иммобилизируют тыльной лонгетой для обеспечения покоя руке.

Сит. задача №4

У больного Ш., 36 лет, около трех недель тому назад была травма правой кисти металлической стружкой в проекции проксимального межфалангового сустава III пальца по ладонной поверхности. Стружку удалили в медпункте на работе, ранку обработали 5% спиртовым раствором йода. Постепенно стали нарастать боли в суставе, палец приобрел веретенообразную форму, движения в суставе стали резко болезненные, кожа над суставом гиперемирована. Последние двое суток температура тела повысилась до 38,0°C

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Какие методы инструментального исследования необходимо использовать в диагностике?

3. Определите тактику и объем лечения.

4. В каком послеоперационном лечении нуждается больной?

5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Ответ на сит. задачу №4:

1. У больного имеет место суставной панариций проксимального сустава III пальца правой кисти.

2. Для подтверждения диагноза показано проведение рентгенографии пальца, на которой, возможно, будет выявлена деструкция суставных поверхностей хрящей.

3. Больному показана операция: артротомия с резекцией суставных поверхностей и дренированием полости сустава.

4. В послеоперационном периоде необходимо иммобилизовать палец гипсовой лонгетой в функциональном выгодном положении. Местное лечение включает перевязки в зависимости от стадии раневого процесса, УФО. В общем лечении показана антибактериальная терапия полусинтетическими пенициллинами или цефалоспоридами, коррекция лечения в соответствии с результатами антибиотикограммы.

5. Профилактика заболевания включает своевременное лечение микротравм кисти, раннее и радикальное лечение панариция, укрепление иммунной системы, своевременное выявление и лечение предрасполагающих заболеваний.

Сит. задача №5

На прием к хирургу поликлиники доставлена девочка 7 лет, у которой за два дня до обращения под ногтевую пластинку III пальца левой кисти попала заноза. Занозу родители удалили самостоятельно. На момент обращения девочка жалуется на сильные дергающие боли под ногтем. Давление на ноготь усиливает боль. При осмотре под ногтевой пластинкой определяется скопление гноя, достигающее ногтевой лунки.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Показано ли больной оперативное лечение и в каком объеме?
3. При необходимости оперативного лечения какой способ анестезии показан ребенку?
4. Возможно ли консервативное лечение?
5. Необходимо ли провести специфическую иммунопрофилактику?

Ответ на сит. задачу №5:

1. У больной подногтевой панариций III пальца левой кисти.
2. Пациентке показано оперативное лечение: удаление всей ногтевой пластинки, так как гнойник распространяется до зоны роста ногтевой пластинки.
3. Учитывая возраст ребенка, для выполнения операции показан кратковременный масочный или внутривенный наркоз.
4. Лечение подногтевого панариция только хирургическое.
5. Показана экстренная профилактика столбняка (0,5 мл столбнячного анатоксина для ранее привитого пациента).

6. Перечень практических умений.

- 1) Уметь определить вид панариция
- 2) Выбрать метод лечения
- 3) Выбрать метод обезболивания
- 4) Выбрать метод вскрытия панариция

1. Тема: «Острые гнойные заболевания брюшинного пространства (флегмоны, абсцессы)».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Этиология, патогенез возникновения заболеваний брюшинного пространства

2. Классификация заболеваний брюшинного пространства, особенности клинической картины и прогноза заболевания, относительно классификации

3. Принципы лечения заболеваний брюшинного пространства

4. Симптоматика и течение заболеваний брюшинного пространства

5. Осложнения заболеваний брюшинного пространства

6. Показания к оперативному лечению

7. Дополнительные методы исследования заболеваний брюшинного пространства

8. Прогноз.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) боли в пояснице на стороне повреждения.

2) боль в животе.

3) дизурические расстройства.

4) правильно все

5) правильных ответов нет

Правильный ответ: 1

2. НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЗАДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) дизурические расстройства.

2) тошнота, рвота.

3) боли иррадиирующие в бедро и тазобедренный сустав.

4) правильных ответов нет.

5) все правильно.

Правильный ответ: 1

3. КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ГНОЙНИКАХ РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ:

1) Волковича-Дьяконова.

2) параректальный разрез Ленандера.

3) люмботомия.

4) срединный разрез.

5) все правильно.
Правильный ответ: 3.

4. ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗРЫВУ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Возраст.
 - 2) Пол.
 - 3) Время суток.
 - 4) Обильный прием пищи.
 - 5) Хронические и острые заболевания желудка, кишечника.
- Правильный ответ: 4

5. ОСНОВНЫМИ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Боль сильная, разлитая,
 - 2) Боль неинтенсивная, локальная, в зоне травмы
 - 3) Тошнота
 - 4) Рвота
 - 5) Потеря сознания
- Правильный ответ: 2

6. КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ПЕРЕДНЕМ ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ:

- 1) разрез по Пирогову
 - 2) люмботомия
 - 3) срединный разрез
 - 4) параректальный разрез
 - 5) правильных ответов нет
- Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО:

- 1) положение больного в постели с приведенными ногами к животу.
 - 2) поза «лягушки».
 - 3) лежа на животе.
 - 4) правильных ответов нет.
 - 5) все правильно.
- Правильный ответ: 1

8. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗАКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЫЖЕЙКИ КИШКИ:

- 1) Отсутствие печеночной тупости.
 - 2) Боли нет.
 - 3) Признаки острой анемии (бледность кожи, частый пульс, падение АД и др.).
 - 4) Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.
 - 5) Свободный газ в брюшной полости.
- Правильный ответ: 3

9. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ВИДОМ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Ушиб.
 - 2) Гематома брыжейки.
 - 3) Разрыв серозного и мышечного слоев.
 - 4) Разрыв кишки с разрывом брыжейки.
 - 5) Гематома внутристеночная.
- Правильный ответ: 4

10. ЕСЛИ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ - ГНОЙ УСТРЕМЛЯЕТСЯ В НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ МЕСТА:

- 1) плевральную полость.
 - 2) треугольники Пти и Лесгафта-Грюгфельда.
 - 3) дугласово пространство.
 - 4) пространство Пирогова-Парона.
 - 5) правильных ответов нет.
- Правильный ответ: 2.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?

3. Дальнейшая тактика?
4. Каков характер оперативного вмешательства?
5. Сроки выписки из стационара?

Эталоны ответов

1. Предполагаемый диагноз разрыв паренхимы почки, полное разможнение почки или отрыв почки от сосудистой ножки и мочеточника. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,2).

2. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ, обзорная рентгенография, катетеризация мочевого пузыря, КТ правой почки, диагностическая лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Люмботомия справа, ревизия органов забрюшинного пространства, оценка повреждения почки, устранение источника кровотечения, ушивание либо резекции правой почки в зависимости от вида травмы, степени повреждения и наличия или отсутствия второй функционирующей почки.

5. При повреждении внутренних органов (если нет послеоперационных осложнений) больные могут быть выписаны на 14-15-е сутки.

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Дальнейшая тактика?

4. Принципы оперативного пособия?

5. Сроки реабилитации?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Нельзя исключить и повреждение полого органа. Ушиб грудной клетки.

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному (при отсутствии повреждений полого органа). Ревизия органов брюшной полости, установление источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Промыть брюшную полость теплым водным раствором хлоргексидина. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства. Ушивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

5. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основным удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полого органа. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,27).

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза. Уретрография. Катетеризация мочевого пузыря при травме уретры противопоказана. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, внебрюшинное кровотечение, шок II степени. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция: эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?

5. Прогноз?

Эталонные ответы

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза, костей таза в двух проекциях, уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.
3. Оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря.
4. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей.
5. Прогноз благоприятный.

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей.

С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Хирургическая тактика?
4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?
5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.
2. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
3. Лапаротомия, ревизия, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.
4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

6. Перечень практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. Выполнить наложение энтероанастомоза «бок в бок».

1. Тема: «Флегмоны таза».

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме занятия.

1. Этиология, патогенез возникновения флегмон таза

2. Классификация флегмон таза

3. Показания к оперативному лечению

4. Прогноз.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. **НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:**

1) боли в пояснице на стороне повреждения.

2) боль в животе.

3) дизурические расстройства.

4) правильно все

5) правильных ответов нет

Правильный ответ: 1

2. **НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМИ ПРИЗНАКАМИ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЗАДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ:**

1) дизурические расстройства.

2) тошнота, рвота.

3) боли иррадиирующие в бедро и тазобедренный сустав.

4) правильных ответов нет.

5) все правильно.

Правильный ответ: 1

3. **КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ГНОЙНИКАХ РАСПОЛАГАЮЩИХСЯ В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ:**

1) Волковича-Дьяконова.

2) параректальный разрез Ленандера.

3) люмботомия.

4) срединный разрез.

5) все правильно.

Правильный ответ: 3.

4. **ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗРЫВУ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ:**

1) Возраст.

2) Пол.

3) Время суток.

4) Обильный прием пищи.

5) Хронические и острые заболевания желудка, кишечника.

Правильный ответ: 4

5. ОСНОВНЫМИ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Боль сильная, разлитая,
- 2) Боль неинтенсивная, локальная, в зоне травмы
- 3) Тошнота
- 4) Рвота
- 5) Потеря сознания

Правильный ответ: 2

6. КАКИЕ РАЗРЕЗЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ АБСЦЕССАХ И ФЛЕГМОНАХ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ В ПЕРЕДНЕМ ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ:

- 1) разрез по Пирогову
- 2) люмботомия
- 3) срединный разрез
- 4) параректальный разрез
- 5) правильных ответов нет

Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ ФЛЕГМОН ПЕРЕДНЕГО ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО:

- 1) положение больного в постели с приведенными ногами к животу.
- 2) поза «лягушки».
- 3) лежа на животе.
- 4) правильных ответов нет.
- 5) все правильно.

Правильный ответ: 1

8. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗАКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ БРЫЖЕЙКИ КИШКИ:

- 1) Отсутствие печеночной тупости.
- 2) Боли нет.
- 3) Признаки острой анемии (бледность кожи, частый пульс, падение АД и др.).
- 4) Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.
- 5) Свободный газ в брюшной полости.

Правильный ответ: 3

9. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ВИДОМ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Ушиб.
- 2) Гематома брыжейки.
- 3) Разрыв серозного и мышечного слоев.
- 4) Разрыв кишки с разрывом брыжейки.
- 5) Гематома внутривисцеральная.

Правильный ответ: 4

10. ЕСЛИ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС В ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ - ГНОЙ УСТРЕМЛЯЕТСЯ В НАИБОЛЕЕ СЛАБЫЕ МЕСТА:

- 1) плевральную полость.
- 2) треугольники Пти и Лесгафта-Грюгфельда.
- 3) дугласово пространство.
- 4) пространство Пирогова-Парона.
- 5) правильных ответов нет.

Правильный ответ: 2.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Дальнейшая тактика?
4. Каков характер оперативного вмешательства?
5. Сроки выписки из стационара?

Эталоны ответов

1. Предполагаемый диагноз разрыв паренхимы почки, полное размождение почки или отрыв почки от сосудистой ножки и мочеточника. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,2).

2. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ, обзорная рентгенография, катетеризация мочевого пузыря, КТ правой почки, диагностическая лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Люмботомия справа, ревизия органов забрюшинного пространства, оценка повреждения почки, устранение источника кровотечения, ушивание либо резекции правой почки в зависимости от вида травмы, степени повреждения и наличия или отсутствия второй функционирующей почки.

5. При повреждении внутренних органов (если нет послеоперационных осложнений) больные могут быть выписаны на 14-15-е сутки.

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Дальнейшая тактика?
4. Принципы оперативного пособия?
5. Сроки реабилитации?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Шок III степени (индекс Альговера 1,5). Нельзя исключить и повреждение полого органа. Ушиб грудной клетки.

2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, диагностический лапароцентез или лапароскопия.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь, предоперационная подготовка.

4. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному (при отсутствии повреждений полого органа). Ревизия органов брюшной полости, установление источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Промыть брюшную полость теплым водным раствором хлоргексидина.

Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Ушивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

5. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полого органа. Внебрюшинное кровотечение. Шок II степени (индекс Альговера 1,27).

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза. Уретрография. Катетеризация мочевого пузыря при травме уретры противопоказана. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, внебрюшинное кровотечение, шок II степени. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция: эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует.

Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?

5. Прогноз?

Эталоны ответов

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и малого таза, костей таза в двух проекциях, уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Лапароцентез.
3. Оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря.
4. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей.
5. Прогноз благоприятный.

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8⁰С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Хирургическая тактика?
4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?
5. Возможные послеоперационные осложнения?

Эталоны ответов

1. Тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.

2. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.

3. Лапаротомия, ревизия, решение вопроса об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

4. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация и дренирование брюшной полости. Назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

5. Несостоятельность кишечных швов, абсцессы брюшной полости.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выполнить дренирование полости таза по методу Буяльского - Мак-Уортера.

2. Выполнить дренирование таза через седалищно-прямокишечную ямку.

1. Тема: «Особенности фармакотерапии при перитоните».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Назовите методы профилактики стресс-повреждений ЖКТ у больных с перитонитом.

2. Назовите методы профилактики тромбоэмболических осложнений при перитоните.

3. Назовите основные методы детоксикации при перитоните.

4. Назовите основные принципы консервативной терапии больных с перитонитом.

5. Назовите основные принципы антибактериальной терапии при перитоните.

6. Назовите критерии достаточности антибактериальной терапии при перитоните.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. У БОЛЬНОГО С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II-III СТЕПЕНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ПРОИЗВОДИТСЯ

1) срочная операция после 24-х часовой подготовки
2) экстренная операция после введения сердечных средств
3) экстренная операция после кратковременной 2-3-х часовой инфузионной терапии

4) операция после полной ликвидации дефицита ОЦК, электролитов, белка

5) экстренная операция немедленно после установления диагноза

Правильный ответ: 3

2. НАЧАЛО НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

1) после восстановления кишечной перистальтики

2) в сроки 24—36 ч

3) с 3—4 суток интенсивной терапии

4) после купирования ССВО

5) при адекватном спонтанном дыхании

Правильный ответ: 2

3. ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) УФО крови

2) лимфосорбция

3) перфузия крови через ксеноселезенку

4) продленная вено-венозная гемо(диа)фильтрация

5) лазерное облучение крови

Правильный ответ: 4

4. ПРИСОЕДИНЕНИЕ МЕТРОНИДАЗОЛА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОКАЗАНО

- 1) во всех случаях
- 2) к карбопенемам
- 3) при первичном перитоните
- 4) при высеве анаэробов из перитонеального экссудата
- 5) к антибактериальному препарату без антианаэробной активности

Правильный ответ: 5

5. ОПТИМАЛЬНЫМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) подкожный
- 2) внутримышечный
- 3) внутривенный
- 4) внутриартериальный
- 5) внутрибрюшинный

Правильный ответ: 3

6. ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) тяжести общего состояния;
- 2) выраженности ССВР;
- 3) уровня лечебного учреждения;
- 4) происхождения перитонита;
- 5) тяжести перитонита.

Правильный ответ: 3

7. НАЗНАЧЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) источника перитонита;
- 2) данных микробиологического исследования;
- 3) происхождения перитонита;
- 4) тяжести перитонита;
- 5) опыта врача.

Правильный ответ: 2

8. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) положительная динамика симптомов абдоминальной инфекции;
- 2) снижение лихорадки;
- 3) отрицательные результаты микробиологического исследования перитонеального экссудата;

4) уменьшение интоксикации;

5) уменьшение выраженности системной воспалительной реакции.

Правильный ответ: 3

9. К КРИТЕРИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) отсутствие симптомов системной воспалительной реакции;
- 2) отсутствие проявлений постинфекционной астении;
- 3) отсутствие полиорганной недостаточности связанной с инфекцией;
- 4) восстановление функции ЖКТ;
- 5) отсутствие нарушения сознания.

Правильный ответ: 2

10. ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эскалационная терапия
- 2) деэскалационная терапия
- 3) применение антисептических средств для лаважа брюшной полости
- 4) антибактериальная терапия – при ухудшении состояния больного
- 5) назначение антибиотиков после получения результатов бактериологического исследования

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам по теме

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№ 1

Больной, 53 лет, оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, распространенного гнойного перитонита. Интраоперационно: в брюшной полости до 500 мл гнойного выпота, кишечник раздут до 5-6 см, не перистальтирует, с массивными наложениями фибрина. В анализах лейкоцитоз $20,4 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. Общий билирубин 42 ммоль/л, мочевины 12 ммоль/л, креатинин 182 ммоль/л.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какой метод ведения брюшной полости показан?
3. Стартовая антибактериальная терапия?
4. Методы экстракорпоральной детоксикации?
5. Прогноз?

Эталон ответов.

1. Перфоративная язва желудка, распространенный гнойный перитонит, тяжелый абдоминальный сепсис.

2. Больному показано этапное ведение брюшной полости с программированными санациями.

3. Предпочтительная деэскалационная антибактериальная терапия: карбапенемы, с последующей коррекцией после получения данных микробиологического исследования.

4. Плазмоферез, ультрагеофильтрация.

5. Прогноз сомнительный.

№2

Во время транспортировки в операционную произошло самопроизвольное вправление ущемленной паховой грыжи. Длительность ущемления 6 часов. Состояние больного удовлетворительное. Пульс – 90 в

минуту. АД - 120/85 мм рт.ст. ЧД- 22 в минуту. Учитывая общее удовлетворительное состояние, больному выполнено грыжесечение с пластикой передней стенки пахового канала по Жирару-Спасокукоцкому. На 2-е сутки после операции отмечено ухудшение состояния, появление перитонеальной симптоматики.

1. Ваше мнение относительно причины ухудшения состояния больного?

2. Было ли необходимо оперативное вмешательство?

3. Ваша дальнейшая тактика?

4. Какие методы пролонгированной санации Вы знаете?

5. Прогноз. Реабилитация.

Эталоны ответов.

1. Развился перитонит в результате некроза ущемленной петли кишки.

2. Оперативное лечение при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи во время транспортировки больного в операционную следовало отложить. Больному должно было быть назначено динамическое наблюдение хирурга и при первых признаках перитонита лапаротомия, ревизия органов брюшной полости.

3. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке.

4. Перитонеальный диализ, программированные санации брюшной полости, лапаростомия.

5. Для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки

№3

Больная 23 лет поступила в хирургическое отделение 20.10.99 г. на 3-и сутки от начала заболевания. Заболела 18.20.99 г., когда среди полного здоровья появилась умеренная боль в эпигастральной области, которая через несколько часов локализовалась в правой подвздошной области. Была тошнота и многократная рвота, пропал аппетит, подъем температуры до 37,8 градуса. К врачу не обращалась. В ночь с 19.10 на 20.10 боль в правой подвздошной области усилилась, распространилась по всей правой половине живота. Боль усиливалась при ходьбе, кашле. При поступлении: язык сухой, пульс 120 в минуту, АД – 135/85 мм.рт ст. живот в дыхании участвует ограниченно, при пальпации – напряжен и резко болезненный по правому флангу и в нижних отделах, больше в правой подвздошной области. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

1. Ваш диагноз?

2. Какие симптомы характерны для заболевания?

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. План лечения?

5. Прогноз. Реабилитация. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов:

1. Острый аппендицит. Распространённый перитонит.
2. Внезапное усиление болей разлитого характера, повышение температуры тела, тахикардия, сухой язык, положительный симптом раздражения брюшины по всему животу.
3. Развернутый анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр гинеколога /пункция заднего свода/.
4. Операция по экстренным показаниям под общим обезболиванием, нижнесрединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация брюшной полости с помощью аппарата "Гейзер", дренирование брюшной полости.
5. Нетрудоспособность в течение 30-45 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист в течение 10-12 месяцев. При неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№4

Участковый врач приглашен к пациенту, 60 лет, домой. Месяц назад пациент был выписан из областной больницы, где находился с инсультом с последующим правосторонним гемипарезом. Со слов сына, состояние его резко ухудшилось сутки назад, стал беспокойным, пытается что-то сказать, указывая на живот. Стула не было. Температура 38,2°C. Пьет воду с жадностью. Состояние ухудшается, увеличивается вздутие живота. В остальном анамнез скуден. При осмотре: черты лица заострены, вокруг глаз темные круги. В контакт вступает плохо. Кожные покровы с сероватым оттенком. Все признаки гемипареза. Пульс 120, единичные экстрасистолы. АД 110/90. Живот вздут, при пальпации во всех отделах болезнен, о чем свидетельствует реакция на пальпацию с напряжением мышц левой половины. Глубокую пальпацию провести не дает. Печеночная тупость отсутствует. В отлогих местах жидкость. При уточнении анамнеза подобное состояние появилось остро. Пациент редко, но давно жаловался на изжогу после употребления кислой и острой пищи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Действия участкового врача?
3. Действия врача хирургического стационара?
4. Лечение.
5. Прогноз для жизни?

Эталоны ответов.

1. У больного перитонит, вероятнее, на почве перфорации полого органа.
2. Немедленно вызвать скорую помощь и госпитализировать в ближайший хирургический стационар. Ввести сердечные средства.

3. После дообследования: обзорной рентгенографии брюшной полости на свободный газ, общего анализа мочи, развернутого анализа крови, биохимического анализа крови, снятия ЭКГ, консультации невропатолога и терапевта показана экстренная операция

4. Оперативное. Во время операции тщательная ревизия, ушивание перфоративного отверстия, туалет и дренирование брюшной полости.

5. Сомнительный, будет зависеть от купирования перитонита.

№5

В отделение доставлен больной с диагнозом: разлитой перитонит, причиной которого является острый деструктивный аппендицит. Во время операции диагноз полностью подтвердился.

1. Объем оперативного лечения?

2. Укажите основные направления терапии перитонита после операции?

3. Что является противопоказанием к проведению операции по поводу разлитого перитонита?

4. Прогноз. Реабилитация.

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. Ликвидация источника перитонита (аппендэктомия), санация брюшной полости, назоинтестинальная интубация, дренирование брюшной полости, решение вопроса о методе ведения брюшной полости.

2. Инфузионная терапия, адекватная антибактериальная терапия, парентеральное питание, экстракорпоральная детоксикация – плазмаферез, гемофильтрация; профилактика стресс-повреждения ЖКТ и тромбоэмболических осложнений.

3. Только агональное состояние больного и отказ больного от операции.

4. Для жизни прогноз благоприятный, для трудоспособности благоприятный.

5. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Измерить внутрибрюшное давление

1. Тема: «Особенности ведения больного с перитонитом в периоперационном периоде».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Назовите методы объективной оценки тяжести состояния больных и прогноза при перитоните.

2. Назовите методы объективной оценки тяжести перитонита и поражения органов брюшной полости.

3. Назовите основные мероприятия комплекса предоперационной подготовки при перитоните.

4. Назовите критерии результативности предоперационной подготовки больного с перитонитом.

5. Назовите основные принципы обезболивания в послеоперационном периоде при перитоните.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) продленная вено-венозная гемо(диа)фильтрация

2) УФО крови;

3) перфузия крови через ксеноселезенку;

4) лимфосорбция;

5) ВЛОК.

Правильный ответ: 1

2. ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

1) SAPS II

2) APACHE III

3) SOFA

4) MIP

5) ASA

Правильный ответ: 3

3. ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ОБЩЕЙ ТЯЖЕСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

1) MODS

2) SAPS II

3) SOFA

4) ИБП

5) ASA

Правильный ответ: 2

4. ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

- 1) MODS
- 2) SAPS II
- 3) SOFA
- 4) ASA
- 5) ИБП

Правильный ответ: 5

5. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) катетеризация центральной вены;
- 2) катетеризация мочевого пузыря;
- 3) установка назогастрального зонда;
- 4) установка газоотводной трубки;
- 5) инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов в объеме не менее 1500 мл.

Правильный ответ: 4

6. СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРИ

- 1) разлитом перитоните
- 2) местномне отграниченном перитоните
- 3) абсцессе дугласова пространства
- 4) аппендикулярном инфильтрате
- 5) остром аппендиците

Правильный ответ: 5

7. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД УДАЛЯЕТСЯ

- 1) через 1-2 суток
- 2) при отсутствии отделяемого по нему
- 3) при отсутствии признаков ССВО
- 4) после восстановления моторики кишки
- 5) перед удалением дренажей из брюшной полости

Правильный ответ: 4

8. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- 1) селективной деконтаминации ЖКТ
- 2) энтеросорбции
- 3) кишечного лаважа
- 4) энтерального питания
- 5) дренирования кишечника

Правильный ответ: 4

9. К КРИТЕРИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) отсутствие симптомов системной воспалительной реакции;
- 2) отсутствие проявлений постинфекционной астении;

- 3) отсутствие полиорганной недостаточности связанной с инфекцией;
- 4) восстановление функции ЖКТ;
- 5) отсутствие нарушения сознания.

Правильный ответ: 2

10. К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СТРЕСС-ЯЗВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) применение блокаторов H₂-рецепторов;
- 2) применение ингибиторов протонной помпы;
- 3) раннее энтеральное питание;
- 4) восстановление функции ЖКТ;
- 5) массивная инфузионная терапия.

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№ 1

В хирургическую клинику доставлен больной 22 лет, у которого диагностирован перфоративный аппендицит, осложненный распространенным перитонитом.

1. Каким доступом будете оперировать?
2. Каким способом обрабатывается культя отростка в условиях тифлита?
3. Назовите методы санации брюшной полости при перитоните?
4. Как Вы закончите операцию?
5. Прогноз. Реабилитация.

Эталонные ответы:

1. Нижнесрединная лапаротомия под общей анестезией.
2. При измененном куполе слепой кишки погружение культи червеобразного отростка производят отдельными швами с подведением одного из дренажей к куполу слепой кишки.
3. Промывание брюшной полости растворами антисептиков не менее 10 литров с механическим удалением фибринозных наложений на висцеральной и париетальной брюшине; проточное промывание брюшной полости полиионным раствором под давлением с помощью аппарата "Гейзер".
4. Дренирование из 4-х точек или управляемая лапаростомия. Для жизни благоприятный.
5. Для трудоспособности благоприятный. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки

№2

Больной, 20 лет, 6 дней назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с ранением брыжейки тонкой кишки. Произведена лапаротомия, ушивание раны брыжейки, дренирование брюшной полости. Последние 2 дня отмечает повышение температуры тела до 38 С, периодически возникающее вздутие живота, боль в животе,

тошноту. Объективно: пульс - 96 уд.в мин., АД - 120/70 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный в мезогастррии, где определяется инфильтат, болезненный, размером 10x15 см, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Причина развития осложнения?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз?

Эталоны ответов:

1. Инфильтрат брюшной полости, возможен межпетельный абсцесс.
2. УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости.
3. Недостаточная санация брюшной полости.
4. При межпетельном абсцессе брюшной полости - операция: релапаротомия, вскрытие абсцесса, санация, дренирование брюшной полости. При инфильтрате брюшной полости - консервативное лечение: антибиотики, дезинтоксикационная терапия, физиолечение.
5. Прогноз для жизни благоприятный.

№3

Больной. 19 лет, сутки назад оперирован по поводу распространенного перитонита аппендикулярного происхождения. Произведена аппендэктомия, туалет брюшной полости и ее дренирование. Состояние тяжелое. Пульс 120. Температура 38°. Живот вздут. Была трижды рвота. Газы не отходят.

1. Тактика врача.
2. Лечение.
3. Какой вид кишечной непроходимости у больного?
4. Что Вы определите при аускультации живота?
5. Третичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Необходимо больному провести в полном объеме интенсивное лечение перитонита.

2. Придать положение Фовлера; удалить зондом содержимое желудка или поставить назогастральный зонд; назначить адекватную эмпирическую антибактериальную терапию. Внутривенно до 4-5 литров жидкости с целью коррекции водно-электролитного обмена, улучшения микроциркуляции и дезинтоксикации. Форсировать диурез. Стимуляция деятельности кишечника, но без назначения клизм в первые 4 суток. Сердечные средства. Раннее энтеральное питание.

3. Паралитическая кишечная непроходимость.
4. Отсутствие перистальтики кишечника.
5. Профилактика послеоперационных грыж, (ношение бандажа, следить за функцией кишечника, ограничение физических нагрузок).

№4

Во время операции по поводу распространённого перитонита выявлен гангренозно-измененный червеобразный отросток и воспалительные изменения купола слепой кишки. В брюшной полости до 300 мл гнояного экссудата с запахом, тонкий кишечник раздут, с массивными наложениями фибрина.

1. Как обработаете культю отростка?
2. Нужно ли исследовать выпот из брюшной полости?
3. Какой наиболее эффективный метод введения антибиотиков считаете более рациональным в послеоперационном периоде?
4. Как завершите операцию?
5. Третичная профилактика.

Эталонные ответы.

1. Перевязка кетгутом, погружение культи отростка и наложение отдельных узловых, шелковых швов на купол слепой кишки.
2. Необходимо, на посев и антибиотикограмму, для этиотропной антибиотикотерапии в послеоперационном периоде.
3. Внутривенное.
4. Интубация тонкого кишечника, санация, дренирование брюшной полости, возможно наложение программированной лапаростомы.
5. Прогноз для жизни благоприятный, при условии купирования явлений перитонита. Профилактика послеоперационных осложнений – спаечной болезни, эвентрации, кишечных свищей и т.д.

№5

Больная 23 лет поступила в хирургическое отделение на 3-и сутки от начала заболевания. Заболела остро, когда среди полного здоровья появилась умеренная боль в эпигастриальной области, которая через несколько часов локализовалась в правой подвздошной области. Была тошнота и многократная рвота, подъем температуры до 37,8 градуса. К врачу не обращалась. Накануне ночью при попытке сесть в постели боль в правой подвздошной области внезапно резко усилилась, распространилась по всей правой половине живота. При поступлении: язык сухой, пульс 120 в минуту, живот в дыхании участвует ограниченно, при пальпации - напряжен и резко болезненный в правой подвздошной области. В остальных отделах живота определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

1. Ваш диагноз?
2. Что указывает на осложнения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. План лечения.
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталонные ответы.

1. Острый аппендицит. Распространённый перитонит.
2. Внезапное усиление и разлитой характер боли, повышение температуры тела, тахикардия, сухой язык, положительный симптом раздражения брюшины по всему животу.

3. Развернутый анализ крови, анализ мочи, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр гинеколога /пункция заднего свода/, биохимический анализ крови, группу крови.

4. Операция по экстренным показаниям под общим обезболиванием, лапаротомия, удаление источника перитонита, санация брюшной полости с помощью аппарата "Гейзер", дренирование брюшной полости.

5. Нетрудоспособность в течение 30-45 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, б/лист в течение 10-12 месяцев. При неблагоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

2. Оценить тяжесть состояния больного по шкале SAPS II;

3. Оценить выраженность полиорганной недостаточности у больного перитонитом по шкале SOFA

1. Тема: «Хирургический сепсис: принципы хирургического лечения и интенсивной терапии».

2. Формы работы:

– Подготовка к практическим занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.

1. Назовите основные разновидности хирургического вмешательства при сепсисе.

2. Назовите целевые показатели интенсивной терапии при сепсисе.

3. Назовите основные факторы при выборе антибактериального препарата для эмпирической терапии.

4. Назовите методы профилактики тромбоза глубоких вен и стрессовых язв ЖКТ у больных с тяжёлым.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНО ДОСТИЧЬ

1) 15 - 20 мм. вод. ст.

2) 0 - 5 мм. рт. ст.

3) 8 - 12 мм. рт. ст.

4) 8 - 12 мм. вод. ст.

5) 15 - 20 мм. рт. ст.

Правильный ответ: 3

2. СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (АДСР) В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНО ДОСТИЧЬ:

1) ≥ 40 мм рт. ст.

2) ≥ 65 мм рт. ст.

3) ≥ 80 мм рт. ст.

4) ≥ 100 мм рт. ст.

5) ≥ 120 мм рт. ст.

Правильный ответ: 2

3. ДИУРЕЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖЕН ДОСТИЧЬ:

1) 500 мл.

2) 1,5 л.

3) 50 мл/ч.

4) $\geq 0,5$ мл/кг/ч

5) не имеет значения.

Правильный ответ: 4

4. САТУРАЦИЯ КРОВИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ (SVCO₂) ИЛИ СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНА ДОСТИЧЬ:

- 1) $\geq 40\%$.
- 2) $\geq 60\%$.
- 3) $\geq 70\%$.
- 4) $\geq 90\%$.
- 5) $\geq 100\%$.

Правильный ответ: 3

5. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО СЕПСИСОМ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ

- 1) пол больного;
- 2) происхождение сепсиса (внебольничный или нозокомиальный);
- 3) предполагаемый очаг инфекции;
- 4) тяжесть состояния больного;
- 5) выраженность системного воспаления.

Правильный ответ: 1

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) низкие дозы нефракционированного гепарина;
- 2) препараты низкомолекулярного гепарина;
- 3) чулочные изделия с градуированной компрессией;
- 4) массаж нижних конечностей;
- 5) периодическое бинтование ног эластическим бинтом.

Правильный ответ: 4

7. ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ АНТИБИОТИКАМИ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ

1) после проведения диагностических мероприятий и установления всех источников инфекции.

2) после оперативного лечения направленного на ликвидацию источника инфекции.

3) после проведения инфузионной терапии и стабилизации состояния больного.

4) в течение первого часа с момента установления диагноза «тяжелый сепсис» и после того, как взят соответствующий материал для микробиологического исследования.

5) после получения данных микробиологического исследования и антибиотикограммы.

Правильный ответ: 4

8. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АБТ СЕПСИСА ДОЛЖЕН ОСНОВЫВАТЬСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА

- 1) возрасте и поле больного.
- 2) тяжести общего состояния по шкале saps ii или apache iii.

3) данных по чувствительности внебольничных и нозокомиальных возбудителей в конкретном регионе и стационаре соответственно.

4) количества признаков ссвр.

5) выраженности полиорганной недостаточности по шкале sofa.

Правильный ответ: 3

9. АДЕКВАТНОСТЬ СТАРТОВОГО РЕЖИМА АБТ ДОЛЖНА ОЦЕНИВАТЬСЯ

1) через 3-4 часа на основании динамики гемодинамических показателей.

2) через 48-72 часа на основании микробиологических и клинических данных.

3) по рентгенологической динамике со стороны лёгких через 5-6 суток.

4) по динамике микробиологических посевов крови.

5) по концентрации антибиотика в сыворотке крови.

Правильный ответ: 2

10. «ПРОБА С ОБЪЕМНОЙ НАГРУЗКОЙ» У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИСОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГИПОВОЛЕМИЮ ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ

1) инфузии 500 - 1000 мл кристаллоидов или 300 - 500 мл коллоидов в течение 30 мин;

2) переливания 300 мл эритромаcсы;

3) переливания 500 – 600 мл свежзамороженной плазмы;

4) пероральным приёмом 1,5 литров жидкости;

5) стимуляцией диуреза осмотическими диуретиками.

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

В приемный покой хирургического стационара поступила больная 61 года с жалобами на боль в левом подреберье, слабость, повышение температуры до 38,2 С с лихорадкой гектического характера. Болеет в течение 2 недель. При осмотре: Кожные покровы желтушные, живот болезненный и напряженный в левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные, селезенка перкуторно увеличена. АД - 115/75 мм рт. ст. Пульс - 118 уд.в мин. ЧДД - 22 в мин. Температура тела - 39,4 С. В развернутом анализе крови - лейкоциты - $26,8 \times 10^9$, палочкоядерные - 12, сегментоядерные – 81, СОЭ – 56 мм/ч. По данным УЗИ брюшной полости селезенка 12*15 см, отмечается увеличение правой доли печени в печени множественные очаговые образования размером от 1x1 см до 3*3см с жидкостными включениями.

1. Ваш диагноз?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Какой путь введения антибиотиков предпочтительнее у данной больной?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Тромбоз селезеночной артерии. Сепсис, септикопиемия, множественные абсцессы печени.

2. КТ брюшной полости, кровь на бактериальный посев, биохимический анализ крови, определение концентрации прокальцитонина в плазме крови (PCT).

3. Операция: Лапаротомия, спленэктомия, вскрытие абсцессов печени, холецистостомия, дренирование брюшной полости. Инфузионно-трансфузионная терапия в объеме не менее 2,5-3 литров, антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, экстракорпоральная детоксикация.

4. Установка сосудистого катетера в чревный ствол.

5. Прогноз неблагоприятный.

№2

Больной, 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, потливость, боли в грудной клетке слева, аовышение температуры тела до 40 C^0 с ознобами. В анамнезе поливалентная наркомания. При поступлении состояние тяжёлое. Печень увеличена на 4-5 см. Селезенка выступает из-под реберного края на 5 см., плотная. Аускультативно в нижних отделах левого лёгкого разнокалиберные хрипы, систолический шум на аортальном клапане. Рвоты не было. Гемоглобин - 101 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $26,1 \times 10^9$ с выраженным сдвигом влево, тромбоциты - 180×10^9 .

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза?

4. Какова форма заболевания?

5. Эмпирическая антибактериальная терапия.

Эталон ответа.

1. Дерматогенный сепсис.

2. Нижнедолевая пневмония слева, бактериальный эндокардит.

3. Кровь на посев и антибиограмму, УЗИ печени и селезёнки, ЭхоКГ, Р-графия грудной клетки, прокальцитониновый тест, биохимический анализ крови.

4. Вероятнее всего тяжёлый сепсис.

5. В схему антибактериальной терапии должен быть включён ванкомицин или линезолид.

№3

Больной 37 лет доставлен через 2 суток с момента многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. Жалобы на: боль в животе и левой поясничной области, тошноту, рвоту, не приносящую

облегчение, температуру до 39° С. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участвует в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. В левой поясничной области отёк, гиперемия, резкая болезненность при пальпации. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Блюмберга-Щеткина и Мейо-Робсона. Пульс – 112 в минуту, слабого наполнения. АД- 95/60 мм рт.ст., температура тела - $38,2^{\circ}$ С. Лейкоциты крови – $17,0 \times 10^9$ /л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?
4. Эмпирическая антибиотикотерапия.
5. Прогноз. Реабилитация.

Эталон ответа.

1. Инфицированный панкреонекроз. Перитонит. Панкреатогенный сепсис.

2. УЗИ, КТ поджелудочной железы и брюшинного пространства. Амилаза крови, диастаза мочи. Прокальцитонин

3. Срочная операция - лапаротомия. Объем и метод завершения операции - в зависимости от размеров очага поражения железы и распространенности воспаления брюшины. Люмботомия слева, ревизия и дренирование брюшинного пространства.

4. Монотерапия карбопенемами.

5. Нетрудоспособность в течение 30-45 дней с момента пребывания в стационаре. При сроках нетрудоспособности более 30 дней дальнейшее продление больничного листа осуществляется клинико-экспертной комиссией. При благоприятном трудовом прогнозе, больничный лист в течение 10-12 месяцев. При благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№4

У больного 59 лет трое суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и прикладывал грелку, после чего боли в животе стихли. На следующий день боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Пульс - 128 в мин., ЧДД – 30 в мин., температура тела $38,4^{\circ}$ С. Язык сухой. Живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Блюмберга положительный по всему животу. Лейкоцитоз $-18,6 \times 10^9$ /л., билирубин 43,2 ммоль/л, креатинин – 164 ммоль/л.

1. Ваш диагноз.
2. Что могло послужить причиной данного заболевания?
3. Тактика.
4. Эмпирическая антибактериальная терапия.
5. Прогноз, третичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Распространенный перитонит. Абдоминальный сепсис.
2. Острый деструктивный аппендицит
3. Операция – лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, решение вопроса о необходимости этапных санаций.
4. Сочетание ингибиторзащищённых пенициллинов с аминогликозидами или цефалоспоринов III поколения с метронидазолом.
5. Прогноз для жизни благоприятный, при условии купирования явлений перитонита. Профилактика послеоперационных осложнений – спаечной болезни, эвентрации, кишечных свищей и т.д.

№5

Больной Н., 34 лет поступил с хирургическое отделение с клиникой флегмоны правого бедра. При поступлении состояние больного тяжелое, АД - 80/40 мм рт. ст., пульс - 140 уд.в мин., температура тела 39 С. В развернутом анализе крови лейкоцитоз - 22×10^9 , СОЭ - 50 мм/ч. Концентрация прокальцитонина в плазме крови (PCT) - 2,9 нг/мл.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Хирургическая тактика?
3. Какой антибиотик нужно назначить больному в качестве стартовой терапии?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Прогноз, реабилитация?

Эталоны ответов.

1. Септический шок.
2. После интенсивной предоперационной подготовки, стабилизации гемодинамики - операция - вскрытие, санация, дренирование флегмоны.
3. Антибиотик группа карбапенемов со сменой после получения результатов микробиологического исследования.
4. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки, ЭхоКГ.
5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Диспансерная группа 2.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Вскрыть абсцесс мягких тканей.

Список рекомендованной литературы

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательст во, год	Кол-во экземпляров	
				в библиоте ке	на кафед ре
1	2	3	4	5	6
1.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008	3	2
2.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008	10	1
3.	Неотложная хирургия: рук. для хирургов общей практики	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М. Г. Маккени [и др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов	М.: Изд-во Панфилова, 2010	3	1
4.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	12
5.	Хирургия гнойно- некротических осложнений диабетической	В. М. Бенсман	М.: Медпрактик а, 2010	5	1

	стопы: рук. для врачей				
6.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	3
7.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	1
8.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	0
9.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	0
10.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия, 2008	2	0
11.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	0
12.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	0
13.	Хирургические	А. И. Кириенко	М.:	1	0

	болезни: учеб. пособие	[и др.]	ГЭОТАР-Медиа, 2011		
14.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцев, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008	1	0
15.	Школа неотложной хирургической практики: учеб. пособие	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: Бином. Лаборатория знаний, 2010	2	0
16.	Атлас хирургии молочной железы	И. Джатой, М. Кауфманн, Т.И. Пети; ред.-пер. Н.И. Рожкова [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	6	0
17.	Атлас амбулаторной хирургии	ред. В.Е. Томас, Г.Н. Сеннинджер; ред. пер. С. П. Ветшев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	0
18.	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Дж. Л. Кэмерон, К. Сэндон; ред. пер. А. С. Ермолов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	0
19.	Атлас сосудистой хирургии	К. К. Заринш, Б. Л. Гевертс; ред. пер. А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа,	10	0

		Покровский	2009		
20.	Атлас торакальной хирургии	М. К. Фергюсон; ред. пер. М. И. Перельман [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	16	0
21.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер, Р. М. Золлингер; ред. пер. В.А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	2	0
22.	Неотложная хирургия : рук. для хирургов общей практики	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М. Г. Маккенни [и др.]; пер. с англ. А.А. Митрохин	М.: Изд-во Панфилова, 2010	3	0
23.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	И. И. Каган, С. В. Чемезов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	0
24.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи : учебник	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, А. А. Кулаков [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	0

Электронные ресурсы

1.	ИБС КрасГМУ		
----	-------------	--	--

2.	БД МедАрт		
3.	БД Медицина		
4.	БД Ebsco		
	Российская Ассоциация медицинской лабораторной диагностики (РАМЛД)	http://www.ramld.ru	
	Информационный медицинский портал Медтраст (новости, библиотека, энциклопедия лабораторных тестов, ссылки)	http://www.medtrast.ru	

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Вид документа	Принявший орган	Дата	Номер	Название документа
1	2	3	4	5	6
1.	Методическ ие рекомендац ии	Министерство здравоохранен ия Красноярского края	30.08.200 9		Алгоритмы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских учреждениях Красноярского края.
2.	Приказ		Зарегистр	Опублик	Об

	<p>Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 24 декабря 2010 г. №1182н г. Москва</p> <p>Дата официальной публикации :4 февраля 2011 г.</p>		<p>ирован в Минюсте РФ 31 января 2011 г.</p>	<p>овано: 4 февраля 2011 г. в "РГ" - Федеральный выпуск №5399</p> <p>Вступает в силу:15 февраля 2011 г.</p>	<p>утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным хирургическим и заболеваниями "</p>
3.	<p>Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г</p>	<p>Опубликовано 23 ноября 2011 г.</p> <p>Вступает в силу 23 ноября 2011 г., принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года, одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года</p>		<p>№323-ФЗ</p>	<p>Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации</p>
4	<p>Приказ</p>	<p>МЗ РФ</p>	<p>21.03.200</p>	<p>№109</p>	<p>О</p>

			3		совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации
5	Приказ	Минздравсоцразвития России	29.10.2009	№855	О внесении изменения в приложение №4 к приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. №109

