



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

Х 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. – 352 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.	Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	6
2.	Клиническая картина и методы диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.....	14
3.	Пострезекционные и постваготомические синдромы в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.....	21
4.	Пилородуоденальные стенозы, как осложнение язвенной болезни: клиника, диагностика, лечение.....	27
5.	Перфорация и пенетрация как осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика...	34
6.	Полипы и доброкачественные опухоли желудка: клиника, диагностика, методы хирургического лечения.....	40
7.	Осложнения острого аппендицита.....	46
8.	Острая кишечная непроходимость (спаечная, обтурационная, инвагинация).....	53
9.	Язвы тонкой кишки (неспецифические, специфические). Дивертикулы тонкой кишки. Болезнь Крона тонкой кишки.....	61
10.	Кишечные свищи: тонкокишечные, толстокишечные.....	67
11.	Механическая желтуха: этиопатогенез; клинические, лабораторные, инструментальные методы диагностики, лечение.....	73
12.	Паразитарные поражения печени. Альвеококкоз печени. Эхинококкоз печени.....	81
13.	Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.....	87
14.	Циррозы печени. Хирургические методы лечения.....	92
15.	Опухоли внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка.....	98
16.	Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии	104
17.	Опухоли и кисты селезенки.....	110
18.	Анатомо-функциональные особенности поджелудочной железы.....	116
19.	Острый панкреатит. Классификация, диагностика.....	122
20.	Опухоли поджелудочной железы.....	129
21.	Классификация грыж живота. Этиопатогенез грыж.....	136
22.	Принципы хирургического лечения неосложненных грыж живота (паховые, бедренные, пупочные, белой линии и пр. грыжи). Натяжная и ненатяжная пластика грыжевого дефекта..	141
23.	Редкие виды ущемления грыж.....	146

24.	Редкие виды грыж живота.....	151
25.	Диафрагмальные грыжи.....	156
26.	Классификация травмы живота. Закрытая травма живота: без повреждения органов брюшной полости (ушибы и разрывы мягких тканей брюшной стенки (клиника и диагностика, первая помощь, и хирургическая тактика).....	161
27.	Классификация травмы живота. Закрытая травма живота: с повреждением органов брюшной полости (паренхиматозных и полых). Диагностика, клиника, лечение. Ведение больных в послеоперационном периоде.....	166
28.	Геморрой.....	171
29.	Анальная трещина.....	178
30.	Травматические повреждения прямой кишки и промежности. Инородные тела прямой кишки.....	184
31.	Неспецифический язвенный колит.....	193
32.	Болезнь Крона.....	200
33.	Дивертикулы и дивертикулез толстой кишки.....	208
34.	Венозные тромбозы. Посттромбофлебитическая болезнь.....	215
35.	Окклюзия дуги аорты и ее ветвей.....	220
36.	Заболевания мезентериальных артерий.....	227
37.	Травма сосудов. Классификация повреждений сосудов. Клиника, диагностика, лечение повреждений сосудов. Осложнения повреждений сосудов.....	233
38.	Зоб. Классификация, диагностика.....	239
39.	Рак щитовидной железы. Хирургические методы лечения. Комбинированное лечение. Реабилитация.....	247
40.	Спонтанный пневмоторакс, бронхиальные свищи.....	254
41.	Медиастинит, осложнения при оперативных вмешательствах на средостении.....	260
42.	Опухоли и кисты средостения.....	268
43.	Химические ожоги пищевода, эрозии. Пептические язвы пищевода.....	275
44.	Ахалазия кардии.....	282
45.	Доброкачественные опухоли молочной железы. Классификация, диагностика, методы оперативного лечения... ..	288
46.	Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи... ..	294
47.	Учение о ранах. Классификация ран. Первичная и вторичная обработка ран. Гнойно-некротические раны. Огнестрельные раны.....	300
48.	Глубокие гнойно-некротические заболевания кожи, подкожной клетчатки.....	306
49.	Остеомиелит.....	312
50.	Перитонит: классификация, этиопатогенез, диагностика.....	318

	Методология хирургического лечения перитонита.....	
51.	Хирургический сепсис. Классификация. Патогенез, клиника, диагностика.....	324
52.	Полиорганная недостаточность: принципы инфузионной терапии, антибактериальной терапии.....	331
53.	Современные методы экстракорпоральной детоксикации.....	339
54.	Список рекомендованной литературы.....	346

1. Тема: «Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез заболеваний желудка.
2. Классификация заболеваний желудка.
3. Клиническая картина язвенной болезни желудка и ДПК.
4. Основные принципы лечения на догоспитальном этапе при заболеваниях желудка.

5. Лечебно-диагностический алгоритм при язвенной болезни желудка и ДПК.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ УГРОЗЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФГС

1. рубцующаяся язва
2. размеры язвы
3. расположение язвы
4. глубина язвы
5. наличие тромбированных сосудов в дне язвы

Правильный ответ: 5

2. ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИКРЫТОЙ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК ВСЕ, КРОМЕ:

1. типичная картина прободения при повторном открытии перфорационного отверстия
2. развитие абсцессов в брюшной полости в) выздоровление при хорошем отграничении от брюшной полости
3. добавляется клиника кровотечения в просвет желудка
4. развивается клиника шок
5. выздоровление при хорошем отграничении от брюшной полости

Правильный ответ: 4

3. ПЕРИОДЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ:

1. период внезапной резкой боли, шока
2. период мнимого благополучия
3. период прогрессирующего перитонита
4. все правильно
5. клиника шока

Правильный ответ: 4

4. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК, ВСЕ, КРОМЕ:

1. кинжальная боль в животе
2. неукротимая рвота
3. напряжение мышц передней брюшной стенки
4. язвенный анамнез
5. исчезновение печеночной тупости

Правильный ответ: 2

5. МУЖЧИНА, 25 ЛЕТ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАН С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ В ЭПИГАСТРИИ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ТАКТИКУ.

1. ФГС
2. рентгеноскопия желудка с барием
3. рентгеноскопия желудка с урографинном
4. наблюдение
5. лапаротомия с решением вопроса об объеме операции

Правильный ответ: 5

6. У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ВОЗНИКЛИ "КИНЖАЛЬНЫЕ" БОЛИ, ПРОШЛИ ЧЕРЕЗ 30 МИН. ЧЕРЕЗ СУТКИ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, УМЕРЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ДЕФАНС, С-М ЩЕТКИНА +, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СОХРАНЕНА. Т 37,5. ДИАГНОЗ И ТАКТИКА

1. острый аппендицит, операция
2. обострение язвенной болезни желудка, ФГС или рентгеноскопия
3. острый холецистит, УЗИ
4. острый холецистопанкреатит, УЗИ
5. прикрытая перфорация язвы желудка, ФГС, рентгеноскопия, оперативное лечение

Правильный ответ: 5

7. 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
5. не вводить обезболивающие препараты

Правильный ответ: 4

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

1. положение Фоулера
2. зондовая аспирация желудочного содержимого

3. дезинтоксикационная терапия
4. антибиотики
5. тепло на живот

Правильный ответ: 5

9. БОЛЬНОЙ, 53 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРУГ

1. все перечисленное
2. острый панкреатит
3. острый инфаркт миокарда
4. плевропневмонию
5. поражение корешков спинного мозга

Правильный ответ: 1

10. 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

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№ 1

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно: резкая болезненность напряжение мышц передней брюшной стенки. А/Д – 80/60 мм рт.ст. Пульс – 56 уд. в минуту.

1. Ваш диагноз
2. Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота
3. Какой метод исследования надо сделать, что при этом будет определяться
4. Лечение.
5. Прогноз.

Эталоны ответов.

1. Язвенная болезнь ДПК, осложненная перфорацией.
2. Исчезновение печеночной тупости тимпанический звук над печенью.
3. Обзорная R-графия брюшной полости (серповидная полоска воздуха под правым куполом диафрагмы). ФГДС – перфоративное отверстие.

4. Лечение – оперативное (лапаротомия, ушивание перфорации по Опелю-Поликарпову), при отсутствии симптомов перитонита – резекция желудка.

5. Прогноз для жизни сомнительный, все будет зависеть от предыдущего лечения (если было ушивание, возможен рецидив). Для труда – ограничение физической нагрузки, соблюдение диеты, постоянное наблюдение у гастроэнтеролога в течение 1-2-х лет.

№ 2

В скорую помощь обратился мужчина. 38 лет, с жалобами на резкую слабость, недомогание, интенсивные боли в эпигастрии. В течение двух дней был черный стул. В день обращения утром была рвота типа кофейной гущи. Из анамнеза известно, что пациент состоит на диспансерном /чете по язвенной болезни желудка. Год назад было желудочное кровотечение, подтвержденное эндоскопическим исследованием. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и слизистых. Язык обложен, сухой. Тахикардия, липкий пот. АД 90/60. Аускультативно патология органов грудной клетки не выявлено. Живот правильной формы, напряжен, в акте дыхания участвует плохо. Симптомы раздражения брюшины в эпигастрии и по правому боковому каналу. Печеночная тупость отсутствует. В анализе крови данные о гипохромной анемии. Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. План дальнейших методов обследования больного.
3. Тактика лечения.
4. Возможные виды оперативного вмешательства.
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на б/л.

Эталоны ответов.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. ФГДС.
3. При продолжающемся кровотечении – экстренная операция.

При нестойком гемостазе или остановившемся кровотечении по срочным показаниям или в плановом порядке.

4. Резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II.
5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней

№3

У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации триады был жидкий стул черного цвета,

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение
2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения
3. Какие критерии степени тяжести кровотечения
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?

5. Какие показания для экстренной операции. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. Из верхнего отдела (пищеводно-желудочного).

2. Произвести срочную гастродуоденоскопию.

3. Прежде всего, пульс, АД, ЦВД, затем Нв, эритроциты, гематокрит.

4. Промыть желудок холодной водой через зонд, ввести в желудок и в/в аминокапроновую кислоту, использовать эндоскопические методы остановки кровотечения.

5. Продолжающееся кровотечение. 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 в течение 10-12 месяцев. при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№4

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена. Пульс - 120 в минуту, АД- 90/60 мм рт.ст. Нв-64 г/л, гематокрит - 23%

1. Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии?

2. Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема

циркулирующей крови

3. Каков объем и состав /конкретно/ трансфузионной терапии

4. Какую кровь предпочтительней использовать для гемотрансфузии

5. Прогноз для жизни и трудоспособности.

Эталоны ответов.

1. У больного предполагается большая кровопотеря из дуоденальной язвы, угрожающая для жизни (кровопотеря до 30%ОЦК, гипотония до 90 мм рт.ст.) Такую кровопотерю организм не может компенсировать самостоятельно, без лечения,

2. Консервативная гемостатическая терапия включает строжайший постельный режим, пузырь со льдом на область желудка и ДПК, промывание желудка через назальный зонд раствором аминокапроновой кислоты с температурой 4-7° С, введение гемостатиков - хлористый кальций, викасол, АКК, свежезамороженной, плазмы, свежеситратной крови.

Гемотрансфузия проводится при шоке, а также при падении уровня гемоглобина ниже 100 г/л. Применяются сосудосуживающие препараты для уменьшения кровоснабжения слизистой оболочки - вазопрессин, питуитрин, соматостатин. При промывании желудка холодной водой, в последнюю порцию воды, можно добавлять адреналин.

3. Обнаружение, при эндоскопическом исследовании, признаков активного кровотечения служит показанием к применению эндоскопических методов остановки кровотечения.

4. При инфузионной терапии для восполнения ОЦК используют умеренную гемодилюцию - содержание гемоглобина около 100 г/л, гематокрит в пределах 30%. При легкой кровопотере производят инфузию реополиглюкина, гемодеза, в объеме до 400-600 мл с добавлением солевых и глюкозо-содержащих растворов. При средней кровопотере вводят плазмозамещающие растворы, донорскую плазму. Общий объем инфузии должен равняться 30-40 мл/кг массы тела больного. При тяжелой кровопотере и геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови может достигать 1:1,1:2. Не допускать подъем АД выше 110 мм рт.ст.

5. Для гемотрансфузии следует применять свежемороженную плазму и свежечитратную кровь. Для жизни прогноз сомнительный, поэтому рекомендовано оперативное лечение, для трудоспособности – ограничения.

№5

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был "черный" стул. Пульс - 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., Нв- 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови АВ /IV/+. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось.

1. Ваш диагноз

2. Методы диагностики данной патологии.

3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены

4. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию

или экстренно оперировать больного

5. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.

2. ФГС.

3. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлен одним из следующих методов:

апликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил., раствор азотнокислого серебра и др.);

инъекционный метод - инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина, полидоканола или этоксисклерола и др.);

электрокоагуляция - термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей, сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию;

клипирование - эндоскопическая методика позволяет осуществить механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд.

Контроль за полнотой гемостаза, осуществляется с помощью назогастрального зонда, и динамической ФГДС.

4. В данном случае больному показана экстренная операция. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении экстренную операцию проводят на фоне массивного переливания одногруппной крови, нативной плазмы, плазмозамещающих растворов.

5. Показана дистальная резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II. В качестве альтернативного вмешательства может быть применена операция иссечения кровоточащей язвы ДПК с дуоденопластикой и стволовой ваготомией. 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 в течение 10-12 месяцев, при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Освоение практических навыков наложение швов на желудке.

2. Освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве желудка.

3. Освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке.

1. Тема: «Клиническая картина и методы диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и ДПК.
2. Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК.
3. Клиническая картина кровоточащей язвы желудка и ДПК.
4. Основные принципы лечения на догоспитальном этапе при кровоточащей язве желудка и ДПК.
5. Лечебно-диагностический алгоритм при кровоточащей язве желудка и ДПК.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания:

1. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ УГРОЗЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФГС

1. рубцующаяся язва
2. размеры язвы
3. расположение язвы
4. глубина язвы
5. наличие тромбированных сосудов в дне язвы

Правильный ответ: 5

2. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО:

1. Мелена
2. Симптом мышечной защиты
3. Рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи»
4. Брадикардия
5. Коллапс

Правильный ответ: 5

3. ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У:

1. Мужчин
2. Женщин
3. Стариков
4. Больных зрелого возраста (31-50 лет)
5. Больных молодого возраста (до 30 лет)

Правильный ответ: 1

4. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

1. «Разъедающее» действие желудочного секрета
2. Недостаток витаминов К и С
3. Атеросклероз сосудов

4. Аллергия
5. Гормональные нарушения

Правильный ответ: 1

5. ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ:

1. Капилляры
2. Вены
3. Артерии
4. Сочетание
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 5

6. ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ ПОТЕРЮ КРОВИ В ОБЪЕМЕ:

1. 300-400 мл (не более 10% объема циркулирующей крови)
2. До 1,5 л (15-20%)
4. более 2 л (35%)
5. Более 3 л (50%)

Правильный ответ: 1

7. ОСНОВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Сгущение крови
2. Гипоксия мозга
3. Гиповолемический шок
4. Почечная недостаточность
5. Печеночная недостаточность

Правильный ответ: 3

8. ХАРАКТЕРНЫЕ СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО МАЛОКРОВИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

1. Легкие, проходящие тошнота, сухость во рту, слабость
2. Рвота кровью, обильная, многократная
3. Мелена
4. Резко выраженные слабость, тошнота. Шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, жажда
5. Все перечисленные.

Правильный ответ: 5

9. ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

1. Боль острая, в эпигастрии
2. Боль тупая, обостряющаяся при кровотечении
3. Боль исчезает вслед за начавшимся кровотечением
4. Боль схваткообразная
5. «Кинжальная боль»

Правильный ответ: 3

10. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ:

1. Кожа и видимые слизистые оболочки обычного цвета или незначительно бледнее

2. АД и пульс в пределах нормы

3. Общее состояние удовлетворительное

4. Диурез снижен

5. Центральное венозное давление снижено

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

№ 1

В скорую помощь обратился мужчина. 38 лет, с жалобами на резкую слабость, недомогание, интенсивные боли в эпигастрии. В течение двух дней был черный стул. В день обращения утром была рвота типа кофейной гущи. Из анамнеза известно, что пациент состоит на диспансерном /чете по язвенной болезни желудка. Год назад было желудочное кровотечение, подтвержденное эндоскопическим исследованием. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и слизистых. Язык обложен, сухой. Тахикардия, липкий пот. АД 90/60. Аускультативно патология органов грудной клетки не выявлено. Живот правильной формы, напряжен, в акте дыхания участвует плохо. Симптомы раздражения брюшины в эпигастрии и по правому боковому каналу. Печеночная тупость отсутствует. В анализе крови данные о гипохромной анемии.

1. Ваш диагноз?

2. План дальнейших методов обследования больного

3. Тактика лечения

4. Возможные виды оперативного вмешательства

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листке

Эталон ответа.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.

2. ФГДС.

3. При продолжающемся кровотечении – экстренная операция. При нестойком гемостазе или остановившемся кровотечении по срочным показаниям или в плановом порядке.

4. Резекция желудка по Бильрот-I или Бильрот-II.

5. Нетрудоспособность в течение 60-75 дней

№ 2

У больного 23 лет около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации триады был жидкий стул черного цвета.

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение

2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения
3. Какие критерии степени тяжести кровотечения
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения
5. Какие показания для экстренной операции. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталон ответа.

1. Из верхнего отдела (пищеводно-желудочного).
2. Произвести срочную гастродуоденоскопию.
3. Прежде всего, пульс, АД, ЦВД, Нв, эритроциты, гематокрит.
4. Промыть желудок холодной водой через зонд, ввести в желудок и в/в аминокaproновую кислоту, использовать эндоскопические методы остановки кровотечения.

5. Продолжающееся кровотечение. 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 в течение 10-12 месяцев. при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№ 3

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был жидкий стул - мелена. Пульс - 120 в минуту, АД- 90/60 мм рт.ст. Нв-64 г/л, гематокрит - 23%

1. Какие препараты Вы используете в качестве гемостатической терапии
2. Какие препараты Вы используете в качестве первых для восполнения объема циркулирующей крови
3. Каков объем и состав трансфузионной терапии
4. Какую кровь предпочтительней использовать для гемотрансфузии
5. Прогноз для жизни и трудоспособности

Эталон ответа.

1. У больного предполагается большая кровопотеря из дуоденальной язвы, угрожающая для жизни (кровопотеря до 30%ОЦК, гипотония до 90 мм рт.ст.) Такую кровопотерю организм не может компенсировать самостоятельно, без лечения,

2. Консервативная гемостатическая терапия включает строжайший постельный режим, пузырь со льдом на область желудка и ДПК, промывание желудка через назальный зонд раствором аминокaproновой кислоты с температурой 4-7° С, введение

гемостатиков - хлористый кальций, викасол, АКК, свежезамороженной, плазмы, свежеситратной крови. Гемотрансфузия проводится при шоке, а также при падении уровня гемоглобина ниже 100 г/л. Применяются сосудосуживающие препараты для уменьшения кровоснабжения слизистой оболочки - вазопрессин, питуитрин, соматостатин. При промывании желудка холодной водой, в последнюю порцию воды, можно добавлять адреналин.

3. Обнаружение, при эндоскопическом исследовании, признаков активного кровотечения служит показанием к применению эндоскопических методов остановки кровотечения.

4. При инфузионной терапии для восполнения ОЦК используют умеренную гемодилюцию - содержание гемоглобина около 100 г/л, гематокрит в пределах 30%. При легкой кровопотере производят инфузию реополиглюкина, гемодеза, в объеме до 400-600 мл с добавлением солевых и глюкозо-содержащих растворов. При средней кровопотере вводят плазмозамещающие растворы, донорскую плазму. Общий объем инфузии должен равняться 30-40 мл/кг массы тела больного. При тяжелой кровопотере и геморрагическом шоке соотношение переливаемых растворов и крови может достигать 1:1, 1:2. Не допускать подъем АД выше 110 мм рт.ст.

5. Для гемотрансфузии следует применять свежезамороженную плазму и свежеситратную кровь. Для жизни прогноз сомнительный, поэтому рекомендовано оперативное лечение, для трудоспособности - ограничения.

№4

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокружение. Около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа "кофейной гущи". До момента госпитализации трижды был "черный" стул. Пульс - 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст., Нв - 65 г/л, гематокрит - 23%. Группа крови АВ /IV/+. При срочной гастродуоденоскопии обнаружено, что в желудке большое количество жидкости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определяется глубокий язвенный дефект до 1,5 см в диаметре, из которого активно поступает кровь. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось.

1. Ваш диагноз

2. Методы диагностики данной патологии.

3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения могут быть применены

4. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консервативную терапию или экстренно оперировать больного

5. Если принято решение оперировать больного, какие операции могут быть проведены в данном случае? Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталон ответа.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.

2. ФГС.

3. Эндоскопический гемостаз может быть осуществлен одним из следующих методов:

апликационный метод вяжущими и обволакивающими средствами (феррокрил., раствор азотнокислого серебра и др.);

инъекционный метод - инъекционное введение в область кровоточащей язвы (паравазально или интравазально) различных склерозирующих и сосудосуживающих препаратов (спирт 50%, раствор адреналина, полидоканола или этоксисклерола и др.);

электрокоагуляция - термоактивные способы эндоскопической остановки кровотечения, основанные на том, что действие высокой температуры приводит к коагуляции белков тканей, сжатию просвета сосуда и уменьшению кровотока. К таким методам относят лазеротерапию, мультиполярную электрокоагуляцию, термокоагуляцию;

клипирование - эндоскопическая методика позволяет осуществить механическую остановку кровотечения наложением клипсы на кровоточащий сосуд.

Контроль за полнотой гемостаза, осуществляется с помощью назогастрального зонда, и динамической ФГДС.

4. В данном случае больному показана экстренная операция. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении экстренную операцию проводят на фоне массивного переливания одногруппной крови, нативной плазмы, плазмозамещающих растворов.

5. Показана дистальная резекция желудка по способу Бильрот-I или Бильрот-II. В качестве альтернативного вмешательства может быть применена операция иссечения кровоточащей язвы ДПК с дуоденопластикой и стволовой ваготомией. 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 в течение 10-12 месяцев, при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№5

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 6 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезли

боли. АД- 90/60 мм рт.ст. Анализ крови: Эр.-4,1х 10¹² /л, Нв-140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

1. Какое осложнение развилось у больного
2. С чем связано исчезновение болей
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови
4. Какой кал будет через 1-2 суток
5. Как подтвердить диагноз. Прогноз. Рекомендации по ведению больных с язвенной болезнью на амбулаторном этапе.

Эталон ответа.

1. У больного предположительно острое кровотечение из дуоденальной язвы.

2. Боли исчезли, из-за устранения кровью кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую в области язвы.

3. Нормальные показатели крови можно объяснить централизацией кровообращения при геморрагическом шоке и последующим депонированием.

4. Через 1-2 суток у больного будет "черный" дегтеобразный стул /мелена/.

5. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием (ФГДС). Для жизни прогноз благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Освоение практических навыков наложение швов на желудке,
2. Освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве желудка.

3. Освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке.

1. Тема: «Пострезекционные и постваготомические синдромы в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез болезней оперированного желудка.
2. Классификация болезней оперированного желудка.
3. Клиническая картина пострезекционного и постваготомического синдрома.
4. Основные принципы лечения на догоспитальном этапе.
5. Лечебно-диагностический алгоритм при болезнях оперированного желудка.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

Тестовые задания

1. ПОСЛЕ КАКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ ВОЗНИКАЕТ ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

1. Бильрот -1 (резекция желудка)
2. Бильрот - II
3. проксимальная резекция желудка
4. ушивание перфорации
5. ваготомия.

Ответ: 2

2. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА – ЭТО НАРУШЕНИЕ

1. электролитного обмена
2. белкового обмена
3. водного
4. гиповитаминоз
5. нарушение всасывания.

Ответ: 1

3. СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, КАК БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА – ЭТО:

1. длинная приводящая петля
2. короткая приводящая петля
3. наличие брауновского соустья
4. резекция желудка по Бильрот-1
5. селективная ваготомия.

Ответ: 1

4. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОХРОМНОЙ АНЕМИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. недостаток калия в организме
2. белковая недостаточность

3. нарушение обмена железа
4. недостаток Na и Cl
5. йодная недостаточность.

Ответ: 3

5. ПРИЧИНА, СПОСОБСТВУЮЩАЯ РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

1. использование кетгута
2. использование сшивающего аппарата
3. парез кишечника
4. недостаточность анастомоза
5. длинная приводящая петля.

Ответ: 5

6. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАВШЕГО ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА, ХИРУРГ СДЕЛАЛ ЕМУ КОНТРАСТНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ С БАРИЕМ. КАКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОГУТ НАСТОРОЖИТЬ ХИРУРГА ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗМОЖНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ

1. жидкость натошак
2. форма желудка в виде "рыболовного крючка"
3. диаметр язвы 2,5 см
4. задержка эвакуации
5. симптом Декервена

Правильный ответ: 3

7. У БОЛЬНОГО, 48 ЛЕТ, СОЧЕТАННАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ (ВЫРАЖЕННАЯ РУБЦОВОЯЗВЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С СУБКМПЕНСИРОВАННЫМ 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

9. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ РЕЦИДИВА ЯЗВЫ ПОСЛЕ ОРГАНосохраняющей операции с ваготомией при адекватном снижении кислотопродукции после операции:

1. синдром Золлингера-Эллисона
2. неполная ваготомия
3. дуоденогастральный рефлюкс желчи
4. гастрит оперированного желудка

5. чрезмерное употребление алкоголя

Правильный ответ: 4

10. НА 9 СУТКИ У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ С ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ ПО ФИННЕЮ ДИАГНОСТИРОВАНА ЗАДЕРЖКА ЭВАКУАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО. КАКОЙ РУТИННЫЙ МЕТОД МОГ БЫ НАТОЛКНУТЬ НА ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ О ДАННОМ ОСЛОЖНЕНИИ ДО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. зондовые пробы
2. развернутый клинический анализ крови
3. эндоскопическая гастродуоденоскопия
4. ирригоскопия
5. ЯМР-томография верхнего этажа брюшной полости

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи:

№1

Больному 45 лет установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Считает себя больным в течение I месяца. 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, калии плазмы. - 2,0 ммоль/л.

1. Нуждается ли больной в оперативном лечении
2. Если да, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка и как долго она будет проводится
3. Как необходимо готовить желудок в предоперационном периоде
4. Как объяснить изменения со стороны анализа крови
5. Профилактика.

Эталоны ответов.

1. Да.
2. Введение белковых препаратов, аминокислот, электролитов, жидкости для коррекции волемии, гипопроотеинемии, гипокалиемии, и больной переводится на паренте-ральное питание.
3. Аспирация содержимого желудка 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.

№2

Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

1. Сформулируйте развернутый диагноз
2. Показано ли больному оперативное лечение
3. Если показано, то какую операцию Вы выберете, если нет, то какое лечение Вы назначите

4. Прогноз

Эталоны ответов.

1. Язвенная болезнь луковицы ДПК. Субтотальный стеноз выходного отдела желудка.

2. Да.

3. Селективную проксимальную ваготомию с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом.

4. Для жизни благоприятный для трудоспособности благоприятный.

№3

У больного 40 лет, направленного по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки, при обследовании выявлен постбульбарный стеноз. При рентгенологическом исследовании желудок увеличен в размерах, перистальтика глубокая. Эвакуация из желудка запаздывает. Через 5 часов в желудке половина бария. Через 24 часа весь барий в толстой кишке. Эндоскопически выявлена несостоятельность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс и поверхностный дистальный эзофагит. В желудке, несмотря на его промывание вечером накануне исследования, много жидкости. Луковица деформирована, сразу за ней имеется сужение с язвой в его зоне. Пройти сужение эндоскопом не удалось.

1. Какая стадия постбульбарного стеноза

2. В каком лечении нуждается больной?

3. Какую операцию можно считать операций выбора в подобной ситуации

4. Нужна ли предварительная консервативная терапия

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. Стадия субкомпенсации.

2. В оперативном.

3. Селективную проксимальную ваготомию с дуоденопластикой.

4. По представленным данным в ней нет необходимости.

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 в течение 10-12 месяцев. при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№4

Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость,

периодическую рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически лечился амбулаторно и стационарно. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния. Анализ крови: Зр.- $3,7 \times 10^9$ /л, Нв- 96 г/л, лейкоц.- $6,7 \times 10^9$ %. Общий белок плазмы - 88 г/л.

1. Какое заболевание можно предположить у больного
2. Что необходимо выполнить для верификации диагноза
3. План лечения
4. Прогноз

Эталоны ответов.

1. Малигнизация язвы желудка.
2. Для верификации диагноза целесообразно выполнить ЭГДС с биопсией, УЗИ печени / на метастазы/.
3. При подтверждении диагноза опухоли желудка - показано оперативное лечение.
4. При радикальном оперативном лечении прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный.

№5

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 12 кг. Больной истощен. В эпигастральной области определяется «шум плеска», нижняя граница желудка на уровне гребешковой линии. Анализ крови: Эр.- $6,8 \times 10^9$ /л, 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.

Эталоны ответов.

1. Стеноз выходного отдела желудка в стадии декомпенсации.
2. Гипокальциемия, гипокалиемия.
3. Введение жидкостей, растворов электролитов, плазмазаменителей, плазмы и белковых препаратов; аспирация содержимого желудка.
4. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев, перевязки

6. Перечень практических умений.

1. Наложение швов на желудке.
2. Освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве желудка.

3. Освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке.

4. Установить назогастральный зонд.

1. Тема: «Пилородуоденальные стенозы, как осложнения язвенной болезни: клиника, диагностика, лечение».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез стеноза привратника.
2. Классификация стеноза привратника.
3. Клиническая картина стеноза привратника.
4. Основные принципы лечения на догоспитальном этапе при стенозе привратника.

5. Лечебно-диагностический алгоритм оказания медицинской помощи при стенозе привратника.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания:

1. 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

2. 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.

3. 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

4. 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

5. У Б-ГО ДЕКОМПЕН. СТЕНОЗ ПИЛОРО-БУЛЬБАРНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА. ЖАЛОБЫ НА МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, ОТРЫЖКУ ТУХЛЫМ. ВЫРАЖЕННАЯ СЛАБОСТЬ. ИСТОЩЕН. ПРИ ДООБСЛЕДОВАНИИ ПРИЗНАКИ ВЫРАЖЕННОГО ГАСТРИТА ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ОПЕРАЦИИ:

1. селективная проксимальная ваготомия
2. ваготомия с дренирующей желудок операцией
3. резекция желудка по Бильрот II
4. наложение гастростомы по Витцелю
5. фундопликация по Ниссену

Правильный ответ: 3

6. У Б-ГО, 70 ЛЕТ, ОПУХОЛЬ С ТОТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДКА, ПОЛНОСТЬЮ СТЕНОЗИРУЮЩАЯ ВЫХОД ИЗ ЖЕЛУДКА. ДИАГНОЗ УСТАНОВЛЕН С ПОМОЩЬЮ ЭГДС. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ВЗЯТА БИОПСИЯ. ПРИ УЗИ МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНИ, АСЦИТ. КАКОЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

1. субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией
2. наложение гастростомы
3. гастроэнтероанастомоз

4. наложение илеостомы
5. гастродуоденоанастомоз

Правильный ответ: 3

7. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО, ИМЕЮЩЕГО 15-ЛЕТНИЙ ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ, БЫЛ ЗАПОДОЗРЕН СТЕНОЗ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОЯВЛЕНИЯМ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ.

1. шум "плеска" натошак
2. эксикоз
3. рвота съеденной пищей
4. анемия
5. периодический судорожный синдром

Правильный ответ: 4

8. БОЛЬНОЙ 46 ЛЕТ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВИЛСЯ К ВРАЧУ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ. ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗ В ТЕЧЕНИЕ 12 ЛЕТ. ЧТО МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО В СТАЦИОНАР НА ОПЕРАЦИЮ

1. локализация язвенного рубца в 12-перстной кишке
2. локализация плоской язвы в желудке
3. диаметр желудочной язвы более 2 см
4. отсутствие язв при гастродуоденоскопии
5. отсутствие осложнений язвенной болезни

Правильный ответ: 3

9. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ КАЗУИСТИКОЙ

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

Правильный ответ: 3

10. БОЛЬНОЙ С ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ЯЗВОЙ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПЕНЕТРАЦИЕЙ В ГОЛОВКУ PANCREAS. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ У БОЛЬНОГО.

1. кахексия
2. профузное кровотечение
3. перфорация
4. стеноз
5. малигнизация

Правильный ответ: 2

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 54 лет длительно страдает язвенной болезнью с локализацией язвы в антраль-ном отделе желудка с частыми рецидивами. Похудел. Последние 6 месяцев постоянные боли в эпигастрии, не связанные с едой, иррадиирующие в поясницу, дисфагия, отрыжка «тухлым», рвота с примесью накануне съеденной пищи. Анализ крови: Нв - 102 г/ л. Эр.-3,2*10¹²/л, Лейкоц.-7,2* 10⁹/л, СОЭ -38 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

1. О каких осложнениях можно думать
2. Какой методы исследования необходимо провести

3. Каким исследованиям дадите предпочтение и почему
4. Какие метаболические нарушения преобладают у этой категории больных при поступлении

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов:

1. О рубцовом стенозе привратника, малигнизации язвы, пенетрации.
2. ФГДС с биопсией, рентгеноскопию желудка, биохимические анализы крови, электролиты крови, анализ желудочного сока.
3. Исследованию желудочного сока (объем резекции) и результатам биопсии.

4. Метаболический алкалоз.

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.

№3

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.
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.

№4

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 дефицита калия, гипонатриемии, гипокалиемии, и больной переводится на парентеральное 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.

№5

Больной, 26 лет в течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Какое лечение показано больному
3. Перечислите показания к выбранному методу лечения.
4. Профилактика язвенной болезни и ее осложнений.
5. Прогноз

Эталоны ответов:

1. Язвенная болезнь луковицы ДПК. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

2. Оперативное лечение по абсолютным показаниям.

3. Объем операции зависит от состояния больного (резекция желудка: селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой или гастродуоденоанатомозом).

4. Соблюдение диеты, контроль ФГС (1 раз в 6 месяцев), наблюдение гастроэнтеролога прием препаратов снижающих секрецию желудочного сока

5. Для жизни прогноз благоприятный, для трудоспособности благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Наложение швов на желудке.

2. Освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве желудка.

3. Освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке.

4. Установить назогастральный зонд.

5. Определить показания к фиброгастроскопии.

6. Определить показания к промыванию желудка и выполнить эту процедуру.

1. Тема «Перфорация и пенетрация как осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и классификация перфоративных язв желудка и ДПК

2. Как изменяется клиника перфоративной язвы желудка и ДПК в зависимости стадии заболевания

3. С какими заболеваниями нужно проводить дифф. диагностику при перфоративной язве желудка и ДПК

4. Показания к первичной резекции желудка при перфоративной язве желудка и ДПК

5. Показания к ушиванию перфоративной язвы желудка и ДПК

6. Отдаленные результаты лечения после ушивания перфоративной язвы желудка и ДПК

7. Классификация пилородуоденальных стенозов

8. Как изменяется клиника пилородуоденального стеноза в зависимости от стадии

9. Подготовка больных с субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом к операции.

10. Методы операций у больных с пилородуоденальным стенозом

4. Самоконтроль по тестовым занятиям темы.

1. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДОПУСТИМА ЛИШЬ ПРИ:

1) отсутствию у больного язвенного анамнеза

2) старческом возрасте больных

3) отсутствию условия 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. НАЧАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЯЗВООБРАЗОВАНИЯ СВЯЗАН:

- 1) с обратной диффузией водородных ионов
- 2) с декомпенсацией антральной кислотонейтрализующей функции
- 3) с нарушением кислотонейтрализующей функции 12-перстной кишки
- 4) с механизмами, нарушающими равновесие между факторами защиты и агрессии гастродуоденальной зоны
- 5) со снижением секреторной функции поджелудочной железы

Правильный ответ: 4

6. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Бильрот-1
- 2) резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Ру
- 3) резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Гофмейстеру-Финстереру
- 4) СПВ с дуоденоюноанастомозом
- 5) СПВ без специальной коррекции нарушенной дуоденальной проходимости

Правильный ответ: 2

7. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) пенетрирующая язва с образованием межорганного патологического свища
- 2) большая язва привратника, угрожающая развитием стеноза при заживлении
- 3) сочетание гигантских язв желудка и 12-перстной кишки
- 4) наличие генетической предрасположенности к язвенной болезни
- 5) упорный дуоденогастральный рефлюкс с гастритом и язвой

Правильный ответ: 1

8. ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, СОГЛАСНО КОТОРОМУ:

1) в патогенезе гастродуоденальных язв ведущая роль принадлежит стимулированной, а не базальной кислотопродукции

2) чем дистальнее в гастродуоденальной зоне располагается язва, тем выше уровень агрессивных факторов и ниже защитного желудочного муцина

3) природа язв не зависит от их локализации в гастродуоденальной зоне

4) при пилородуоденальном стенозе гиперсекреция и гиперпродукция кислотного-пептического фактора в 1,5-2 раза ниже таковых при дуоденальной язве без стеноза

5) восстановление или нарушение проходимости в зоне стеноза сопровождается существенным повышением уровня желудочной секреции

Правильный ответ: 2

9. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДУОДЕНАЛЬНУЮ ЯЗВУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ:

1) исследование желудочной секреции

2) определение уровня гастрина сыворотки крови

3) холецистографию

4) обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости

5) эзофагогастродуоденоскопию

Правильный ответ: 5

10. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) высокое стояние диафрагмы

2) наличие свободного газа в брюшной полости

3) пневматизация кишечника

4) "чаши" Клойбера

5) увеличенный газовый пузырь желудка

Правильный ответ: 2

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?

Эталон ответа:

1.Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка или ДПК (фаза шока). 2.Дифференциальная диагностика с острым панкреатитом, острым холециститом.

3.Для уточнения диагноза нужно произвести обзорную рентгенографию брюшной полости на предмет свободного газа в брюшной полости.

4.Оперативное лечение.

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?

Эталон ответа:

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).

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?

Эталон ответа:

1. У больного возникло осложнение на 4 сутки послеоперационного периода.

2. Несостоятельность швов ушитой каллезной прободной язвы привратника, разлитой перитонит.

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

4. Больному 39 лет, в рентгеновском кабинете в поликлинике производилась рентгеноскопия желудка. После тугого заполнения желудка бариевой взвесью, у больного внезапно появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, общая слабость. Больной уложен на кушетку.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 66 в мин. удовлетворительных качеств. АД 105/55 мм рт. ст. Слизистая губ сухая, отмечает сильную жажду. Живот ладьевидно втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации доскообразное напряжение брюшной стенки на всем протяжении, выраженная болезненность в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие исследования в условиях поликлиники позволят уточнить диагноз?

3. Дальнейшая тактика?

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз язва желудка.

2. Могут уточнить диагноз: обзорная рентгенография брюшной полости и ректальное исследование.

3. Больной подлежит транспортировке на носилках в хирургическое отделение, оказывающее неотложную помощь.

5. Больной 32 лет, доставлен в клинику с жалобами на боли в животе, больше в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, общую слабость, жажду.

Заболел 7 часов назад, когда внезапно появились резкие боли в подложечной области, тошнота, была однократная рвота. Через 3 часа боли стали менее интенсивными и сосредоточились в основном в правой подвздошной области.

Объективно: температура тела 37,8 °С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловато-серым налетом.

Живот умеренно вздут, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий болезненный в подложечной и правой подвздошной областях, выявляется напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона. При перкуссии живота – тимпанит, кишечная перистальтика ослаблена.

Анализ крови: лейкоциты $16,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Как можно уточнить диагноз?
4. План лечения?

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: прободная язва желудка или ДПК (фаза мнимого благополучия).

2. Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом.

3. Обзорная рентгенография брюшной полости поможет уточнить клинический диагноз. Больному показано экстренное оперативное вмешательство.

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 дифф. диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема: «Полипы и доброкачественные опухоли желудка: клиника, диагностика, методы хирургического лечения».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

6. Этиология и патогенез заболеваний желудка.

7. Классификация заболеваний желудка.

8. Клиническая картина полипов и доброкачественных опухолей желудка.

4. Основные принципы на догоспитальном этапе при заболеваниях желудка.

5. Лечебно-диагностический алгоритм при полипах и доброкачественных опухолях желудка.

6. Составить план лабораторного и инструментального обследований при заболеваниях желудка.

7. Провести дифференциальную диагностику при полипах и доброкачественных опухолях желудка.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы:

1. У БОЛЬНОГО ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖЕЛУДКЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕНЫ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА. КАКИЕ ПОЛИПЫ МОЖНО УДАЛИТЬ АМБУЛАТОРНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

1. полипы на фоне ахилического гастрита

2. тотальный полипоз желудка

3. одиночный железистый полип

4. полипы с широким (более 2 см) основанием

5. полип из дна язвы желудка

Правильный ответ: 3

2. КАКИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ К РАКУ ЖЕЛУДКА

1. Метастазы Вирхова

2. Метастазы Шницлера

3. Метастазирование в кости

4. Метастазы Айриша

Правильный ответ: 1

3. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

1. полипоза желудка

2. болезни Менетрие

3. синдрома Маллори-Вейса

4. хронической язвы желудка

5. кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка

Правильный ответ: 3

4. БОЛЬНОМУ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИССОНА. КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ МОЖНО СЧИТАТЬ ВЕРНЫМ В ОТНОШЕНИИ ЭТОГО СИНДРОМА

1. данный синдром это послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни. Он приводит к устойчивым рвотам после приема пищи

2. данный синдром известен также как синдром верхней брыжеечной артерии

3. это нарушение проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией

4. это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы

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

Правильный ответ: 4

5. У Б-ГО 56 ЛЕТ СИЛЬНО ПОХУДЕЛ, ОФОРМЛЕННЫЙ ЧЕРНЫЙ СТУЛ, ПЕРИОДИЧЕСКАЯ РВОТА "КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ. ГЕМОДИНАМИКА СТАБИЛЬНАА, КОЖА БЛЕДНАЯ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПАТОЛОГИИ НЕТ, НА ПЕРЧАТКЕ ПОСЛЕ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛ ЧЕРНОГО ЦВЕТА. В АНАЛИЗАХ АНЕМИЯ. ДИАГНОЗ

1. рак желудка

2. стенокардия

3. полипоз желудка

4. цирроз печени

5. лейкоз

Правильный ответ: 1

6. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК ЖЕЛУДКА МОЖ-НО 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

7. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ПРЕДРАКОМ ЖЕЛУДКА

1. полипоз желудка

2. ахалазия кардии 2 степени

3. фитобезоар

4. хронический атрофический гастрит

4. каллезная язва желудка

Правильный ответ: 3

8. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕН МАЛИГНИЗИРОВАННЫЙ ПОЛИП ТЕЛА ЖЕЛУДКА. ЧТО ПОКАЗАНО БОЛЬНОМУ

1. оперативное лечение в условиях стационара

2. эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара

3. эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники

4. наблюдение и консервативная терапия

Правильный ответ: 1

9. При малигнизации язвы:

1. Боль острая, в эпигастрии

2. Боль тупая, постоянного характера

3. Боль исчезает вслед за начавшимся кровотечением

4. Боль схваткообразная

5. «Кинжальная боль»

Правильный ответ: 2

10. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЯМ ЖЕЛУДКА

1. неэпителиальные опухоли желудка

2. язвенная болезнь желудка

3. болезнь крона

4. полипы

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больная 46 лет жалуется на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку «тухлым яйцом», периодические поносы. Объективно: кожа обычной окраски, органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв- 120 г/л, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ -3 мм/час. Исследования желудочной секреции с кофейным завтраком: - свободная соляная кислота 0, Общая - 10, связанная -5, пепсин - 5, пепсиноген мочи - 0.

1. Какой синдром желудочной диспепсии у больной

2. Что может быть обнаружено при гастробиопсии

3. Как называется отсутствие пепсина в желудочном соке

4. Какой должна быть лечебная тактика

5. Прогноз

№2

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.
4. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи

5. Какова тактика лечения данного больного

№3

Больной 54 лет длительно страдает язвенной болезнью с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка с частыми рецидивами. Последние 2 месяца постоянные боли эпигастрии, не связанные с едой, иррадиирующие в поясницу, дисфагия, отрыжка тухлым, рвота с примесью пищи. Анализ крови: Нв- 102 г/л, Эр.-3,2х/л, Лейкоц.-7,2х10⁹/л, СОЭ - 38 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный.

1. О каких осложнениях можно думать
2. Какой метод исследования необходимо провести
3. Какая кислотность желудочного сока скорее всего у больного
4. Рекомендации по ведению больных с язвенной болезнью на амбулаторном этапе.

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

№4

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-типерстной кишки.

При обследовании в эпигастральной области отмечается шум плеска натошак. Анализ крови: Нв- 145 г/л, гематокрит - 50%, лейкоц.-6,4х10⁹/л, СОЭ- 20 мм/час, общий белок - 58 г/л, калий плазмы - 2,9 ммоль/л.

1. Какое осложнение язвенной болезни развились
2. Какие исследования позволяют уточнить диагноз и установить стадию заболевания
3. Тактика лечения
4. Как необходимо готовить желудок в предоперационном периоде
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

№5

Больному 45 лет установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Считает себя больным в течение 1 месяца. Похудел на 15 кг. Общий анализ крови: Нв- 150 г/л, гематокрит - 55%, лейкоциты-7,4х10⁹/л, общий белок - 55 г/л, калии плазмы. - 2,0 ммоль/л.

1. Нуждается ли больной в оперативном лечении

2. Если да, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка и как долго она будет проводиться

3. Как необходимо готовить желудок в предоперационном периоде

4. Как объяснить изменения со стороны анализа крови

5. Профилактика.

Эталоны ответов:

№1

1. Синдром секреторной недостаточности.

2. Атрофический гастрит с атрофией желез.

3. Ахилия.

4. Диета: стол № 4, натуральный желудочный сок, фестал, панзинорм.

5. Для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный.

№2

1. О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.

2. Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.

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

4. 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.

5. Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови

№3

1. О рубцовом стенозе привратника, малигнизации язвы, пенетрации.

2. ЭГДС с биопсией.

3. Низкая.

4. Соблюдение диеты, контроль ФГС (1 раз в 6 месяцев), наблюдение гастроэнтеролога прием препаратов снижающих секрецию желудочного сока.

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 в течение 10-12 месяцев. при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№4

1. Стеноз выходного отдела желудка.

2. Рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария в течение 24 часов, ЭГДС.

3. После подготовки, включающей в себя коррекцию белковых, водно-электролитных нарушений, аспирацию содержимого желудка, показано оперативное лечение.

4. Аспирация содержимого желудка ежедневно в течение 7-10 дней.

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 в течение 10-12 месяцев. при благоприятном трудовом прогнозе направляется на МСЭ для определения стойкой утраты трудоспособности.

№5

1. Да.

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

3. Аспирация содержимого желудка 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.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить ФГДС.

2. Освоить навыки наложение швов на желудке.

3. Освоить методологии и последовательности оперативных вмешательств при полипах желудка.

4. Освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке.

1. Тема: «Осложнения острого аппендицита».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. На основании каких клинических данных диагностируется острый аппендицит у женщин во второй половине беременности?

2. Какие клинические признаки острого аппендицита теряют свое диагностическое значение у женщин во второй половине беременности?

3. Укажите варианты расположения червеобразного отростка?

4. С какими заболеваниями нужно дифференцировать острый аппендицит в «эпигастральной фазе»?

5. Назовите отличительные признаки почечной колики от острого аппендицита?

6. Какая клиническая картина наблюдается при ретроцекальном аппендиците?

7. Особенности клиники и диагностики при тазовом расположении отростка?

8. Тактика и лечение острого аппендицита?

9. Как отличить прободную язву желудка и ДПК (период мнимого благополучия) от острого аппендицита?

10. Этиология и патогенез острого аппендицита?

11. Перечислите осложнения острого аппендицита?

12. Послеоперационные осложнения острого аппендицита?

13. Классификация острого аппендицита?

4. Самоконтроль по тестовым занятиям темы:

1. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

1) Ровзинга;

2) Воскресенского;

3) Мерфи;

4) Образцова;

5) Бартомье-Михельсона

Правильный ответ: 3

2. 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

3. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

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

Правильный ответ: 1

4. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ:

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

Правильный ответ: 5

5. 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

6. 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

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

- 1) симптом Кохера-Волковича
- 2) симптом Промптова
- 3) головокружение и обмороки
- 4) симптом Бартомье-Михельсона
- 5) пункция заднего свода влагалища

Правильный ответ: 5

8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) пальпацию брюшной стенки

- 2) клинический анализ крови
- 3) пальцевое ректальное исследование
- 4) ирригоскопию
- 5) влагалищное исследование

Правильный ответ: 4

9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) плотный аппендикулярный инфильтрат
- 2) инфаркт миокарда
- 3) вторая половина беременности
- 4) геморрагический диатез
- 5) разлитой перитонит

Правильный ответ: 1

10. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2-2,5 см
- 2) 3-4 см
- 3) 5-6 см
- 4) 6-8 см
- 5) 10-12см

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

1. Больной 28 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в правое бедро и половые органы.

Заболел 12 часов назад, когда появились боли в животе, была рвота, небольшой озноб.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела $37,7^{\circ}\text{C}$, пульс 84 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, отчетливая болезненность над гребешком правой подвздошной кости. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского отрицательные. Положительные симптомы Яуре-Розанова, Габая, Пастернацкого справа.

Анализ крови: лейкоцитов $11,7 \times 10^9/\text{л}$, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево. Анализ мочи: удельный вес 1018, белка нет, свежие эритроциты 1-3 в п/з.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз?
- 2) Вариант расположения отростка?
- 3) Дифференциальная диагностика?
- 4) Нужны ли дополнительные методы обследования?
- 5) Тактика и план лечения?

Эталон ответа:

- 1) острый аппендицит

- 2) Ретроцекальное расположение отростка
- 3) Дифференциальная диагностика с почечной коликой (МКБ).
- 4) В/в урография.
- 5) Показано хирургическое лечение в экстренном порядке – аппендэктомия.

2. Бригадой «Скорой медицинской помощи» осмотрен больной Б., 47 лет, с жалобами на сильную боль в правой подвздошной области, тошноту, многократную рвоту, повышение температуры тела до 38 С. Заболел 2 суток назад, когда появилась боль в эпигастрии, спустившаяся в правую подвздошную область. При осмотре: состояние больного тяжелое, легкая язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд. в мин.. АД 130/80 мм рт. ст.. При пальпации живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптомы Менделя, Бартомье-Михельсона, Образцова, Щеткина-Блюмберга положительные. Печеночная тупость сохранена. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника вялая.

1. Предварительный диагноз? 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. Тактика врача приемного покоя? Сформулируйте показания к лечению при данной патологии.

5. Вторичная профилактика?

Эталон ответа:

1. Острый аппендицит, разлитой перитонит.

2. Клинические анализы, лапароцентез, лапароскопия.

3. Острый холецистит, перфоративная язва желудка (ДПК), острый панкреатит, панкреонекроз, перфорация кишки.

4. Больному показана операция: лапаротомия, ревизия брюшной полости, аппендэктомия, санация дренирование брюшной полости.

5. Своевременное обращение больного к хирургу. Правильная диагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе.

3. У больного Н., 50 лет пять дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Принимал тетрациклин и анальгин, обратился к хирургу поликлиники на 5-й день от начала заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного средней степени тяжести. Температура 37,4 С, пульс 98 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 12*8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты 11,0x10⁹.

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Какие диагностические данные можно получить при ректальном обследовании данного больного.

4. Лечение?

5. Длительность нетрудоспособности. Вторичная профилактика?

Эталон ответа:

1. Аппендикулярный инфильтрат. Направить больного в хирургический стационар.

2. Клинические анализы, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости.

3. Опухоль толстой кишки, абсцесс брюшной полости. На высоте пальца может определяться болезненный инфильтрат.

4. Больному показана консервативная терапия: антибиотики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение, ретроцекальные блокады. При появлении признаков абсцедирования инфильтрата – оперативное лечение.

5. 20-30 дней. Своевременное обращение больного к хирургу. Правильная диагностика острого аппендицита на догоспитальном этапе.

4. Больная З., 45 лет оперирована по поводу гангренозного аппендицита, тифлита, местного гнойного перитонита. На 7 сутки после операции по дренажу из брюшной полости появилось кишечное отделяемое. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розового цвета, обычной влажности. Пульс 100 уд. в мин.. АД 110/80 мм рт. ст.. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненным в области послеоперационной раны, симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника вялая. ОАК: лейкоциты $14 \cdot 10^9$, СОЭ – 21 мм/ч. ОАМ – без патологии.

1. Какое осложнение возникло у больного?

2. Причины развития данного осложнения?

3. Лечение?

4. Сроки утраты трудоспособности. Рекомендации больной при выписке из стационара?

5. Третичная профилактика?

Эталон ответа:

1. Цекальный свищ.

2. Продолжающиеся деструктивные процессы в стенке кишки. Нагноение швов, наложенных на стенку кишки. Неадекватное ушивание стенки кишки.

3. Больному показано проточно-промывное дренирование по Каншину. После уменьшения дебита по дренажу – введение в рану склерозантов. При отсутствии эффекта от проточно-промывного дренирования – оперативное лечение.

4. 20-40 дней. Ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев. Ношение бандажа. Физиолечение.

5. Адекватная установка проточно-промывной системы, динамическое наблюдение за дебитом кишечного отделяемого.

5. Больной 50 лет, поступил в клинику через 72 часа от начала заболевания с жалобами на постоянную ноющую боль в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость. Из анамнеза известно, что заболевание началось с появления болей по всему животу, затем через 4 часа они стали локализоваться в правой подвздошной области. К врачу не обращался. Постепенно интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость. Объективно: температура тела 37,10 С, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование 7x4 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптомы Ровзинга, Ситковского сомнительные. Анализ крови: лейкоцитов $10,1 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонений от нормы.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика

4. План лечения?

5. Прогноз

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: аппендикулярный инфильтрат.

2. Дифференциальная диагностика с раком слепой кишки, болезнью Крона, туберкулезом, актиномикозом слепой кишки.

3. Больному показана консервативная терапия

4. Ретроцекальная новокаиновая блокада с антибиотиками, антибиотики в/в, физиолечение.

5. Благоприятный

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 дифф. диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема: «Острая кишечная непроходимость (спаечная, обтурационная, инвагинация)».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез острой кишечной непроходимости.
2. Классификация острой кишечной непроходимости.
3. Клиническая картина острой кишечной непроходимости.
4. Лечебно-диагностический алгоритм при острой кишечной непроходимости.
5. План лабораторного и инструментального обследований при острой кишечной непроходимости.
6. Дифференциальная диагностика при острой кишечной непроходимости.
7. План лечения при острой кишечной непроходимости.
8. Методики интраоперационного дренирования кишечника.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. К ФАКТОРАМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) перегрузка пищеварительного тракта обильной грубой пищей
- 2) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
- 3) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
- 4) situs viscerus inversus
- 5) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

Правильный ответ: 4

2. ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) каловыми камнями
- 2) раком кишечника
- 3) дивертикулитом
- 4) туберкулёзом кишечника
- 5) паховой грыжей

Правильный ответ: 2

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) глистная инвазия
- 2) желчные камни
- 3) спайки брюшной полости
- 4) опухоли кишечника
- 5) заворот кишечника

Правильный ответ: 3

4. КЛИНИКА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЗАВИСИТ ОТ

- 1) возраста больного
- 2) пола больного
- 3) уровня непроходимости
- 4) сопутствующей сердечной патологии
- 5) сопутствующей лёгочной патологии

Правильный ответ: 3

5. ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) схваткообразные боли в животе
- 2) «опоясывающие» боли в животе
- 3) многократная рвота
- 4) однократная рвота
- 5) «шум плеска» (симптом Склярова)

Правильный ответ: 3

6. ДЛЯ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ

- 1) постепенное нарастание симптомов
- 2) вздутие живота
- 3) появление чаш Клойбера
- 4) задержка стула
- 5) быстрое, в течение суток, обезвоживание

Правильный ответ: 5

7. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПРОТЕКАЕТ НЕПРОХОДИМОСТЬ

- 1) обтурационная
- 2) спастическая
- 3) паралитическая
- 4) странгуляционная
- 5) толстокишечная

Правильный ответ: 4

8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 2) исследование пассажа контраста по кишечнику
- 3) эзофагогастродуоденоскопия
- 4) лапароскопия
- 5) биохимический анализ крови

Правильный ответ: 1

9. НАИБОЛЬШИЕ НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ИМЕЮТ МЕСТО

- 1) при спаечной кишечной непроходимости
- 2) при обтурационной кишечной непроходимости
- 3) при странгуляционной кишечной непроходимости
- 4) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- 5) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

Правильный ответ: 3

10. ПРИЗНАКАМИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- 2) цианоз кишки
- 3) тусклость брюшинного покрова
- 4) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- 5) всё перечисленное

Правильный ответ: 5

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 87 лет жалуется на отсутствие стула в течение 7 дней. Состояние удовлетворительное. Подкожный жировой слой истончен. Пульс 88 уд/мин, АД 150/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Через тонкую переднюю брюшную стенку пальпируются все отделы толстой кишки – эластичные, подвижные, заполненные каловыми массами. При ректальном исследовании выявлены плотные каловые массы, заполняющие всю ампулу прямой кишки. На обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости патологии не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Исследования, необходимые для подтверждения диагноза?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Лечебная тактика?
5. Профилактика?

Эталон ответа:

1. Каловый завал.
2. В большинстве случаев правильный диагноз удаётся поставить при пальцевом ректальном исследовании. При необходимости, для уточнения диагноза, можно выполнить ректороманоскопию.
3. Опухоль прямой кишки, инвагинация сигмовидной ободочной кишки, инородное тело прямой кишки.
4. В данной ситуации слабительные не показаны (они могут привести к нарастанию явлений кишечной непроходимости), а клизмы малоэффективны (клизменный наконечник обычно не может свободно проникнуть выше камня, им нельзя вслепую пользоваться с целью дробления камня из-за

опасности травмы стенки кишки). Ликвидация калового завала заключается в следующем. Положение больного на боку (лучше на левом) с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами. На руку одевается толстая резиновая перчатка, пальцы хорошо смазываются вазелиновым маслом. Указательный палец (а лучше два пальца, указательный и средний) вводится в прямую кишку. При этом необходимо осторожно и постепенно раздробить дистальную часть калового камня, извлекая его освободившиеся обломки. Обычно эта манипуляция удаётся без особого труда, так как в большинстве случаев у таких больных тонус заднепроходного сфинктера снижен и анус почти зияет. Тем не менее, процедура эта длительная и неприятная для больного, поэтому в таких случаях предварительно необходимо назначить седативные или болеутоляющие препараты. Когда наиболее плотные дистальные участки камня раздроблены, остальные, верхние его части удаляются намного легче и в конце либо начинается самостоятельная, очень обильная дефекация, либо следует выполнить сифонную клизму.

5. Разрешив каловый завал, больному или его родственникам необходимо объяснить меры профилактики задержки стула (соблюдение диеты, приём слабительных средств, в сложных случаях – еженедельные очистительные клизмы).

№2

Студент 19 лет обратился в «скорую помощь» с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, вздутие живота. Заболел 3 часа назад. В анамнезе у больного аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита, осложнённого перитонитом. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, язык сухой, обложен. Температура тела нормальная. Живот вздут, по средней линии определяется старый послеоперационный рубец после срединной лапаротомии, в подвздошных областях – рубцы после контрапертурных ран для дренирования брюшной полости. Через брюшную стенку контурируются раздутые петли кишечника, положителен симптом Валя. В отлогих местах живота неотчётливо определяется жидкость. Положителен симптом Щёткина-Блюмберга.

1. Диагноз больного?
2. Тактика врача «скорой помощи»?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести больному?
4. Какова хирургическая тактика?
5. Первичная профилактика?

Эталон ответа:

1. Острая спаечная кишечная непроходимость?
2. Вызвать «на себя» машину «скорой медицинской помощи» и направить больного в стационар для экстренной госпитализации в хирургическое отделение.

3. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца (динамический рентгенконтроль за пассажем рентгенконтрастных веществ, например, сульфата бария, по кишечнику).

4. Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (не более 2 часов) показано только при наличии перитонита. В остальных случаях лечение необходимо начинать с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтверждён) мероприятий, которые направлены на борьбу с болью, гиперперистальтикой, интоксикацией и нарушениями гомеостаза (инфузионная терапия, спазмолитики, медикаментозная стимуляция кишечника, очистительные клизмы, освобождение верхних отделов пищеварительного тракта от застойного содержимого посредством постановки желудочного зонда). Консервативное лечение можно считать эффективным лишь в случаях исчезновения боли в животе и вздутия живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и синдрома Валя, значительного уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования, наряду с разрешением явлений копростазы. При отсутствии эффекта от консервативного лечения, а также при недопустимости консервативного лечения (см. выше) показано оперативное лечение объёме: срединная лапаротомия, рассечение спаек, ликвидация кишечной непроходимости, резекция кишки (по показаниям в зависимости от операционной находки), назоинтестинальное дренирование тонкой кишки.

5. Адекватная санация брюшной полости во время аппендэктомии, профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде, ранняя активизация больного.

№3

Больная 40 лет 2 сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении был выставлен диагноз «Острая спаечная кишечная непроходимость?» и проведено консервативное лечение: инфузионная терапия в объёме 2 литров, спазмолитики, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боли в животе уменьшились, дважды был самостоятельный стул. 4 года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 уд/мин, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет,

шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения?
4. Возможные варианты оперативных вмешательств?
5. Пути профилактики данного осложнения.

Эталон ответа:

1. Спаечная болезнь брюшной полости. Рецидивирующая спаечная непроходимость.

2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого могут быть использованы УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов.

4. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

5. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

№4

Больной К. 60 лет доставлен в приёмный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды была рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 уд/мин, ритмичный. В лёгких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, но больше в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки. Перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании

ампула пуста, следы кала обычного цвета. В ОАК: лейкоциты $16,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий? Принципы консервативной терапии?
5. Возможные варианты оперативных вмешательств?

Эталон ответа:

1. Декомпенсированная толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмовидного отдела толстой кишки.

2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалокolon, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.

4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности (не позднее чем через 6-12 часов после поступления) – экстренная лапаротомия.

5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно-, двух- и трёхмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правой половины толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левой половины толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

№5

Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Боли появились после приёма растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс 92 уд/мин. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягко-эластическое опухолевидное образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, при этом определяется симптом «двузубца».

1. Ваш диагноз?
2. Какие объективные и дополнительные данные подтверждают Ваш диагноз?
3. С каким заболеванием будете проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение и его объём?
5. Профилактика, реабилитация?

Эталон ответа:

1. Можно думать об инвагинации.
2. Подтверждением служит образование овальной формы в проекции восходящей кишки, западение подвздошной ямки, ирригоскопия – симптом «двузубца», ректально кровянистые выделения.
3. Дифференциальный диагноз необходимо провести со спаечной болезнью брюшной полости и опухолью кишечника.
4. Оперативное лечение (объём зависит от операционной находки).
5. Следить за стулом, избегать заболеваний лёгких, не курить. Прогноз благоприятный. Диспансерное наблюдение в течение 1 года. Лёгкий труд.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

5. Произвести осмотр и провести физикальное исследование пациента (перкуссия, аускультацию, пальпацию живота, пальцевое ректальное исследование).
6. Выполнить очистительную и сифонную клизму.
7. Выполнить зондирование желудка.
8. Выполнить назоинтестинальное дренирование тонкой кишки и трансанальную интубацию толстой кишки.

1. Тема «Язвы тонкой кишки (неспецифические, специфические) Дивертикулы тонкой кишки. Болезнь Крона тонкой кишки».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиника болезни Крона.
2. Клиника дивертикулеза.
3. Диагностика.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Консервативное лечение дивертикулеза и болезни Крона.
6. Хирургическое лечение дивертикулеза и болезни Крона.
7. Классификация язв тонкой кишки
8. Клиника язв тонкой кишки

Кроме того 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. Основной триадой клинических признаков болезни Крона является

- 1) запоры, вздутие живота, повышение температуры
- 2) понос, боли в суставах

- 3) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
- 4) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
- 5) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи и глаз

Правильный ответ: **4**

2. К рентгенологическим симптомам, не характерным для болезни Крона, относятся

- 1) наличия сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки
- 2) множественных выпячиваний стенки толстой кишки
- 3) наличия одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
- 4) наличия спикул по контуру кишки
- 5) наличия внутренних и наружных кишечных свищей

Правильный ответ: **2**

3. Болезнь Крона нет необходимости дифференцировать со следующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

- 1) рака желудка
- 2) рака толстой кишки
- 3) рака тонкой кишки
- 4) диффузного полипоза
- 5) колостазом

Правильный ответ: **5**

4. Для консервативного лечения болезни Крона не применяются препараты

- 1) седативных средств
- 2) сульфаниламидных препаратов и антибиотиков
- 3) гормональных препаратов
- 4) иммунорегуляторов
- 5) наркотических средств

Правильный ответ: **5**

5. Относительными показаниями к оперативному лечению болезни Крона является

- 1) кровотечение
- 2) прикрытая перфорация или пенетрация
- 3) острая токсическая дилатация толстой кишки
- 4) отсутствие эффекта от консервативного лечения
- 5) разлитой перитонит

Правильный ответ: **4**

6. Подготовка больного к экстренной операции при болезни Крона предусматривает

- 1) проведение очистительных клизм
- 2) проведение краткого курса трансфузионной терапии
- 3) местное применение холода
- 4) назначение стероидных гормонов

5) назначение антибиотиков

Правильный ответ: **5**

7. Предварительная подготовка при срочной операции по поводу болезни Крона не включает

1) применения газоотводной трубки при кровотечении и острой токсической дилатации

2) применения гемостатических средств

3) переливания крови и направленной инфузионной терапии

4) назначения стероидных гормонов и наркотических средств

5) выполнение очистительной клизмы

Правильный ответ: **5**

8. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки не применяются

1) очистительные клизмы

2) проведение курса антибиотикотерапии и гормональной терапии

3) коррекция гомеостаза

4) гемостатическая терапия

5) солевые слабительные

Правильный ответ: **5**

9. Оптимальным видом обезболивания, применяемом при хирургическом лечении Крона различных форм, является

1) комбинированный наркоз

2) спинномозговая анестезия

3) местная анестезия

4) проводниковая анестезия

5) плексусная анестезия

Правильный ответ: **1**

10. Из радикальных операций наиболее часто применяется у больных болезнью Крона

1) ограниченная резекция толстой кишки

2) ограниченная резекция тонкой кишки

3) гемиколэктомия

4) брюшно-анальная резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

5) различные виды операций, направленные на удаление пораженной части органа

Правильный ответ: **5**

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и перед дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10

раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта. При осмотре - бледность и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки-стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

1. Ваш диагноз

2. Лабораторные методы исследования?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Необходимо ли иммунологическое исследование крови?

Ответ:

1. Болезнь Крона с поражением анального канала.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови с определением общего белка, фракций, печеночных проб, железа, натрия, калия, кальция, креатинина, мочевины.

3. УЗИ органов брюшной полости, включая ободочную кишку, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку. ФЭГДС. Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.

4. Иммунологический анализ крови с определением иммуноглобулинов, иммунных комплексов, количества В- и Т- лимфоцитов, ревматоидного фактора, волчаночных клеток.

5. Консервативное.

Задача №2

У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки: а) сегментарность поражения толстой кишки б) наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами в) неровный контур кишки г) продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий "булыжную мостовую"

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования вам необходимы

3. Вид лечения

4. Какие препараты вы будете использовать?

5. Преимущественный путь введения?

Ответ:

1. Болезнь Крона

2. RRS, колоноскопия

3. Консервативное

4. Препараты 5-АСК, топические ГКС, витаминотерапия, симптоматическое лечение.

5. Per rectum и per os.

Задача №3

У больной 62 лет, длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия) выявила сегментарное сужение поперечной ободочной кишки.

1. Диагноз?
2. О каком осложнении заболевания идет речь?
3. Дополнительные методы исследования
4. Какое лечение показано?
5. Показания к операции и ее объем?

Ответ:

1. Болезнь Крона с поражением поперечно-ободочной кишки, субкомпенсированная стриктура поперечно-ободочной кишки.
2. Воспалительная стриктура поперечно-ободочной кишки
3. ФКС с биопсией места стриктуры (дифференциальный диагноз с cancer colon)
4. Рентгенографию брюшной полости или УЗИ
5. При неэффективности консервативной терапии – оперативное лечение в срочном порядке (резекция стриктуры).

Задача №4

Больной 27 лет заболел остро, когда без видимой причины появилась высокая температура, частый стул с кровью до 10-15 раз, боли в животе. Через 10 дней оперирован по поводу острого аппендицита (в виду того, что при УЗ исследовании был найден утолщенный червеобразный отросток с наличием жидкости вокруг него). После операции, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, клиника оставалась. Значительно потерял массу тела, анемичен. Консультирован инфекционистом, который исключил инфекционные заболевания. Лишь через два месяца от начала заболевания осмотрен колопроктологом, произведена ректоскопия, на которой выявлены изменения слизистой прямой кишки в виде "бульжной мостовой".

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больного?
2. Какое лечение необходимо провести больному?
3. Какая ошибка допущена врачами первичного звена
4. Дополнительные исследования
5. Показано данному больному оперативное лечение

Ответ:

1. Болезнь Крона
2. Препараты 5-АСК, топические ГКС, витаминотерапия, симптоматическое лечение.
3. При остром аппендиците не характерен жидкий стул, не данных гистологического исследования аппендикулярного отростка
4. УЗИ органов брюшной полости, включая ободочную кишку, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку. ФЭГДС. Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптатов.
5. только при неэффективности терапии и формировании инфильтратов, стриктур или кишечных свищей.

Задача №5

У больной 28 лет после эмоционального стресса возникли тянущие боли по ходу ободочной кишки, стул до 6 раз в сутки с примесью слизи, тенезмы, вздутие живота, при RRS на всем осмотренном участке явления воспаления по типу булыжной мостовой.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования
3. Какое лечение необходимо провести больной?
4. Есть ли, по вашему мнению показания к операции.
5. Профилактика обострений данного заболевания.

Ответ:

1. Болезнь Крона? Язвенный колит?
2. RRS, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови.
3. Базисная терапия: препараты 5-АСК. ГКС, симптоматическая терапия.
4. Нет
5. Диета, профилактический прием в весенне-осенний период препаратов 5-АСК

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Проводить физикальное обследование больного с болезнью Крона, дивертикулярной. Составить план лабораторного и инструментального обследования.
2. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
3. Показания, подготовка и техника выполнения ирригоскопии.
4. Показания, подготовка и техника выполнения колоноскопии.

1. Тема «Кишечные свищи: тонкокишечные, толстокишечные».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация кишечных свищей по времени возникновения и по этиологии

2. Классификация кишечных свищей- по функции и по характеру

3. Классификация кишечных свищей по уровню расположения на кишке и по наличию осложнения

4. Клиника и диагностика кишечных свищей

5. Лечение кишечных свищей.

Кроме того 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. Какие рентгенологические методы не применяются для диагностики кишечных свищей

1) обзорная рентгеноскопия и рентгенограмма брюшной полости

2) фистулография

3) ирригоскопия, ирригография.

4) пассаж бария по кишечнику.

5) все перечисленное

Правильный ответ: 1

2. Какие свищи не относят к свищам кишечника по уровню локализации?

- 1) свищ прямой кишки
- 2) свищ толстой кишки
- 3) свищ тонкой кишки
- 4) свищ врожденный
- 5) все перечисленные

Правильный ответ: 4

3. 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, имеются или нет затеки в окружающие ткани.

- 4) все перечисленные.
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4

4. Какие методы используются для исследования кишечных свищей?

- 1) использование красящих веществ
- 2) иальцевое исследование
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) эндоскопические исследования
- 5) все перечисленные.

Правильный ответ: 5

5. Назовите клинические признаки нарушения водного баланса:

- 1) жажда.
- 2) сухость кожных покровов и снижение тургора.
- 3) более выраженную срединную продольную борозду и дополнительные борозды языка.

- 4) тахикардия
- 5) все перечисленное

Правильный ответ: 5

6 Назовите характер раневого отделяемого из свища тощей кишки:

- 1) жидкое отделяемое с большой примесью желчи,
- 2) отделяемое в виде жидкого кала
- 3) оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием.
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 1

7. Назовите характер раневого отделяемого из свища подвздошной кишки

- 1) жидкое отделяемое с большой примесью желчи

- 2) отделяемое в виде жидкого кала
- 3) оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 2

8. Назовите характер раневого отделяемого из свища толстой кишки

- 1) жидкое отделяемое с большой примесью желчи,
- 2) отделяемое в виде жидкого кала
- 3) оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием.
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 3

9. Из чего складывается местное лечение наружных кишечных свищей

- 1) лечения гнойной раны
- 2) предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого
- 3) уменьшения потерь кишечного отделяемого
- 4) всего перечисленного.
- 5) ничего из перечисленного

Правильный ответ: 4

10 Назовите принципы общего лечения больных с наружными кишечными свищами

- 1) Питание
- 2) Парентеральное питание
- 3) Коррекция последствий функционирования свища
- 4) Стимуляция защитных сил организма и репаративных процессов
- 5). Все перечисленное

Правильный ответ: 5

5 .Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).

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, осложненный 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 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 °С. Анализ крови: эр.—3,88*10¹², НЬ—100 г/л, л. — 6,7-109 Лейкоцитарная формула: э.— 1, п.— 6, с.— 68, лимф.— 15%, мон.— 10%, СОЭ — 28 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 первую операцию планировать?

4. Какую следующую операцию планировать?

5. Прогноз?

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% 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. Можно надеяться на выздоровление.

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. Какая планируется вторая операция?

5. Какая планируется третья операция?

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 эпидуральной анестезией по поводу слизистого свища.

Задача 4. Больной Д., 46 лет, оперирован по поводу инфицированного тотального панкреонекроза, перитонита. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией 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. Сформулировать диагноз согласно классификации.
2. Назначить адекватное обследование для подтверждения диагноза.
3. Выбрать адекватное место для лечения.

1. Тема: «Механическая желтуха: этиопатогенез; клинические, лабораторные, инструментальные методы диагностики, лечение».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиническая картина механической желтухи?
2. Основные принципы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при механической желтухе?
3. Лечебно-диагностический алгоритм при механической желтухе?
4. План лабораторного и инструментального обследований при механической желтухе?
5. Дифференциальная диагностика механической желтухи?
6. План лечения механической желтухи?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, СБРОС КОНТРАСТА В ДПК ЗАМЕДЛЕН. ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пальпация желчного протока
- 2) трансиллюминация
- 3) зондирование протоков
- 4) фиброхолангиоскопия
- 5) ревизия корзинкой Дормиа

Правильный ответ: 4

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
- 2) холедохолитиаз
- 3) рак головки поджелудочной железы
- 4) эхинококк печени
- 5) метастазы в печень опухолей различной локализации

Правильный ответ: 2

3. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КРИТЕРИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

- 1) увеличение диаметра холедоха более 8-10 мм
- 2) увеличение диаметра холедоха более 3-5 мм
- 3) увеличение диаметра холедоха более 5-7 мм
- 4) увеличение диаметра внутripеченочных желчных протоков более

2мм

5) наличие конкрементов в холедохе

Правильный ответ: 1

4. ТОЧКА ДЛЯ ПУНКЦИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ

- 1) 8-9 межреберье по среднеаксилярной линии
- 2) 6-7 межреберье по среднеаксилярной линии
- 3) 9-10 межреберье по передней подмышечной линии
- 4) 6-7 межреберье по передней подмышечной линии
- 5) 6-7 межреберье по задней подмышечной линии

Правильный ответ: 1

5. К ВНУТРЕННЕМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1) чрескожная чреспеченочная холангиостомия
- 2) холедоходуоденоанастомоз
- 3) холецистостомия под контролем УЗИ
- 4) эндоскопическое назобилиарное дренирование
- 5) холедохостомия по Холстеду-Пиковскому

Правильный ответ: 2

6. ВЫБОР МЕТОДА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) характера заболевания и уровня обтурации
- 2) степени расширения холедоха
- 3) уровня билирубина
- 4) наличия и выраженности воспалительных изменений желчевыводящих путей

5) наличия конкрементов в холедохе

Правильный ответ: 1

7. БОЛЬНАЯ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШАЯ 2 ГОДА НАЗАД ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, ПОСТУПИЛА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- 2) комплексная консервативная терапия
- 3) транс дуоденальная папиллосфинктеропластика.
- 4) холедохотомия с наружным дренированием холедоха
- 5) экстракорпоральная литотрипсия

Правильный ответ: 1

8. БОЛЬНОЙ 67 ЛЕТ ДОСТАВЛЕН В СТАЦИОНАР С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. В АНАМНЕЗЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ПРИ ЭРХПГ ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ХОЛЕДОХА

СУЖЕНА НА ПРОТЯЖЕНИИ 2,5 СМ, СБРОС В 12-ПЕРСТНУЮ КИШКУ РЕЗКО ЗАТРУДНЕН, ХОЛЕДОХ РАСШИРЕН ДО 2 СМ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

- а) наложение холедоходуоденоанастомоза
- б) ЭПСТ
- в) холедохоэнтеростомия
- г) консервативная терапия
- д) трансдуоденальная папиллотомия

Правильный ответ: 1

9. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОИЗОТОПНОЙ СЦИНТИГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) идентификация внутрпеченочных дефектов накопления
- 2) дифференциальный диагноз холестаза
- 3) подозрение на аномалию желчных протоков в детском возрасте
- 4) экстрапеченочный холестаз при билиодигестивных анастомозах
- 5) боли в животе неясного генеза

Правильный ответ: 1

10. У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЕННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) КТ
- 2) МРТ
- 3) УЗИ
- 4) лапароскопия
- 5) радиоизотопная сцинтиграфия

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

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

Эталон ответа

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 («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.

№2

К врачу в поликлинике обратилась больная 40 лет. Жалуется на частые приступы болей в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи. Боли во время приступа иррадиируют в область правой лопатки. Однажды после очередного приступа болей она заметила желтушность склер, потемнение мочи. К моменту обращения к врачу больная не ощущала болей, кожные покровы были обычной окраски. При пальпации живот мягкий с незначительной болезненностью в правом подреберье.

1. Ваш диагноз?

2. Инструментальные методы подтверждения диагноза?

3. Тактика врача?

4. Сроки временной утраты трудоспособности?

5. Диспансеризация и реабилитация?

Эталон ответа

1. ЖКБ. Холедохолитиаз с эпизодом механической желтухи.

2. Для уточнения диагноза показано УЗИ, ЭРХПГ.

3. Больную необходимо направить в хирургический стационар для планового оперативного лечения. При наличии камня холедоха возможна ЭПСТ с литоэкстракцией из холедоха, вторым этапом видеолапароскопическая холецистэктомия.

4. Сроки нетрудоспособности больных ЖКБ, острым холециститом: после ЛХЭ стационарное лечение до 9 дн., после ТХЭ - до 25 сут. Сроки временной утраты трудоспособности 45-50 дн.

5. Реабилитационные мероприятия: наблюдения хирурга по месту жительства. Санаторно-курортное («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.

№3

В приемное отделение клиники поступила больная, 49 лет с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, кожные покровы и склеры желтушные. Боли появились после жирной пищи. Из анамнеза: перенесла 2 года назад холецистэктомию. При осмотре состояние больной средней степени тяжести: при пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, температура тела субфебрильная. На УЗИ брюшной полости: холедох расширен, в просвете холедоха определяются конкременты. В общем анализе крови: лейкоциты- $10 \cdot 10^9$ /л. СОЭ 19 мм/ч.

1. Какой вы поставите диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Возможная причина заболевания?
3. Какие обследования необходимо выполнить в стационаре для уточнения диагноза? Тактика хирурга приемного отделения.
4. Лечение?
5. Реабилитационные мероприятия рекомендации по лечению на амбулаторном этапе.

Эталон ответа

1. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Направить больную в хирургический стационар.
2. Причина желтухи в обтурации общего желчного протока камнем.
3. Для уточнения диагноза необходимо произвести ЭРХПГ, КТ. Госпитализация больной в хирургическое отделение.
4. ЭПСТ, литоэкстракция. При неэффективности ЭПСТ - лаларотомия, холедохотомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, брюшной полости.
5. 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. Диета.

№4

Больная 75 лет, находится в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит, желтушная форма. Жалуется на боль в верхней половине живота,

тяжесть, чувство распирания в животе, многократную рвоту. Объективно: состояния средней тяжести, больная пониженного питания, подкожно-жировая клетчатка истончена. Кожные покровы желтушные, бледные. Склеры иктеричны. Пульс - 84 уд. в мин., АД - 100/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот подвздут в эпигастрии, мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Положительный симптом Курвуазье. Размеры печени 11x9x8 см. Перистальтика вялая. Стула не было 4 дня. В анализах крови: гемоглобин - 80 г/л, лейкоциты - $7,5 \times 10^9$ СОЭ - 44 мм/ч. В биохимическом анализе крови резко повышен общий билирубин, в основном за счет прямой фракции, щелочная фосфатаза и аланинаминотрансферазы. Амилаза в пределах нормы. УЗИ: Размеры поджелудочной железы 4,8x3,5x2,3 см, контуры ровные, четкие, структура мелкозернистая. В области головки округлое образование 4,0x3,0 см. Холедох - 1,2 см.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Дальнейшая тактика?
4. Прогноз в случае подтверждения диагноза?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа

1. Опухоль головки поджелудочной железы. Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка, опухоли внепеченочных желчных протоков), доброкачественными опухолями поджелудочной железы, хроническим панкреатитом, раком головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока.

3. Необходимо проведение дополнительных исследований для подтверждения диагноза. Лабораторные исследования: РАК, биохимический анализ крови (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, К, Na, Cl), опухолевые маркеры. Инструментальные методы диагностики: контрастная рентгенография брюшной полости (можно выявить деформацию и смещение желудка кпереди, смещение и развертывание "подковы" двенадцатиперстной кишки, сдавление ее нисходящей ветви с дефектом наполнения по внутреннему контуру), наиболее информативны УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ. Окончательный диагноз устанавливается по данным чрескожной биопсии под контролем УЗИ с последующим гистологическим исследованием.

4. Если опухоль злокачественная, то проводится панкреатодуоденальная резекция с удалением регионарных лимфоузлов и формированием панкреатоеюноанастомоза, холедохоеюноанастомоза и гастроэюноанастомоза. Летальность 10-15% при отсутствии метастазов. Пятилетняя выживаемость 8%. Паллиативные операции продлевают жизнь пациентов в среднем на 7 месяцев.

5. Сроки нетрудоспособности: стационарный этап в случае панкреатодуоденальной резекции - до 1,5 месяцев, в дальнейшем больничный лист продлевается на весь период лучевой или химиотерапии. МСЭК.

№5

К врачу в поликлинике обратился больной 49 лет с жалобами на внезапно возникшую 3 дня назад желтуху и кожный зуд. Предшествующего эпизода болей в животе не отмечает. В течение последних 2 лет ощущает слабость, стал быстро уставать, после еды стала возникать тяжесть в животе, похудел на 10 кг. При осмотре: состояние средней тяжести, лицо осунувшееся. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные, на коже следы расчесов. Пульс - 88 уд. в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см. Положительный симптом Курвуазье.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Методы подтверждения диагноза?
4. Лечение данного больного при подтверждении диагноза?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа

1. Дистальный блок холедоха. Опухоль поджелудочной железы? Механическая желтуха.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями желчевыводящих путей (холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка, опухоли внепеченочных желчных протоков), доброкачественными опухолями поджелудочной железы, хроническим панкреатитом, раком головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и терминального отдела общего желчного протока.

3. Лабораторные исследования: повышение СОЭ, умеренная анемия, гипопропротеинемия, повышение билирубина, щелочной фосфатазы, трансаминаз, обнаружение опухолевых маркеров СА-19-9 (в норме до 37 Ед, при злокачественных опухолях ПЖ возрастает в десятки и сотни раз) и СА 494 (в норме отсутствует). Инструментальные методы диагностики: контрастная рентгенография брюшной полости (можно выявить деформацию и смещение желудка кпереди, смещение и разворачивание "подковы" двенадцатиперстной кишки, сдавление ее нисходящей ветви с дефектом наполнения по внутреннему контуру), наиболее информативны УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ. Окончательный диагноз устанавливается по данным чрескожной биопсии под контролем УЗИ с последующим гистологическим исследованием.

4. Больного необходимо направить в хирургический стационар для подтверждения диагноза и определения характера опухоли. В случае доброкачественного процесса - энуклеация опухоли. Если опухоль злокачественная, то решение вопроса о возможности проведения радикальной операции (панкреатодуоденальная резекция с удалением регионарных

лимфоузлов и формированием панкреатоеюноанастомоза, холедохоеюноанастомоза и гастроеюноанастомоза) или паллиативной (наложение обходных анастомозов). В дальнейшем химиотерапия и лучевая терапия.

5. Сроки нетрудоспособности: стационарный этап в случае панкреатодуоденальной резекции - до 1,5 месяцев, в дальнейшем больничный лист продлевается на весь период лучевой или химиотерапии. МСЭК, рациональное трудоустройство.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить традиционную холецистэктомию
2. Выполнить лапароскопическую холецистэктомию

1. Тема: «Паразитарные поражения печени. Альвеококкоз печени. Эхинококкоз печени».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиническая картина паразитарных поражений печени?
2. Лечебно-диагностический алгоритм при паразитарных поражениях печени?
3. План лабораторного и инструментального обследований при паразитарных поражениях печени?
4. Дифференциальная диагностика паразитарных поражений печени?
5. План лечения и объем лечебных мероприятий при паразитарных поражениях печени?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА МОЖЕТ СОХРАНЯТЬ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ

- 1) 2 месяцев
- 2) до года
- 3) до 5-10 лет
- 4) до 20-30 лет
- 5) до 50 лет

Правильный ответ: 4

2. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

Правильный ответ: 3

3. ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ КРУПНОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ К ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

- 1) Ортнера
- 2) Кера
- 3) Воскресенского
- 4) Думбадзе
- 5) «дрожания гидатид»

Правильный ответ: 5

4. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АМЕБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП

- 1) по Киршнеру

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

Правильный ответ: 5

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭХИНОКОККОЗА В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Кровотечение
- 2) Нагноение
- 3) Печеночная недостаточность
- 4) Перитонит
- 5) Сепсис

Правильный ответ: 2

6. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ РАЗВЕРНУТОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоцитоз
- 2) сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 3) сдвиг лейкоцитарной формулы вправо
- 4) эозинофилия
- 5) увеличение СОЭ

Правильный ответ: 4

7. БЕССИМПТОМНАЯ СТАДИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ДЛИТСЯ

- 1) 2-3 месяца
- 2) 6 месяцев
- 3) 1 год
- 4) 4-6 лет
- 5) 10-15 лет

Правильный ответ: 4

8. ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПРОРАСТАНИЕМ И СДАВЛЕНИЕМ КРУПНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОКАЗАНО

- 1) чрескожное дренирование кисты
- 2) наружно-внутреннее каркасное дренирование желчных протоков
- 3) чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков
- 4) расширенная гемигепатэктомия
- 5) наложение гепатикоюноанастомоза на транспеченочных дренажах

Правильный ответ: 2

9. ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С НАЛИЧИЕМ В УЗЛЕ ПОЛОСТИ РАСПАДА, СООБЩАЮЩЕЙСЯ С ДОСТАТОЧНО КРУПНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ХОДОМ ПОКАЗАНО

- 1) наложение каверноуюноанастомоза
- 2) наложение холангиогепатоеюноанастомоза на скрытом дренаже
- 3) чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков
- 4) расширенная гемигепатэктомия

5) наложение гепатикоеноаноанастомоза на транспеченочных дренажах

Правильный ответ: 1

10. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ СПОСОБ ЗАВЕРШЕНИЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

1) марсупиализация остаточной полости

2) наружное дренирование остаточной полости трубкой

3) зашивание наружных краев фиброзной капсулы наглухо

4) подшивание наружных краев фиброзной капсулы к париетальной брюшине без дренирования

5) сшивание стенок остаточной полости изнутри

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 45 лет, житель Казахстана, охотник по профессии, жалуется на тупые боли в правом подреберье, где при пальпации определяется округлое туго-эластическое образование размером 15x10 см, интимно связанное с печенью.

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Тактика хирурга?

4. Дифференциальный диагноз?

5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: эхинококкоз печени.

2. План обследования: основные методы - УЗИ, КТ. Серологические тесты: проба Каццони, реакция латекс-агглютинации, реакция прямой гемагглютинации.

3. Тактика хирурга: эхинококкэктомия, резекция печени, обработка полости (глицерин-формалиновый 2-4% раствор, гипертонический раствор, лазерная и электрокоагуляция, ультразвуковая кавитация, горячий пар), методы закрытия и дренирования полости - капитонаж, пластика стенками кисты или сальником.

4. Дифференциальный диагноз: альвеококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.

5. Сроки временной утраты трудоспособности после эхинококкэктомии - 120 сут, МСЭК.

№2

Больная 68 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание, тупые боли в области печени. При объективном исследовании: печень значительно увеличена, плотная, поверхность ее бугристая. Определяется асцит. При проведении серологического теста выявлена положительная проба Каццони.

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Тактика хирурга?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: альвеококкоз печени, осложненный портальной гипертензией (асцит).

2. План обследования: основные методы - УЗИ, КТ, обзорная рентгенография брюшной полости. Серологические тесты: проба Кацони, реакция латекс-агглютинации, реакция прямой гемагглютинации. Гепатография, спленопортография, сканирование с помощью радионуклидов. Лапароскопия.

На сканограммах при альвеококкозе - дефект накопления в местах расположения узлов; на обзорной рентгенограмме - мелкие очаги обызвествления в виде известковых брызг; при лапароскопии - белесоватые или перламутрово-желтые пятна на печени.

3. Тактика хирурга: резекция печени в пределах здоровых тканей, вплоть до субтотальной; пересадка печени. Паллиативные: частичное удаление опухоли с введением химиопрепаратов, кускование паразита, введение химиопрепаратов через пупочную вену, эмболизация печеночной артерии и селективная эмболизация ее внутривенных ветвей.

4. Дифференциальный диагноз: эхинококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.

5. Сроки временной утраты трудоспособности после сегментарной резекции - 120-140 сут., МСЭК. Решение вопроса о пересадке печени.

№3

В ходе профосмотра у женщины 44 лет по результатам УЗИ выявлено округлое кистозное многокамерное образование 3,0x5,0 см с неровными четкими краями в правой доле печени. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что пациентка 5 лет назад переехала в Красноярск из Владикавказа, где работала в собачьем питомнике кинологом.

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

Эталон ответа.

1. Амебный абсцесс печени.

2. 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.

№4

Больной 55 лет, житель Шалинского района Красноярского края, жалуется на тупые боли и тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, похудание, желтуху и кожный зуд. При пальпации печень увеличена, выступает на 4,5 см из-под реберной дуги, плотная, бугристая (симптом «железной печени»), умеренно болезненная при пальпации. В общем анализе крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты - $8,0 \times 10^9$, сегментоядерные - 43, палочкоядерные - 7, эозинофилы - 28, лимфоциты - 14, моноциты - 8, СОЭ - 46 мм/ч. Положительная сулемовая проба. По УЗИ - объемное образование правой доли печени с неровными контурами, диаметром 10x8 см в области ворот печени. В центре образования - полость распада.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможные осложнения?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Имеются ли показания к оперативному лечению в данном случае?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: альвеококкоз печени, осложненный механической желтухой.

2. Возможные осложнения: кровотечение из вен пищевода и желудка, перигепатит, прорастание и метастазирование во внутренние органы, механическая желтуха, нагноение полости распада, кровотечение в полость распада, прорыв паразитарной полости распада в брюшную полость или в долевые бронхи.

3. Дифференциальный диагноз: эхинококкоз, цирроз печени, первичный рак печени, метастазы, гуммозный сифилис, абсцессы и гемангиомы печени.

4. В отсутствии холангита или абсцедирования паразитарной каверны проводится отсроченная операция - через 1-2 недели после разрешения желтухи. В случае локализации паразита в воротах печени и при тяжелом общем состоянии больного операция может быть невозможна. Способы декомпрессии желчных путей при альвеококкозе: билиодигестивные анастомозы и наружное дренирование.

5. Сроки временной утраты трудоспособности 120-140 сут., МСЭК (2-3 группа инвалидности).

№5

Больной 75 лет, направлен в хирургическое отделение городской больницы из района на оперативное лечение по поводу эхинококкоза VI сегмента печени. В анамнезе также язвенная болезнь желудка и ДПК, по поводу чего 2 года назад лечился стационарно. На 2 день пребывания в отделении больной стал жаловаться на внезапно возникшую боль в животе. При осмотре: слабо выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, определяется напряжение мышц брюшной стенки.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Тактика хирурга?
4. Возможные исходы данного заболевания?
5. Сроки временной утраты трудоспособности?

Эталон ответа.

1. Предположительный диагноз: эхинококкоз VI сегмента печени, осложненный прорывом паразитарной кисты в брюшную полость.

2. Перфоративная язва ДПК.

3. Тактика хирурга: экстренная хирургическая операция. Срединная лапаротомия, санация брюшной полости, широкое вскрытие паразитарной кисты, удаление ее содержимого, обработка химиопрепаратами, адекватное дренирование (марсупиализация). Если невозможна марсупиализация, то полость распада тампонируют и вводят 2 перфорированных трубчатых дренажа для приточно-аспирационного дренирования.

4. Возможные исходы данного заболевания: рубцевание остаточной полости паразитарной каверны. Полного заживления, как правило, не наступает. При неблагоприятном течении остаются свищи со слизистым отделяемым.

5. Сроки временной утраты трудоспособности - 140 дней, МСЭК.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить лапаротомию.
2. Удалить паразитарную кисту печени.
3. Выполнить клиновидную резекцию печени.

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

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиническая картина при доброкачественных и злокачественных опухолях печени?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при доброкачественных и злокачественных опухолях печени?

3. План лабораторного и инструментального обследований при доброкачественных и злокачественных опухолях печени?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при доброкачественных и злокачественных опухолях печени?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при доброкачественных и злокачественных опухолях печени?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

1) гемангиома

2) холангиокарцинома

3) гепатоцеллюлярная карцинома

4) ангиосаркома

5) эпителиоидная гемангиоэндотелиома

Правильный ответ: 1

2. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

1) цистаденома

2) мезенхимальная гамартома

3) аденома

4) гепатобластома

5) гемангиома

Правильный ответ: 4

3. ПОСТОЯННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ПЕЧЕНИ

1) гепатомегалия

2) боль в животе

3) механическая желтуха

4) рвота

5) гипертермия

Правильный ответ: 1

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1) КТ с болюсным контрастированием

2) УЗИ

- 3) МРТ
- 4) радиоизотопная сцинтиграфия
- 5) обнаружение в сыворотке крови α -фетопротеина

Правильный ответ: 3

5. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) биопсия печени под УЗИ контролем
- 2) УЗИ
- 3) МРТ
- 4) КТ с болюсным контрастированием
- 5) печеночная ангиография

Правильный ответ: 1

6. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДОСТОВЕРНО ПОВЫСИТЬ ПЯТИЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) эмболизация сосудов, питающих опухоль, химиопрепаратами
- 4) резекция печени с последующей химиотерапией
- 5) трансплантация печени

Правильный ответ: 5

7. ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

- 1) по Федорову
- 2) по Волковичу-Дьяконову
- 3) чрезбрюшинный
- 4) средне-срединная лапаротомия
- 5) параректальный

Правильный ответ: 1

8. К ТИПИЧНЫМ РЕЗЕКЦИЯМ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) резекция по междолевым щелям
- 2) клиновидная
- 3) плоскостная
- 4) краевая
- 5) поперечная

Правильный ответ: 1

9. УДАЛЕНИЕ V, VI, VII, VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) левосторонняя лобэктомия
- 2) левосторонняя расширенная гемигепатэктомия
- 3) левосторонняя гемигепатэктомия
- 4) правосторонняя расширенная гемигепатэктомия
- 5) правосторонняя гемигепатэктомия

Правильный ответ: 5

10. ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП

- 1) по Ленандеру
- 2) «мерседесобразный» разрез
- 3) чрезбрюшинный
- 4) средне-срединная лапаротомия
- 5) параректальный

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

К хирургу поликлиники обратился больной 60 лет с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, слабость. Вышеперечисленные симптомы отмечает в течение 6 месяцев. По данным УЗИ в правой доле печени имеется очаговое образование 5*8 см, гиперэхогенной структуры с четкими ровными контурами.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза?
4. Объем лечения?
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания?

Эталон ответа.

1. Гемангиома правой доли печени.
2. Направить больного в хирургический стационар.
3. КТ, МРТ, радиоизотопная сцинтиграфия, лапароскопия.
4. Оперативное лечение: лапаротомия, резекция печени, дренирование брюшной полости.
5. Разрыв гемангиомы с профузным (зачастую смертельным) внутрибрюшным кровотечением; тромбоз сосудов, питающих опухоль, с последующим некрозом (реже абсцедированием) опухоли; редко - малигнизация.

№2

На стационарном лечении находится больной, 68 лет. Поступил с жалобами на боль в правом подреберье, слабость, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 39 С, лихорадку. По данным УЗИ в шейке желчного пузыря определяется опухолевидное образование, округлой формы, на ножке, обтурирующая просвет шейки желчного пузыря, стенки желчного пузыря утолщены, с двойным контуром. Симптомы Ортнера, Кера положительные. В развернутом анализе крови лейкоцитоз – $19 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?

2. Методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза?

3. Объем лечения?

4. Показания к дренированию брюшной полости «сигарным дренажом» при остром холецистите?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Папиллома желчного пузыря, острый холецистит.

2. МРТ, биохимический анализ крови, лапароскопия.

3. Оперативное лечение – лапароскопическая холецистэктомия.

4. Околопузырный абсцесс, невозможность остановить кровотечение из печени в области ложа желчного пузыря.

5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности - благоприятный.

№3

На стационарном лечении находится больной, 57 лет, с жалобами на боль в правом подреберье, потерю массы тела, слабость, повышение температуры тела до 37,4 С. При осмотре - определяется гепатомегалия, край печени бугристый, кожные покровы желтушные. По данным УЗИ ткань печени неоднородной структуры, печень увеличена в размерах, определяется асцит.

1. Ваш диагноз?

2. Методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза?

3. Объем лечения?

4. Перечислите факторы риска развития данного заболевания?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Гепатоцеллюлярная карцинома.

2. МРТ, КТ, определение в сыворотке крови α -фетопротеина, диагностическая лапароскопия, лапароскопия с прицельной биопсией.

3. Трансплантация печени.

4. Экзогенные канцерогены; употребление пищи, зараженной грибковыми афлатоксинами, цирроз печени.

5. Прогноз для жизни и трудоспособности неблагоприятный.

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 75 лет, с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, слабость. При пальпации определяется гепатомегалия, в правой доле печени пальпируется опухолевидное образование, незначительно болезненное. По данным КТ с болюсным контрастированием в правой доле печени имеется очаговое образование 7*5 см, накапливающее контраст, неоднородной структуры с четкими ровными контурами.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика хирурга поликлиники?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Объем лечения?

5. Диспансеризация, реабилитация?

Эталон ответа.

1. Гемангиома правой доли печени.

2. Направить больного в хирургический стационар.

3. Аденома печени, цистаденома печени, липома печени, фиброма печени, киста печени.

4. Оперативное лечение: лапаромия, правосторонняя гемигепатэктомия, дренирование брюшной полости.

5. Диспансерная группа – 2, после выписки из стационара ограничение физической нагрузки в течение 3 месяцев, соблюдение диеты (стол 5), ношение бандажа, санаторно-курортное лечение.

№5

К хирургу поликлиники обратилась больная, 33 лет, с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье. Из анамнеза известно, что больная в течение длительного времени употребляла оральные контрацептивы. При пальпации живота в правой доле печени определяется опухолевидное образование. По данным УЗИ в правой доле печени определяется очаговое образование 12 см в диаметре, гипэхогенное, имеющее выраженный поверхностный сосудистый рисунок.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика хирурга поликлиники?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

4. Дополнительные методы обследования, объем лечения?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Аденома правой доли печени.

2. Направить больную в хирургический стационар.

3. Гемангиома печени, узловая гиперплазия печени, киста печени.

4. КТ, МРТ, лапароскопия с прицельной биопсией. Оперативное лечение: лапаромия, правосторонняя гемигепатэктомия, дренирование брюшной полости.

5. Прогноз для жизни благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить доступ по Федорову.

2. Выполнить холедоходуоденостомию.

1. Тема: « Циррозы печени. Хирургические методы лечения».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиническая картина при циррозах печени?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при циррозах печени?

3. План лабораторного и инструментального обследований при циррозах печени?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при циррозах печени?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при циррозах печени?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ В МОРФОГЕНЕЗЕ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) развитие постсинусоидного блока

2) развитие узлов регенерации в печени

3) длительная интоксикация алкоголем

4) гибель печёночной паренхимы

5) гепатолентикулярная дегенерация

Правильный ответ: 4

2. ДЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

1) интенсивные фиброзообразование

2) отсутствие воспалительной инфильтрации

3) незначительное фиброзообразование

4) продукты распада гепатоцитов тормозят развитие воспалительного процесса

5) формирование на месте некротизированной ткани печени паренхиматозной ткани печени

Правильный ответ: 1

3. ДЛЯ ПСЕВДОДОЛЬКИ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

1) отсутствие в центре центральной вены, а по периферии портальных триад

2) наличие в центре центральной вены, а по периферии портальных триад

3) отсутствие внутripечёночных порто-кавальных шунтов

4) наличие артериовенозных шунтов

5) наличие в центре портальных триад

Правильный ответ: 1

4. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЮТ ПО

- 1) шкале APACHE II
- 2) шкале Ranson
- 3) шкале Child-Pugh
- 4) шкале Апгар
- 5) шкале Глазго

Правильный ответ: 3

5. ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) варикозным расширением вен пищевода
- 2) желтухой
- 3) асцитом
- 4) энцефалопатией
- 5) лейкоцитозом

Правильный ответ: 4

6. К «МАЛЫМ» ПЕЧЕНОЧНЫМ ЗНАКАМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

- 1) «голова медузы»
- 2) контрактура Дюпюитрена
- 3) асцит
- 4) желтуха
- 5) гепатоспленомегалия

Правильный ответ: 2

7. ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ В ФАЗУ СУБКОМПЕНСАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) повышение общего билирубина
- 2) снижение общего билирубина
- 3) повышение альбумина
- 4) снижение АсАТ
- 5) снижение АлАТ

Правильный ответ: 1

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие асцита
- 2) возраст менее 40 лет
- 3) уровень общего билирубина более 200 мкмоль
- 4) прогрессирующая желтуха
- 5) наличие «малых» печеночных знаков

Правильный ответ: 5

9. ОПЕРАЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОЗДАНИЕ НОВЫХ ПУТЕЙ ОТТОКА КРОВИ ИЗ ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) Анастомоз с подкожной веной бедра

- 2) Резекция печени
- 3) Оментопексия
- 4) Операция Таннера
- 5) Спленэктомия

Правильный ответ: 3

10. ПОКАЗАНИЕ К ТРАНСЮГУЛЯРНОМУ ПОРТСИСТЕМНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ (TIPS) У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОМ 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) Гепатомегалия

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной, 39 лет, доставлен в хирургическое отделение ГКБ №6 «скорой помощью» с пищеводно-желудочным кровотечением. Общее состояние тяжелое, больной в сознании, речь несвязанна. В приемном покое была скудная рвота «кофейной гущей». Со слов соседей, вызвавших бригаду «скорой медицинской помощи», страдает алкоголизмом. Объективно: Т-37 С, АД - 100/60 мм рт. ст., пульс - 100 уд. в мин., живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, край заострен.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Лечение на догоспитальном и госпитальном этапах?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Алкогольный цирроз печени, портальная гипертензия, осложненная пищеводным кровотечением.

2. ФГС, УЗИ, КТ. В ОАК - снижение гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов. В функциональных пробах печени - изменения, характерные для гепатита и цирроза печени. Определение маркеров вирусных гепатитов. Выявление аутоантител.

3. В машине скорой помощи - внутривенно и внутривенно гемостатическая терапия, инфузионная терапия. В стационаре - инфузионная терапия с гемостатиками, переливание плазмы, эритроцитарной массы, зонд

Блекмора. При отсутствии эффекта - экстренная операция: остановка кровотечения. Плановое хирургическое лечение по поводу варикозно - расширенных вен пищевода и желудка выполняют для предупреждения повторных кровотечений в случае неэффективности профилактики кровотечений пропранололом или склеротерапией. Выживаемость определяется функциональным состоянием печени. После операции, направленной на снижение давления в воротной вене, уменьшается вероятность асцита, перитонита, гепаторенального синдрома. Прогноз зависит от основного заболевания. При циррозе он определяется выраженностью печеночной недостаточности. Смертность при каждом кровотечении составляет 40%.

4. Кровотечения другой этиологии, новообразования печени, гепатиты.

5. Наблюдение больного по поводу основного заболевания, вызвавшего портальную гипертензию (цирроз). Диспансеризация предусматривает повторные осмотры гастроэнтеролога (1 раз в 3 месяца), биохимические исследования крови. Диспансеризация - пожизненно. МСЭК.

№2

Больной 34 лет, госпитализирован с жалобами на слабость, носовые кровотечения, кровавую рвоту. При исследовании обнаружена спленомегалия, печень выступает на 3 см, плотная. Гемоглобин - 98 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$, лейкоциты - 4×10^9 , формула крови без особенностей. ФГС: варикозное расширение вены в средней трети и в нижней трети пищевода. На спленопортограмме картина внутрипеченочного блока, давление в селезенке 400 мм вод. ст.

1. Какой диагноз у данного больного?

2. Какое оперативное лечение показано данному больному?

3. Нормальное давление в системе воротной вены?

4. Возможные осложнения операции наложения портокавальных анастомозов?

5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Цирроз печени с портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода, гепатоспленомегалия.

2. Наложение портокавального анастомоза.

3. 100-200 мм вод. ст.

4. Тромбоз анастомоза, гастродуоденальные изъязвления, рецидивы, кровотечения, печеночная кома.

5. Соблюдение диеты, прием назначенной терапии, уменьшение физической нагрузки, посещение гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца, терапевта. МСЭК.

№3

Больной, 47 лет, поступил в приемное отделение ГКБ №6 с жалобами на постоянные ноющие боли в правом подреберье, увеличение живота, повышение температуры тела до 37,2 С, зуд кожных покровов. При объективном осмотре

желтушность кожных покровов, сосудистые «звездочки» на коже верхней половины туловища, язык малинового цвета. При пальпации живота - умеренные боли в правом подреберье, наличие свободной жидкости в брюшной полости, печень + 3 см выступает из-под края реберной дуги. Из анамнеза: злоупотребление алкоголем на протяжении пяти лет. ФГС: вены пищевода варикозно расширены.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Лечение?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Цирроз печени, портальная гипертензия, асцит.
 2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, ОАК, ОАМ, биохимические анализы крови, ЭКГ, КТ.
 3. Диета (уменьшение количества белка и соли), гепатопротекторы - легалон, эссенциале; ГКС - преднизолон; диуретики - спиронолактон.
 4. Гепатиты, паразитарные поражения печени, новообразования печени.
 5. Соблюдение диеты. Наблюдение у гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца.
- МСЭК.

№4

Больной 17 лет. Поступил с жалобами на повторяющиеся желудочные кровотечения. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Печень у края реберной дуги, плотная. Селезенка увеличена. При обследовании выявлены расширенные вены желудка и пищевода. На спленопортограмме - внутрипеченочный 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.

№5

Больной 57 лет. Поступил с жалобами на общую слабость, увеличение живота. В анамнезе - болезнь Боткина. При поступлении состояние средней тяжести. Склеры иктеричны. Кожа сухая, сосудистые «звездочки» на груди, спине. Живот увеличен в размерах за счет асцита. Печень не пальпируется, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 8-10 см.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие заболевания входят в дифференциально-диагностический круг?
3. Какие лабораторные и инструментальные обследования показаны больному?
4. Группы portoкавальных анастомозов?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Цирроз печени вирусной этиологии со спленомегалией, асцитом, портальной гипертензией.

2. Очаговые склеротические поражения печени при паразитарных заболеваниях, хронический активный гепатит, опухоли печени.

3. УЗИ, ФГС, спленопортография, клинические и биохимические анализы крови.

4. А. в области кардии пищевода. Б. между верхними, срединными и нижними прямокишечными венами. В. Между околопупочными и пупочными венами.

5. Наблюдение больного по поводу основного заболевания, вызвавшего портальную гипертензию (цирроз). 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.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Установить зонд Блекмора.
2. Выполнить операцию Таннера.

1. Тема: «Опухоли внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка»

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Клиническая картина при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка?

2. Лечебно-диагностический алгоритм при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка?

3. План лабораторного и инструментального обследований при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка?

4. Методы лабораторного и инструментального обследования при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка?

5. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка?

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

1) общем печеночном протоке

2) правом печеночном протоке

3) левом печеночном протоке

4) пузырном протоке

5) месте слияния обоих печеночных протоков и общего печеночного протока с пузырным

Правильный ответ: 5

2. ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ У НЕОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СРЕДНЕМ РАВНА

1) 1-2 месяца

2) 4 месяца

3) 7 месяцев

4) 2 года

5) 5 лет

Правильный ответ: 3

3. В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

1) УЗИ

2) КТ

- 3) МРТ
- 4) дуоденоскопия
- 5) чрескожная чреспеченочная холангиография

Правильный ответ: 4

4. КАРЦИНОМА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до года
- 2) 10-15 лет
- 3) 20-40 лет
- 4) 50-69 лет
- 5) в любом возрасте встречается с одинаковой частотой

Правильный ответ: 4

5. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) панкреатодуоденальная резекция
- 2) наложение холедоходуоденоанастомоза
- 3) наложение холедохоеюноанастомоза
- 4) чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей
- 5) билиарное протезирование

Правильный ответ: 1

6. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ИМЕЕТ

- 1) механическая желтуха с характерным грязно-зеленым оттенком
- 2) боли в правом подреберье
- 3) увеличение размеров печени при перкуссии
- 4) снижение аппетита
- 5) диспептические расстройства

Правильный ответ: 1

7. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IB СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) опухоль поражает только желчный проток
- 2) опухоль прорастает стенку желчного протока
- 3) опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаружена в желчном протоке
- 4) опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветвь печеночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены
- 5) опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветвь печеночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены

Правильный ответ: 2

8. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IIA СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) опухоль поражает только желчный проток
- 2) опухоль прорастает стенку желчного протока

3) опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаружена в желчном протоке

4) опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветвь печеночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены

5) опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветвь печеночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены

Правильный ответ: 4

9. ПРИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА ПОКАЗАНО

1) резекция желчного протока с наложением высокого билиодигестивного анастомоза

2) панкреатодуоденальная резекция

3) наложение холедоходуоденоанастомоза

4) наложение холедохоеюноанастомоза

5) чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей

Правильный ответ: 1

10. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТНОСЯТ

1) липому

2) фиброму

3) карциному

4) нейрофибромаму

5) лейомиому

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

К хирургу поликлиники обратился больной 62 лет с жалобами на боль в эпигастрии, диспептические расстройства, слабость. При фиброгастродуоденоскопии в области большого дуоденального сосочка обнаружена папиллома.

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Что является предрасполагающим фактором в развитии папиллом в области большого дуоденального сосочка?

3. Как уточнить диагноз?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Прогноз, диспансеризация?

Эталон ответа.

1. Направить больного в хирургический стационар.

2. Хронический дуоденальный папиллит.

3. Биопсией с гистологическим исследованием.

4. Консервативная терапия: Диета (стол №5), спазмолитики, H₂-блокаторы, блокаторы протонной помпы, холинолитики, желчегонные препараты, антибиотики.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный. Диспансерная группа – 2.

№2

К хирургу поликлиники обратился больной 65 лет с жалобами на боль в эпигастрии правом подреберье, тошноту. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы желтушные. По данным УЗИ отмечается расширение холедоха до 2 см. При фиброгастродуоденоскопии в устье большого дуоденального сосочка обнаружена опухоль 2 см в диаметре, взята биопсия. Гистологическое исследование биоптата – заключение: аденокарцинома.

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Какое обследование необходимо выполнить для уточнения протяженности опухоли?

3. Объем лечебных мероприятий?

4. Вторичная профилактика?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Направить больного в хирургический стационар.

2. ЭРХПГ.

3. Оперативное лечение: панкреатодуоденальная резекция.

4. Профилактическая фиброгастродуоденоскопия.

5. Прогноз для жизни - благоприятный, для трудоспособности – благоприятный.

№3

У больного, находящегося на стационарном лечении по поводу механической желтухи, диагностирован рак холедоха.

1. Что определяет показания к оперативному лечению?

2. Объем операции при небольших опухолях холедоха без перехода на соседние структуры?

3. Перечислите факторы, влияющие на исход операции.

4. Назовите основные причины летальности у данной категории пациентов.

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Резектабельность и размеры опухоли, определить наличие или отсутствие метастазов.

2. Резекция холедоха с последующим восстановлением его непрерывности путем сшивания конец в конец или вшиванием проксимального конца холедоха в стенку мобилизованной ДПК или тощей кишки.

3. Степень распространения опухолевого роста и срока оперативного вмешательства.

4. Развитие билиарного сепсиса или абсцессов печени, возникающих при окклюзии опухолью проксимальных желчных канальцев.

5. Прогноз зависит от своевременности диагностики и лечения. При далеко зашедшей стадии он неблагоприятный.

№4

У больного с холехохолитиазом и механической желтухой на лапаротомии диагностирована опухоль большого дуоденального сосочка, имеющая инфильтративный рост, не прорастающая стенку двенадцатиперстной кишки, метастазов не обнаружено.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Как уточнить диагноз?

3. Стадия опухолевого процесса?

4. Объем лечебных мероприятий?

5. Реабилитация?

Эталон ответа.

1. Карцинома большого дуоденального сосочка.

2. Интраоперационная биопсия с гистологическим исследованием биоптата по cito.

3. IA.

4. Оперативное лечение: трансдуоденальное и ретродуоденальное иссечение опухоли фатерова сосочка с последующим вшиванием холедоха в ДПК.

5. Соблюдение диеты (стол №5), ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, санаторно-курортное лечение.

№5

У больного, находящегося на стационарном лечении по поводу механической желтухи диагностирована опухоль Клацкина.

1. Объем лечебных мероприятий?

2. Какие операции относятся к паллиативным при раке общего желчного протока?

3. От чего зависит выживаемость пациентов при раке общего желчного протока?

4. Признаки нерезектабельности рака общего желчного протока?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

1. Резекция с наложением высокого билиодигестивного анастомозов.

2. Реканализация опухоли со стентированием протока или без него, холецистоэнтероанастомозы, холецистогастроанастомоз.

3. На выживаемость влияют отсутствие метастазов, степень дифференцировки опухоли

4. Билобарное вовлечение печеночной артерии и воротной вены или обширное прорастание в обе доли печени, наличие отдаленных метастазов.

5. Для жизни неблагоприятный, для трудоспособности неблагоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Выполнить лапаротомию.

2. Выполнить холедоходуоденостомию.

1. Тема: «Заболевания кроветворной системы, требующие спленэктомии».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология, патогенез возникновения инфаркта, кист селезенки.
2. Классификация заболеваний селезенки.
3. Принципы лечения инфаркта селезенки.
4. Симптоматика и течение инфаркта и кист селезенки.
5. Осложнения заболеваний селезенки.
6. Показания к оперативному лечению.
7. Дополнительные методы исследования при заболеваниях селезенки.
8. Прогноз.

4. Тестовые задания по теме

1 ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ: А) КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ; Б) КРОВОТЕЧЕНИЯ; В) ТЕНЕЗМЫ; Г) ПОТЕРЯ В ВЕСЕ; Д) БОЛИ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ВЫБЕРИТЕ НУЖНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, в.
- 2) в, г, д.
- 3) б, в, г.
- 4) а, г, д.
- 5) б, г, д.

Правильный ответ: 1

2. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКАЯ; Б) ДИСПЕПСИЧЕСКАЯ; В) ОБТУРАЦИОННАЯ; Г) ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ; Д) АНЕМИЧЕСКАЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, в.
- 2) а, в, г.
- 3) а, б, в, д.
- 4) б, в, г, д.
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5

3. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАВИСИТ ОТ: А) ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ; Б) НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ; В) ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО; Г) НАЛИЧИЯ МЕТАСТАЗОВ; Д)

ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, г.
- 2) а, б, в, г.
- 3) б, в, г, д.
- 4) а, б, г, д.
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 2

4. БОЛЬНАЯ 67 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТ СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, БОЛЬШЕ В ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ, ЧЕРЕДОВАНИЕ ЧАСТОГО СТУЛА И ЗАПОРОВ. ПРИ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЕНА АНЕМИЯ. В КАЛЕ ИНОГДА ПОЯВЛЯЕТСЯ КРОВЬ. ПРИ ИРРИГОСКОПИИ В СЛЕПОЙ КИШКЕ ОБНАРУЖЕН ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ 2Х3 СМ С НЕРОВНЫМИ, БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ. ВАШ ДИАГНОЗ: А) ДИВЕРТИКУЛ; Б) АКТИНОМИКОЗ; В) ОПУХОЛЬ СЛЕПОЙ КИШКИ; Г) ТУБЕРКУЛЕЗ; Д) НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

- 1) а.
- 2) б.
- 3) в.
- 4) г.
- 5) д.

Правильный ответ: 3

5. БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА НЕДОМОГАНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО СУБФЕБРИЛЬНОЙ, ПОНОСЫ. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ПАЛЬПИРУЕТСЯ ИНФИЛЬТРАТ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНЫ ГЛУБОКИЕ ЯЗВЫ В ВИДЕ ПРОДОЛЬНЫХ ЩЕЛЕЙ, СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МЕЖДУ НИМИ ВЫГЛЯДИТ КАК "БУЛЫЖНАЯ МОСТОВАЯ" С ОЧАГАМИ ГРАНУЛЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: АНЕМИЯ, ДИСПРОТЕИНЕМИЯ, НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА. ВАШ ДИАГНОЗ: А) БОЛЕЗНЬ КРОНА; Б) АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ; В) ДИВЕРТИКУЛЕЗ; Г) НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ; Д) ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

- 1) а.
- 2) б.
- 3) в.
- 4) г.
- 5) д.

Правильный ответ: 1

6. ОТМЕТЬТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ОТСУТСТВИЕ ИЛИ РАССТРОЙСТВО ПЕРИСТАЛЬТИКИ НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ КИШКИ; Б) РИГИДНОСТЬ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ НА ОПРЕДЕЛЕННОМ УЧАСТКЕ; В) НАРУШЕНИЕ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ; Г) ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ИЛИ ПЛОСКАЯ "НИША" В ПРЕДЕЛАХ КОНТУРОВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ; Д) УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

- 1) а.
- 2) б.
- 3) г.
- 4) в.
- 5) д.

Правильный ответ: 3

7. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Б) ИССЛЕДОВАНИЕ ПАССАЖА ПО КИШЕЧНИКУ; В) ИРРИГОСКОПИЯ; Г) ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ И РЕТРОПЕРИТОНЕУМ; Д) СЕЛЕКТИВНАЯ АНГИОГРАФИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

- 1) а.
- 2) д.
- 3) б.
- 4) в.
- 5) г.

Правильный ответ: 4

8. ПОЯВЛЕНИЕ "ШУМА ПЛЕСКА" ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ: А) НАЛИЧИЕМ ВЫПОТА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Б) СКОПЛЕНИЕМ ЖИДКОСТИ И ГАЗА В ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛЕ КИШЕЧНИКА; В) СКОПЛЕНИЕМ ЖИДКОСТИ И ГАЗА В ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛЕ КИШЕЧНИКА; Г) НАЛИЧИЕМ СВОБОДНОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Д) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НЕВЕРНО.

- 1) а.
- 2) б.
- 3) в.
- 4) г.
- 5) д.

Правильный ответ: 2

9. ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ: А) СХВАТКООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ; Б) АСИММЕТРИИ ЖИВОТА; В) "ШУМА ПЛЕСКА" Г) СИМПТОМА ЦЕГЕ ФОН МАНТЕЙФЕЛЯ; Д) ДИАРЕИ.

- 1) а.
- 2) б.
- 3) в.
- 4) г.
- 5) д.

Правильный ответ: 5

10. КАКИЕ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА ВЫ ЗНАЕТЕ? А) РЕАКТИВНАЯ; Б) ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ; В) ТЕРМИНАЛЬНАЯ; Г) ТОКСИЧЕСКАЯ; Д) НЕОБРАТИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, г.
- 2) б, в, г, д.
- 3) а, в, г.
- 4) б, в, г.
- 5) б, в, д.

Правильный ответ: 3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Что можно заподозрить по операционным находкам?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тупая травма живота. 2. Больной во время не доставлен в дежурную больницу. Введение анальгетиков уменьшило выраженность клинических симптомов. 3. На операции по данным признакам (просвечивание желчи через брюшину ДПК, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки) можно заподозрить повреждение ДПК.

Задача №2

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной

стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Что можно по ним заподозрить? 3. Тактика в зависимости от диагностических находок?

Эталон ответа:

1. Необходимо наложить лапароцентез. 2. При наличии крови или кишечного содержимого - тупая травма живота. 3. При наличии крови и кишечного содержимого - экстренная лапаротомия. При отсутствии патологического содержимого - подпор 400 мл 0,9% натрия хлорида и наблюдение в течение 24-48 часов.

Задача №3.

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 110I. Нь 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 №4.

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.

Задача №5.

Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой рёберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нв 78г/л. Нt 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Тупая травма живота. Двухмоментный разрыв селезёнки. Внутривнутрибрюшное кровотечение. 2. Больная не была показана хирургу, не выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 3. Экстренная лапаротомия. Спленэктомия.

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 занятия: «Опухоли и кисты селезенки».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология, патогенез возникновения инфаркта, кист селезенки.
2. Классификация заболеваний селезенки
3. Принципы лечения инфаркта селезенки и кист
4. Симптоматика и течение инфаркта и кист селезенки
5. Осложнения заболеваний селезенки
6. Показания к оперативному лечению
7. Дополнительные методы исследования при заболеваниях селезенки
8. Прогноз.

4. Тестовые задания по теме:

1 ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ: А) КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ; Б) КРОВОТЕЧЕНИЯ; В) ТЕНЕЗМЫ; Г) ПОТЕРЯ В ВЕСЕ; Д) БОЛИ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ВЫБЕРИТЕ НУЖНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- б) а, б, в.
- 7) в, г, д.
- 8) б, в, г.
- 9) а, г, д.
- 10) б, г, д.

Правильный ответ: 1

2. УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКАЯ; Б) ДИСПЕПСИЧЕСКАЯ; В) ОБТУРАЦИОННАЯ; Г) ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ; Д) АНЕМИЧЕСКАЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- б) а, б, в.
- 7) а, в, г.
- 8) а, б, в, д.
- 9) б, в, г, д.
- 10) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5

3. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАВИСИТ ОТ: А) ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ; Б) НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ; В) ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО; Г) НАЛИЧИЯ МЕТАСТАЗОВ; Д) ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОПУХОЛИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- б) а, б, г.
- 7) а, б, в, г.
- 8) б, в, г, д.
- 9) а, б, г, д.
- 10) все ответы правильные.

Правильный ответ: 2

4. БОЛЬНАЯ 67 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ОТМЕЧАЕТ СЛАБОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, БОЛЬШЕ В ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ПОХУДАНИЕ, ЧЕРЕДОВАНИЕ ЧАСТОГО СТУЛА И ЗАПОРОВ. ПРИ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЕНА АНЕМИЯ. В КАЛЕ ИНОГДА ПОЯВЛЯЕТСЯ КРОВЬ. ПРИ ИРРИГОСКОПИИ В СЛЕПОЙ КИШКЕ ОБНАРУЖЕН ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ 2Х3 СМ С НЕРОВНЫМИ, БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ. ВАШ ДИАГНОЗ: А) ДИВЕРТИКУЛ; Б) АКТИНОМИКОЗ; В) ОПУХОЛЬ СЛЕПОЙ КИШКИ; Г) ТУБЕРКУЛЕЗ; Д) НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ.

- б) а.
- 7) б.
- 8) в.
- 9) г.
- 10) д.

Правильный ответ: 3

5. БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА НЕДОМОГАНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО СУБФЕБРИЛЬНОЙ, ПОНОСЫ. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: ПАЛЬПИРУЕТСЯ ИНФИЛЬТРАТ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ПРИ КОЛОНОСКОПИИ ВЫЯВЛЕННЫ ГЛУБОКИЕ ЯЗВЫ В ВИДЕ ПРОДОЛЬНЫХ ЩЕЛЕЙ, СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА МЕЖДУ НИМИ ВЫГЛЯДИТ КАК "БУЛЫЖНАЯ МОСТОВАЯ" С ОЧАГАМИ ГРАНУЛЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ: АНЕМИЯ, ДИСПРОТЕИНЕМИЯ, НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА. ВАШ ДИАГНОЗ: А) БОЛЕЗНЬ КРОНА; Б) АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ; В) ДИВЕРТИКУЛЕЗ; Г) НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ; Д) ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

- б) а.
- 7) б.
- 8) в.
- 9) г.
- 10) д.

Правильный ответ: 1

6. ОТМЕТЬТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ОТСУТСТВИЕ ИЛИ РАССТРОЙСТВО ПЕРИСТАЛЬТИКИ НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ КИШКИ; Б)

РИГИДНОСТЬ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ НА ОПРЕДЕЛЕННОМ УЧАСТКЕ; В) НАРУШЕНИЕ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ; Г) ДЕФЕКТ НАПОЛНЕНИЯ ИЛИ ПЛОСКАЯ "НИША" В ПРЕДЕЛАХ КОНТУРОВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ; Д) УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

- 6) а.
- 7) б.
- 8) г.
- 9) в.
- 10) д.

Правильный ответ: 3

7. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: А) ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Б) ИССЛЕДОВАНИЕ ПАССАЖА ПО КИШЕЧНИКУ; В) ИРРИГОСКОПИЯ; Г) ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ И РЕТРОПЕРИТОНЕУМ; Д) СЕЛЕКТИВНАЯ АНГИОГРАФИЯ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

- 6) а.
- 7) д.
- 8) б.
- 9) в.
- 10) г.

Правильный ответ: 4

8. ПОЯВЛЕНИЕ "ШУМА ПЛЕСКА" ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ: А) НАЛИЧИЕМ ВЫПОТА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Б) СКОПЛЕНИЕМ ЖИДКОСТИ И ГАЗА В ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛЕ КИШЕЧНИКА; В) СКОПЛЕНИЕМ ЖИДКОСТИ И ГАЗА В ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛЕ КИШЕЧНИКА; Г) НАЛИЧИЕМ СВОБОДНОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ; Д) ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НЕВЕРНО.

- 6) а.
- 7) б.
- 8) в.
- 9) г.
- 10) д.

Правильный ответ: 2

9. ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ: А) СХВАТКООБРАЗНЫХ БОЛЕЙ; Б) АСИММЕТРИИ ЖИВОТА; В) "ШУМА ПЛЕСКА" Г) СИМПТОМА ЦЕГЕ ФОН МАНТЕЙФЕЛЯ; Д) ДИАРЕИ.

- 6) а.
- 7) б.
- 8) в.

9) г.

10)д.

Правильный ответ: 5

10. КАКИЕ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА ВЫ ЗНАЕТЕ? А) РЕАКТИВНАЯ; Б) ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ; В) ТЕРМИНАЛЬНАЯ; Г) ТОКСИЧЕСКАЯ; Д) НЕОБРАТИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

б) а, б, г.

7) б, в, г, д.

8) а, в, г.

9) б, в, г.

10)б, в, д.

Правильный ответ:3

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз? 2.Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Что можно заподозрить по операционным находкам?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тупая травма живота. 2. Больной во время не доставлен в дежурную больницу. Введение анальгетиков уменьшило выраженность клинических симптомов. 3. На операции по данным признакам (просвечивание желчи через брюшину ДПК, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки) можно заподозрить повреждение ДПК.

Задача №2

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Что можно по ним заподозрить? 3. Тактика в зависимости от диагностических находок?

Эталон ответа:

1. Необходимо наложить лапароцентез. 2. При наличии крови или кишечного содержимого - тупая травма живота. 3. При наличии крови и кишечного содержимого - экстренная лапаротомия. При отсутствии патологического содержимого - подпор 400 мл 0,9% натрия хлорида и наблюдение в течение 24-48 часов.

Задача №3.

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. Нв 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 №4.

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.

Задача №5.

Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре).

Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой рёберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нб 78г/л. Нt 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Тупая травма живота. Двухмоментный разрыв селезёнки. Внутривнутрибрюшное кровотечение. 2. Больная не была показана хирургу, не выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 3. Экстренная лапаротомия. Спленэктомия.

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 дифф. диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема: «Анатомо-функциональные особенности поджелудочной железы».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Топография, строение поджелудочной железы.

2. Характеристика поджелудочной железы как железы смешанного типа.

3. Поверхность, края, части поджелудочной железы.

4. Особенности протоков поджелудочной железы.

5. Особенности кровоснабжения поджелудочной железы.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. МАССА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

1) около 40-50 г

2) около 70-90 г

3) около 10-20 г

4) около 30-40 г

5) около 20-30 г

Правильный ответ: 2

2. ГОЛОВКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРИКАСАЕТСЯ

1) с поперечной ободочной кишкой

2) с желудком

3) с правой почкой

4) с селезенкой

5) с левой почкой

Правильный ответ: 1

3. ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЗВОНОЧНОМУ СТОЛБУ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ ПОЗВОНКОВ

1) IX-XI грудных

2) X-XI грудных

3) XII грудного-II поясничного

4) II-III поясничных

5) III-IV поясничных

Правильный ответ: 3

4. ПОЛОЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К БРЮШИНЕ

1) интраперитонеальное положение

2) мезоперитонеальное положение

3) экстраперитонеальное положение

4) ретроперитонеальное положение

5) интраперитонеальное положение, при наличии брыжейки

Правильный ответ: 3

5. ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ВИРСУНГОВ) ПО ОТНОШЕНИЮ К НЕЙ ПРОХОДИТ

- 1) от хвоста к головке сверху
- 2) от хвоста к головке сзади
- 3) от хвоста к головке снизу
- 4) от хвоста к головке в толще паренхимы
- 5) в толще паренхимы головки

Правильный ответ: 4

6. К ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ СЗАДИ ПРИЛЕЖИТ

- 1) левый надпочечник
- 2) двенадцатиперстная кишка
- 3) хвостатая доля печени
- 4) нижняя полая вена
- 5) корень брыжейки поперечной ободочной кишки

Правильный ответ: 4

7. К ГОЛОВКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛАТЕРАЛЬНО ПРИЛЕЖИТ

- 1) пилорический отдел желудка
- 2) ворота правой почки
- 3) нисходящая часть двенадцатиперстной кишки
- 4) восходящая ободочная кишка
- 5) хвостатая доля печени

Правильный ответ: 3

8. К ХВОСТУ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛАТЕРАЛЬНО ПРИЛЕЖИТ

- 1) поясничная часть диафрагмы
- 2) ворота селезенки
- 3) левая почка
- 4) аорта
- 5) селезеночный угол ободочной кишки

Правильный ответ: 2

9. ДОБАВОЧНЫЙ ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ

- 1) в большой сосочек двенадцатиперстной кишки
- 2) в малый сосочек двенадцатиперстной кишки
- 3) в печеночно-поджелудочную ампулу
- 4) в продольную складку двенадцатиперстной кишки
- 5) в поперечную связку двенадцатиперстной кишки

Правильный ответ: 2

10. ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ

- 1) в верхнюю часть двенадцатиперстной кишки
- 2) в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки

- 3) в восходящую часть двенадцатиперстной кишки
- 4) в горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки
- 5) заканчивается слепо

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

При обследовании больного с подозрением на патологию поджелудочной железы возникла необходимость провести ее визуальное исследование посредством эндоскопии.

1. Какое исследование необходимо провести в данном случае?
2. Через какие анатомические образования можно подвести эндоскоп к этому органу и получить наиболее информативные данные?
3. Какие протоки имеются в поджелудочной железе?
4. Сдавление какого протока при опухоли головки поджелудочной железы может стать причиной возникновения механической желтухи?
5. Какие имеются варианты впадения главного панкреатического, добавочного панкреатического и общего желчного протоков в двенадцатиперстную кишку?

Эталоны ответов:

1. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ)
2. Суть метода заключается в визуальном осмотре просвета двенадцатиперстной кишки, дуоденального сосочка, а так же получении рентгеновских снимков строения панкреатобилиарной протоковой системы. Это достигается введением в двенадцатиперстную кишку эзофагогастродуоденоскопа, по рабочему каналу которого проводится канюля в просвет желчных и/или панкреатического протоков через дуоденальный сосочек, заполнением их рентгенконтрастным веществом с последующим рентгеновским просвечиванием. Это совместный эндоскопический и рентгенологический метод исследования.
3. Главный панкреатический проток (ductus Wirsungi), добавочный панкреатический проток (ductus accessorius Santorini).
4. Общий желчный проток.
5. В головке поджелудочной железы главный проток соединяется с добавочным протоком и затем впадает в общий желчный проток, который проходит через головку железы ближе к ее задней поверхности и открывается на вершине большого дуоденального сосочка. В ряде случаев добавочный проток впадает в двенадцатиперстную кишку самостоятельно, открываясь на небольшом сосочке, расположенном на 2-3 см выше большого дуоденального сосочка. Взаимоотношения конечных отделов общего желчного и главного панкреатического протоков различны. Наиболее часто оба протока впадают в кишку совместно, образуя общую ампулу, которая своей конечной частью открывается на большом дуоденальном сосочке (67%). Иногда оба протока сливаются в стенке двенадцатиперстной кишки,

общая ампула отсутствует (30%). Общий желчный и проток поджелудочной железы могут впадать в двенадцатиперстную кишку отдельно (3%).

№ 2

Поджелудочная железа является железой смешанной секреции. Как эндокринная железа она вырабатывает гормоны, поступающие в кровь. Как экзокринная – вырабатывает сок поджелудочной железы, поступающий по выводному протоку в просвет кишечника.

1. Куда открывается проток поджелудочной железы?
2. В чем заключаются особенности топографии поджелудочной железы?
3. Размеры поджелудочной железы?
4. На какие отделы делится поджелудочная железа?
5. Масса поджелудочной железы?

Эталоны ответов:

1. Проток поджелудочной железы открывается в просвет нисходящей части двенадцатиперстной кишки на большом дуоденальном сосочке.
2. Поджелудочная железа располагается в брюшной полости поперечно на уровне тел I – II поясничных позвонков, забрюшинно, позади желудка, отделяясь от него сальниковой сумкой.
3. Длина 15-23 см, ширина 3-9 см, толщина 2-3 см.
4. Головка, тело, хвост.
5. Масса железы в среднем 70-90 г.

№3

При операции у больного обнаружена опухоль головки поджелудочной железы.

1. Почему у больного с такой локализацией опухоли нарушается поступление желчи в двенадцатиперстную кишку?
2. Каким инструментальным исследованием подтверждается диагноз?
3. Слияние каких вен в v. portae происходит позади головки поджелудочной железы?
4. На какие отделы делится поджелудочная железа?
5. Как кровоснабжается поджелудочная железа?

Эталоны ответов:

1. Опухоль головки поджелудочной железы будет сдавливать общий желчный проток, который расположен между головкой поджелудочной железы и нисходящей частью двенадцатиперстной кишки.
2. УЗИ, ЭРПХГ.
3. Слияние верхней брыжеечной и селезеночной вен.
4. Головка, тело, хвост.
5. Поджелудочная железа не имеет собственных крупных артериальных сосудов. Она кровоснабжается многочисленными ветвями от печёночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий.

№4

В клинику поступил больной с заболеванием поджелудочной железы. Для лечения врачу необходимо ввести зонд в устье протока поджелудочной железы.

1. В какой отдел двенадцатиперстной кишки врач должен ввести гастроскоп, чтобы увидеть устье протока железы?

2. Каким инструментальным исследованием подтверждается диагноз?

3. Какие протоки имеются в поджелудочной железе?

4. Какие имеются варианты впадения главного панкреатического, добавочного панкреатического и общего желчного протоков в двенадцатиперстную кишку?

5. На какие отделы делится поджелудочная железа?

Эталоны ответов:

1. После введения дуоденоскопа в двенадцатиперстную кишку производится оценка ее состояния, тщательно исследуется большой дуоденальный сосочек и парапиллярная область. Оцениваются размеры большого дуоденального сосочка, его положение, характер поверхности, подвижность, строение устья. После этого сосочек выводится в положение, которое в каждой конкретной ситуации наиболее оптимально для проведения его катетеризации.

2. ЭРПХГ.

3. Главный панкреатический проток (ductus Wirsungi), добавочный панкреатический проток (ductus accessorius Santorini).

4. В головке поджелудочной железы главный проток соединяется с добавочным протоком и затем впадает в общий желчный проток, который проходит через головку железы ближе к ее задней поверхности и открывается на вершине большого дуоденального соска. В ряде случаев добавочный проток впадает в двенадцатиперстную кишку самостоятельно, открываясь на небольшом сосочке, расположенном на 2-3 см выше большого дуоденального сосочка. Взаимоотношения конечных отделов общего желчного и главного панкреатического протоков различны. Наиболее часто оба протока впадают в кишку совместно, образуя общую ампулу, которая своей конечной частью открывается на большом дуоденальном сосочке (67%). Иногда оба протока сливаются в стенке двенадцатиперстной кишки, общая ампула отсутствует (30%). Общий желчный и проток поджелудочной железы могут впасть в двенадцатиперстную кишку раздельно (3%).

5. Головка, тело, хвост.

№5

Больная И., 14 лет на УЗИ – поджелудочная железа резко увеличена, паренхима однородная, гипоэхогенная. Контур нечеткий, плохо просматриваются крупные сосуды за поджелудочной железой, что характерно при остром панкреатите.

1. Размеры поджелудочной железы в норме?

2. На какие отделы делится поджелудочная железа?

3. Масса поджелудочной железы?
4. В чем заключаются особенности топографии поджелудочной железы?

5. Куда открывается проток поджелудочной железы?

Эталоны ответов:

1. Длина 15-23 см, ширина 3-9 см, толщина 2-3 см.
2. Головка, тело, хвост.
3. Масса железы в среднем 70-90 г.
4. Поджелудочная железа располагается в брюшной полости поперечно на уровне тел I – II поясничных позвонков, забрюшинно, позади желудка, отделяясь от него сальниковой сумкой.
5. Проток поджелудочной железы открывается в просвет нисходящей части двенадцатиперстной кишки на большом дуоденальном сосочке.

6. Перечень и стандарты практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Острый панкреатит. Классификация, диагностика».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского 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 3Х4 СМ. УКАЖИТЕ НАЧАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) цистозэнтероанастомоз
- 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 эпигастральной 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 поджелудочной железы с нечеткими границами и неоднородными участками гипоехогенной 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%, амиллазная 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. Остром деструктивном панкреатите - 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 абдоминализи поджелудочной железы
3. Выполнить марсупиализацию сальниковой сумки
4. Дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства.
5. Выполнить наложение холецистостомы.
6. Дренирование холедоха по Вишневскому, Пиковскому.

1. Тема: «Опухоли поджелудочной железы».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Терминология и классификация опухоли поджелудочной железы.
2. Этиологические и патогенетические аспекты опухоли поджелудочной железы.
3. Клиническая картина опухоли поджелудочной железы.
4. Диагностика опухоли поджелудочной железы.
5. Основные принципы комплексного лечения опухоли поджелудочной железы.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) боль;
- 2) интоксикация;
- 3) кишечная непроходимость;
- 4) потеря веса;
- 5) желтуха.

Правильный ответ: 5

2. РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДАЁТ МЕТАСТАЗЫ?

- 1) печень, легкие;
- 2) почки, мочевого пузырь;
- 3) кости;
- 4) головной мозг;
- 5) сердце.

Правильный ответ: 1

3. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ РАКА ТЕЛА И ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- 1) боль;
- 2) интоксикация;
- 3) кишечная непроходимость;
- 4) потеря веса;
- 5) желтуха.

Правильный ответ: 1

4. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ (УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ВЫЗВАННОЕ ЗАСТОЕМ ЖЕЛЧИ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) рака головки поджелудочной железы;
- 2) рака тела и хвоста поджелудочной железы;
- 3) рака желчного пузыря;

- 4) рака печени
- 5) рака двенадцатиперстной кишки

Правильный ответ: 1

5. ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЁРОВ:

- 1) РЭА, СА 19-9;
- 2) АФП;
- 3) ПСА;
- 4) СА 125;
- 5) ХГЧ.

Правильный ответ: 1

6. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА КРОВИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) механической желтухи;
- 2) паренхиматозной желтухи;
- 3) печеночной желтухи;
- 4) гемолитической желтухи;
- 5) надпеченочной желтухи.

Правильный ответ: 1

7. ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ, ВЫЗВАННОЙ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- 1) обходных анастомозов;
- 2) чреспечёночной холангиостомии;
- 3) холецистостомии;
- 4) папиллосфинктеротомии;
- 5) лапароцентез.

Правильный ответ: 2

8. У БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ УВЕЛИЧЕН В РАЗМЕРАХ. ПРИ ПУНКЦИИ ПОЛУЧЕНА ГУСТАЯ, ТЕМНАЯ ЖЕЛЧЬ. ЕДИНИЧНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕОБХОДИМА?

- 1) панкреатодуоденальная резекция;
- 2) холецистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом;
- 3) холецистэктомия;
- 4) холедоходуоденоанастомоз;
- 5) наружное дренирование холедоха.

Правильный ответ: 2

9. У БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ - ИНТЕНСИВНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА. ОТМЕЧАЕТ КОЖНЫЙ ЗУД, ПОТЕРЮ АППЕТИТА И МАССЫ ТЕЛА. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ УВЕЛИЧЕН, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) рак желчного пузыря;
- 2) рак головки поджелудочной железы;
- 3) рак печени;
- 4) рак желудка;
- 5) рак ободочной кишки.

Правильный ответ: 2

10. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- 1) резекция поджелудочной железы.
- 2) гастропанкреатодуоденальная резекция.
- 3) криодеструкция опухоли.
- 4) дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы
- 5) динамическое наблюдение

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

При операции у больного обнаружена опухоль головки поджелудочной железы.

1. Почему у больного с такой локализацией опухоли нарушается поступление желчи в двенадцатиперстную кишку?
2. Каким инструментальным исследованием подтверждается диагноз?
3. Слияние каких вен в v. portae происходит позади головки поджелудочной железы?
4. На какие отделы делится поджелудочная железа?
5. Как кровоснабжается поджелудочная железа?

Эталоны ответов:

1. Опухоль головки поджелудочной железы будет сдавливать общий желчный проток, который расположен между головкой поджелудочной железы и нисходящей частью двенадцатиперстной кишки.

2. УЗИ, ЭРПХГ.

3. Слияние верхней брыжеечной и селезеночной вен.

4. Головка, тело, хвост.

5. Поджелудочная железа не имеет собственных крупных артериальных сосудов. Она кровоснабжается многочисленными ветвями от печёночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий.

№2

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка

инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Какие типы операций включает хирургический метод лечения?

Эталоны ответов:

1. Рак головки поджелудочной железы. Прорастание луковицы 12 п.к. T4NxM1.

2. Дифференциальный диагноз проводят с вирусным гепатитом, желчно-каменной болезнью, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом, панкреатитом, диафрагмальной грыжей и др.

3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, дуоденоскопия, КТ и МРТ с внутривенным контрастированием.

4. При опухоли в головке поджелудочной железы, дистальном отделе холедоха, большом дуоденальном сосочке и двенадцатиперстной кишке проводят гастропанкреатодуоденальную резекцию (операция *Whipple*), которая включает: резекцию холедоха, выходного отдела желудка с прилежащими малым и правой половиной большого сальника, удаление головки поджелудочной железы, желчного пузыря и всей двенадцатиперстной кишки. В удаляемый комплекс входит прилежащая к головке поджелудочной железы клетчатка и фасциально-клетчаточные футляры общей и собственной печёночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вен, содержащие лимфоузлы, лимфатические сосуды и нервные сплетения. При раке проксимального отдела внепечёночных желчных протоков (опухоль Клатскина). ГПДР (гастропанкреатодуоденальная резекция), ПХТ (поддерживающая химиотерапия).

5. Паллиативные, радикальные, криохирургия.

№3

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и

склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3x4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3x4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Какие типы операций включает хирургический метод лечения?

Эталоны ответов:

1. Рак головки поджелудочной железы. Асцит. T2NxM1.
2. Дифференциальный диагноз проводят с вирусным гепатитом, желчно-каменной болезнью, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом, панкреатитом, диафрагмальной грыжей и др.

3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, дуоденоскопия, КТ и МРТ с внутривенным контрастированием.

4. При опухоли в головке поджелудочной железы, дистальном отделе холедоха, большом дуоденальном сосочке и двенадцатиперстной кишке проводят гастропанкреатодуоденальную резекцию (операция *Whipple*), которая включает: резекцию холедоха, выходного отдела желудка с прилежащими малым и правой половиной большого сальника, удаление головки поджелудочной железы, желчного пузыря и всей двенадцатиперстной кишки. В удаляемый комплекс входит прилежащая к головке поджелудочной железы клетчатка и фасциально-клетчаточные футляры общей и собственной печёночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вен, содержащие лимфоузлы, лимфатические сосуды и нервные сплетения. При раке проксимального отдела внепечёночных желчных протоков (опухоль Клатскина). ГПДР (гастропанкреатодуоденальная резекция), ПХТ (поддерживающая химиотерапия).

5. Паллиативные, радикальные, криохирургия.

№4

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы

не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4x4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4x4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Какие типы операций включает хирургический метод лечения?

Эталоны ответов:

1. Рак головки поджелудочной железы. T2NxM0.
2. Дифференциальный диагноз проводят с вирусным гепатитом, желчно-каменной болезнью, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом, панкреатитом, диафрагмальной грыжей и др.

3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, дуоденоскопия, КТ и МРТ с внутривенным контрастированием.

4. При опухоли в головке поджелудочной железы, дистальном отделе холедоха, большом дуоденальном сосочке и двенадцатиперстной кишке проводят гастропанкреатодуоденальную резекцию (операция *Whipple*), которая включает: резекцию холедоха, выходного отдела желудка с прилежащими малым и правой половиной большого сальника, удаление головки поджелудочной железы, желчного пузыря и всей двенадцатиперстной кишки. В удаляемый комплекс входит прилежащая к головке поджелудочной железы клетчатка и фасциально-клетчаточные футляры общей и собственной печёночной артерии, верхней брыжеечной и воротной вен, содержащие лимфоузлы, лимфатические сосуды и нервные сплетения. При раке проксимального отдела внепечёночных желчных протоков (опухоль Клатскина). ГПДР (гастропанкреатодуоденальная резекция).

5. Паллиативные, радикальные, криохирургия.

№5

Больной 47 лет. В анамнезе – хронический панкреатит. Настоящее обострение началось около 2 мес назад, когда впервые появились жалобы на слабость, потерю веса, боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в спину. При УЗИ определяют объёмное образование в проекции хвоста поджелудочной железы, без чётких контуров, диаметром до 5,0 см.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика?
5. Какие типы операций включает хирургический метод лечения?

Эталоны ответов:

1. Основной причиной данного патологического процесса является опухолевое поражение.

2. Дифференциальный диагноз проводят с вирусным гепатитом, желчно-каменной болезнью, гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститом, панкреатитом, диафрагмальной грыжей и др.

3. Больному с целью уточнения диагноза следует провести УЗИ брюшной полости, КТ или МРТ с внутривенным контрастированием брюшной полости, обзорную рентгенографию органов грудной клетки, провести верификацию опухолевого процесса (пункционная биопсия).

4. В дальнейшем нужно решать вопрос о радикальной операции в объёме дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы.

5. Паллиативные, радикальные, криохирургия.

6. Перечень и стандарты практических умений.

1. Выполнить срединную лапаротомию.

1. Тема: «Классификация грыж живота. Этиопатогенез грыж».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация грыж живота

2. Этиологические факторы грыж живота

3. Основные элементы грыжи

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ВРОЖДЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА:

1) всегда прямая

2) всегда косая

3) может быть прямой или косой

Правильный ответ: 2

2. У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ:

1) у мужчин

2) у женщин

3) в детском возрасте

4) у подростков

5) в пожилом возрасте у мужчин

Правильный ответ: 2

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 30х25 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. Ненатяжные 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 17 лет поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же наличие опухолевидного образования. Считает себя больной в течение 48 часов, когда появилась ноющая боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же больная нащупала болезненное опухолевидное образование.

Объективно: температура тела 37,70 С, пульс 81 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается, газы отходят.

В области правого пахово-бедренного сгиба кнаружи от точки пульсации бедренной артерии определяется плотное, болезненное опухолевидное образование 2,5x2,5 см. Кожа над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика и план лечения?

4. В чем заключаются профилактические мероприятия?

5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Острый лимфаденит пахово-бедренного сгиба.

2. С ущемленной бедренной грыжей.

3. Показано: консервативное лечение – антибиотики, режим. В случае аденофлегмоны – вскрытие гнойника.

4. Профилактики врожденных грыж нет. При приобретенных необходимо исключить причины, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.

5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

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 грыжесечения. 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 и стандарты 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: «Принципы хирургического лечения неосложненных грыж живота (паховые, бедренные, пупочные, белой линии и пр. грыжи). Натяжная и ненатяжная пластика грыжевого дефекта».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация грыж передней брюшной стенки.

2. Этиологические факторы грыж передней брюшной стенки.

3. Современные виды пластики пахового канала

4. Выбор метода и техника выполнения операции в зависимости от вида грыжи.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ВРОЖДЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА:

1) всегда прямая

2) всегда косая

3) может быть прямой или косой

Правильный ответ: 2

2. У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ:

1) у мужчин

3) у женщин

3) в детском возрасте

б) у подростков

7) в пожилом возрасте у мужчин

Правильный ответ: 2

3. ПРИ КАКИХ ГРЫЖАХ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ЧАЩЕ БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ:

5) паховых

б) 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. Ненатяжные 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 17 лет поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же наличие опухолевидного образования. Считает себя больной в течение 48 часов, когда появилась ноющая боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же больная нащупала болезненное опухолевидное образование. Объективно: температура тела 37,70 С, пульс 81 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается, газы отходят. В области правого пахово-бедренного сгиба снаружи от точки пульсации бедренной артерии определяется плотное, болезненное опухолевидное образование 2,5x2,5 см. Кожа над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика и план лечения?
4. В чем заключаются профилактические мероприятия?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Острый лимфаденит пахово-бедренного сгиба.
2. С ущемленной бедренной грыжей.
3. Показано: консервативное лечение – антибиотики, режим. В случае аденофлегмоны – вскрытие гнойника.
4. Профилактики врожденных грыж нет. При приобретенных необходимо исключить причины, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

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. Ненатяжные 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 грыжесечения. 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: «Редкие виды ущемления грыж».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского 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. Назовите редкие виды ущемления грыж.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. ЧТО ТАКОЕ РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ?

1) ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

2) ущемление сигмовидной кишки

3) ущемление желудка в диафрагмальной грыже

4) любое пристеночное ущемление кишки

5) ущемление меккелева дивертикула в паховой грыже.

Правильный ответ: 4

2. КАКОВА КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ РИХТЕРОВСКОМ УЩЕМЛЕНИИ?

1) стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка

2) быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости

3) возникает клиника толстокишечной непроходимости

4) возникает дизурия

5) появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения

Правильный ответ: 1

3. ДЛЯ ГРЫЖИ ЛИТТРЕ ХАРАКТЕРНО УЩЕМЛЕНИЕ:

1) желудка

2) тонкой кишки

3) придатков матки

4) меккелева дивертикула

5) мочевого пузыря

Правильный ответ: 4

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

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

У больного 42 лет, в течение 10 лет страдающего правосторонней паховой грыжей, после поднятия тяжести внезапно появились интенсивные боли в правой паховой области. Выпячивание увеличилось в размерах, перестало вправляться в брюшную полость. Вскоре появились схваткообразные боли в животе, вздутие живота. Больной обратился к участковому терапевту.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какова тактика участкового терапевта
3. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

4. С чем необходимо дифференцировать Ваш диагноз?

5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Ущемленная паховая грыжа справа.

2. Необходимо направить больного в хирургический стационар для экстренной операции.

3. Ненатяжные методы пластики сетчатыми эндопротезами.

4. Прежде всего, с новообразованиями.

5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

3. Хирург во время операции по поводу ущемленной паховой грыжи после вскрытия грыжевого мешка обнаружил в нем две петли тонкого кишечника, которые после рассечения ущемленного кольца оказались жизнеспособны. Это дало основание вправить их в брюшную полость и произвести пластику пахового канала. Однако через 6 часов у больного развился перитонит.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какой вид ущемления имел место?

3. Какую тактическую ошибку допустил хирург?

4. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Ущемленная паховая грыжа. Перитонит.

2. Ретроградное ущемление с некрозом петли тонкого кишечника, которая находилась в брюшной полости и соединяла две петли, находящиеся в грыжевом мешке.

3. Хирург не осмотрел эту петлю после рассечения ущемленного кольца, а она и явилась источником развития перитонита.

4. Пластика грыжевых ворот местными тканями

5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

4. Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на боль и опухолевидное образование в правой паховой области. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет у больного имеется опухолевидное образование в правой паховой области, которое появляется в вертикальном положении больного и исчезает в горизонтальном. 2 часа назад опухолевидное образование появилось вновь, стало болезненным, в горизонтальном положении больного оно не исчезает. Объективно: в правой паховой области имеется опухолевидное образование размерами 6х5 см плотной консистенции, болезненное при пальпации. Симптом кашлевого толчка отрицательный. В положении больного лежа опухолевидное образование прежних размеров.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2.3 Тактика и план лечения?

4. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?
5. Реабилитация после операции?

Ответ:

1. Ущемленная паховая грыжа справа.
2. 3. Грыжесечение, рассечение ущемляющего кольца, оценка жизнеспособности ущемленной петли. Если она нежизнеспособна – резекция кишки. Пластика грыжевых ворот.
4. Пластика грыжевых ворот сетчатым эндопротезом.
5. Наблюдение у хирурга в поликлинике в течение одного года; ограничение физических нагрузок до 6 месяцев.

5. 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.

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: «Редкие виды грыж живота».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация редких грыж живота.

2. Этиологические факторы редких грыж живота

3. Принципы оперативного лечения редких грыж живота.

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:

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. 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: «Диафрагмальные грыжи».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Перечислите 3 основных элемента грыжи.
2. Перечислите основные «грыжевые точки».
3. Назовите предрасполагающие и производящие факторы образования диафрагмальных живота.
4. Перечислите основные операции при диафрагмальных грыжах.
5. Назовите 2 основных способа пластики при прямых паховых грыжах.
6. Назовите основные причины образования диафрагмальных грыж.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ БОЛЕЮТ:

1. Мужчины и женщины одинаково часто.
2. Чаще мужчины в 5-10 раз.
3. Чаще женщины в 5-10 раз.
4. Чаще мужчины в 2 раза.
5. Чаще женщины в 2 раза.

Правильный ответ: 2.

2. ИНФИЦИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ ПРОИСХОДИТ:

1. Бронхолегочным путем.
2. Гематогенно-эмболическим.
3. Лимфогенным.
4. Травматическим.
5. Все перечисленные.

Правильный ответ: 5.

3. ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ?

1. Ограниченное скопление гноя в ткани легкого.
2. Неограниченное скопление гноя в ткани легкого.
3. Ограниченное скопление гноя в легких с четкими контурами с выраженной стенкой и уровнем жидкости.
4. Инфильтративные изменения в легком.
5. Некроз легочной ткани без четких границ.

Правильный ответ: 3.

4. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО?

1. Вирулентности инфекции.
2. Фазы процесса (до или после его вскрытия в бронх).
3. Защитных, иммунных сил больного.
4. От сроков обращения к врачу.
5. Все перечисленное.

Правильный ответ: 5.

5. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ПЕРИОД ФОРМИРОВАНИЯ АБСЦЕССА:

1. Общее состояние тяжелое.
2. Высокая температура, озноб, ночные поты, сухой кашель, лейкоцитоз.
3. Притупление перкуторного звука над абсцессом.
4. Усиление боли при дыхании.
5. Все перечисленное.

Правильный ответ: 5.

6 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССА, СООБЩАЮЩЕГОСЯ ЧЕРЕЗ БРОНХ:

1. Обильное отхождение гнойной мокроты при кашле.
2. Улучшение общего состояния больного.
3. Уменьшение болей и одышки.
4. Уменьшение лейкоцитоза и температуры.
5. Все перечисленное.

Правильный ответ: 5.

7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АБСЦЕССА, СООБЩАЮЩЕГОСЯ ЧЕРЕЗ БРОНХ:

1. Определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.
2. Интенсивное затемнение с намечающейся полостью.
3. Интенсивное затемнение с четкими границами.
4. Интенсивное затемнение различной величины без четких границ.
5. Плотная тень с неровными краями.

Правильный ответ: 1.

8. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ВСЕ КРОМЕ?

1. Кавернозным туберкулезом.
2. Актиномикозом.
3. Междолевым плевритом.
4. Кистой легкого.
5. Раком легкого.

Правильный ответ: 3.

9 ЧТО НЕ ВХОДИТ В СХЕМУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО?

1. Хороший уход, питание.
2. Регулярное удаление гноя из полости абсцесса.
3. Антибактериальная терапия.
4. Дезинтоксикационная терапия.
5. Искусственный пневмоторакс.

Правильный ответ: 5.

10 ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО

АБСЦЕССА:

1. Состояние прогрессивно ухудшается.
2. Консервативные мероприятия оказываются неэффективными.
3. Профузное кровотечение.
4. Множественные абсцессы, с диаметром более 6 см.
5. Все перечисленное.

Правильный ответ: 5.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

На прием к врачу пришел больной 50 лет жалобами на боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи и физическим напряжением, изжогу, отрыжку воздухом.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие заболевания могут дать подобную симптоматику?
3. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Тактика?
5. При установленном диагнозе, какие трудовые рекомендации даются больному?

Эталон ответа

1. Грыжа ПОД.
2. Язвенная болезнь желудка, гастрит, холецистит, панкреатит.
3. Рентгеноскопия пищевода, желудка в горизонтальном положении, ФГС, УЗИ печени, поджелудочной железы.
4. Лечение в зависимости от установленного диагноза.
5. Больному противопоказан тяжелый физический труд, работа в наклоне.

№2

У больного параэзофагеальная грыжа ПОД с незначительными клиническими проявлениями.

1. Какие жалобы характерны для этого заболевания?
2. Какие исследования уточняют диагноз?
3. С чем дифференцировать?
4. Показания к операции?
5. Является ли трудоспособным больной с данной грыжей?

Эталон ответа

1. Боли в эпигастрии после еды, изжога, отрыжка.
2. Контрастное исследование пищевода, желудка в горизонтальном положении.
3. Язвенная болезнь желудка, гастрит, холецистит, панкреатит.
4. Оперативное лечение показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения и при сопутствующем язвенном эзофагите, а также при опасности ущемления.
5. Больной трудоспособен. Противопоказан тяжелый физический труд,

работа в наклоне.

№3

У больного после травмы подозрение на выпадение желудка в левую плевральную полость. Диафрагма не контурируется и определить над или под диафрагмой располагается желудок не представляется возможным.

1. Что необходимо предпринять для уточнения диагноза?
2. Какие жалобы должны быть у больного?
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
4. Тактика?
5. Сроки нетрудоспособности больного при подтвержденном диагнозе?

Эталон ответа

1. Необходим пневмоперитонеум, который внесет ясность в данной ситуации.
2. Усиление болей в подложечной области, в левой половине грудной клетки или в подреберье, одышка и сердцебиение сразу после приема пищи.
3. Гастрит, панкреатит, ИБС, хронический бронхит.
4. При подтверждении диафрагмальной грыжи - оперативное лечение.
5. После оперативного лечения, ушивания диафрагмы больной нетрудоспособен до 2 месяцев

№4

У больного посттравматическая диафрагмальная левосторонняя грыжа с выпадением в плевральную полость ободочной кишки. Особых беспокойств больному грыжа не доставляет.

1. Тактика в данной ситуации?
2. Чем подтверждаем диагноз?
3. Какие возможны симптомы?
4. Какие рентгенологические признаки подтверждают диагноз?
5. Трудовые рекомендации при отказе больного от оперативного лечения?

Эталон ответа

1. Обязательное оперативное вмешательство из-за высокого риска ущемления.
2. Рентгенологическим обследованием (ирригоскопия)
3. Одышка, сердцебиение, запоры.
4. Наличие петли кишечника в плевральной полости.
5. Противопоказан тяжелый физический труд, при необходимости выдается справка врачебной комиссии.

№5

У больного 40 лет, посттравматическая релаксация левого купола диафрагмы. Купол достигает 4-го ребра. Сердце расположено обычно. Беспокоит одышка при тяжелой физической нагрузке.

1. Тактика хирурга, его рекомендации (сейчас и возможно более отдаленном периоде)?

2. Что лежит в основе этого заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать?
4. Когда и какое показано лечение?
5. Сроки нетрудоспособности данного больного?

Эталон ответа

1. Оперативное лечение не показано, противопоказан тяжелый физический труд.
2. Травма диафрагмального нерва с дистрофией мышечных волокон диафрагмы.
3. Заболеваниями легких, сердца и желудка.
4. Только при выраженных сердечно-легочных нарушениях, запорах и вздутии живота, болях в области мечевидного отростка, оперативное лечение.
5. Больной трудоспособен, справка, противопоказан тяжелый физический труд

6. Перечень практических умений.

1) Уметь в процессе самостоятельной курации больных 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 занятия: «Классификация травмы живота. Закрытая травма живота: без повреждения органов брюшной полости (ушибы и разрывы мягких тканей брюшной стенки (клиника и диагностика, первая помощь, и хирургическая тактика».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Механизм возникновения закрытых травм живота.
2. Классификация закрытых травм живота.
3. Хирургическая тактика при закрытых травмах ЖКТ.
4. Какие виды травм подлежат консервативному лечению в условиях стационара, при правильной постановке диагноза.

5. Какие инструментальные и аппаратные методы исследования обязательны при закрытых травмах живота.

6. Причины высокой летальности больных с закрытой травмой органов живота.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям темы:

1. КАК КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА?

1. Изолированные
2. Множественные
3. Сочетанные
4. Комбинированные
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 5

2. УКАЖИТЕ 2 НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ВИДА ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА:

1. Бытовые
2. Автодорожные
3. Производственные
4. Спортивные
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 1,2

3. КАКИЕ ДВА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНА ЖИВОТА ЧАШЕ ТРАВМИРУЮТСЯ?

1. Почки
2. Печень
3. Селезенка
4. Поджелудочная железа
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 2,3

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. УКАЖИТЕ ДВА НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ДВА ВИДА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА:

1. Ушиб
2. Разрыв органа с нарушением целостности стенки
3. Разрыв серозного и мышечного слоев
4. Разрыв кишки с разрывом брыжейки
5. Гематома внутривисцеральная

Правильный ответ: 2,4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Что можно заподозрить по операционным находкам?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тупая травма живота. 2. Больной во время не доставлен в дежурную больницу. Введение анальгетиков уменьшило выраженность клинических симптомов. 3. На операции по данным признакам (просвечивание желчи через брюшину ДПК, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки) можно заподозрить повреждение ДПК.

Задача №2

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Что можно по ним заподозрить? 3. Тактика в зависимости от диагностических находок?

Эталон ответа:

1. Необходимо наложить лапароцентез. 2. При наличии крови или кишечного содержимого - тупая травма живота. 3. При наличии крови и кишечного содержимого - экстренная лапаротомия. При отсутствии патологического содержимого - подпор 400 мл 0,9% натрия хлорида и наблюдение в течение 24-48 часов.

Задача №3.

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. Нв 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 №4.

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.

Задача №5.

Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре).

Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой рёберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нв 78г/л. Нt 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Тупая травма живота. Двухмоментный разрыв селезёнки. Внутрибрюшное кровотечение. 2. Больная не была показана хирургу, не выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 3. Экстренная лапаротомия. Спленэктомия.

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 дифф. диагностику, формулировать клинический диагноз, определять тактику лечения больного, объем предполагаемого оперативного вмешательства.

1. Тема занятия: «Классификация травмы живота. Закрытая травма живота: с повреждением органов брюшной полости (паренхиматозных и полых). Диагностика, клиника, лечение. Ведение больных в послеоперационном периоде».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

Механизм возникновения закрытых травм живота

Классификация закрытых травм живота

Какие осложнения возникают при повреждении полых органов ЖКТ

Какие осложнения возможны при закрытых повреждениях печени и селезенки

Хирургическая тактика при закрытых травмах ЖКТ

Укажите 5 степеней тяжести закрытых травм поджелудочной железы

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 закрытых травмах живота

При какой травме селезенке показана спленэктомия

Функциональные возможности лапароскопии при закрытых травмах живота

Причины высокой летальности больных с закрытой травмой органов живота

4. Самоконтроль по тестовым занятиям темы:

1. КАК КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА?

1. Изолированные

2. Множественные

3. Сочетанные

4. Комбинированные

5. Все перечисленные

Правильный ответ: 5

2. Укажите 2 наиболее частых вида закрытых травм живота:

1. Бытовые

2. Автодорожные

3. Производственные

4. Спортивные

5. Все перечисленные

Правильный ответ: 1,2

3. КАКИЕ ДВА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНА ЖИВОТА ЧАШЕ ТРАВМИРУЮТСЯ?

1. Почки

2. Печень
3. Селезенка
4. Поджелудочная железа
5. Все перечисленные

Правильный ответ: 2,3

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. УКАЖИТЕ ДВА НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ДВА ВИДА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА:

1. Ушиб
2. Разрыв органа с нарушением целостности стенки
3. Разрыв серозного и мышечного слоев
4. Разрыв кишки с разрывом брыжейки
5. Гематома внутривентрикулярная

Правильный ответ: 2,4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача № 1

Больной Д., 42 лет, поступил в хирургическое отделение, через 12 часов с момента травмы (в 12 часов ночи на заводе больной упал и ушиб верхнюю часть живота о станок). Всю ночь лежал в медпункте завода. Отмечал небольшие боли в правом подреберье, которые уменьшались после введения баралгина. При осмотре в приемном отделении выявлено, что живот втянут, брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Больной срочно взят на операцию, где обнаружено небольшое количество желчи в брюшной полости, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки; желчь просвечивает через брюшину около двенадцатиперстной кишки.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Что можно заподозрить по операционным находкам?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тупая травма живота. 2. Больной во время не доставлен в дежурную больницу. Введение анальгетиков уменьшило выраженность клинических симптомов. 3. На операции по данным признакам (просвечивание желчи через брюшину ДПК, имбибиция желчью корня брыжейки поперечно-ободочной кишки) можно заподозрить повреждение ДПК.

Задача №2

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить? 2. Что можно по ним заподозрить? 3. Тактика в зависимости от диагностических находок?

Эталон ответа:

1. Необходимо наложить лапароцентез. 2. При наличии крови или кишечного содержимого - тупая травма живота. 3. При наличии крови и кишечного содержимого - экстренная лапаротомия. При отсутствии патологического содержимого - подпор 400 мл 0,9% натрия хлорида и наблюдение в течение 24-48 часов.

Задача №3.

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 110I. Hb 140г/л. Ht 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 №4.

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.

Задача №5.

Больная П., 18 лет, поступила через 24 часа после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт института и была отпущена с диагнозом Ушиб левой рёберной дуги. УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течении суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около 1 часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение в дыхании при горизонтальном положении. Общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. А/Д 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в 1 мин. Нб 78г/л. Нт 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

1. Диагноз? 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? 3. Ваши лечебные мероприятия?

Эталон ответа:

1. Тупая травма живота. Двухмоментный разрыв селезёнки. Внутрибрюшное кровотечение. 2. Больная не была показана хирургу, не выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 3. Экстренная лапаротомия. Спленэктомия.

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: «Геморрой».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация геморроя
2. Причины возникновения
3. Методы диагностики
4. Клинические проявления
5. Методы консервативной терапии
6. Методы хирургического лечения
7. Послеоперационное ведение больных

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. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕМОРОЯ ОБЩЕПРИЗНАННОЙ СЧИТАЕТСЯ ТЕОРИЯ

- 1) инфекционная
- 2) механическая
- 3) эндо-и экзогенных интоксикаций
- 4) гипертрофии кавернозных тел
- 5) нейрогенная

Правильный ответ: 4

2. РАЗВИТИЮ ГЕМОРОЯ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) хронического воспаления анального канала
- 2) наследственность
- 3) сидячая работа
- 4) двухмоментный акт дефекации
- 5) гиперплазия анальных кавернозных тел

Правильный ответ: 1

3. ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ТИПИЧНЫ

- 1) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
- 2) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
- 3) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
- 4) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
- 5) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов

Правильный ответ: 5

4. БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНУЮ КРОВОТОЧИВОСТЬ (КРОВЬ АЛАЯ) ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ, ЗАПОРЫ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) геморрой
- 2) параректальный свищ
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) трещину анального канала
- 5) рак прямой кишки

Правильный ответ: 1

5. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ В ВИДЕ СТРУЙКИ КРОВИ И ЗУДЕ В ОБЛАСТИ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ МОЖНО ДУМАТЬ

- 1) о параректальном свище
- 2) о геморрое
- 3) о раке прямой кишки
- 4) о полипе прямой кишки
- 5) о трещине анального канала

Правильный ответ: 2

6. К ТИПИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГЕМОРРОЯ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) ущемления геморрагических узлов
- 2) воспаления геморрагических узлов
- 3) тромбоза геморроидальных узлов
- 4) парапроктита
- 5) выпадения узлов

Правильный ответ: 4

7. БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ ГЕМОРРОЕМ. ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 ДНЯ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПАРОКСИЗМА 6-8 ЧАСОВ, БОЛИ НЕ СНИМАЮТСЯ АНАЛЬГЕТИКАМИ. ПОЯВИЛАСЬ СТУЛОБОЯЗНЬ. ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СВЯЗАНО

- 1) с тромбозом геморроидальных узлов
- 2) со сфинктеритом
- 3) с парапроктитом
- 4) с трещиной анального канала
- 5) с эпителиально-копчиковым ходом

Правильный ответ: 1

8. ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженный болевой синдром
- 2) задержка мочеиспускания
- 3) перианальный отек
- 4) кровотечение
- 5) частый жидкий стул

Правильный ответ: 1

9. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3-4 СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хирургический - геморроидэктомия
- 2) консервативный диета, свечи, микроклизмы
- 3) склерозирующая терапия
- 4) лигирование латексом, шелком
- 5) физиотерапия

Правильный ответ: 1

10. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 1-2 СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) хирургический геморроидэктомия
- 2) консервативный диета, свечи, микроклизмы
- 3) склерозирующая терапия
- 4) лигирование латексом, шелком
- 5) физиотерапия

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача № 1.

В медпункт обратился больной, 45 лет, с жалобами на кровотечение из заднего прохода при акте дефекации. После акта дефекации кровотечение остановилось. В течение двух дней перед кровотечением беспокоили умеренные боли при дефекации. Страдает запорами длительное время.

Кровотечение возникло впервые. С заболеванием прямой кишки к врачам никогда не обращался.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальные диагнозы при кровотечении из прямой кишки?
3. План обследования для установки диагноза?
4. Тактика врача поликлиники?
5. Типичные осложнения геморроя?

Эталон ответа на задачу № 1.

1. Хронический геморрой. Тромбофлебит геморроидальных узлов. Геморроидальное кровотечение.

2. Рак прямой кишки. Хроническая анальная трещина. НЯК и болезнь Крона.

3. Провести осмотр промежности. Пальцевое исследование прямой кишки, осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала. Пальпация органов брюшной полости

4. Больничный лист, гигиена, свечи с белладонной или Свечи «Релиф», на ночь компресс с мазью Вишневского на промежность.

5. Воспаление, ущемление, тромбоз и выпадение геморроидальных узлов.

Задача № 2.

В поликлинику обратилась больная, 20 лет, жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при акте дефекации, сидении, ходьбе. Периодически бывают запоры. Подобные боли бывали и раньше, но в течение 2 -3-х дней проходили самостоятельно. К врачам не обращалась. Какого - либо лечения самостоятельно не применяла. При осмотре: температура тела 36,6, в области заднего прохода в секторе 5 часов определяется одиночный наружный геморроидальный узел диаметром 2 см., бледно - цианотичного цвета. Имеются признаки гиперемии вокруг узла. Узел болезненный при пальпации. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется повышенный тонус анального сфинктера.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Врачебная тактика?
4. Профилактика рецидивов?
5. Нетрудоспособность после операции?

Эталон ответа на задачу № 2.

1. Наружный геморрой, тромбофлебит наружного геморроидального узла.

2. Необходимо осмотреть прямую кишку с помощью ректального зеркала и ректороманоскопа. Это необходимо, чтобы выявить состояние слизистой прямой кишки. Ибо при наружном геморрое часто бывает и внутренний геморрой.

3. Назначить свечи с белладонной, «Релиф», повязку на область ануса с гепариновой мазью.

4. Послабляющая диета. Гигиенические ванночки. После стула подмывание прохладной водой, исключить использование бумаги.

5. 1 месяц.

Задача № 3.

В поликлинику обратился больной, 40 лет, с жалобами на боли области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации и ходьбе. Подобные боли были и раньше. Признавали геморрой, назначали геморроидальные свечи. В течение 2 - 3 дней боли проходили. Кровотечений не было. Температура тела не повышалась. При осмотре больного установлено: температура тела 37,6° С. Органы брюшной полости без патологических признаков. При осмотре промежности определяются набухшие, цианотичного цвета, плотные болезненные наружные геморроидальные узлы в секторе 7 – 9 - 11 часов. Узлы заполняют и деформируют анальную воронку. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает резкую болезненность. Тонус анального сфинктера повышен. Определяется болезненность по ходу анального канала и ампулярной части прямой кишки в секторе 7 - 9 часов. При исследовании прямой кишки ректальным зеркалом определяются увеличенные геморроидальные узлы цианотичного цвета, плотные болезненные.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача поликлиники?

3. Назначения в стационаре.

4. Сформулируйте показания к операции.

5. Профилактика геморроя.

Эталон ответа на задачу № 3.

1. Острый тромбоз геморроидальных узлов.

2. Наличие тромбоза требует госпитализации в стационар.

3. Стол 4, режим больничный. Местно назначают свечи с белладонной и неоанузолом, повязка с мазью Вишневского или гепариновой мазью, слабительные средства (экстракт ревеня или сенны), послабляющая диета. Обезболивающие. Физиолечение.

4. Геморроидэктомия выполняется как срочная операция при геморроидальном кровотечении обильном с анемией, геморроидэктомия плановая проводится при хроническом геморрое 3 степени.

5. Профилактика запоров, исключить длительную сидячую работу.

Задача № 4.

Больной, 40 лет, обратился в скорую помощь с жалобами на сильные боли и области заднего прохода. Акт дефекации резко затруднен из-за болей. В течение 5 лет страдает геморроем, но подобных состояний не было. При осмотре больного определяется: температура тела 37,8°, органы брюшной полости без отклонений от нормы. При осмотре промежности: область анального канала закрыта конгломератом трех выпавших внутренних

геморроидальных узлов, цианотичного цвета. На 2-х узлах имеются очаги некроза.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные диагностические манипуляции?
3. Тактика врача.
4. Как отличить наружные геморроидальные узлы от внутренних?
5. Что является противопоказанием к операции по поводу хронического геморроя?

Эталон ответа на задачу № 4.

1. Хронический геморрой в стадии обострения. Ущемление и некроз выпавших внутренних геморроидальных узлов.

2. Пальцевое исследование прямой кишки. Исследование ректороманоскопом в этом случае проводить не следует из-за болезненности и травматичности.

3. Больного следует госпитализировать. Назначить постельный режим с приподнятым положением таза. Сделать новокаиновую блокаду анального кольца и вправить узлы. В прямую кишку три раза в день свечи с анестезином, белладонной, на область ануса повязку с мазью Вишневского. Готовить на операцию.

4. Наружные геморроидальные узлы покрыты кожей, внутренние – слизистой

5. Гипертоническая болезнь II стадии.

Задача № 5.

В поликлинику к хирургу обратился больной, 45 лет, с жалобами на наличие крови на каловых массах, появляющуюся периодически. Такое явление наблюдается в течение месяца. Болей нет, акт дефекации безболезненный. Раньше никаких заболеваний прямой кишки не было. К врачам не обращался. Прямая кишка никогда не обследовалась. При осмотре: температура тела 36,2°C. При пальпации органов брюшной полости определяется увеличение печени (на 2 см ниже реберной дуги), пальпируется нижний полюс селезенки. При осмотре промежности патологии не отмечается. При пальцевом исследовании прямой кишки умеренное увеличение предстательной железы. Пальпируется мягкая, но набухшая слизистая прямой кишки. Уплотнений не определяется. При осмотре прямой кишки с помощью ректального зеркала определяется равномерное расширение вен слизистой прямой кишки. Кровотечения во время осмотра не было.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Какое заболевание дают схожую клиническую картину?
4. Тактика врача?
5. Что означает: хронический геморрой II степени?

Эталон ответа на задачу № 5.

1. У больного вторичный геморрой. Вероятно, цирроз печени. Портальная гипертензия.

2. RRS, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости.

3. Рак толстой или прямой кишки, болезнь Крона, НЯК.

4. Больного необходимо направить к гастроэнтерологу для обследования и необходимого лечения.

5. Выпадение узлов и самостоятельное их вправление.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)

2. Собирать жалобы и анамнез, заполнить историю болезни, амбулаторную карту.

3. Проводить физикальное обследование больного с геморроем.

4. Сформулировать развернутый клинический диагноз.

5. Назначить адекватное лечение.

Стандарты:

1. Кавернозный узел (геморроидальный) представлен приносящей артерией, кавернозными тельцами, артериовенозными шунтами и собирательной веной. Кровоснабжение узла осуществляется только за счет приносящей артерии. Имеются три основные артерии, которые расположены на 3, 7, 11 часах по циферблату в положении больного на спине.

2. Сбор жалоб, анамнез у больного.

Клиника: аноректальное кровотечение, дискомфорт, анальный зуд, боли. Геморроидальное кровотечение чаще всего продолжается периодами по несколько дней, при каждой дефекации.

3. Пальцевое исследование прямой кишки

4. Различают острый геморрой и хронический; наружный и внутренний.

Острый геморрой - 1 степень: небольшие болезненные узлы, перианальная область не изменена, слабо гиперемирована. Спазм сфинктера. 2 степень: перианальная зона резко болезненная, гиперемирована, уплотнена. Пальцевое исследование невозможно из-за резкой боли. Геморроидальные узлы резко отечные. 3 степень: плотный, болезненный инфильтрат в перианальной области. Выпавшие узлы плотные, синюшные, не вправляющиеся.

5. Лечение: диета, направленная на борьбу с запорами, лечебная физкультура для улучшения кровообращения в малом тазу, гигиена - холодные подмывания после стула, дефекация в "позе орла".

Хирургическое лечение. Нерадикальные методы включают мероприятия, направленные на удаление видимых геморроидальных узлов - дивульсия ануса, лигирование узлов резиновой шайбой, перевязка узлов.

Радикальные операции - операция Миллигана-Моргана и вторая модификация НИИ проктологии с ушиванием слизистой.

1. Тема: «Анальная трещина».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Анатомо – физиологические сведения о прямой кишке.
- Понятие анальной трещины, классификация.
- Причины анальной трещины.
- Методы диагностики.
- Клинические проявления.
- Дифференциальная диагностика.
- Методы хирургического лечения.
- Показания к операции, вид обезболивания.

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 ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТРЕЩИНЫ

- 1) 6 ч;
- 2) 9 ч;
- 3) 12 ч;
- 4) 3 ч;
- 5) 7 ч

Правильный ответ: 1.

2. ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

- 1) запор;
- 2) диспепсия;
- 3) изменен аноректальный угол;
- 4) анатомическая особенность кровообращения;
- 5) травма прямой кишки.

Правильный ответ: 4.

3. ОСТРАЯ ТРЕЩИНА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЕ

- 1) 1 месяц;
- 2) 2 месяца;
- 3) 3 месяцев;
- 4) 4 месяца.
- 5) более года

Правильный ответ: 1.

4. ТОЧКИ ВКОЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ АНАЛЬНОГО КОЛЬЦА

- 1) 3 ч, 9 ч;
- 2) 3 ч, 6 ч, 9 ч;
- 3) 6 ч и 12 ч;
- 4) 3 ч, 6 ч, 9 ч, 12 ч.
- 5) 2ч, 5ч, 7ч, 11ч

Правильный ответ: 4.

5. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

- 1) дивульсия ануса;
- 2) операция Блинничева;
- 3) операция Габриэля;
- 4) иссечение рубцово-измененных тканей;
- 5) дозированная сфинктеротомия.

Правильный ответ: 4.

6. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

- 1) механический раздражитель;
- 2) химический раздражитель;
- 3) растягивание сфинктера во время стула;
- 4) спазм сфинктера после стула;
- 5) гипертонус сфинктера.

Правильный ответ: 4.

7. ПРАВИЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДИВУЛЬСИИ АНУСА

- 1) 3 - 6 ч;
- 2) 3 - 9 ч;

- 3) 3 - 12 ч;
- 4) 6 - 12 ч;
- 5) в любом направлении.

Правильный ответ: 2.

8. ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) геморроидэктомии;
- 2) острым парапроктите;
- 3) анальной трещине;
- 4) хроническом парапроктите;
- 5) анальный полип.

Правильный ответ: 3.

9. ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ НА

- 1) 1ч;4ч;7ч
- 2) 2ч;5ч;8ч
- 3) 3ч;6ч;9ч
- 4) 4ч;7ч;11ч
- 5) 5ч;8ч;12ч

Правильный ответ: 3.

10. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

- 1) боль во время стула;
- 2) боль после стула;
- 3) постоянные боли;
- 4) выделение слизи;
- 5) данные крови.

Правильный ответ: 2.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1.

У больной 23 лет после родов была задержка стула около 3 суток. После этого возникли острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации и длящиеся 3-4 часа после нее. Возникла стулостойкость. При осмотре выявлен дефект слизистой прямой кишки в области переходной линии с розовыми мягкими краями щелевидной формы 1*0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки сильно затруднено из-за резких болей.

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение показано пациентке?
4. Назовите триаду симптомов, характерную для данного заболевания?
5. Какой срок нетрудоспособности больных с данным заболеванием?

Эталон ответов к задаче №1.

1. Острая анальная трещина.

2. Причина – травма слизистой оболочки прямой кишки предположительно твердым каловым комком, т.к. не был отрегулирован стул.

3. Больной показано консервативное лечение.

4. Боль после стула, свежая кровь в кале, стул обильный.

5. 7 дней.

Задача №2.

Больная 30 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и боль в течение 20 минут после стула. Болеет в течение 10 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,5 на 1 см с перифокальной гиперемией, отеком, очаговыми грануляциями, при контакте кровоточит, резко болезненная.

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Консервативная терапия?

4. Виды сфинктеротомий?

5. Профилактика заболевания?

Эталон ответов к задаче №2.

1. Острая анальная трещина.

2. Сифилис, рак, НЯК.

3. Обезболивание, местная терапия, спазмолитики.

4. Боковая закрытая, задняя открытая.

5. Исключить запор.

Задача №3.

Больная 30 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и боль в течение 20 минут после стула. Болеет в течение 40 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии подрытая рана 0,3 на 1 см с перифокальной гиперемией, бледными грануляциями, при контакте кровоточит, резко болезненная.

1. Ваш диагноз?

2. Признаки хронической анальной трещины?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Виды хирургического вмешательства?

5. Длительность временной нетрудоспособности?

Эталон ответов к задаче №3.

1. Хроническая анальная трещина.

2. Подрытые края, вялые грануляции.

3. Сифилис, НЯК, рак.

4. Иссечение трещины с подшиванием слизистой.

5. В течении месяца от момента операции.

Задача №4.

Больная 65 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и боль в течение 5 минут после стула. Болеет в течение 3 месяцев.

При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,8 на 1 см с перифокальной гиперемией, бледными грануляциями, при контакте кровоточит. По краям раны гиперкератоз.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Необходимые исследования до операции?
4. Лечебные мероприятия?
5. Социальная реабилитация?

Эталон ответов к задаче №4.

1. Анальный рак прямой кишки.
2. Острая /хроническая анальная трещина. Сифилис.
3. Биопсия. УЗИ
4. Лучевая терапия и операция.
5. Инвалидность.

Задача №5.

Больная 30 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и постоянные боли в течение суток. Болеет в течение 3 месяцев. В начале заболевания боли после стула беспокоили в течение 20—минут. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,3 на 2 см с перифокальной гиперемией, подрывными краями, бледными грануляциями, при контакте кровоточит, резко болезненная. Перед раной сторожевой бугорок.

1. Ваш диагноз?
2. Диф. диагноз.
3. Виды сфинктеротомии.
4. Виды хирургических операций.
5. Длительность б\л?

Эталон ответов к задаче №5.

1. Хроническая анальная трещина.
2. Сифилис. НЯК. Рак.
3. Боковая закрытая, задняя открытая.
4. Иссечение, иссечение со смещением слизистой оболочки.
5. В течение месяца от момента операции.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выполнять пальцевое исследование прямой кишки (муляж)
2. Собирать жалобы и анамнез, заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
3. Проводить физикальное обследование больного с анальной трещиной.
4. Сформулировать развернутый клинический диагноз.
5. Назначить адекватное лечение.

Стандарты:

1. Обычное расположение анальной трещины на 6 часах при положении больного на спине, это зависит от анатомической особенности анального канала, а именно от его расположения под углом - аноректальный угол, что приводит к наибольшей травматизации задней стенки анального канала. Кроме этого, в данной области снижено кровоснабжение слизистого слоя, так как в этой области расположена копчиково-анальная связка, обедненная кровотоком .

2. При разрыве слизистой образуется линейная рана от кожи до крипты анального канала, длиной до 2 см. Дном раны является внутренний сфинктер.

3. При растяжении сфинктера видна линейная рана с признаками острого воспаления. Осмотр на зеркалах дает более четкую информацию об объеме воспалительного процесса.

4. Различают острую и хроническую анальную трещину.

Острая анальная трещина характеризуется триадой: боль после стула, свежая кровь на кале, стул обоязнь.

К хронической трещине следует отнести при анамнезе более 1 месяца,
Хроническая анальная трещина

Стойкий спазм сфинктера сохраняет болевой синдром после стула в течение часа и более. Возможно, боль беспокоит от стула к стулу, что формирует у пациента стул обоязнь. Изредка выделения крови. Клинические признаки, характерные инфицированной ране во 2-3 фазе воспаления (длительно незаживающая рана).

5. Лечение. Больничный лист на 7 дней. Нормализация стула - слабительные, диета. Свечи - с анестезином, новокаином, дикаином, спазмолитики и медикаменты, действующие на 1 и 2 фазу воспаления. Гигиена - теплые ванночки после стула. Транквилизаторы. При длительно незаживающей ране - лечение только хирургическое, направленное на иссечение всех рубцовых тканей, перевод хронической трещины в острую с последующим адекватным местным лечением. Возможно после иссечения ушивание дефекта слизистой с использованием полупроницаемой мембраны как метода профилактики несостоятельности швов. В послеоперационном периоде назначаются спазмолитики, седативная терапия, перевязки ежедневно.

1. Тема: «Травматические повреждения прямой кишки и промежности. Инородные тела прямой кишки».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Причины повреждения толстой кишки
- Диагностика повреждений прямой кишки
- Повреждения прямой кишки при эндоскопическом и рентгенологическом обследовании больного, ятрогении.

- Тактика хирурга при внутрибрюшных повреждениях прямой кишки

- Тактика хирурга при внебрюшинных повреждениях прямой кишки

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. ВО ВРЕМЯ РОДОВ ПРОИЗОШЕЛ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

1) осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки

2) осмотр промежности, влагалищное исследование

3) влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию

4) осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки

5) осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

Правильный ответ: 4

2. ПРИ СВЕЖЕЙ ТРАВМЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА НУЖНО ОБЯЗАТЕЛЬНО

- 1) наложить колостому для отключения прямой кишки
- 2) провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при обширном повреждении сфинктера наложить колостому
- 3) провести первичную хирургическую обработку раны, послойно ушить наглухо внутренний сфинктер, наружный сфинктер, клетчатку
- 4) провести первичную хирургическую обработку раны без ее ушивания

5) лапаротомия с тщательной ревизией области прямой кишки

Правильный ответ: 2

3. ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРОШЛО ОКОЛО СУТОК. ИМЕЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ НАРУЖНОГО ЖОМА. КРАЯ РАНЫ ОТЕЧНЫ, ОБРЫВКИ МЫШЦ ТЕМНЫЕ, С СЕРЫМ НАЛЕТОМ. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО

- 1) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- 2) промыть рану, наложить колостому
- 3) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса

4) после хирургической обработки раны без ее ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем

5) лапаротомия, ревизия

Правильный ответ: 2

4. В РЕЗУЛЬТАТЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО РАНА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НИЖЕ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ, НО ВЫШЕ ЛЕВАТОРОВ И ОГРАНИЧЕНА СЛИЗИСТОЙ И МЫШЕЧНЫМИ СЛОЯМИ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЙ ВСЕГО

1) избегать введение в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным

2) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, установить наблюдение, при распространении воспаления на параректальную клетчатку дренировать ее, установить проточное орошение

3) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке наложить колостому, дренировать параректальную клетчатку

4) наложить колостому

5) лапаротомия, ушить рану прямой кишки, дренирование полости малого таза

Правильный ответ: 3

5. МОЛОДАЯ ЖЕНЩИНА ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА ПОЛУЧИЛА ПЕРФОРАЦИЮ МАТКИ. ПЕРФОРАЦИЯ НЕ БЫЛА ВОВРЕМЯ ЗАМЕЧЕНА, ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПРОДОЛЖАЛОСЬ ДО ПОЯВЛЕНИЯ ИЗ ШЕЙКИ МАТКИ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО. ПРИ РЕВИЗИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ УСТАНОВЛЕНО ПОВРЕЖДЕНИЕ СТЕНКИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ РАЗМЕРАМИ 5*6 СМ С РОВНЫМИ КРАЯМИ, В КРОВОПОДТЕКАХ.

В ТАКОЙ СИТУАЦИИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) резекцию поврежденной кишки по типу операции Гартмана
- 2) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии
- 3) ушивание стенки кишки, наложение колостомы
- 4) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции
- 5) выполнить лапаростому

Правильный ответ: 1

6. БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ЛАПАРОТОМИЯ ПО ПОВОДУ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА ПРЯМОЙ КИШКИ.

В ЭТОМ СЛУЧАЕ ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- 1) обязательную постановку очистительных клизм
- 2) солевое слабительное
- 3) через назогастральный зонд промывание желудочно-кишечного тракта (лаваж)
- 4) сифонная клизма
- 5) клизмы и промывания противопоказаны

Правильный ответ: 5

7. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕБРЮШНОЙ ЧАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НАЛИЧИЕМ ОБШИРНОЙ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ, НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

- 1) в любом случае
- 2) если с момента травмы прошло более 6 часов
- 3) если много некротизированных тканей
- 4) если есть загрязнение раны кишечным содержимым
- 5) если не наложена колостомы выше места повреждения

Правильный ответ: 1

8. ДЛЯ ИЗБЕЖАНИЯ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

- 1) назначение средств, задерживающих стул – имодиум, норсульфазол, левомицетин

- 2) применение настойки опия
- 3) назначение кодеина
- 4) наложение колостомы
- 5) перевязки не менее двух раз в день

Правильный ответ: 4

9. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАЦИИ ЕЕ, ПРОИЗОШЛО ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ. ПРОИЗВЕДЕНО УШИВАНИЕ СТенок ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ, ДРениРОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОТМЕЧЕНА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ СТЕНКИ ПРЯМОЙ КИШКИ, В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОТ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА НА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ.

ПРИ РЕЛАПАРОТОМИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВСЕ, КРОМЕ

1) санации брюшной полости, резекции поврежденной кишки с наложением анастомоза, проведение выше анастомоза через задний проход декомпрессионной трубки, дренирования брюшной полости, налаживания функционального орошения, массивной антибактериальной терапии во время операции и после.

2) наложения колостомы, дренирования брюшной полости после тщательной санации, ее орошения.

3) резекции поврежденной кишки по типу операции Гартмана, дренирования полости малого таза, тщательной санации брюшной полости

4) наложения колостомы и эпицистомы.

5) Дренирование брюшной полости.

Правильный ответ: 1.

10. КАК УШИВАЕТСЯ РАНА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ?

1) двухрядным швом в поперечном направлении

2) однорядным, обвивным швом

3) двухрядным, в продольном направлении

4) кيسетным швом

5) трехрядным швом

Правильный ответ: 1.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1.

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?

Ответы к задаче №1

1. Лапаротомия проводится только после устранения пневмоторакса. Поэтому вначале следует выполнить ПХО раны грудной стенки, дренирование плевральной полости, а затем лапаротомию.

2. Объем оперативного вмешательства заключается в хирургической обработке раневого канала лапаротомии, ушивании раны прямой кишки, выведении петлевой сигмостомы, дренировании брюшной полости.

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 №2

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 порядке?
4. Через какой срок возможно закрытие сигмостомы?
5. Прогноз?

Ответы к задаче № 2

1. До операции следует провести обзорную рентгенографию органов брюшной полости и УЗИ для выявления свободного газа и жидкости в брюшной полости.

2. Необходимо выполнить нижнесрединную лапаротомию, ушивание разрыва кишки, выведение петлевой сигмостомы, дренирование брюшной полости.

3. Противовоспалительную, дезинтоксикационную и симптоматическую терапии. перевязки. Обучение больного уходу за стомой.

4. Через 6 месяцев.

5. Выздоровление.

Задача №3

У больного 59 лет после электрокоагуляции полипа прямой кишки на высоте 15 см. появились боли в животе, холодный пот, тахикардия, тошнота. Данные явления отмечены через 30 минут после проведения манипуляции.

1. О каком осложнении необходимо думать?

2. Какие диагностические обследования следует провести больному?

3. Какое лечение показано больному?

4. Что применяется для защиты анастомозов толстого кишечника?

5. Трудоспособность?

Ответы к задаче № 3

1. У больного некроз и перфорация кишки, вследствие грубо проведенной электрокоагуляции полипа.

2. Следует провести обзорную рентгенографию для выявления свободного газа в брюшной полости.

3. Больному показана лапаротомия, ушивание перфорации, выведение петлевой сигмостомы, дренирование брюшной полости.

4. Полупроницаемая мембрана с антибиотиками со стороны просвета кишки

5. Трудоспособность утрачена до 6-8 месяцев.

Задача №4

В поликлинике, при выполнении ректороманоскопии, произошло ятрогенное повреждение промежностного отдела прямой кишки.

1. Где следует оказывать помощь пациенту?

2. Какая последовательность действий хирургического вмешательства?

3. Есть ли необходимость в дренировании?

4. Прогноз.

5. Трудоспособность.

Ответы к задаче №4

1. Следует срочно госпитализировать в хирургический стационар.

2. Хирургическая обработка поврежденного участка; зашивание дефекта в стенке кишки со стороны промежностной раны.

3. Возможно, по обстоятельствам, дренирование параректальной клетчатки.

4. Выздоровление.

5. Временно утрачена. Б/л до 1 месяца.

Задача №5

При лапаротомии, у пострадавшего в ДТП, обнаружены повреждения толстого кишечника.

1. Как поступить хирургу с многочисленными повреждениями (3 раны ободочной кишки размерами до 1 см)?
2. Какие обстоятельства необходимо учитывать?
3. Что необходимо выполнить дополнительно с целью декомпрессии?
4. В каких ситуациях можно ушить рану толстого кишечника без наложения колостомы?
5. Как поступить с немногочисленными десерозациями толстого кишечника?

Ответы к задаче №5

1. Возможно ушивание ран, при условии, что с момента травмы прошло менее 6 часов и раны меньше 1 см.
2. Время с момента травмы, наличие перитонита, размер дефекта, повреждения брыжейки, подготовленность кишечника.
3. Наложить разгрузочную колостому.
4. Одиночная, «свежая» рана до 2 см.
5. Обязательно перитонизировать.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собрать жалобы и анамнез.
- провести физикальное обследование больных с травматическими повреждениями прямой кишки.
 - заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - составить план лабораторного и инструментального обследования.
 - оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- назначить адекватное лечение
- выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Стандарты:

1. Повреждения толстой кишки подразделяются на закрытые и открытые. Причинные факторы многообразны. Закрытые повреждения чаще всего возникают в результате тупых травм живота.

2) Появляются боли в области повреждения. Поступающая в брюшную полость из места повреждения кишки кровь и кишечное содержимое усиливают боль в животе, появляется дефанс брюшной стенки. С присоединением и нарастанием перитонита состояние больных резко прогрессивно ухудшается. Нарастает вздутие живота, отмечается тахикардия, низкое кровяное давление, бледность кожных покровов, пот, расстройства дыхания. При перкуссии отмечается исчезновение печеночной тупости, притупление в отлогих местах живота. Наличие подкожной эмфиземы в

поясничной области свидетельствует о повреждении забрюшинной части ободочной кишки. Многие больные (80-90%) поступают в состоянии шока.

3) Клиническая диагностика дополняется (в ряде случаев в условиях операционной) рентгенографией органов брюшной полости и УЗИ, которые позволяют обнаружить воздух в брюшной полости и забрюшинном пространстве, наличие свободной жидкости в брюшной полости, инородные тела. Широко применяется видеолапароскопия, лапароцентез. Возможно использование КТ (в том числе спиральной, которая позволяет получать обычные изображения), контрастной ангиографии, вальнуерографии (контрастирование раневого канала).

4) При повреждении толстой кишки, в том числе внутрибрюшинном повреждении прямой кишки или даже при подозрении на повреждение (когда нельзя исключить его имеющимися диагностическими методами) показано оперативное лечение - срочная лапаротомия. Целесообразно проведение антибактериальной терапии уже в предоперационном периоде.

Объем вмешательства зависит от многих причин: общего состояния больного, наличия перитонита и степени его выраженности, характера повреждения, размеров дефекта в кишке, повреждении брыжейки, подготовленностью кишечника и т.д. Ушивание ран ободочной кишки в мирное время допускается при единичных дефектах до одного см и поступлении больного до 6 часов с момента травмы. Ушивание множественных ран дополняют разгрузочной колостомой (Сажин В.П. с соавт., 1997). Ушивание огнестрельной раны допустимо при длине ее до 2 см и отсутствии перитонита (Петров В.П., с соавт., 1997). Во время оперативного вмешательства необходимо перитонизировать небольшие участки субсерозных кровоизлияний - возможных мест будущих перфораций (Петров В.П., с соавт., 1997).

При неосложненном повреждении промежностного отдела прямой кишки лечебные мероприятия заключаются в экономной хирургической обработке, зашивании дефекта в стенке кишки со стороны промежностной раны, дренировании параректальной клетчатки.

При оказании помощи больным с повреждениями прямой кишки выше мышц тазового дна, при подбрюшинных повреждениях, необходимо выполнить лапаротомию, выведение петлевой сигмостомы дренирование брюшной полости, хирургическую обработку раны промежности с ушиванием прямой кишки и дренированием раны промежности.

При обширных огнестрельных ранениях прямой кишки одним из эффективных методов является мышечная пластика раневых дефектов кишки ягодичной или нежной мышцей бедра (Петров В.П. с соавт., 2003).

Наиболее часто внебрюшинные повреждения прямой кишки осложняются флегмоной таза.

При внутрибрюшинных повреждениях, и даже когда возникает лишь подозрение на внутрибрюшинное повреждение прямой

кишки, показана срочная лапаротомия. Рана кишки ушивается двухрядным швом в поперечном направлении, выводится через дополнительный разрез петлевая сигмостома с созданием шпоры, дренируется брюшная полость. Проводится хирургическая обработка раны промежности с дренированием ее.

1. Тема: «Неспецифический язвенный колит».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Этиология, патогенез НЯК.
- Клиника НЯК.
- Диагностика НЯК.
- Консервативная терапия НЯК.
- Оперативное лечение НЯК.
- Реабилитация больных с НЯК.

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. НЯК ПОРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ

- 1) пищевод
- 2) желудок
- 3) тонкая кишка
- 4) толстая кишка

5) все отделы ЖКТ

Правильный ответ: 4

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

1) кровь в кале

2) частый жидкий стул со слизью и кровью

3) интоксикация

4) запор

5) резкая потеря веса

Правильный ответ: 2

3. КИШЕЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК

1) полипоз

2) рак

3) кровотечение

4) межкишечные свищи

5) стриктуры

Правильный ответ: 2

4. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

1) острая форма

2) скоротечная форма

3) молниеносная форма

4) хроническая форма

5) все перечисленные

Правильный ответ: 5

5. АНОРЕКТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЯК

1) геморрой

2) острый парапроктит

3) свищ прямой кишки

4) анальная трещина

5) кондиломы промежности

Правильный ответ: 3

6. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЯК

1) тиенам

2) салофальк

3) гентамицин

4) амикацин

5) церукал

Правильный ответ: 2

7. ПРОГНОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЯК

1) выздоровление

2) стойкая ремиссия

3) нестойкая ремиссия

4) не поддается лечению

5) летальный исход

Правильный ответ: 3

8. ЧАСТОТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЯК В ГОД

1) 1 раз

2) 2 раза

3) 3 раза

4) 4 раза

5) только при обострении

Правильный ответ: 2

9. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ НЯК ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ДАННЫХ

1) RRS

2) ирригоскопии

3) колоноскопии

4) гистологического исследования

5) микробиологического исследования

Правильный ответ: 4

10. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ РАЗВИВАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ СЛОЕ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ

1) слизистом

2) подслизистом

3) мышечном

4) серозном

5) во всех слоях

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

У больного, страдающего тяжелой формой язвенного колита, через час от момента наступления острой токсической дилатации толстой кишки открылось профузное толстокишечное кровотечение с выделением алой крови. Проводимая интенсивная терапия в течение 2 часов без эффекта.

1. Чем обусловлено появление кровотечения?

2. Что можно определить при пальпации живота?

3. Какое лечение следует применить больному?

4. Какая операция является методом выбора для лечения данных опасных для жизни осложнений?

5. Какой из лабораторных показателей анализа крови можно использовать при необходимости переливания крови?

Ответ к задаче № 1

1. Появление кровотечения связано с эрозией крупного сосуда.

2. При пальпации живота часто определяется спастически сокращенная толстая кишка.

3. У больного имеются абсолютные показания к оперативному лечению.

4. Одной из операций выбора является субтотальная колэктомия.

5. Показатель Нв ниже 80 г/л.

Задача №2

У больного 45 лет, страдающего среднетяжелой формой НЯК при лечении обострения аminosалицилаты в течение 2 недель не дали желаемого эффекта.

1. Что необходимо изменить в консервативном лечении больного?

2. В какой дозировке следует применять добавленное лечение?

3. Какой диеты необходимо придерживаться больному?

4. Есть ли необходимость назначения антибиотиков?

5. В каких случаях применяется оперативное лечение?

Ответ к задаче № 2

1. Необходимо добавить гармонотерапию.

2. При среднетяжелых формах НЯК обычно назначается преднизолон по 40 – 60 мг в сутки.

3. Исключить молочные продукты, Минимум клетчатки. Прием пищи дробный, частый до 6-8 раз в день.

4. Если нет сепсиса или гнойных осложнений – антибиотики не назначаются.

5. Операция необходима при перфорации стенки кишки, массивном кровотечении, острой дилатации толстой кишки и малигнизации.

Задача №3

У больной 42 лет, страдающей среднетяжелой формой НЯК, на фоне обострения заболевания произошло резкое ухудшение состояния. Отмечается сильное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика кишечника отсутствует, число дефекаций значительно уменьшилось. Температура 39 гр.

1. Какое осложнение НЯК следует заподозрить?

2. Какая степень тяжести проявилась?

3. Какое исследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза?

4. Какое лечение следует предпринять?

5. Какие показания для оперативного вмешательства могут возникнуть?

Ответ к задаче № 3

1. У больной отмечается токсическая дилатация толстой кишки.

2. Тяжелая степень тяжести.

3. Для подтверждения диагноза необходимо провести обзорную рентгенографию органов брюшной полости и УЗИ, которые выявляют значительное расширение толстой кишки (до 8-24 см при норме около 6 см)

4. Необходимо начать консервативную терапию, включая эндоскопическое снятие токсической дилатации.

5. При не устранении дилатации проводится оперативное лечение.

Задача №4

В приемном покое осматривается больная 40 лет с жалобами на общую слабость, частый жидкий стул (до 6-7 раз за сутки) с примесью крови в кале. Больна около 2 недель. Объективно: Температура тела 37,4*С, АД 110/60 мм рт.ст., пульс 92 уд. в мин. Кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется болезненная, спастически сокращенная толстая кишка.

1. Ваш диагноз?

2. Какой степени тяжести процесс у больной?

3. Какое обследование наиболее информативно для подтверждения диагноза и по каким признакам?

4. Какие рентгенологические данные могут быть при данном заболевании?

5. Какие осложнения со стороны кишечника могут развиваться?

Ответ к задаче № 4

1. НЯК.

2. Средней степени тяжести.

3. RRs. Введение ректоскопа болезненное; в просвете кишки может быть гной с примесью крови; под гнойным налетом могут быть язвы различной формы и глубины, резкий отек и диффузная кровоточивость слизистой.

4. При рентгеноскопии стенки толстой кишки истончены, отсутствует гаустрация, валикообразное уплотнение слизистой.

5. Перфорация толстой кишки, массивное кишечное кровотечение, острая дилатация толстой кишки.

Задача №5

Скорая помощь доставила больную 39 лет в тяжелом состоянии. Жалобы на резкую слабость, головокружение, частый жидкий стул с обильным выделением крови и гноя, боли в животе. Заболела 5 дней назад. Адинамична. Кожные покровы бледные, сухие. АД 100/50 мм рт. ст. , пульс 100 уд. в мин.. При пальпации живота отмечается болезненность во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника не выслушивается. Осмотрена per rectum: слизистая анального канала бугристая, осмотр резко болезненный, на перчатке следы гноя с кровью.

1. Ваш диагноз?

2. Какая форма заболевания в данном случае?

3. Какие изменения можно обнаружить в анализе крови?

4. Какова Ваша лечебная тактика?

5. Что можно применить для профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза?

Ответ к задаче № 5

1. НЯК.
2. Острая, молниеносная форма токсической дилатации толстой кишки.
3. Снижение Нв, лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ до 60 мм/час.
4. Больная подлежит экстренной госпитализации в реанимационное отделение. После предоперационной подготовки – противовоспалительной, дезинтоксикационной и гармонотерапии, больной показано оперативное лечение по жизненным показаниям. Объем операции решить на операционном столе (возможны – илеостомия, колэктомия правых или левых отделов или тотальная колэктомия).
5. Полупроницаемая мембрана с раствором антибиотика, установленная со стороны просвета толстой кишки.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собрать жалобы и анамнез.
- провести физикальное обследование больных с НЯК
- заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
- выполнять пальцевое исследование прямой кишки.
- оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- оказать первую помощь.
- участвовать в операциях, перевязках, обследованиях и лечении.
- выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Стандарты:

1. Начало заболевания постепенное. Причиной обращения к врачу обычно служит ректальное кровотечение. Одновременно в большинстве случаев появляется понос. Наиболее частый стул обычно бывает ночью или утром, т.е. в то время, когда пищевые массы поступают в пораженную толстую кишку. В тяжелых случаях частота стула достигает 20 раз в сутки и более. В конце концов, развивается обезвоживание, нарушение электролитного баланса. Боли в животе у большинства больных обычно бывают нерезкими и непродолжительными. Наиболее типичная локализация - левая подвздошная область. Характерны схваткообразные боли, усиливающиеся перед стулом и стихающие после опорожнения кишечника, а также возникающие во время приема пищи.

2. Клинические формы НЯК

Острая и молниеносная форма. Клиника полностью развертывается через 2 недели, а при молниеносном течении — через несколько дней от начала заболевания. Наиболее опасная форма, угрожающая жизни больного.

3. Методы исследования толстой кишки.

Клинические: изучение анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, осмотр всех порций кала.

Лабораторные: копрологическое исследование, клиническое и биохимическое исследование крови, функциональные методы (исследование пищеварительной и двигательной функции).

Рентгенологические: обзорные снимки, ирригоскопия.

Эндоскопические: аноскопия, сигмоскопия, ректороманоскопия (RRS), колоноскопия, лапароскопия.

Морфологическое исследование - биопсия.

4. По степени тяжести различают:

- легкую форму - стул не более 4-х раз с небольшим количеством крови, отсутствует лихорадка, тахикардия, незначительное повышение лейкоцитов и СОЭ;

- средней тяжести - стул до 6 раз, примесь крови в кале, умеренная лихорадка, тахикардия, болевой синдром;

- тяжелую форму - стул более 6 раз с обильным кровотечением, к вечеру температура тела до 38, тахикардия, анемия, лейкоцитоз, СОЭ до 60 мм/час.

Осложнения:

- со стороны кишечника: перфорация толстой кишки, массивные кишечные кровотечения, острая токсическая дилатация толстой кишки, аноректальные осложнения, псевдополипоз, дисбактериоз;

- системные осложнения: анемия, нарушение свертываемости, поражение кожи и слизистой полости рта, поражение суставов, поражение глаз, печени и почек, рак толстой кишки (в 4%).

5. Госпитализация показана: при неэффективном лечении более 1 месяца, острой форме болезни и развившихся осложнениях. Салазопирин и сульфасалазин: 0,5 4 раза, на второй день 2 таблетки, на 3 день - 3 таблетки 4 раза в сутки.

6. Хирургическое лечение показано при перфорации стенки кишки, массивных кровотечениях, острой дилатации, малигнизации. В зависимости от объема поражения и состояния больного проводятся операции: илеостомия, колонэктомия левых, правых отделов или тотальная.

1. Тема: «Болезнь Крона».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Патогенез болезни Крона.
- Клиника болезни Крона.
- Диагностика болезни Крона.
- Консервативная терапия болезни Крона.
- Оперативное лечение болезни Крона.

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. ОСНОВНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) запоры, вздутие живота, повышение температуры

2) понос, боли в суставах

3) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура

4) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале

5) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи и глаз

Правильный ответ: 4

2. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА, НЕ ОТНОСЯТСЯ

1) наличия сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки

2) множественных выпячиваний стенки толстой кишки

3) наличия одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке

4) наличия спикул по контуру кишки

5) наличия внутренних и наружных кишечных свищей

Правильный ответ: 2

3. БОЛЕЗНЬ КРОНА НЕ ПОДЛЕЖИТ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ С

1) раком желудка

2) раком толстой кишки

3) раком тонкой кишки

4) диффузным полипозом

5) колостазом

Правильный ответ: 5

4. ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

1) седативных средств

2) сульфаниламидных препаратов и антибиотиков

3) гормональных препаратов

4) иммунорегуляторов

5) наркотических средств

Правильный ответ: 5

5. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1) кровотечение

2) прикрытая перфорация или пенетрация

3) острая токсическая дилатация толстой кишки

4) отсутствие эффекта от консервативного лечения

5) разлитой перитонит

Правильный ответ: 4

6. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

1) проведение очистительных клизм

2) проведение краткого курса трансфузионной терапии

3) местное применение холода

4) назначение стероидных гормонов

5) назначение антибиотиков

Правильный ответ: 5

7. ЧТО НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ КРОНА

1) применения газоотводной трубки при кровотечении и острой токсической дилатации

2) применения гемостатических средств

3) переливания крови и направленной инфузионной терапии

4) назначения стероидных гормонов и наркотических средств

5) выполнение очистительной клизмы

Правильный ответ: 5

8. ПРИ ПЛАНОВОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА В КАЧЕСТВЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1) очистительные клизмы

2) проведение курса антибиотикотерапии и гормональной терапии

3) коррекция гомеостаза

4) гемостатическая терапия

5) все перечисленное

Правильный ответ: 5

9. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) эндотрахеальный наркоз

2) спинномозговая анестезия

3) местная анестезия

4) проводниковая анестезия

Правильный ответ: 1

10. ИЗ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

1) ограниченная резекция толстой кишки

2) ограниченная резекция тонкой кишки

3) гемиколэктомия

4) брюшно-анальная резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

5) различные виды операций, направленные на удаление пораженной части органа

Правильный ответ: 5

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:

Задача №1

Больной 26 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, возникающие после еды и пред дефекацией, выраженную диарею в виде кашицеобразного стула до 10 раз в сутки с примесью крови. Данные явления в течение месяца. За время болезни отмечается похудание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение сумеречного зрения. Появились трещины в углах рта. При осмотре-бледность

и сухость кожи, снижение тургора. Пальпация по ходу толстой кишки болезненна, сигмовидная кишка определяется в виде жгута, при пальцевом исследовании прямой кишки-стенки анального канала отечны, на боковой стенке кишки малоболезненная анальная трещина с вялыми грануляциями, из кишки гнойно-некротические выделения. Спазма сфинктера нет.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какие лабораторные анализы необходимо сделать?
3. Дополнительные методы обследования.
4. Какой метод является наиболее информативным при диф.диагностике болезни Крона с НЯК.

5. В виде чего, при данном заболевании, проявляются анальные и перианальные поражения?

Ответ к задаче № 1

1. Болезнь Крона.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови с определением общего белка, фракций, печеночных проб, железа, натрия, калия, кальция, креатинина, мочевины. Иммунологический анализ крови с определением иммуноглобулинов, иммунных комплексов, количества В- и Т-лимфоцитов, ревматоидного фактора, волчаночных клеток.

3. УЗИ органов брюшной полости, включая ободочную кишку, согласно ее проекции на переднюю брюшную стенку.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).

Пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием

Ирригоскопия. Копрологический анализ с макроскопической оценкой.

4. Гистологическое исследование биоптата.

5. В виде парапроктитов, свищей и анальной трещины.

Задача №2

У больной 22 лет с жалобами на слабость, недомогание, снижение работоспособности, боли в животе, учащение стула до 6 раз в сутки при ирригоскопии кишечника выявлены следующие признаки: сегментарность поражения толстой кишки, наличие нормальных участков кишки между пораженными сегментами, продольные язвы и рельеф слизистой, напоминающий «булыжную мостовую».

1. Какое заболевание у больной?
2. Типичная характеристика болей при данном заболевании?
3. Есть ли отличия в стуле при данном заболевании и НЯК?
4. Какое лечение Вы предложите?
5. Что является абсолютным показанием для операции при этом заболевании?

Ответ к задаче №2.

1. Болезнь Крона.

2. Боль носит постоянный характер с локализацией внизу живота и в правой подвздошной области, симулируя острый аппендицит или непроходимость.

3. Частота стула 5-10 раз со слизью и кровью, но количество крови меньше чем при НЯК.

4. Сочетание гормонотерапии с аminosалицилатами. Сульфасалазин назначают до 6 гр. в сутки, месалазин до 2,5 гр. в сутки. Дополнительно назначают метронидазол (1,5-2 гр. в сутки), иммунодепрессанты: азатиоприн из расчета 2-2,5 мг на 1 кг веса.

5. Перфорация, непроходимость кишечника, токсическая дилатация.

Задача №3

У больной 62 лет, длительно страдающей болезнью Крона, в течение последних 3 месяцев отмечаются периодически схваткообразные боли в животе с задержкой стула и газов, запоры, метеоризм. Проведенное рентгенологическое исследование толстой кишки (ретроградная ирригоскопия) выявила сегментарное сужение поперечной ободочной кишки.

1. О каком осложнении заболевания идет речь?

2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?

3. Какое лечение следует предпринять?

4. Что можно применить для профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза?

5. Какие внекишечные осложнения могут возникать при этом заболевании?

Ответ к задаче № 3

1. Имеется сегментарное сужение толстой кишки, как осложнение болезни Крона.

2. Следует провести фиброколоноскопию с взятием биоптата для уточнения диагноза и исключения перерождения в рак.

3. Необходимо хирургическое лечение - ограниченная резекция места сужения кишки.

4. Полупроницаемая мембрана с раствором антибиотика, установленная со стороны просвета толстой кишки.

5. Внекишечные осложнения: артриты, пиодермия, нефриты, поражение глаз и др

Задача №4

Больной 27 лет заболел остро, когда без видимой причины появилась высокая температура, частый стул с кровью до 10-15 раз, боли в животе. Через 10 дней оперирован по поводу острого аппендицита (в виду того, что при УЗ исследовании был найден утолщенный червеобразный отросток с наличием жидкости вокруг него). После операции, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, клиника оставалась. Значительно потерял массу тела, анемичен. Консультирован инфекционистом, который исключил инфекционные заболевания. Лишь через два месяца от начала заболевания

осмотрен колопроктологом, произведена ректоскопия на которой выявлены изменения слизистой прямой кишки в виде "булыжной мостовой".

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у больного?
2. Какое лечение необходимо провести больному?
3. Какие лекарственные препараты Вы предложите?
4. Что является относительным показанием к операции при этом заболевании?
5. Есть ли отличия при RRs данного заболевания и НЯК?

Ответ к задаче № 4

1. Болезнь Крона.
2. Показана комплексная консервативная терапия сочетание гормонотерапии с аminosалицилатами.
3. Сульфасалазин назначают до 6 гр. в сутки, месалазин до 2,5 гр. в сутки. Дополнительно назначают метронидазол (1,5-2 гр. в сутки), иммунодепрессанты: азатиоприн из расчета 2-2,5 мг на 1 кг веса.
4. Относительные показания: неэффективность консервативного лечения, стриктуры, свищи.
5. При НЯК в просвете кишки может быть гной с примесью крови; под гнойным налетом могут быть язвы различной формы и глубины, резкий отек и диффузная кровоточивость слизистой.

Задача №5

Больной 39 лет с жалобами на боли внизу живота постоянного характера, частый жидкий стул до 5-6 раз со слизью и небольшим количеством крови. Болен несколько месяцев. За этот срок потерял в весе до 10 кг. Объективно: температура тела 37,2*С, АД 130/80 мм РТ ст пульс 82 уд. в мин.. Живот не вздут, при пальпации отмечается болезненность по ходу толстого кишечника. Per rectum - тонус сфинктера сохранен, ампула пустая, нависания стенок нет. На перчатке слизь с кровью.

1. О каком осложнении заболевания идет речь?
2. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
3. С каким заболеванием необходимо прежде всего провести диф.диагностику?
4. Какое лечение предложите данному больному?
5. Какие показания к операции являются относительными?

Ответ к задаче № 5

1. Болезнь Крона.
2. Следует провести ректороманоскопию, фиброколоноскопию с биопсией и гистологическим исследованием. Ирригоскопию.
3. С раком толстого кишечника. Поэтому при ректоскопии, фиброколоноскопии необходимо брать биоптат с подозрительных участков и выполнять гистоисследование.
4. Только консервативное - сочетание гормонотерапии с аminosалицилатами.

5. Относительные показания: неэффективность консервативного лечения, стриктуры, свищи.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собрать жалобы и анамнез.
- провести физикальное обследование больных с заболеваниями кишечника.
 - заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - составить план лабораторного и инструментального обследования.
 - сформулировать развернутый клинический диагноз.
 - оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
 - участвовать в операциях, перевязках, обследованиях и лечении.
 - выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Стандарты:

1. При болезни Крона возникает трансмуральное воспаление, вовлекаются все слои кишечной стенки, характерно наличие гранулем. При осмотре слизистая полнокровна, обнаруживаются плотные бугорки (гранулемы).

2. Выделяют три формы болезни Крона: энтерит, энтероколит и колит.

3. В клинике болезни Крона можно выделить местные и общие симптомы, а также внешние проявления.

Боль в животе является классическим симптомом при болезни Крона. Боль локализуется внизу живота и в правой подвздошной области, имитируя острый аппендицит или непроходимость.

Частота стула 5-10 раз со слизью и кровью, но количество крови меньше чем при НЯК.

Повышение температуры тела относится к основным признакам БК. Характерно падение массы тела. Анальные и перианальные поражения проявляются в виде парапроктитов, свищей и анальной трещины.

Пальпаторно отмечается болезненность по ходу кишечника, в брюшной полости можно прощупать инфильтраты.

4. В лечении целесообразно сочетание гормонотерапии с аminosалицилатами. Сульфасалазин назначают до 6 гр. в сутки, месалазин до 2,5 гр. в сутки. Дополнительно назначают метронидазол (1,5-2 гр. в сутки), иммунодепрессанты: азатиоприн из расчета 2-2,5 мг на 1 кг веса.

5. Абсолютным показанием к операции является: перфорация, непроходимость кишечника, токсическая дилатация. Относительные показания: неэффективность консервативного лечения, стриктуры, свищи. Виды оперативных вмешательств зависят от протяженности процесса в толстой и тонкой кишке. При сегментарной форме возможна резекция

патологического очага. В последующем необходима противорецидивная терапия.

1. Тема: «Дивертикулы и дивертикулез толстой кишки».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Этиология, клиника дивертикулярной болезни.
- Патогенез дивертикулярной болезни.
- Осложненный дивертикулез, осложнения.
- Методы диагностики дивертикулеза.
- Консервативные методы лечения.
- Оперативные методы лечения.

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. ЭТИОЛОГИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА

1) диспепсия

2) запор

3) врожденная патология кишечной трубки

4) врожденная неполноценность соединительной ткани

5) сегментарный спазм толстой кишки

Правильный ответ: 5

2. ДИВЕРТИКУЛЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1) 10-20 лет

2) 20-30

3) 30-40

4) 40-50

5) старше 50 лет

Правильный ответ: 5

3. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ

1) схваткообразные боли в различных отделах живота

2) постоянные ноющие боли по всему животу

3) локальные постоянные ноющие боли

4) ночные боли

5) жгучие боли внизу живота

Правильный ответ: 3

4. ОТДЕЛ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ, ГДЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ДИВЕРТИКУЛЕЗ

1) пищевод

2) желудок

3) тонкий кишечник

4) толстая кишка

5) прямая кишка

Правильный ответ: 4

5. ВЕДУЩИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА

1) RRS;

2) колоноскопия

3) лапароскопия

4) ирригоскопия

5) пассаж бария по кишечнику

Правильный ответ: 4

6. ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА

1) кишечное кровотечение

2) перитонит

3) внутренние кишечные свищи

4) дивертикулит

5) толстокишечная непроходимость

Правильный ответ: 4

7. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1) диета с отрубями

2) антигрибковые препараты

3) седативная терапия

4) антибиотики

5) анальгетики

Правильный ответ: 1

8. СИМПТОМОКОМПЛЕКС КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) боли в животе и отсутствие аппетита

2) диспепсия

3) запор и локальная боль

4) похудание и кровотечения

5) выделение слизи и крови с калом

Правильный ответ: 3

9. ИЗМЕНЕНИЯ В РАЗВЕРНУТОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛИТЕ

1) повышенное СОЭ

2) лейкоцитоз

3) лимфоцитоз

4) анемия и умеренный лейкоцитоз

5) сдвиг в лево показателей белой крови

Правильный ответ: 4

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА

1) боли по всему животу

2) локальная болезненность в брюшной полости

3) симптомы раздражения брюшины

4) нависание и болезненность передней стенки прямой кишки

5) тошнота и рвота застойным содержимым

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

5. Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1.

Больной 60 лет, обратился с жалобами на понос до 4 раз в сутки, выделение крови, слизи из прямой кишки, боль в левой половине живота, повышение температуры к вечеру до 37°C , выраженную слабость. Болеет в течение 2 месяцев. В анамнезе дивертикулез толстой кишки. Кожные покровы бледные. АД=10/70 мм рт.ст., пульс - 80 уд./мин. Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера снижен. На перчатке кровь с гноем. RRS — до 25 см осмотр болезненный. Видимая слизистая атрофична, большое количество слизи.

1. Какой диагноз Вы поставите?

2. План обследования?

3. Тактика?

4. Осложнения?

5. Профилактика дивертикулеза?

Эталон ответов к задаче №1.

1. Дивертикулит.
2. Ирригоскопия, колоноскопия.
3. Консервативная терапия колита.
4. Перфорация, внутренний свищ.
5. Нормализация стула.

Задача №2.

Больной 60 лет, в течение 12 лет страдает запорам. 3 года назад выявлены дивертикулы сигмы. Жалобы на боли по всему животу, резкое вздутие живота, тошнота, однократная рвота застойным содержимым. Резкое ухудшение в течение суток. Повышение температуры до 38° С. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. АД=100/60 мм рт.ст., пульс - 106 уд./мин. Язык сухой. Живот резко вздут. Пальпируются болезненные петли кишечника.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Лечение?
3. Противопоказания для наложения толстокишечного анастомоза?
4. Виды стом?
5. Группа инвалидности при стомировании?

Эталон ответов к задаче №2.

1. Дивертикулез толстой кишки. Толстокишечная непроходимость.
2. Операция.
3. Перитонит.
4. Одноствольная и двухствольная стома.
5. 3 группа.

Задача №3.

Больной 58 лет в течение 12 лет страдает запором. В анамнезе дивертикулез. Ухудшение состояния 3 дня назад. Жалобы на резкие боли в левой половине живота, отсутствие стула в течение 6 часов. Тошнота. Рвоты не было. $T=38^{\circ}$ С. Объективно кожные покровы бледные, холодный липкий пот. АД=100/60 мм рт.ст., PS-116. Язык сухой. Живот вздут. Симптомы раздражения брюшины.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Лечение?
3. Показания для лапаростомии?
4. Виды санации брюшной полости?
5. Профилактика?

Эталон ответов к задаче №3.

1. Дивертикулез толстой кишки. Перфорация толстого кишечника. Перитонит.
2. Операция.
3. Выраженный перитонит.

4. Промывание брюшной полости, аппарат гейзер.
5. Нормализация стула.

Задача №4.

Больной С., 25 лет, оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. При ревизии брюшной полости в 50 см от илеоцекального угла выявлен дивертикул Меккеля - до 6 см длиной, инфильтрирован, с налетом фибрина, на верхушке перфоративное отверстие 0,2x0,2 см.

1. Ваш диагноз?
2. Объем операции?
3. Тактика при неосложненном дивертикуле Меккеля?
4. Показания для проведения НИТКи?
5. Профилактика дивертикулеза?

Эталон ответов к задаче №4.

1. Острый дивертикулит с перфорацией. Перитонит.
2. Резекция кишки с дивертикулом, лечение перитонита в зависимости от распространенности.
3. Резекция или ушивание дивертикула.
4. Явления кишечной непроходимости.
5. Нормализация стула.

Задача №5.

Больной Т., 34 года, поступил с клиникой профузного кишечного кровотечения. При фиброгастроскопии и колоноскопии источника кровотечения не найдено. Больной взят в операционную. При ревизии обнаружен дивертикул подвздошной кишки, дистальный отдел тонкой кишки заполнен кровью.

1. Ваш диагноз?
2. Хирургическая тактика?
3. Рентгенологическое исследование для выявления дивертикула Меккеля?
4. Способы удаления дивертикула?
5. Трудоспособность?

Эталон ответов к задаче №5.

1. Кровотечение из Меккелева дивертикула.
 2. Необходимо удалить дивертикул.
 3. Пассаж бария по кишечнику.
 4. Резекция дивертикула или резекция кишки несущей дивертикул
 5. Утрчена. Инвалидность II группы.
- 6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**
- собрать жалобы и анамнез.
 - провести физикальное обследование больных с дивертикулярной болезнью.
 - заполнить историю болезни, амбулаторную карту.
 - составить план лабораторного и инструментального обследования.

- сформулировать развернутый клинический диагноз.
- оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.
- предложить адекватный способ лечения.

Стандарты:

1. Дивертикулярная болезнь (дивертикулез) толстой кишки представляет собой морфо-функциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки (дивертикулов).

2. Дивертикулы являются проявлением различных патологических состояний: дистрофических изменений в мышечном слое стенки ободочной кишки, дискоординация ее моторики, слабость соединительной ткани. На фоне спазма, особенно левых отделов толстой кишки, избыточное внутрикишечное давление приводит к расхождению мышечных волокон и образованию дивертикулов. Спазм мышечного слоя вызывает сдавление внутрестеночных сосудов и расширению около и расширению около сосудистых пространств, которые становятся устьем дивертикулов.

Таким образом дивертикулы – это конечное проявление болезни кишечной стенки, разволокнения циркулярного мышечного слоя, атрофии и расширение его в «слабых местах».

3. В нашей стране принята клиническая классификация:

Бессимптомный дивертикулез

Дивертикулез с клиническими проявлениями.

Осложненный дивертикулез.

4. Главный симптом неосложненного дивертикулеза – боли. Боли локализуются чаще всего в проекции сигмы, носят спастический характер.

Как правило, больные страдают запорами, или жалуются на чувство неполного опорожнения, вздутие живота. Дивертикулит по мимо болей дает еще и повышение температуры.

5. Лечение неосложненного дивертикулеза:

Несмотря на наличие противоречивых данных и практически полной уверенности, что дивертикулы не регрессируют при увеличении потребления клетчатки, некоторое облегчение симптомов у пациентов с не осложненным заболеванием может ожидать при приеме диеты богатой клетчаткой, которую разумно назначать и из-за ее других потенциально полезных для здоровья эффектов. При данной патологии позволяет предполагать, что антихолинергические и антиспастические агенты могут уменьшить симптоматику, путем снижения частоты и силы мышечных сокращений.

6. Осложненный дивертикулез

Пациенты с острым дивертикулитом в классическом случае жалуются на боль в левом нижнем квадранте живота, что отражает значительную склонность этой патологии локализоваться в сигмовидной кишке в западных странах. У пациентов с удлинённой сигмовидной кишкой заболевание может

манифестировать болью над лобком или даже в правом нижнем квадранте. Азиаты, как было упомянуто ранее, чаще имеют правосторонне расположение дивертикулов и также могут жаловаться на боль в правой половине живота. Боль может быть интермиттирующей или постоянной и часто связана с изменением характера стула, диареей либо запором. Кровь в стуле встречается редко. Анорексия, рвота и тошнота могут иметь место. Пациенты могут предъявлять жалобы на дизурию и увеличение частоты мочеиспускания, что является отражением «симптоматического цистита» вызванного раздражением мочевого пузыря расположенного рядом с воспаленной сигмовидной кишкой. Физикальное обследование обычно обнаруживает местную болезненность, обычно в левом нижнем квадранте живота, хотя, как отмечено выше, симптомы с правой стороны не исключают дивертикулит. Защитное напряжение мышц и перитониальные симптомы могут также присутствовать, как и болезненное пальпируемое образование цилиндрической формы. Кишечные шумы обычно ослаблены, но в легких случаях могут быть нормальными, а при наличии обструкции усиленными. Ректальное обследование может выявить болезненность или опухолевидное образование, в особенности при низко лежащем тазовом абсцессе. Лихорадка присутствует у большинства пациентов, хотя гипотензия и шок редки. Число белых кровяных клеток обычно возрастает, хотя не обязательно. Имеются сообщения о нормальном их числе у 45 % пациентов с острым дивертикулитом.

К осложнениям относятся: Дивертикулит, околокишечный инфильтрат, перфорация дивертикула, кишечное кровотечение.

В случаях, когда осложнения могут привести к угрозе жизни, выполняется срочная операция с решением об объеме оперативного вмешательства на операционном столе.

1. Тема: «Венозные тромбозы. Посттромбофлебитическая болезнь».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез тромбозов системы нижней полой вены;
2. Клиника и диагностика тромбозов системы нижней полой вены;
3. Хирургическое лечение тромбозов системы нижней полой вены;
4. Этиология, патогенез и классификация ПТФС;
5. Клиника и диагностика ПТФС;
6. Лабораторные исследования при заболеваниях вен;
7. Неинвазивные инструментальные методы исследования;
8. Инвазивные инструментальные методы исследования;
9. Хирургическое лечение ПТФС;
10. Реабилитация и диспансеризация больных после операций по поводу тромбозов системы НПВ и ПТФС.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. 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

2. У больного, обратившегося на прием к хирургу, был выявлен ряд симптомов. Какие из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию?

- а) дистальные отеки
- б) распирающие боли
- в) повышение температуры тела
- г) гиперемия кожи по ходу вены
- д) резкую болезненность при пальпации

Правильный ответ: б

3. Послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- а) сосудов головного мозга
- б) коронарных артерий
- в) легочной артерии
- г) легочных вен
- д) артерий почек и печени

Правильный ответ: в

4. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) трофическую язву голени
- б) эмболию легочной артерии
- в) посттромбозную болезнь
- г) хроническую венозную недостаточность

Правильный ответ: б

5. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики ТЭЛА у больного после флебэктомии не применяют:

- а) антибиотики
- б) дезагреганты
- в) антикоагулянты
- г) гемодилюцию
- д) компрессионную терапию нижних конечностей

Правильный ответ: а

6. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к ТЭЛА после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) ожирение
- б) варикозную болезнь вен нижних конечностей
- в) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
- г) язвенную болезнь желудка

Правильный ответ: г

7. 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

8. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- а) замедление тока крови
- б) нарушение эндотелия вен
- в) мерцательную аритмию
- г) варикозное расширение

Правильный ответ: в

9. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- а) повышения фибринолитической активности плазмы крови
- б) ожирения
- в) гиподинамии

- г) злокачественных опухолей
- д) ишемической болезни сердца

Правильный ответ: а

10. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- а) возвышенного положения конечности в постели
- б) антикоагулянтной терапии
- в) дезагрегантов
- г) компрессионной терапии
- д) спазмолитиков

Правильный ответ: д

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

1. 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.

2. 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: произвести операцию Троянова-Тренделенбурга.

3. Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38°C. При осмотре состояние больного тяжелое, пульс 100-110 ударов в ми-нуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные гемorragической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина:

- 1) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека
- 2) острая стадия болезни Бюргера (тромбангиит в сочетании с флебитом)
- 3) острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности
- 4) белая флегмазия
- 5) краш-синдром

Эталон ответа: острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности.

4. У больной 23 лет — илеофemorальный венозный тромбоз, беременность 39 недель. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий (эмболоопасный) тромбоз общей подвздошной вены. Из-за сдавления нижней полой вены маткой имплантация противоэмболического кава-фильтра в инфраренальный отдел технически невыполнима. Определите объем и последовательность необходимых лечебных мероприятий:

- 1) родоразрешение естественным путем, имплантация фильтра в ближайшем послеродовом периоде
- 2) имплантация фильтра в супраренальный отдел, родоразрешение естественным путем
- 3) кесарево сечение, имплантация фильтра в послеоперационном периоде
- 4) лапаротомия, кесарево сечение, пликация нижней полой вены механическим швом
- 5) катетерная тромбэктомия из подвздошной вены бедренным доступом, родоразрешение естественным путем

Эталон ответа: 4 лапаротомия, кесарево сечение, пликация нижней полой вены механическим швом.

5. У больной 32 лет на пятые сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища, набухание шейных вен. Одышка - до 30 в мин. В легких - дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление достигает 60 мм. рт. ст. Выполнение какого хирургического вмешательства считается оптимальным в подобной ситуации?

1) эмболэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения, перевязка внутренних подвздошных вен

2) эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чреспредсердная имплантация кава-фильтра

3) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен, пликация нижней полой вены механическим швом

4) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен, ампутация матки с придатками

5) отсроченная эмболэктомия из легочной артерии в случае неэффективности тромболитической терапии

Эталон ответа: эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чреспредсердная имплантация кава-фильтра.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы венозных тромбозов;

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: «Окклюзия дуги аорты и её ветвей».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез окклюдующих заболеваний дуги аорты и её ветвей;

2. Клинические проявления окклюдующих заболеваний дуги аорты и её ветвей;

3. Лабораторные исследования при окклюдующих заболеваниях дуги аорты и её ветвей;

4. Неинвазивные инструментальные методы исследования;

5. Инвазивные инструментальные методы исследования;

6. Консервативное и хирургическое лечение окклюдующих заболеваний дуги аорты и её ветвей;

7. Реабилитация и диспансеризация больных после операций

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. Назовите современную теорию патогенеза атеросклероза:

а) Алиментарно-инфильтрационная.

б) Психоэмоциональная.

в) Тромбогенная.

г) Рецепторная.

д) Нервно-метаболическая.

Правильный ответ: д

2. Назовите виды осложненных макроскопических изменений интимы артерий при атеросклерозе:

а) Пристеночный тромбоз.

б) Изъязвление.

в) Интрамуральная гематома.

г) Все верно

Правильный ответ: г

3. Дайте макроскопическую характеристику фиброзных бляшек при атеросклерозе:

а) Бело-желтые образования в интимае.

б) Возвышаются над поверхностью интимы.

в) Придают интимае бугристый вид.

г) Все верно

Правильный ответ: г

4. Дайте макроскопическую характеристику осложненных изменений интимы артерий при атеросклерозе:

а) Интима шероховатая, бугристая, с изъязвлениями и пристеночными тромбами.

- б) Интима гладкая.
- в) Жировые пятна и полосы в интимае.
- г) Бляшки каменистой плотности.
- д) Бело-желтые бляшки в интимае.

Правильный ответ: а

5. Назовите макроскопические изменения в интимае артерий, свидетельствующие о волнообразном течении атеросклероза:

- а) Наличие жировых пятен и полосок.
- б) Наличие фиброзных бляшек.
- в) Наличие осложненных изменений.
- г) Наличие кальциноза.
- д) Наличие перечисленных изменений одновременно.

Правильный ответ: а

6. Дайте характеристику изменений стенки артерий в стадии липоидоза при атеросклерозе:

- а) Очаговая инфильтрация интимы липидами.
- б) Появление пенистых клеток в интимае.
- в) Склероз.
- г) Васкуляризация интимы.

Правильный ответ: а

8. Дайте характеристику изменений стенки артерий в стадии липосклероза при атеросклерозе:

- а) Очаговая инфильтрация интимы липидами.
- б) Васкуляризация интимы в области бляшек.
- в) Разрастание фиброзной ткани в интимае в области бляшек.
- г) Формирование очагов некроза в интимае.
- д) Изъязвление с пристеночным тромбозом.

Правильный ответ: в

9. Укажите анатомические отделы аорты, в которых локализуются изменения при атеросклерозе:

- а) В области восходящей части аорты.
- б) В области дуги аорты.
- в) В грудном отделе аорты.
- г) В брюшном отделе аорты.
- д) В органных артериях.

Правильный ответ: г

10. Укажите возможные изменения во внутренних органах при атеросклерозе аорты:

- а) Тромбоэмболия легочной артерии.
- б) Гангрена нижних конечностей. Гангрена кишечника.
- в) Инфаркт почек.
- г) Бурая атрофия печени.

д) Верно 1 и 2

е) Верно 2 и 3

ж) Все верно

Правильный ответ: е

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

Больная 70 лет, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную отдышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной крайне тяжелое, имеются признаки отека легких, артериальная гипертензия 190/100 мм рт. ст. Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные - сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует.

Вопросы:

1. Поставьте правильный диагноз?

2. Чем обусловлено данное состояние больной?

3. Какое тактическое решение в этой ситуации будет наиболее правильным?

4. Какой доступ наиболее целесообразен для оперативного вмешательства?

5. Оцените дальнейший прогноз данного заболевания?

Эталон ответа:

1. ИБС. Облитерирующий атеросклероз. Окклюзия терминального отдела аорты. Двусторонняя ишемия н/конечностей III А стадии по Савельеву. Отек легких. Мерцательная аритмия.

2. Острая левожелудочковая недостаточность, эмболия бифуркации аорты.

3. Экстренная эмболэктомия из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями

4. Двухсторонний бедренный доступ

5. Благоприятный при соблюдении назначенных рекомендаций

Задача №2

Больной 74 лет экстренно доставлен в клинику с жалобами на удушье, отдышку при малейшей физической нагрузке, сердцебиение, тяжесть в правом подреберье, снижение диуреза, отеки. Объективно - общее состояние тяжёлое; разлитой цианоз, акроцианоз, поверхностное, шумное, клокочущее дыхание, 26 в минуту. Анасарка, асцит, правосторонний гидроторакс. В лёгких с обеих сторон сухие и влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Сердце значительно расширено во все стороны. Пульс - 106 ударов в минуту, слабого наполнения, аритмичен. Тоны сердца значительно приглушены, на аорте грубый систолический шум, на верхушке систолический шум. Акцент II тона на легочной артерии. ЧСС - 122 в минуту. АД - 170/80 мм рт. ст.

Живот увеличен , передняя брюшная стенка отёчная. Нижний край печени на уровне пупка, поверхность её плотная, край острый, малоблезненный.

Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз основного заболевания и диагноз осложнения.
2. Назовите возможные причины патологии клапанного аппарата у данного больного.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Оцените прогноз для жизни у данного пациента.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: системный атеросклероз, кардиосклероз и атеросклероз аорты с поражением аортального клапана с развитием аортального стеноза и относительной недостаточности митрального клапана, мерцательная аритмия, постоянная , тахисистолическая форма, сердечная астма, симптоматическая артериальная гипертензия, ХСН IIБ ФК IV по NYHA.

2. Возможные причины патологии клапанного аппарата у данного больного – атеросклероз и ревматизм.

3. Лечебные мероприятия заключаются в назначении:

- диуретиков (петлевой диуретик фуросемид по 40 мг 1 раз/сут);
- ингибиторов АПФ (эналаприл по 5 мг 2 раза/сут);
- сердечных гликозидов для терапии тахиформы постоянной мерцательной аритмии (дигоксин 0,00025 по . таблетки 1 раз/сут, дальнейшая тактика зависит от результатов лечения).

4. Относительно благоприятный

Задача №3

Больная Л., 73 лет на протяжении 15 лет болела атеросклерозом с преимущественным с преимущественным поражением сосудов сердца, мозга, нижних конечностей. Периодически лечилась в стационаре. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль и онемение конечностей, ноющую боль внизу живота. Общее состояние удовлетворительное, пульс ритмичный, АД 160\80 мм.рт.ст. В брюшной полости пальпируется плотное пульсирующее образование. На следующий день после поступления в стационар усилилась боль в животе. В 17 часов больная потеряла сознание, АД снизилось до 60\40 мм.рт.ст. После проведённой терапии больная пришла в сознание. День спустя вновь потеряла сознание. Резко побледнела. Не приходя в сознание умерла через 20 минут.

Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Что могло явиться причиной нарушения кровообращения?
3. Чем осложнилось основное заболевание?
4. Причины смерти больной?
5. Какие действия могли спасти жизнь пациентке?

Эталон ответа:

1. ИБС. Облитерирующий атеросклероз. Аневризма брюшного отдела аорты. Хроническая ишемия нижних конечностей 2А стадии по Покровскому. СН 2А (III ф.к. по NYHA)
2. Разрыв аневризмы в забрюшинное пространство.
3. Резким снижением артериального давления с нарушением перфузии внутренних органов и головного мозга.
4. Разрыв аневризмы в брюшную полость.
5. Экстренная операция по поводу разрыва аневризмы аорты с протезированием дистального отдела брюшной аорты.

Задача №4

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти. Эти симптомы появились около 5 часов назад без видимых причин. Интенсивность болей постоянная. Три года назад больная перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе у больной остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника. Объективно: ЧСС – 102 -150 уд/мин, пульс – 100 уд/мин, аритмичный, дефицит пульса – 50. АД – 160/90 мм рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке, усиление I тона, акцент I тона на a.pulmonalis. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Асимметрии верхних конечностей нет. Сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой, отсутствует пульс на артериях предплечья.

Вопрос:

1. Какая патология теоретически может быть причиной боли?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные данные необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какова врачебная тактика?
5. Прогноз данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Теоретически причиной подобных острых болей могут быть: артрит, остеохондроз шейного отдела позвоночника, острое нарушение кровообращения в артериях плеча.
2. Предварительный диагноз: эмболия плечевой артерии. Острая ишемия IIб степени.
3. Дополнительно необходимо определить пульс на подмышечной, плечевой, локтевой и лучевой артериях, оценить нарушение чувствительности, взять общий анализ крови. Также этой больной показано назначение УЗ доплерографии, ЭКГ, исследование коагулограммы.

4. Больной показана эмбол- и тромбэктомия балонным катетером Фогарти.

5. Благоприятный

Задача №5

У больного 45 лет, страдающего ишемической болезнью сердца, облитерирующим атеросклерозом аорты, 2 часа назад появились внезапные боли в правой подвздошной области, поднялась температура до 37,80С, была однократная рвота. При осмотре: язык влажный, ЧСС – 130 уд/мин, пульс – 90 уд/мин, аритмичный, дефицит пульса – 40, АД – 160/100. Живот принимает участие в акте дыхания, подвздут, мягкий. Край печени пальпируется на 8 см ниже подреберья, болезненный. В правой подвздошной области болезненность и небольшая ригидность мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Перистальтика кишечника усилена. Ректальное исследование безболезненно. Положительный симптом Блинова-Кадьяна. По анализу крови: лейкоциты – $9,2 \cdot 10^9$ /л. Анализ мочи без патологических изменений. Рентгенография органов грудной клетки патологических изменений не выявила.

Вопрос:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует проводить у данного больного?
4. Какие могут возникнуть осложнения у этого больного?

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: ИБС, облитерирующий атеросклероз. Острый мезентериальный тромбоз предположительно в системе верхней брыжеечной артерии.
2. Дифференциальную диагностику следует проводить с: острым аппендицитом, плевропневмонией, протекающей с болевым корешковым синдромом.
3. Дополнительно следует провести: рентгенографию органов грудной клетки, лапароскопию, аортомезентерикографию, ЭхоКГ на предмет визуализации источника эмболии.
4. Возможные осложнения: декомпенсация сердечной недостаточности с развитием отека легких, тромбоз эмболия в сосуды нижних конечностей, почек.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы окклюзирующих заболеваний дуги аорты и её ветвей;
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 мезентериальных артерий».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Этиология и патогенез хронической ишемии кишечника;
2. Этиология и патогенез острой ишемии кишечника
3. Клинические проявления ишемии кишечника;
4. Неинвазивные инструментальные методы исследования;
5. Инвазивные инструментальные методы исследования;
6. Консервативное и хирургическое лечение окклюзирующих заболеваний мезентериальных артерий;
7. Реабилитация и диспансеризация больных после операций

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. На мысль о мезентериальном тромбозе может навести:
 - 1) коликообразные боли в животе
 - 2) схваткообразные боли в животе
 - 3) периодически исчезающая боль в животе
 - 4) боль в животе, не соответствующая клиническим находкам, позволявшим бы объяснить ее большую интенсивность
 - 5) все перечисленное верно

Правильный ответ: 4

2. Наиболее частой причиной острого артериального тромбоза является:

- 1) облитерирующий тромбангиит
- 2) облитерирующий атеросклероз
- 3) пункция и катетеризация артерий
- 4) экстравазальная компрессия артерий
- 5) полицитемия

Правильный ответ: 2

3. Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- 1) атеросклероз дуги аорты
- 2) ишемическая болезнь сердца
- 3) тромбоз вен большого круга кровообращения
- 4) аневризма аорты
- 5) аневризма сердца

Правильный ответ: 2

4. Каковы данные пальпации живота у больного с острым нарушением мезентериального кровообращения в стадии ишемии?

- 1) живот мягкий
- 2) живот болезненный во всех отделах
- 3) положительный симптом Щеткина

4) положительный симптом мышечного напряжения

5) положительный симптом Валя

Правильный ответ: 1

5. С чего начинается диагностика заболевания?

1) с анализа крови

2) пальпации, аускультации живота

3) с хорошо собранного анамнеза

4) с рентгенологического обследования

5) с лапароскопии

Правильный ответ: 3

6. Какие изменения наблюдаются в органах при остром нарушении кровообращения в связи с атеросклерозом?

1) Некрозы (инфаркты, гангрены)

2) Кровоизлияния

3) Дистрофия и атрофия паренхимы

4) Склероз стромы

Правильный ответ: 2

7. Эмболия верхней брыжеечной артерии с последующим инфарктом кишечника развивается у больных: 1. Страдающих митральным стенозом; 2. Перенесших инфаркт миокарда; 3. Страдающих мерцательной аритмией; 4. С незаращенным боталловым протоком; 5. Страдающих стенозом легочной артерии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1) 1,4

2) 1,2,3

3) 2,3,4

4) 2,3,5

5) Все ответы правильные

Правильный ответ: 2

8. У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двухкратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови – $19 \times 10^9/\text{л}$. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?

1) Острая странгуляционная кишечная непроходимость

2) Острое нарушение мезентериального кровообращения

3) Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты

4) Болезнь Бадда-Киари

5) Геморрагический панкреонекроз

Правильный ответ: 2

9. При обследовании больного с острым нарушением мезентериального кровообращения можно выявить следующие клинические симптомы: 1. Ассиметрию живота; 2. Симптом Блинова; 3. Ослабление перистальтики кишечника; 4. Усиление перистальтики кишечника; 5. «Шум плеска». Выберите лучшую комбинацию ответов:

- 1) 1,4
- 2) 1,2,3
- 3) 3,5
- 4) 2,3
- 5) 2,3,4

Правильный ответ: 5

10. Гангрена тонкой кишки в результате острой окклюзии верхней брыжеечной артерии может развиваться у больных: 1. Страдающих врожденным пороком сердца; 2. С постинфарктной аневризмой сердца; 3. Страдающих бактериальным эндокардитом; 4. С циррозом печени; 5. С коарктацией дуги аорты. Правильным будет:

- 1) 1,4
- 2) 2,5
- 3) 3,4
- 4) 1,2,3
- 5) Все ответы правильные

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача №1

У больного 45 лет, страдающего комбинированным митральным пороком сердца, 2 часа назад поднялась температура до 37,8 градусов, была однократная рвота. Год назад у него был подобный приступ болей, который самопроизвольно прошел. При осмотре: язык влажный, ЧСС – 130 уд/мин., пульс – 90 уд/мин., аритмичный, дефицит пульса – 40, АД 160/100 мм.рт.ст. Живот принимает участие в акте дыхания, подвздут, мягкий. Край печени +8 см. из-под реберной дуги, болезненный. В правой подвздошной области болезненность и небольшая ригидность мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Перистальтика кишечника усиленна. Ректальное исследование безболезненно. Положительный симптом Блинова-Кадьяна. По анализу крови: лейкоциты – $9,2 \cdot 10^9$ /л. Анализ мочи без патологических изменений. Рентгенография органов грудной клетки патологических изменений не выявила.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует проводить у данного больного?
4. Какие могут возникнуть осложнения у этого больного?

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: острый мезентериальный тромбоз предположительно в системе верхней брыжеечной артерии.

2. Дифференциальную диагностику следует проводить с: острым аппендицитом, плевропневмонией, протекающей с болевым корешковым синдромом.

3. Дополнительно следует провести: рентгенографию органов грудной клетки, лапароскопию, аортомезентерикографию, ЭхоКГ на предмет визуализации источника эмболии.

4. Возможные осложнения: декомпенсация сердечной недостаточности с развитием отека легких, тромбоэмболия в сосуды нижних конечностей, почек.

Задача №2

Больная 65 лет находилась в кардиологическом отделении по поводу постинфарктного кардиосклероза, аритмии. В 17 часов почувствовала резкие боли в животе. С подозрением на повторный инфаркт миокарда проводилось консервативное кардиотропное лечение включая наркотические препараты. В связи с отсутствием эффекта больная консультирована хирургом. При осмотре: язык сухой, живот вздут, резко болезненный во всех отделах, определяется симптом Щеткина -Блюмберга.

Вопрос:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо применить?
3. Что необходимо уточнить при инструментальных методах исследования?
4. Ваши действия?

Эталон ответа:

1. тромбоэмболия мезентериальных сосудов
2. Лапароскопия.
3. Необходимо уточнить сегмент эмболии
4. Неотложная операция больно с диагностическим спектром исследований на поиск эмболизированного участка и последствий его ликвидации

Задача №3

У больного 60 лет, страдающего ишемической болезнью сердца, системным атеросклерозом, метцательной аритмией, 1.5 часа назад поднялась температура до субфебрильных цифр, была однократная рвота. Ранее у него был подобный болевой эпизод, который самопроизвольно прошел. При осмотре: язык сухой, ЧСС – 140 уд/мин., пульс – 100 уд/мин., аритмичный, дефицит пульса – 40, АД 160/100 мм.рт.ст. Живот принимает участие в акте дыхания, подвздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Перистальтика кишечника усиленна. Ректальное исследование

безболезненно. Положительный симптом Блинова-Кадьяна. По анализу крови: умеренный лейкоцитоз. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей.

Вопрос:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует проводить у данного больного?
4. Какие могут возникнуть осложнения у этого больного?

Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: острый мезентериальный тромбоз.
2. Дифференциальную диагностику следует проводить с: острым аппендицитом, плевропневмонией, протекающей с болевым корешковым синдромом.
3. Дополнительно следует провести: рентгенографию органов грудной клетки, лапароскопию, аортomezентерикографию, ЭхоКГ на предмет визуализации источника эмболии.
4. Возможные осложнения: декомпенсация сердечной недостаточности с развитием отека легких, тромбоэмболия в сосуды нижних конечностей, почек.

Задача №4

У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двухкратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастррии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови – $19 \cdot 10^9/\text{л}$.

Вопрос:

1. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?
2. При подозрении на нарушение мезентериального кровообращения какие лучшие методы диагностики будут?
3. Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных с какой патологией?
4. Какая операция может быть выполнена у больного с эмболией верхней брыжеечной артерии в стадии инфаркта кишечника?
- 5.

Эталон ответа:

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения
2. Лапароскопия, ангиография верхней и нижней брыжеечных артерий
3. Страдающих ИБС и мерцательной аритмией, перенесших инфаркт миокарда, страдающих митральным стенозом, страдающих неспецифическим аортоартериитом, страдающих атеросклерозом висцеральных ветвей аорты.

4. Изолированная эмболия

Задача №5

Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении на лечении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.

6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.

Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз. Пульс 88 в минуту, аритмичный. АД – 110 / 90 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом. Лейкоцитоз – 12000 с палочкоядерным сдвигом до 7%. На ЭКГ – выраженная ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 258 ед.

Вопрос:

1. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Каким образом можно уточнить диагноз?
3. Дальнейшее ведение пациента?
4. Какой прогноз при своевременном лечении данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Инфаркт миокарда, острый мезентериальный тромбоз, острый панкреатит.
2. Повторить ЭКГ, при отсутствии данных за инфаркт – УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.
3. диагностическая лапароскопия, ангиография верхней и нижней брыжеечных артерий
4. Благоприятный

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы острой и хронической ишемии кишечника;
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: «Травма сосудов».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Классификация травм сосудов;
2. Клиника повреждений магистральных сосудов;
3. Методы диагностики повреждений сосудов;
4. Способы остановки кровотечений при травмах магистральных сосудов;

5. Методы хирургического лечения травм сосудов;

6. Реабилитация и диспансеризация больных после операций

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. Сколько степеней выраженности открытого повреждения сосуда различают:

а) I

б) II

в) IV

г) III

Правильный ответ: г

2. Травмы сосудов по виду поврежденного сосуда различают, все кроме:

а) артерии

б) вены

в) артерии и вены

г) артерии, вены, лимфатический проток.

Правильный ответ: г

3. Травмы сосудов по виду повреждения, все кроме:

а) открытые

б) закрытые

в) первичные

Правильный ответ: в

4. Травмы сосудов по времени, все кроме:

а) Вторичные

б) Острые

в) Первичные

Правильный ответ: в

5. Травмы сосудов по причинному фактору, все кроме:

а) Травматические

б) Инфицированные

в) Ятрогенные

г) Асептические.

д) Все перечисленное верно

Правильный ответ: д

6. По месту излияния крови травмы сосудов разделяют на все, кроме:

- а) С наружным кровотечением
- б) С внутренним кровотечением
- в) С внутритканевым кровотечением
- г) Асептические.

Правильный ответ: г

7. Для артериовенозного свища характерны, все кроме:

- а) урежение пульсации
- б) исчезновение или ослабление шума при сдавлении приводящей артерии
- в) Все перечисленное верно

Правильный ответ: в

8. Для венозного кровотечения характерно, все кроме:

- а) Непрерывное истечение темной крови
- б) Пульсирующая струя
- в) Отек конечности с набуханием периферических подкожных вен
- г) Верно все.

Правильный ответ: б

9. Наиболее часто происходит повреждение:

- а) Сосудов нижних конечностей
- б) Сосудов верхних конечностей
- в) Сосудов шеи
- г) Равнозначно

Правильный ответ: а

10. Мужчина, резана рана с/3 плеча. Пульсации на лучевой и локтевой артерии отсутствуют, какова причина:

- а) Повреждение плечевой артерии
- б) Повреждение плечевого нерва
- в) Повреждение v. Brahialis

Правильный ответ: а

11. При сшивании эксплантата с артерией, необходимо использовать:

- а) Лавсановые нити
- б) Монофиламентные атравматические нити
- в) Шелковые нити
- г) Кетгут

Правильный ответ: б

12. При сшивании эксплантата с артерией, предпочтительнее:

- а) Матрачный шов
- б) П-образный шов
- в) Непрерывный шов
- г) Узловой шов

Правильный ответ: в

5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

Задача № 1.

Поступил больной, 25 лет, с жалобами на наличие раны в области правого плеча, боли в ране, чувство онемения и похолодания в правой кисти и пальцах.

Анамнез заболевания: со слов сопровождающего и больного за 1 час до поступления ударил по стеклу и порезался.

Локально: при осмотре по передне-медиальной поверхности н/3 правого плеча имеется рана размерами 5,0x1,5 см с ровными краями и острыми углами, расположенная поперечно оси конечности. Рана заполнена сгустками крови, умеренно кровоточит. Чувствительность и активные движения сохранены. Пульсация на плечевой артерии на уровне с/3 плеча определяется, на лучевой и локтевой артериях отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные методы диагностики можно выполнить?.
3. Показания к операции
4. Что необходимо сделать во время операции
5. Возможные осложнения после операции

Эталон ответа:

1) Резаная рана нижней трети правого плеча с повреждением плечевой артерии.

2) Доплерография сосудов верхней конечности.

3) Наличие раны заполненной сгустками, с умеренным кровотечением. Отсутствие пульсации на лучевой и локтевой артерии.

4) Ревезия раны. При наличии повреждения артерии наложения сосудистого шва. При наличии полного пересечения артерии – анастомоз конец в конец. По окончании операции обязательно установить дренаж.

5) Массивное кровотечение при ревизии раны. Несостоятельность анастомоза. Интоксикация, ишемическая гангрена конечности, тромбозы оперированного сосуда, тромбофлебит,.

Задача №2

Пациентка, 63 года, поступила на плановое стентирование коронарных артерий.

Через час после удаления интрадусера из бедренной артерии и наложения давящей повязки, жалобы на боль в области верхней трети бедра.

Объективно: В области паховой связки давящая повязка. Повязка незначительно пропитана алой кровью. После снятия повязки, вокруг места пункции ткани отечны, при пальпации плотные, болезненные. Пульсация на подколенной артерии, артерии стопы сохранены.

Вопросы:

- 1) Ваш предварительный диагноз?

2) Какие инструментальные методы диагностики необходимо выполнить?

3) Есть ли необходимость в хирургическом лечении?

4) Что необходимо сделать во время операции?

5) Возможные осложнения операции

Эталон ответа:

1) Пульсирующая гематома.

2) ДС с ЦДК места пункции.

3) При подтверждении диагноза – Пальцевое прижатие в течении 60 мин. Повторное ДС с ЦДК. При сохранении пульсирующей струи – хирургическое лечение.

4) Ревизия, наложение сосудистого шва. Дренирование.

5) Массивное кровотечение при ревизии раны. Несостоятельность анастомоза.

Задача №3

В клинику поступил мужчина, 37 лет, в алкогольном опьянении. С жалобами на боль в области плеча. Сбор анамнеза затруднен. Со слов сопровождающих, несколько дней назад был избит. Ухудшение состояния около часа назад.

Объективно: Правое плечо в с/3 и в/3 отечно, при пальпации горячее, определяются симптомы флюктуации. Поставлен диагноз: Флегмона. Принято решение о вскрытии под м/а. При вскрытии в перевязочной – полость заполнена кровью. При ревизии развилось сильнейшее кровотечение, остановить которое удалось лишь наложением жгута выше места поражения.

Вопросы:

1) Правильно ли был поставлен диагноз и выбрана тактика?

2) Ваш предварительный диагноз?

3) Какие инструментальные исследования необходимо провести?

4) Хирургическая тактика в сложившейся ситуации?

5) Возможные послеоперационные осложнения?

Эталон ответа:

1) Нет.

2) Посттравматическая аневризма плечевой артерии.

3) УЗИ области поражения с доплерографией сосудов плеча.

4) Ревизия раны. Поиск источника кровотечения. При подтверждении диагноза – Наложение сосудистого шва. Дренирование.

5) Несостоятельность анастомоза, ишемическая гангрена конечности, нагноение раны.

Задача №4

В результате автодорожного происшествия у пациента произошел перелом плеча с обильным кровотечением из плечевой артерии.

Вопросы:

- 1) Где следует наложить жгут для временной остановки кровотечения с учетом коллатерального кровоснабжения предплечья?
- 2) Какие артерии анастомозируют в области локтевого сгиба?
- 3) Лечение.
- 4) Какое исследование необходимо провести для контроля проходимости артерии после операции?

Эталон ответа:

- 1) Жгут следует наложить выше отхождения глубокой артерии плеча.
- 2) Анастомозируют: ветви глубокой артерии плеча и верхняя и нижняя локтевые коллатеральные артерии с возвратными: лучевой, передней и задней локтевой и межкостной.
- 3) Экстренная госпитализация в хирургический стационар. Ревизия места перелома. Репозиция костных отломков – накостный остеосинтез. Восстановление проходимости артерии.
- 4) ДС с ДЦК артерий верхней конечности.

Задача № 5

В БСМП поступил больной, 20 лет, с жалобами на наличие раны в области правого бедра, боли в ране, чувство онемения и похолодания в правой голени и пальцах стопы.

Из анамнеза известно, что около 40 минут назад получил ножевое ранение.

Объективно: Кожные покровы бледные. АД 80/50 мм.рт.ст. ЧСС 90 уд/мин. По передней поверхности с/3 правого бедра имеется рана размерами 3,0x0,5 см. с ровными краями, расположенная поперечно оси конечности. Рана плотно замотано рубашкой. Штаны и повязка пропитаны кровью. Из раны определяется не обильное кровотечение. Чувствительность и активные движения снижены. Пульсация на подколенной артерии и артерии стопы не определяется.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В каком месте необходимо проверять пульсацию артерии стопы?
3. Тактика обследования?
4. Тактика лечения?
5. Есть ли необходимость в переливании крови?

Эталон ответа:

- 1) Колотая рана средней трети правого бедра с повреждением бедренной артерии.
- 2) На тыльной поверхности стопы (I межплюсневый промежуток)
- 3) Учитывая состояние пациента (АД, ЧСС, бледность кожных покровов) наличие резаной раны, кровопотерю и продолжающееся кровотечение, на проведение инструментальных исследований нет времени.
- 4) Хирургическое лечение. Экстренная операция. Восстановление проходимости артерии.

5) При уровне гемоглобина ниже 80 г/л необходимо перелить одногруппную кровь. Так же с целью возмещения ОЦК и гемостатической целью после операции необходимо инфузия свежзамороженной плазмы крови.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

Врач-специалист хирург должен уметь:

1. Выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы травмы сосудов;
2. Выполнять экстренную остановку кровотечений различными методами;
3. Выполнять основные диагностические мероприятия, провести функциональные пробы;
4. Назначать адекватное инструментальное обследование;
5. Определять тактику хирургического лечения;
6. Применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические).

1. Тема: «Зоб. Классификация, диагностика».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского 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 посещение диспансеризации
- 5) появление раздражительности

Правильный ответ:

4. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ, В АНАМНЕЗЕ VITAE СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

- 1) последнее посещение 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.

1. 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.

1. Сформулируйте диагноз
2. Назовите классификацию и критерии определения степени тяжести тиреотоксикоза.
3. Как будете лечить больного?
4. Какие особенности или критерии в лечении существуют?
5. Вторичная, третичная профилактика?

Эталон ответа.

1. Диффузно-токсический зоб 2 (ВОЗ), рецидивирующее течение, тиреотоксикоз тяжелой степени тяжести, декомпенсация

2. Тиреотоксикоз легкой степени - пульс - не > 100 уд./мин., потеря масса тела не $> 10-15\%$, признаков нарушения функции других органов и систем нет; средней степени - потеря массы тела не $> 15-30\%$, 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, ТЗ, 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 - ТЗ, Т 4, 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 суспициозный 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, скинтиграфия 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: «Рак щитовидной железы. Хирургические методы лечения. Комбинированное лечение. Реабилитация».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского 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 рака щитовидной железы.

5. Злокачественные новообразования щитовидной железы - диагностика, клиника, лечение.

6. Построение клинического диагноза при раке щитовидной железы.

7. Возможные оперативные доступы к щитовидной железе.

8. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных, перенесших операцию на щитовидной железе.

9. Возможные осложнения, связанные с операцией на щитовидной железе и их профилактика.

10. Вопросы реабилитации и диспансеризации.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

1. ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1) функциональную активность клеток

2) морфологическую структуру ткани

3) йодконцентрирующую функцию щитовидной железы

4) содержание трийодтиронинов в ткани

5) тяжесть тиреотоксикоза

Правильный ответ: 1

2. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЬНОМУ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СТАЦИОНАРНЫЙ И АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАПЫ)

1) 20-25 суток

2) 25-30 суток

3) 30-35 суток

4) 35-45 суток

5) 55-65 суток

Правильный ответ: 5

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) определение ПТГ
- 2) определение содержания тиреоглобулина
- 3) определение ТТГ и содержания свободного Т4 (тироксина)
- 4) определение адреналина, норадреналина
- 5) определение антител к микросомальной оксидазе

Правильный ответ:3

5. КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ БОЛЬНОМУ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) гемитиреоидэктомию
- 2) субтотальную резекцию правой доли
- 3) тиреоидэктомию, центральную лимфаденэктомию
- 4) истмусэктомию
- 5) субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы по

Николаеву

Правильный ответ:

6. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РАДИОИДТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) клинико-цитологическое подозрение на рак ЩЖ
- 2) высокий уровень ТТГ
- 3) наличие метастазов региональные лимфоузлы
- 4) холодный узел по данным скенирования
- 5) высокий уровень АТкТГ

Правильный ответ: 3

7. В ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО:

- 1) заместительная терапия
- 2) супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов
- 3) назначение йодомарина
- 4) облучение области щитовидной железы
- 5) скенирование щитовидной железы

Правильный ответ:2

8. РАСШИФРУЙТЕ СТАДИЮ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2N1M0

- 1) солитарная опухоль щитовидной железы менее 2 см
- 2) солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см
- 3) солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы
- 4) солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы и отдаленными метастазами
- 5) первично-множественный рак щитовидной железы

Правильный ответ:3

9. КАКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ СЛЕДУЕТ УДАЛЯТЬ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

1) удаление лимфатических узлов центральной зоны (VI уровень), лимфатические узлы II — V уровня шеи при доказанном их метастатическом поражении

2) отдельные увеличенные лимфоузлы

3) все лимфатические узлы шеи

4) лимфаденэктомия не обязательна

5) только боковые лимфоузлы шеи

Правильный ответ: 1

10. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) УЗИ

2) ТАБ

3) скенирование

4) МРТ

5) пальпация

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Задача №1

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 3x4 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 №2

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, скintiграфия 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.

Задача №3

У больной 24 лет выявлен рак щитовидной железы проведено оперативное лечение. Послеоперационный диагноз T2N1M0.

1. Какое оперативное вмешательство выполняется при данной стадии заболевания?
2. Перечислите необходимые методы обследования в послеоперационном периоде.

3. Выберите методы лечения больной в послеоперационном периоде?
4. Какие послеоперационные осложнения возможны в данном случае?
5. Перечислите реабилитационные мероприятия, после операции на щитовидной железе?

Эталон ответа.

1. Тиреоидэктомия, центральная лимфаденэктомия, боковая лимфаденэктомия при интраоперационном подтверждении наличия метастазов в лимфоузлах II — V уровня шеи
2. Сцинтиграфия скелета, гормоны крови ТТГ, Т3, Т4, УЗИ лимфатических узлов шеи
3. Супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов, радиойдтерапия
4. Гипокальциемия, повреждение возвратных нервов
5. Выписка после снятия швов на 7 сутки после операции. Больничный листок до 65 дней. Наблюдение у хирурга по месту жительства (перевязки до заживления). Далее наблюдение у эндокринолога (через 1 месяц определение ТТГ, Т3, Т4, супрессивная терапия тироксином, УЗИ лимфатических узлов шеи). В дальнейшем определение гормонального статуса и УЗИ лимфатических узлов шеи не реже 1 раза в год.

Задача №4

У больной 34 лет по данным ТАБ подозрение на рак щитовидной железы планируется оперативное лечение.

1. Какой план оперативного вмешательства при данной патологии?
2. Показания для радиойдтерапии?
3. Выберите методы лечения больной в послеоперационном периоде?
4. Какую профилактику послеоперационных осложнений следует проводить?
5. Перечислите реабилитационные мероприятия, после операции на щитовидной железе?

Эталон ответа.

1. Гемитиреоидэктомия со срочным гистологическим исследованием, при подтверждении рака щитовидной железы - тиреоидэктомия, центральная лимфаденэктомия, ревизия боковых лимфоузлов шеи, боковая лимфаденэктомия при интраоперационном подтверждении наличия метастазов в лимфоузлах II — V уровня шеи.

2. Показания для проведения терапии ^{131}I складываются из послеоперационного определения стадии процесса: Группа низкого риска: послеоперационная терапия ^{131}I не показана. Не установлено преимуществ в отношении частоты рецидива и летальности. Группа среднего риска: Показания определяются индивидуально. Нет однозначного мнения, должна ли терапия ^{131}I применяться у всех пациентов или только у тех, где есть сомнения в полном хирургическом удалении ЩЖ. Группа высокого риска. Послеоперационная терапия ^{131}I показана всем больным, так как достоверно

уменьшает вероятность прогрессирования опухоли и увеличивает выживаемость.

3. Супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов, радиоидтерапия при наличии метастазов в региональных лимфоузлах

4. Профилактика повреждения возвратных нервов – обязательное их интраоперационное выделение. Профилактика гипокальциемии – выделение паращитовидных желез вместе с питающим сосудом, назначение с первых суток после операции препаратов кальция.

5. Выписка после снятия швов на 7 сутки после операции. Больничный листок до 65 дней. Наблюдение у хирурга по месту жительства (перевязки до заживления). Далее наблюдение у эндокринолога (через 1 месяц определение ТТГ, Т3, Т4, супрессивная терапия тироксином, УЗИ лимфотических узлов шеи). В дальнейшем определение гормонального статуса и УЗИ лимфотических узлов шеи не реже 1 раза в год.

Задача №5

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.)

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 рака щитовидной железы.

1. Тема: «Спонтанный пневмоторакс, бронхиальные свищи».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- общая: сформировать у обучающихся ОК представление о своевременных методах диагностики и профилактики спонтанного пневмоторакса. Обладать ПК для оказания помощи данной категории больных.

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 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 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).

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 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);

- учебная: обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез, клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения данного заболевания, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Алгоритм выполнения плевральной пункции и дренирования плевральной полости.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного со спонтанным пневмотораксом и бронхиальным свищем. 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: техникой плевральной пункции и дренирования плевральной полости.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Травма легочной ткани.
- б. Эмфизема легких.
- в. Буллезный процесс.
- г. Специфический деструктивный процесс.
- д. Поликистоз легких.

Эталон: в.

2. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СП:

- а. Рентгенологическая.
- б. Эндоскопическая (ФБС).
- в. Торакоскопическая.
- г. Во время операции торакотомии.
- д. Комплексная.

Эталон: в.

3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА СП ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- а. Резекция измененной части легкого.
- б. Тщательная аспирация и расправление легкого.
- в. Химический или термический плевродез.

г. Лечение хронических заболеваний (бронхит, БА и т.д.).

д. Курортное лечение.

Эталон: в.

4. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СП ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

а. При травме легочной ткани.

б. При одиночных буллах легкого.

в. При множественных буллах легкого.

г. При опухолях плевры.

д. При специфических процессах.

Эталон: б.

5. СРОКИ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ НЕГЕРМЕТИЧНОСТИ ЛЕГКОГО ПРИ СП НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

а. 1 суток.

б. 2-х суток.

в. 3-х суток.

г. 5 суток.

д. Недельный срок.

Эталон: в.

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БУЛЛЕЗНЫЙ ПРОЦЕСС ПОРАЖАЕТ:

а. Нижнюю долю левого легкого.

б. Верхнюю долю левого легкого.

в. Верхнюю долю правого легкого.

г. Среднюю долю правого легкого.

д. Нижнюю долю левого легкого.

Эталон: в.

7. ВОЗМОЖНА ЛИ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА, НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ НАЛИЧИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА:

а. Невозможна.

б. При наличии небольшого спадения легкого.

в. При краевом верхушечном пневмотораксе.

г. При СП, осложненном плевритом.

д. При гнойном плеврите на почве СП.

Эталон: в.

8. ПОКАЗАНИЯ К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СП ВПЕРВЫЕ:

а. Молодой возраст больного.

б. Повторные накопления воздуха после плевральной пункции.

в. Сброс воздуха по плевральному дренажу.

г. Наличие множественных булл в легком.

д. При СП, осложненном плевритом.

Эталон: в.

9. ВОЗМОЖЕН ЛИ СП ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ПЛЕВРОДЕЗА:

- а. Возможен.
- б. Возможен при тяжелой физической нагрузке.
- в. Возможен у курящего больного.
- г. Невозможен из-за сращений висцерального и париетального листков плевры.

д. Невозможен, так как буллы при операции разрушаются, легочная ткань прошивается и герметизируется.

Эталон: д.

10. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ?

а. Послеоперационная несостоятельность культи бронха после операции на легком.

- б. Деструкция легкого.
- в. Разрыв больших кист легкого.
- г. Легочный туберкулез.
- д. Травма легочной ткани.

Эталон: а.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

У больного со СП после плевральной пункции вновь наступило спадение легкого:

- а. Почему вновь наступило спадение легкого?
- б. Какие действия следует предпринять?
- в. Необходима ли активная аспирация воздуха из плевральной полости?
- г. В течение какого срока необходимо расправить легкое?
- д. Чем опасно длительное лечение дренажом СП?

Эталоны ответов:

а. Спадение легкого наступило из-за нарушения герметичности легкого после аспирации воздуха.

б. Необходимо дренировать плевральную полость.

в. Активной аспирации воздуха не требуется, так как она мешает герметизации легкого.

г. Легкое необходимо расправить в течение 3-х суток.

д. Длительное дренирование плевральной полости опасно развитием эмпиемы.

Задача №2.

В стационаре одного крупного лечебного учреждения в течение 3-х раз лечился СП дренированием плевральной полости.

а. Причина частого развития СП?

б. Возможна ли диагностика причины заболевания на МСКТ?

в. Какое исследование уже при первой госпитализации могло установить причину рецидивирующего пневмоторакса?

г. Как следовало поступить, если для диагностики есть только обычные рентгенологическое исследование?

д. Что необходимо было предпринять для профилактики рецидивирующего пневмоторакса?

Эталоны ответов:

а. Последовательный разрыв булл легкого.

б. На МСКТ буллы из-за небольшого размера не видны.

в. Торакоскопия.

г. При рецидиве пневмоторакса следовало предпринять оперативное лечение.

д. Химическую обработку плевры для развития плевродеза (сращения плевральных листков).

Задача №3

Молодой человек поступил в стационар с гнойным плевритом на почве многодневного спонтанного пневмоторакса.

а. Какая вероятная причина вызвала данный процесс?

б. Что следует предпринять при поступлении больного?

в. Причина нерасправления легкого и продолжающегося плеврита?

г. Что следует предпринять?

д. Если планируется оперативное вмешательство, то его объем?

Эталоны ответов:

а. Разрыв кисты легкого и широкое сообщение бронхиальных путей с плевральной полостью.

б. Дренировать плевральную полость и назначить антибиотики.

в. Отсутствие герметичности легочной ткани и нерасправления легкого без которого плеврит не купируется.

г. Радикальное оперативное вмешательство.

д. Удаление кисты или резекция легкого с кистой.

Задача № 4

В стационар поступила больная 17 лет со спонтанным пневмотораксом. После дренирования плевральной полости легкое расправилось. Рентгенологически в верхушке легкого выявлен очаг деструкции.

а. Какое заболевание вызвало развитие спонтанного пневмоторакса?

б. Как подтвердить диагноз?

в. Какие признаки могут безошибочно поставить диагноз?

г. Какие заболевания необходимо дифференцировать?

д. Дальнейшие действия врача при подтверждении диагноза?

Эталоны ответов:

а. Заболевание скорее всего вызвано инфильтративным туберкулезом верхушки легкого с распадом.

б. Обследование мокроты на КУМ и томографически наличием мелких инфильтратов вокруг полости распада.

в. Рентгенологическая картина и нахождение КУМ в мокроте.

г. Дифференциальная диагностика между туберкулезом, абсцессом, нагноившейся кистой и эхинококком легкого.

д. Больная должна быть переведена во фтизиатрический стационар.

Задача №5

У больного после пульмонэктомии хроническая эмпиема плевры с бронхиальным свищем.

а. Как уточнить диагноз?

б. Требуется ли биопсия плевры и слизистой культи?

в. В какую фазу эмпиемы плевры надо оперировать больного?

г. Какая операция показана?

д. Какого клинического результата следует добиться?

Эталоны ответов:

а. Бронхоскопически и торакоскопией.

б. Да, требуется, для исключения опухоли и туберкулеза.

в. Операцию производят в фазу ремиссии.

г. Ушивание культи с торакопластикой.

д. Заживление свища, ликвидация полости эмпиемы.

б. Перечень практических умений по изучаемой теме.

– собрать жалобы и анамнез.

– провести физикальное обследование больного с заболеваниями легких и 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 заболеваний.

– выполнять перкуссию, аускультацию легких, пальпацию грудной клетки, подмышечных лимфоузлов.

– выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

– выявить клинические признаки абсцесса и гангрены легких и назначить лечение.

– производить плевральную пункцию и дренирование плевральной полости.

1. Тема: «Медиастинит, осложнения при оперативных вмешательствах на средостении».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

Цели обучения:

- 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 к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3)

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 проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, давать рекомендации по здоровому питанию, по двигательным режимам и занятиям физической культурой, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-12)

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 анатомио-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)

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)

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 цель:

обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики заболеваний средостения. 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 средостении.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями средостения. 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 техникой плевральной пункции.

Осложнения при оперативных вмешательствах на средостении.

Осложнения операций в средостении целиком связаны с вмешательствами на пищеводе (дивертикулы, ахалазия, доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода). Главной причиной развивающегося медиастинита является несостоятельность швов на пищеводе, в области наложения в средостении различных анастомозов (пищеводно-желудочных, анастомозов между пищеводом, тонкой или толстой кишкой). Разгерметизация швов на пищеводе влечет за собой поступление слюны из полости рта в средостение и развитие тяжелейшего медиастинита, справиться с которым иногда невозможно. Клинически это осложнение проявляется резким ухудшением состояния больного, подъемом температуры, интоксикацией, иногда присоединением плеврита и перикардита. Диагностика таких осложнений сложностей не представляет. Рентгенологическое исследование пищевода с контрастной массой позволяет выявить затек его в средостение. Иногда помощь может оказать фиброэзофагоскопия. Лечение подобного осложнения комплексное, часто малоэффективное. Если оставить дефект пищевода открытый в средостение, лечение почти бесперспективное. Необходимо в первую очередь розобщить дефект в пищеводе со средостением. Неэффективны попытки ушивания пищевода, перевязка его выше и ниже дефекта. Противопоказано введение эндопротеза (масса осложнений). Самое эффективное средство – эзофоготомия на шее, удаление скомпроментированного пищевода до диафрагмы, наложение гастростомы. Медиастинит лечится наложением двупросветной трубки в средостение для лаважа, антибиотикотерапия, дезинтоксикационная. Питание больного осуществляется через гастростому. Если удастся курировать медиастинит, то в будущем больному возможна заградительная пластика пищевода толстой кишкой.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ МЕДИАСТИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Утолщение объема шеи.
- б. Расширение тени средостения.
- в. Патогномоничных симптомов нет.
- г. Тяжелая гнойная интоксикация.
- д. Наличие перикардита, двустороннего плеврита.

Эталон: в.

2. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Таких признаков нет.
 - б. Боли при глотании.
 - в. Затруднение при глотании пищи.
 - г. Крепитация воздуха в тканях шеи.
 - д. Рвота с кровью.
- Эталон: г.

3. ПРИ РАНЕНИИ ПИЩЕВОДА, УШИВАНИЕ ЕГО ВОЗМОЖНО:

- а. В любые сроки.
 - б. В первые 6-12 часов.
 - в. В течение суток.
 - г. Пищевод можно не ушивать.
 - д. Эндоскопическим путем.
- Эталон: б.

4. РАНЕНИЕ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ:

- а. При ножевых ранениях.
 - б. При огнестрельных ранениях.
 - в. При ФГС.
 - г. При введение зонда.
 - д. При наличии инородного тела.
- Эталон: д.

5. НАИБОЛЕЕ ПРОЧНЫЙ СЛОЙ ПИЩЕВОДНОЙ СТЕНКИ:

- а. Слизистая.
 - б. Мышечный слой.
 - в. Адвентиция.
 - г. Все слои пищевода одинаково прочные.
 - д. Особенно прочной является околопищеводная клетчатка.
- Эталон: а.

6. ОСНОВНОЙ ФАКТОР В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ МЕДИАСТИНИТЕ:

- а. Антибиотикотерапия.
 - б. Дренирование средостения.
 - в. Дезинтоксикационная терапия.
 - г. Питание больного.
 - д. Выделить что-то основное в лечение медиастинита невозможно.
- Эталон: б.

7. ЧЕМ ОБЪЯСНИТЬ ВЫСОКУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ МЕДИАСТИНИТЕ?

- а. Высокой патогенностью микроорганизмов.
- б. Локализацией процесса около жизненно-важных органов.
- в. Несклонностью процесса к локализации.
- г. Поздней диагностикой процесса.

д. Плохой информированностью врачей о характере процесса и методах лечения.

Эталон: в.

8. ДИАГНОСТИКА МЕДИАСТИНИТА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ДАННЫХ:

а. Анамнеза.

б. Клинической симптоматики.

в. Рентгенологического исследования.

г. УЗИ.

д. Комплексного обследования больного.

Эталон: д.

9. ВЕРХНЕЙ МЕДИАСТИНИТ МОЖЕТ БЫТЬ ВСКРЫТ:

а. Шейным доступом по Разумовскому.

б. Доступом на шее по Кохеру.

в. Стернотомным разрезом.

г. Парастернальным разрезом.

д. Торакотомным доступом.

Эталон: а.

10. КАКОЕ ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДОСТЕНИИ:

а. Эзофагит.

б. Пневмония.

в. Медиастинит.

г. Флегмона шеи.

д. Перитонит.

Эталон: в.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

У больной с короткой шеей были трудности при интубации трахеи – оперирована по поводу миомы матки, кровотечения, после операции на шее определяется крепитация воздуха.

а. Чем объяснить появление воздуха в тканях шеи?

б. Какое осложнение грозит больной?

в. Что предпринять для обследования?

г. Лечение возникшего осложнения.

д. Сроки нетрудоспособности при адекватном лечении?

Эталоны ответов:

а. Повреждением пищевода или глотки.

б. Флегмона шеи и медиастинит.

в. ФГС и рентгенологическое исследование пищевода с жидким водорастворимым контрастом.

г. Оперативная шейная медиастинотомия по Разумовскому и ушивание разрыва глотки или пищевода.

д. При благоприятном течении б/л до 2-х месяцев.

Задача №2

У больной спонтанный разрыв пищевода недельной давности, левосторонний гнойный плеврит, медиастинит.

а. Объясните причину разрыва пищевода.

б. Как подтвердить диагноз?

в. Что предпринять в лечении разрыва пищевода?

г. Как кормить больную?

д. Сроки нетрудоспособности больной?

Эталоны ответов:

а. Рвотой с массивным поступлением в пищевод большого количества желудочного содержимого.

б. ФГС и рентгенологические исследования пищевода с контрастом.

в. Экстирпация пищевода по Торреку.

г. Наложение гастростомы.

д. МСЭК, нетрудоспособен.

Задача №3

У больного после резекции дивертикула в средней трети пищевода через 3 суток ухудшилось состояние. Симптомы интоксикации, лихорадки.

а. Какое осложнение следует заподозрить?

б. Какое обследование надо произвести?

в. Как лечить больного – консервативно или оперативно?

г. Какую операцию следует предпочесть?

д. Как кормить больного?

Эталоны ответов:

а. Несостоятельность швов на пищеводе.

б. Рентгенография пищевода.

в. Срочно оперировать больного.

г. Экстирпация пищевода, эзофагостома, гастростома.

д. Через гастростому.

Задачи №4

Больному 40 лет, по поводу ахалазии кардии, произведена кардиодилатация. Самочувствие удовлетворительное. На шее при пальпации определяется крепитация воздуха.

а. Чем объяснить наличие воздуха в тканях шеи?

б. Какие исследования следует произвести?

в. Что предпринять?

г. Доступ к нижней трети пищевода?

д. Какое оперативное вмешательство на пищеводе следует выполнить?

Эталоны ответов:

а. Разрывом пищевода при кардиодилатации.

- б. R-логическое исследование и ФГС.
- в. Оперативное вмешательство.
- г. Левосторонняя торакотомия.
- д. Операция Геллера-Суворовой.

Задача №5

3 суток назад больной во время еды проглотил суповую кость. Не может глотать, высокая лихорадка, боли в грудной клетке.

- а. Какой диагноз следует предположить?
- б. Как подтвердить диагноз?
- в. Лечебные мероприятия и их последовательность.
- г. Если обнаружится перфорация пищевода возможно ли его ушивание?
- д. Как кормить больного?

Эталоны ответов:

- а. Инородное тело пищевода, медиастинит.
- б. Рентгенологически – исследование с контрастом.
- в. Удаление инородного тела при ФГС, медиастинотомия.
- г. Невозможно.
- д. Через назогастральный зонд.

б. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собрать жалобы и анамнез.
- провести физикальное обследование больного с патологией пищевода.
- 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.

1. Тема: «Опухоли и кисты средостения».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- Классификация и этиология опухолей и кист средостения.
- Клиническая картина опухолей и кист средостения.
- Диагностика, в том числе компьютерная, кист и опухолей средостения, дифференциальная диагностика.

- Методы лечения опухолей и кист средостения.

- общая: сформировать у обучающихся представление о современных методах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных с заболеваниями средостения. Выпускник должен обладать следующими общекультурными компетенциями:

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 личностно значимых философских проблем, основных философских категорий, к самосовершенствованию (ОК-2);

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 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)

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 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)

- учебная цель:

обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики заболеваний средостения. 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 средостении.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями средостения. 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.

Владеть: техникой плевральной пункции, выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. **ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:**

- а. Кинический.
- б. Рентгенологический.
- в. Эндоскопический.
- г. Лабораторный.
- д. Такого метода не существует.

Эталон: б.

2. **В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:**

- а. Тимома.
- б. Киста перикарда.
- в. Невринома.
- г. Липома.
- д. Может локализоваться любая опухоль.

Эталон: в.

3. **ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:**

- а. Пункционный метод.
- б. Торакотомия.
- в. Медиастиноскопия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакоскопия.

Эталон: в.

4. **ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:**

- а. Консервативная терапия.
- б. Химиотерапия.
- в. Гамматерапия.
- г. Хирургическое лечение.
- д. Комбинированный метод лечения.

Эталон: г.

5. **СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН:**

- а. Для всех опухолей средостения.
- б. Для доброкачественных опухолей.
- в. Для тимомы средостения.
- г. Для невринома средостения.
- д. Для злокачественных опухолей средостения.

Эталон: д.

6. МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Липомы средостения.
- б. Тимомы.
- в. Невриномы.
- г. Кисты перикарда.
- д. Лимфогранулематоз (медиастинальная форма).

Эталон: б.

7. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- а. Расположение в переднем верхнем средостении.
- б. В переднем нижнем средостении.
- в. В заднем средостении паравертебрально.
- г. Характерной локализации опухоль не имеет.
- д. Характер опухоли может быть определен только морфологически, характерных проявлений не имеет.

Эталон: в.

8. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН:

- а. По клиническим симптомам.
- б. По рентгенологической картине.
- в. По КТ.
- г. При медиастиноскопии.
- д. Только по морфологии.

Эталон: д.

9. ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯХ:

- а. Консервативное лечение.
- б. Наблюдение.
- в. Радикальное хирургическое лечение.
- г. Операция при быстром росте опухоли.
- д. Оперативное лечение при появлении клинических симптомов.

Эталон: в.

10. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Шейный надгрудный доступ.
- б. Частичная продольная стернотомия.
- в. Срединная полная стернотомия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакотомия.

Эталон: б.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача № 1

У больного 20 лет без клинических проявлений рентгенологически выявлена тень в заднем средостении около позвоночника с ровными контурами.

- а. Для какой опухоли средостения характерна данная картина?
- б. Какое осложнение возможно при отказе от оперативного лечения?
- в. Какие исследования следует произвести для окончательной постановки диагноза?
- г. Какой доступ использовать для удаления опухоли?
- д. Сроки нетрудоспособности больного?

Эталоны ответов:

- а. Картина характерна для невриномы средостения.
- б. Перерождение в нейросаркому.
- в. КТ грудной клетки.
- г. Боковая торакотомия.
- д. До 2-х месяцев при радикальном лечении.

Задача № 2

У больной слабость в руках, ногах, птоз, небольшие бульбарные расстройства. Симптомы уменьшаются после введения прозерина. При обследовании найдена опухоль в переднем верхнем средостении.

- а. Как называется неврологическое заболевание?
- б. Какая опухоль в переднем средостении?
- в. Какая взаимосвязь опухоли и неврологических расстройств?
- г. План лечения?
- д. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

- а. У больной миастения, генерализированная форма.
- б. В переднем средостении тимомы.
- в. Причиной миастении является тимомы, выделяющая в кровь большое количество холинэстеразы.
- г. Выведение больной из миастенического криза антихолинэстеразными препаратами и оперативное лечение – удаление тимомы.
- д. Направить на МСЭК – нетрудоспособна.

Задача № 3

У больной 30 лет слабость, потливость, субфебрилитет по вечерам, при флюорографии выявлено расширение средостения за счет медиастинальных лимфоузлов.

- а. Предположительный диагноз?
- б. Какое исследование следует произвести для подтверждения наличия увеличенных лимфоузлов?
- в. Как верифицировать диагноз?
- г. Где и как лечить данное заболевание?
- д. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

- а. Лимфогранулематоз, медиастинальная форма.
- б. КТ грудной клетки.
- в. Необходима медиастиноскопия с биопсией узла.
- г. Лечение в Краевом онкологическом центре (КОЦ), комплексная лучевая и химиотерапия.
- д. Нетрудоспособна, направить на МСЭК.

Задача № 4

У больной постоянная тахикардия, потливость, раздражительность. При обследовании слева над диафрагмой, дополнительная тень диаметром до 10 см., однородная, с четким контуром.

- а. Сформулируйте диагноз.
- б. Как подтвердить диагноз?
- в. План лечения.
- г. При необходимости операции определите доступ?
- д. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

- а. Внутригрудной зоб с явлениями тиреотоксикоза.
- б. КТ грудной клетки и скенирование.
- в. Медикаментозное лечение тиреотоксикоза и оперативное лечение.
- г. Левосторонняя боковая торакотомия.
- д. Через 2-3 месяца при ликвидации тиреотоксикоза выписка на работу.

Задача № 5

У больного надсадный кашель, спит сидя. При обследовании в переднем средостении опухоль, выходящая на правый и левый контур средостения.

- а. Предположительный диагноз.
- б. Какое обследование предпринять?
- в. Как верифицировать диагноз?
- г. Какое лечение предпринять?
- д. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

- а. Лимфома средостения.
- б. КТ средостения.
- в. Биопсия опухоли – медиастиноскопия или парамедиастинотомия.
- г. Гормональная терапия и химиотерапия.
- д. Направить на МСЭК, нетрудоспособен.

б. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собрать жалобы и анамнез.
- провести физикальное обследование больных с заболеваниями средостения.
- 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 перкуссию, аускультацию легких, пальпацию грудной клетки, подмышечных лимфоузлов.
- выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

1. Тема: «Химические ожоги пищевода, эрозии. Пептические язвы пищевода».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

- общая: обучающийся должен обладать следующими общекультурными компетенциями:

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 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 использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции (ОК-7);

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:

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 к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);

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)

учебная цель:

обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики заболеваний пищевода. Клиническую картину заболеваний, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Реабилитацию больных после операций на пищеводе.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с патологией пищевода. 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: техникой рентгенологического исследования пищевода с контрастной массой.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. В КАКИЕ СРОКИ ПОЛНОСТЬЮ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ РУБЦОВЫЙ ПРОЦЕСС В СТЕНКЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОЖОГА?

- а. В течение 2-3 недель.
- б. В течение месяца.
- в. В течение 2-3 месяцев.
- г. В течение 6-8 месяцев.
- д. В течение года.

Эталон: д.

2. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА БОЛЬНОГО МОЖНО НАПРАВИТЬ НА ПЛАСТИКУ ПИЩЕВОДА?

- а. Через 1 месяц.
- б. Через 2 месяца.
- в. Через 3 месяца.
- г. Через 6 месяцев.
- д. Через 9-12 месяцев.

Эталон: д.

3. КАКОВ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПОСТОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА ОТ УРОВНЯ БИФУРКАЦИИ ДО ЖЕЛУДКА. МОЖЕТ ГЛОТАТЬ ТОЛЬКО ВОДУ.

- а. Операция - пластика пищевода.
- б. Бужирование пищевода.
- в. Дилатация пищевода.
- г. Гастростома и ретроградное бужирование пищевода.
- д. Срочная гастростома и пластика пищевода через год после ожога пищевода.

Эталон: д.

4. КАКОЙ ОТДЕЛ ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА?

- а. Верхняя треть пищевода.
- б. Бифуркационный отдел.
- в. Наддиафрагмальный отдел.
- г. Абдоминальная часть пищевода.
- д. Одинаково часто поражаются все отделы пищевода.

Эталон: б.

5. КАКОЙ СПОСОБ ГАСТРОТОМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ?

- а. По Витцелю.
- б. По Кадеру.
- в. По Топроверу.
- г. По Сапожкову.
- д. По Беку.

Эталон: б.

6. НАИБОЛЕЕ СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА?

- а. Пластика тонкой кишкой.
- б. Пластика правой половиной толстой кишки.
- в. Пластика левой половиной толстой кишки.
- г. Кожная пластика.
- д. Пластика пищевода желудком.

Эталон: д.

7. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА?

- а. Подкожный.
- б. Субфасциальный.
- в. В средостении.
- г. Трансплевральный.
- д. Способы равноценные.

Эталон: в.

8. ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА КИСЛОТОЙ У БОЛЬНОГО СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА И СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА. ВЫБЕРИТЕ ТАКТИКУ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ.

- а. Гастростомия.
- б. Еюностомия.
- в. Гастростомия и гастроэнтероанастомоз.
- г. Гастростомия и резекция желудка по Бильрот 1.
- д. Гастростомия и резекция желудка по Бильрот 2.

Эталон: г.

9. КАКОВА ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЭРОЗИЙ ПИЩЕВОДА?

- а. Употребление алкоголя.
- б. Питание острой пищей.
- в. Желудочный рефлюкс.
- г. Сопутствующие заболевания (язвы, холецистит).
- д. Тяжелый физический труд.

Эталон: в.

10. ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

- а. В верхней трети пищевода.
- б. В средней трети пищевода.
- в. В нижней трети пищевода.
- г. В абдоминальном отделе пищевода.
- д. Могут локализоваться в любом отделе пищевода.

Эталон: г.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача № 1

У больного месяц назад был ожог пищевода кислотой. Свободное глотание только жидкой пищи. После еды боли за грудиной, тошнота, срыгивание пищи. Сам вызывает рвоту, приносящую облегчение.

1. Чем объяснить рвоту?
2. Что сделать для уточнения диагноза?
3. Объясните механизм заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

а. Рвота объясняется тем, что у больного имеется постожоговый стеноз выходного отдела желудка (привратника).

б. Необходимо контрастное рентгенологическое исследование желудка с повторным исследованием на следующее утро (суб. или декомпенсированный стеноз).

в. Стеноз именно привратника возникает вследствие химического ожога, так как сразу после употребления жидкости возникает стойкий спазм привратника и наиболее страдает именно привратник, а не другие отделы желудка.

г. Инфузионная терапия и оперативное лечение, резекция желудка по Бильрот 1 или гастрозентероанастомоз в зависимости от состояния больного.

д. Направить на МСЭК – нетрудоспособен 1 год, переосвидетельствование через 12 месяцев.

Задача № 2

У больного постожоговая стриктура пищевода 5 степени. Питается только через гастростому.

а. Когда возможна пластика пищевода и почему?

б. Какая пластика пищевода предпочтительнее?

в. Возможно ли до операции определить вид пластики?

г. Какая подготовка к операции необходима?

д. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

а. Пластика пищевода возможна через 10-12 месяцев после ожога, поскольку именно в эти сроки заканчивается рубцевание пищевода.

б. Предпочтительнее пластика желудком.

в. До операции обследуется состояние желудка. Используется контрастное исследование и ФГС через гастростому. Отсутствие патологических изменений желудка позволяет предположить пластику желудком.

г. Полноценное питание через гастростому, инфузионная терапия (солевые растворы, аминокислоты, белковые препараты).

д. Направить на МСЭК – нетрудоспособен.

Задача № 3

У больного в связи с ожогом пищевода и желудка (выходной отдел) была наложена гастростома и гастрозентероанастомоз.

1. Возможна ли пластика пищевода?

2. Если возможна то какой орган используется?

3. В каком отделе грудной клетки проводится этот орган?

4. Основная причина неудач всех пластик?

5. Как решить вопросы нетрудоспособности?

Эталоны ответов:

а. Возможна.

б. Толстая кишка так как тонкая и желудок для этого не пригодны.
в. Толстая кишка, ее правая или левая половина проводится в переднем средостении за грудиной.

г. Некроз трансплантата, вследствие тромбоза питающих сосудов.

д. Через МСЭЖ больной нетрудоспособен.

Задача № 4

У больного стеноз с\3 пищевода 3 степени, на протяжении 5 см. 1.5 месяца после ожога, дисфагия нарастает.

а. Как уточнить диагноз?

б. Какое лечение предложить?

в. Лучший вариант данного лечения?

г. Является ли предполагаемое лечение радикальным?

д. Решение вопроса о нетрудоспособности

Эталоны ответов:

а. Контрастное исследование.

б. Бужирование пищевода.

в. Ретроградный способ через гастростому, которую и надо предложить больному. После наложения гастростомы и заживления ран начать бужирование.

г. Лечение не радикальное поскольку рубцовый процесс продолжается до года. Как правило требуется повторное бужирование.

д. Направить на МСЖ, больной в течение ближайшего года нетрудоспособен.

Задача № 5

Больной случайно употребил кислоту. Имеется дисфагия. При рентгенологическом исследовании имеется сужение пищевода.

а. Какой отдел пищевода преимущественно поражается при случайном употреблении агрессивных жидкостей?

б. С чем дифференцировать имеющуюся патологию?

в. Что является основным в дифференциальной диагностике данных заболеваний?

г. Какое лечение возможно в создавшийся ситуации?

д. Определение срока нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

а. Преимущественно поражается нижняя треть пищевода.

б. С раком нижней трети пищевода.

в. Гистологическое исследование биопсийного материала при ФГС.

г. Бужирование пищевода, лучше ретроградное.

д. Больничный лист на период бужирования пищевода.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

- собирать жалобы и анамнез.

- проводить физикальное обследование больного с патологией пищевода.

- 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.

1. Тема: «Ахалазия кардии».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

обучающийся должен обладать следующими общекультурными компетенциями:

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 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)

Обучающийся 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 к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);

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 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)

обучающийся должен

Знать: этиопатогенез и степени ахалазии кардии, методы лечения ахалазии кардии, профилактика заболевания.

Уметь: собирать жалобы, произвести клинический осмотр больного, обследовать больного рентгенологически, поставить правильный диагноз. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения.

Владеть: техникой промывания пищевода и оказанием первой помощи больному с ахалазией кардии.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- а. Медикаментозное лечение.
- б. Операция Геллера.
- в. Операция Геллера – Петровского.
- г. Операция Геллера – Суворовой.
- д. Кардиодилатация.

Эталон: д.

2. **ДИАГНОСТИКА АХАЛАЗИИ КАРДИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:**

- а. Рентгеноскопия пищевода.
- б. Эзофагоскопия.
- в. Эзофагокимография.
- г. Анамнез.
- д. УЗИ.

Эталон: д.

3. **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**

- а. Расширение пищевода.
- б. Большого количества содержимого в пищеводе.
- в. Хорошего расправления пищевода воздухом.
- г. Рефлюкса желудочного содержимого в пищевод.
- д. Спазма кардии.

Эталон: г

4. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ:**

- а. Сужение терминального отдела в виде клюва.
- б. Супрастенотическое расширение пищевода.
- в. Уровень воздух - жидкость в пищеводе.

- г. Атонический, извитой пищевод.
- д. Изъеденность контуров пищевода.

Эталон: д.

5. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ КАРДИОДИЛЯТАЦИИ?

- а. Разрыв пищевода.
- б. Кровотечение
- в. Недостаточность кардии.
- г. Развитие рубцового стеноза.
- д. Все перечисленное.

Эталон: а.

6. ЭТИОЛОГИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ?

- а. В основе заболевания лежит травма пищевода.
- б. Этиология ахалазии кардии не ясна.
- в. В генезе заболевания ведущее значение принадлежит психической травме.
- г. Заболевание носит врожденный характер.
- д. Развитие заболевания связано с гибелью интрамурального нервного сплетения кардии.

Эталон: д.

7. АХАЗИЯ КАРДИИ ИМЕЕТ:

- а. 1 стадию.
- б. 2 стадии.
- в. 3 стадии.
- г. 4 стадии.
- д. Стадий не имеет.

Эталон: г.

8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АХАЛАЗИИ КАРДИИ И РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПРОВОДИТСЯ:

- а. На основании клинических данных.
- б. Рентгенологически.
- в. На основании УЗИ.
- г. Эндоскопически.
- д. На основании МСКТ.

Эталон: г

9. ПОСЛЕ КАРДИОДИЛАТАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ:

- а. Мотилиум.
- б. Церукал.
- в. Прозерин.
- г. Фестал.
- д. Креон.

Эталон: а.

10. КАКИЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ?

- а. Питание жидкой пищей.
- б. Консервативные мероприятия неэффективны.
- в. Атропинизация.
- г. Церукал, церулан.
- д. Мотилиум.

Эталон: б.

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

Задача №1

Больная в течение 6 лет предъявляет жалобы на задержку пищи в пищевод, на боли за грудиной, отрыжку, регургитацию пищи, особенно ночью. Получала инъекции спазмолитиков, улучшения не наступало. После ФГС состояние улучшилось на 1-2 дня. Имеет дефицит веса до 10-15 кг.

- а. Предположительный диагноз?
- б. Как уточнить диагноз?
- в. Назначьте медикаментозное лечение?
- г. Какое лечение следует рекомендовать больной?
- д. Сроки нетрудоспособности при лечении больной?

Эталоны ответов:

- а. Ахалазия кардии.
- б. Контрастное рентгеновское исследование.
- в. Медикаментозное лечение не эффективно.
- г. Рекомендовать кардиодилатацию.
- д. Сроки нетрудоспособности 2 недели при эффективной кардиодилатации.

Задача №2

У больного рентгенологическое определяется широкое заднее средостение с горизонтальным уровнем жидкости. Как оценить данную ситуацию и что делать?

- а. Предположительный диагноз?
- б. Как подтвердить диагноз?
- в. Как провести дифференциальный диагноз?
- г. Какое лечение следует предпринять?
- д. Какие рекомендации дают больному при выписке?

Эталоны ответов:

- а. Ахалазия кардии 4 ст.
- б. Рентгенологически с контрастным веществом.
- в. ФЭГС – при ахалазии эндоскоп свободно проходит в желудок.
- г. Кардиодилатацию.
- д. Соблюдение режима питания, диеты, омепразол.

Задача №3

Чем объяснить рецидив дисфагии после кардиолитации у больного через 2 года?

а. Нарушением питания больного.
б. Развитием рубцовых изменений в кардии.
в. Отсутствием мейснеровских и ауэрбаховских сплетений в нижней трети пищевода.

г. Недостаточностью кардиодилатации.
д. Есть показания к оперативному лечению.

Эталоны ответов:

а. Питание мало влияет на ахалазию кардии.
б. Развитие рубцовых изменений исключается при ФЭГС.
в. Кардиодилатация не восстанавливает иннервацию пищевода.
г. Вывод неверен – кардиодилатация восстанавливает пассаж пищи по пищеводу.

д. Показана повторная гидродилатация.

Задача № 4

У больной дисфагия, боли за грудиной, высокая температура, рвота пищей с запахом.

а. Какое осложнение ахалазии у больной?
б. Что предпринять на начальном этапе лечения?
в. Показана ли кардиодилатация?
г. В какие сроки они проводятся?
д. Возможно показано оперативное лечение?

Эталоны ответов:

а. Явления эзофагита из-за застоя пищи в пищеводе.
б. Промыть пищевод через зонд, назначить антибиотики.
в. Показана.
г. После стихания эзофагита.
д. Оперативное лечение не показано.

Задача № 5

У больного после кардиодилатации боли за грудиной, подъем температуры, крепитация воздуха на шее.

а. Какое осложнение произошло?
б. Как подтвердить диагноз?
в. Возможно ли консервативное ведение больного?
г. Какое оперативное вмешательство показано?
д. Если осложнению более 24 часов?

Эталоны ответов:

а. Разрыв пищевода.
б. Рентгенологически и на ФЭГС.
в. Недопустимо консервативное ведение больного.
г. Ушивание пищевода.
д. Экстирпация пищевода.

б. Перечень практических умений по изучаемой теме.

– собрать жалобы и анамнез.

- провести физикальное обследование больных с заболеваниями средостения.
- 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 перкуссию, аускультацию легких, пальпацию грудной клетки, подмышечных лимфоузлов.
- выполнять внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

1. Тема: «Доброкачественные опухоли молочной железы. Классификация, диагностика, методы оперативного лечения».

2. Форма работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия:

1. Назовите основные этиопатогенетические моменты дисгормональных и опухолевых поражений молочной железы.

2. Приведите классификацию мастопатий клиническую и гистологическую.

3. Назовите основные патологоанатомические формы рака молочной железы по макроскопической картине и гистологическому строению.

4. Приведите классификацию рака молочной железы по стадиям и принципы международной классификации по системе T, N, M.

5. Перечислите основные жалобы больных, страдающих раком молочной железы, охарактеризуйте основные клинические симптомы, присущие раку этой локализации.

6. Охарактеризуйте дополнительные методы исследования, применяемые для подтверждения диагноза рака молочной железы.

7. Проанализируйте клинические различия, позволяющие отдифференцировать рак молочной железы от различных доброкачественных заболеваний, туберкулеза, саркомы молочной железы.

8. Перечислите атипичные формы рака молочной железы.

9. В чем состоит профилактика доброкачественных и злокачественных опухолей молочной железы.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. Характерными жалобами при остром лактационном мастите будут:

1) боли в молочной железе

2) покраснение молочной железы

3) припухлость молочной железы, изменение конфигурации железы и соска

4) выделения из соска

5) все вышеперечисленное

Правильный ответ: 5

2. В анамнезе заболевания у больной с острым лактационным маститом следует обратить внимание на все, кроме:

1) давность появления болей, их связь с предменструальным периодом, лактацией

2) предшествующие заболеванию молочной железы моменты – роды, кормление грудью, характер и сроки подготовки сосков в период беременности

3) перенесенные заболевания (мастопатии, фибroadеномы).

4) предрасполагающие моменты (застой молока, плоские соски, трещины соска – при маститах; травмы грудной железы)

5) качество молока

Правильный ответ:

3. Объективное исследование молочных желез включает:

1) Обследование молочной железы в положении стоя и лежа (обязательно в сравнении со второй)

2) Симметричность, деформацию железы, приподнятость ее, изменение размеров, цвета кожных покровов, цианоз, расширение венозной сети, смещаемость при поднятии руки, наличие симптомов “лимонной корки”, “симптома площадки”, “умбиликации”, втянутость, смещение соска.

3) Болезненность, наличие инфильтрата, опухоли, ее размеры, подвижность, спаянность с кожей, участки уплотнения или размягчения (флюктуации) в железе

4) Состояние лимфатических узлов (в подкрыльцовой впадине, в подключичной и надключичной областях, одиночные, конгломераты, степень подвижности их, отечность руки).

5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

4. Дополнительные исследования молочных желез:

1) Общий анализ крови (лейкоцитоз – при мастите, анемия, лейкопения – при раке, увеличенная СОЭ).

2) Контрастная маммография (дуктография с сергозином).

3) Пункционная биопсия, при подозрении на рак.

4) УЗИ молочной железы.

5) Все перечисленное

Правильный ответ: 5

5. Дифференциальный диагноз патологии молочной железы следует проводить между:

1) острым маститом

2) раком молочной железы

3) мастопатиями (железистые, фиброзные, кистозные, папиллярные)

4) доброкачественными опухолями (фиброаденомы, липомы)

5) Всем перечисленным

Правильный ответ: 5

6. Возможные причины возникновения острого лактационного мастита.

Все,

кроме:

1) недостаточное сдаивание молока (лактостаз)

2) плохой уход за соском

3) трещины соска

4) отсутствие антибиотикопрофилактики

Правильный ответ: 4

7. При лактостазе показано все, кроме:

- 1) массажа молочных желез
- 2) тщательного сцеживания молока
- 3) антибиотикотерапии
- 4) возвышенного положения молочных желез
- 5) продолжения кормления грудью

Правильный ответ: 3

8. У больной температура 39, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно болезненный, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

- 1) острый мастит
- 2) диффузная мастопатия
- 3) хронический мастит
- 4) рожеподобный рак
- 5) узловатая мастопатия

Правильный ответ: 1

9. Что является основой профилактических мероприятий острого мастита?

- 1) повышение сопротивляемости организма беременной женщины
- 2) санация эндогенных очагов инфекции
- 3) обучение женщин правилам кормления ребенка грудью
- 4) тщательное сцеживание груди после кормления
- 5) все выше перечисленное

Правильный ответ: 5

10. В начальной серозной стадии острого мастита НЕ применяются:

- 1) разрез
- 2) предупреждение застоя молока
- 3) антибактериальная терапия
- 4) ультразвуковая терапия
- 5) лазерная терапия

Правильный ответ: 1

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№1

Больная 50 лет обратилась с жалобой на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. Выделения появились 6 лет тому назад, когда у больной началась менопауза. Иногда ощущает распирающие боли в молочной железе, что связывает с отсутствием выделений в это время. При осмотре изменений в железе нет, при пальпации никаких образований не определяется, но при надавливании на центральную часть железы из соска начинает выделяться сукровичное отделяемое. При цитологическом анализе мазка из отделяемого атипичных клеток не обнаружено. На контрастной

маммографии через расширенный молочный проток контрастом заполнена полость в подареолярной области с фестончатыми неровными краями.

- 1) Ваш диагноз
- 2) План лечения
- 3) Клинико-морфологическая классификация рака молочной железы сколько стадий
- 4) Виды кист

Эталон ответа

- 1) Киста молочной железы с папилломатозными кровотокающими разрастаниями на стенках.
- 2) Показано удаление кисты со срочной биопсией, т. к. эта форма кистозной мастопатии подвержена злокачественному перерождению
- 3) Четыре
- 4) Простая и папиллярная

№2.

Девушка 18 лет случайно обнаружила у себя в левой молочной железе округлое подвижное безболезненное образование до 1 см в диаметре. Когда оно появилось, указать не может. Менструальный цикл не изменен. Во время менструаций образование размеров не меняет. Замужем не была. На обзорной маммографии в наружном отделе молочной железы видно образование 1,1 округлой формы с четкими ровными контурами, с ободком просветления вокруг и отсутствием изменений в окружающей ткани.

- 1) Ваш диагноз
- 2) план лечения
- 3) Клинико-морфологическая классификация рака молочной железы сколько стадий

Эталон ответа

- 1) Фиброаденома молочной железы.
- 2) Показано оперативное лечение - вылущивание опухоли.
- 3) четыре

№3.

Кормящая мать 22 лет заметила появление около ареолы малоблезненного образования до 5 см в диаметре, кожа над ним не изменена. температуры нет. Образование медленно увеличивается. Продолжает кормить грудью ребенка. На обзорной маммографии в ареолярной области определяется одиночное округлой формы образование с четкими контурами до 5 см в диаметре. По периферии образования ободок уплотнения - капсула. Кожа в области ареолы и соска не изменена.

- 1) Ваш диагноз
- 2) план лечения

Эталон ответа

- 1) Галактоцеле.

2) Рекомендована пункция с отсасыванием содержимого. Если после 2-3 пункций и окончания кормления образование вновь появляется, показано оперативное удаление его

№4.

Больная 55 лет обратила внимание на втяжение соска правой молочной железы и нечетко пальпируемое образование в центральной части железы. Указанные явления появились 2 месяца тому назад. Менструации прекратились 5 лет тому назад. Сосок справа несколько втянут. Образование плотное без четких границ до 2 см в диаметре сливается с тканью железы. Подмышечные железы не пальпируются, на маммограмме в центральном отделе железы тень опухоли неправильной формы с неровными очертаниями и тяжами в окружающую ткань. В центре опухоли микрокальцинаты.

- 1) Ваш диагноз
- 2) план лечения

Эталон ответа

- 1) Инфильтративный рак молочной железы.
- 2) Показана радикальная мастэктомия.

№5.

Больная 35 лет обратилась по поводу распирающих болей в левой молочной железе, обостряющихся в предменструальный период. Выделений из соска нет. При осмотре в предменструальном периоде железа увеличена по сравнению с правой железой, болезненна, определяются множественные эластичные образования размером от 0,5 до 2 см. При осмотре на 7-й день после окончания менструаций железа безболезненна, несколько уплотнена, но узловых образований в ней не определяется. На обзорной маммографии выраженный фиброз стромы, участки железистой гиперплазии, множественные просветления округлой и овальной формы.

- 1) Ваш диагноз
- 2) план лечения

Эталон ответа

- 1) Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия.
- 2) Рекомендован прием 10% раствора хлористого кальция в предменструальном периоде для уменьшения распирающих болей, связанных с растяжением капсулы кист. Прием в течение 3-4 месяцев микродоз йода, как рассасывающую терапию (0,25% раствор йодистого калий по 1 чайной ложке 2 раза в день). Инфильтративный рак молочной железы. Показана радикальная мастэктомия.

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. Обследование органов грудной клетки.
4. Чтение рентгенограмм, томограмм грудной клетки, оценка маммографии.
5. Обследование молочной железы.

1. Тема: «Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиология и патогенез панариция.
2. Классификация панариция.
3. Клиническая картина подкожного панариция.
4. Лечебно-диагностический алгоритм у больных хирургического профиля в условиях хирургического отделения (кабинета) поликлиники.
5. План лабораторного и инструментального обследований у больного, обратившегося за медицинской помощью к хирургу поликлиники.
6. Методик пальцевого ректального исследования.
7. Техника местной анестезии.
8. Методика первичной хирургической обработки раны.
9. Методика хирургического лечения панариция.
10. Методикой вскрытия абсцедирующего фурункула.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ С

- 1) подозрением на острый аппендицит
- 2) «злокачественным» фурункулом
- 3) глубокими ожогами до 10% площади поражения
- 4) подкожным панарицием
- 5) восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены

Правильный ответ: 4

2. ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) 20% р-р новокаина
- 2) 30% р-р лидокаина
- 3) 2% р-р лидокаина
- 4) 2 мл реланиума
- 5) 50% р-р анальгина

Правильный ответ: 3

3. ОПЕРАЦИИ, ОБЫЧНО ВЫПОЛНЯЕМЫЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ

- 1) операции под общим наркозом
- 2) операции под внутривенным обезболиванием
- 3) малые хирургические вмешательства, не требующие общего обезболивания

4) операции с участием анестезиологической бригады

5) резекции внутренних органов

Правильный ответ: 3

4. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН ПАЦИЕНТ С

- 1) липомой правого бедра
- 2) паховой грыжей
- 3) эпикондилитом
- 4) подозрением на острый аппендицит
- 5) подозрением на обострение язвенной болезни

Правильный ответ: 4

5. ПАЦИЕНТ С АТЕРОМОЙ МЕЖЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ БУДЕТ ПРООПЕРИРОВАН В

- 1) назначенный час в чистой операционной
- 2) любой час амбулаторного приёма
- 3) назначенный час в перевязочной
- 4) любое время в гнойной операционной
- 5) конце рабочего дня в кабинете хирурга

Правильный ответ: 1

6. У ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ХИРУРГА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬСЯ ПАЦИЕНТУ С

- 1) гипертоническим кризом
- 2) подкожным панарицием
- 3) кистой правой почки
- 4) флегмоной левого предплечья
- 5) буллёзной формой рожи левой голени

Правильный ответ: 2

7. НА АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ ПРИШЛА С ОТКРЫТЫМ ЛИСТКОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТКА 27 ЛЕТ, ПРООПЕРИРОВАННАЯ 8 СУТОК НАЗАД В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА. ЭТОТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕОБХОДИМО

- 1) «закрыть» днём выписки из стационара
- 2) вернуть в стационар
- 3) «закрыть» днём обращения на приём в поликлинику
- 4) «продлить»
- 5) «продлить», а больную направить на КЭК

Правильный ответ: 4

8. ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА

- 1) КЭК
- 2) курорт
- 3) принудительное лечение
- 4) работу с особым режимом
- 5) МСЭ

Правильный ответ: 5

9. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОДКОЖНЫМ ПАНАРИЦИЕМ

- 1) внутривенный наркоз
- 2) по Оберсту-Лукашевичу
- 3) инфильтрационная анестезия
- 4) без обезболивания
- 5) орошение местным анестетиком

Правильный ответ: 2

10. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У РАБОТАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА 32 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ПАХОВАЯ ГРЫЖА СПРАВА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) ношение бандажа
- 2) сменить место работы
- 3) экстренно обратиться в приёмный покой стационара
- 4) плановое грыжесечение
- 5) приём витаминов

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

На приём к хирургу поликлиники пришла больная. Жалуется на головную боль, отёк левой щеки, боль, которая усиливается при разговоре, жевании. Больной себя считает в течение 2 дней, после того как выдавила у себя прыщик, расположенный на верхней губе слева. На следующий день появился отёк, на месте прыща возник гнойничок, повысилась температура тела. При осмотре выраженная асимметрия лица за счёт отёка левой щеки, на верхней губе слева кожа гиперемирована, в центре припухлости чёрная точка. При пальпации здесь определяется плотный болезненный инфильтрат. Температура тела 38,9 °С.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы особенности течения заболевания у данной больной?
3. Тактика хирурга поликлиники?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Абсцедирующий фурункул верхней губы. Сепсис. Тромбоз венозного синуса твёрдой мозговой оболочки?
2. При данной локализации фурункула имеется опасность развития тяжёлых осложнений (тромбоз венозного синуса твёрдой мозговой оболочки и, как следствие, гнойный менингит).
3. Хирург должен вызвать бригаду скорой медицинской помощи и транспортировать больную в хирургический стационар.

4. Экстренная операция (вскрытие, дренирование абсцесса) под общим обезболиванием, антибактериальная терапия, антикоагулянты, симптоматическая терапия.

5. При неосложнённом течении – благоприятный. При развитии гнойного менингита летальность по разным данным составляет от 9 до 65%.

№2

В поликлинику к хирургу после бессонной ночи пришёл больной с жалобами на сильную пульсирующую боль в ногтевой фаланге III пальца правой кисти, которая усиливается при малейшем движении пальца, небольшое повышение температуры тела. Заболел два дня назад, после того как на работе наколол палец проволокой. Рану не обрабатывал. При осмотре палец булабовидно утолщен, на ладонной поверхности ногтевой фаланги в центре участка гиперемии под кожей просматривается желтоватое пятнышко. При пальпации пуговчатым зондом в этом месте наибольшая болезненность.

1. Ваш диагноз?
2. Где должна быть оказана помощь данному больному?
3. Какая операция показана больному?
4. Метод обезболивания?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Острый гнойный подкожный панариций.
2. В условиях поликлиники.
3. Вскрытие панариция.
4. Проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу.
5. Благоприятный.

№3

На приём в поликлинику пришла женщина 66 лет с жалобами на боль постоянного характера в области правой ягодицы, появление плотной опухоли в этом же месте, повышение температуры тела. Больна в течение недели, начало заболевания связывает с инъекцией раствора сернокислой магнезии в ягодицу, произведенную фельдшером «скорой» по поводу гипертонического криза. На следующий день после укола появились зудящая боль в месте укола, покраснение кожи, уплотнение. Постепенно все эти явления нарастали, повысилась температура тела. Местно при осмотре имеется гиперемия кожи ягодицы, при пальпации определяется болезненный плотный инфильтрат без чётких границ и признаков флюктуации.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика?
4. Показания к госпитализации в стационар?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Постинъекционный воспалительный инфильтрат правой ягодицы, который необходимо дифференцировать с абсцессом?

2. Развёрнутый анализ крови, анализ крови на сахар, УЗИ мягких тканей правой ягодицы, диагностическая пункция инфильтрата.

3. При исключении абсцесса – консервативное лечение (антибактериальная и противовоспалительная терапия, физиотерапия, водочные компрессы). При обнаружении признаков абсцедирования показана операция «Вскрытие, дренирование абсцесса» под местной анестезией (в поликлинике) или под наркозом (в стационаре).

4. Наличие большого абсцесса (флегмоны), интоксикация, тяжёлые сопутствующие заболевания, отсутствие эффекта от лечения в поликлинике.

5. В большинстве случаев – благоприятный.

№4

К хирургу поликлиники обратилась больная, у которой при плановом профилактическом исследовании выявлены конкременты в желчном пузыре.

1. Ваш диагноз?

2. Действия хирурга поликлиники?

3. Объём лечебных мероприятий?

4. Порядок оказания помощи?

5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулёзный холецистит.

2. и направить её в хирургический стационар для планового оперативного лечения.

3. Лапароскопическая холецистэктомия (при отсутствии противопоказаний к лапароскопии).

4. Дообследование больной в условиях поликлиники. Сроки ожидания плановой операции – не более 1 месяца с момента обращения в стационар.

5. Благоприятный.

№5

На приём к хирургу поликлиники обратилась молодая женщина по воду пигментного невуса на левом плече, который стал увеличиваться в размерах и портит внешний вид больной.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Действия хирурга поликлиники?

3. Тактика при исключении меланомы?

4. Прогноз?

5. Профилактика?

Эталон ответа:

1. Меланома?

2. Направить больную на консультацию к онкологу.

3. Иссечение невуса под местной анестезией в условиях поликлиники.

4. Пятилетняя выживаемость при меланоме I-II ст. – до 85%, при III ст. – 50%, при IV ст. – не более 5%.

5. Защита кожи от воздействия УФ излучения (головной убор, солнцезащитные очки, одежда, солнцезащитные крема); витамин Д лучше получать из пищи или поливитаминов и пищевых добавок, чем при загаре; удаление патологических образований и наблюдение за невусами (риск развития меланомы увеличивают не все невусы; не рекомендуется профилактическое удаление невусов с целью профилактики перерождения в меланому, так как в большинстве случаев этого не происходит; при наличии большого количества родинок рекомендуется ежемесячный самостоятельный осмотр состояния кожи и регулярное наблюдение дерматолога), генетическое тестирование (при наличии у кого-либо из родственников нескольких очагов меланомы, одновременном наличии у кого-либо из родственников меланомы и рака поджелудочной железы, наличии меланомы у нескольких членов семьи по одной линии).

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Провести осмотр и физикальное исследование пациента (перкуссия, аускультацию, пальпацию живота, пальцевое ректальное исследование).

2. Произвести регионарную проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу и по Усольцевой.

3. Выполнить первичную хирургическую обработку раны.

4. Произвести вскрытие острого гнойного подкожного панариция.

5. Произвести вскрытие абсцедирующего фурункула.

1. Тема: «Учение о ранах. Классификация ран. Первичная и вторичная обработка ран. Гнойно-некротические раны. Огнестрельные раны».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Рана и раневой процесс: определение.
2. Классификация ран.
3. Первичная хирургическая обработка раны.
4. Этапы заживления чистых ран.
5. 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 гнояника, 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, выросла 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?
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).
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.

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: «Глубокие гнойно-некротические заболевания кожи, подкожной клетчатки».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиологическая характеристика возбудителей гнойных заболеваний мягких тканей на современном этапе.

2. Эпидемиологическая характеристика постинъекционных гнойных заболеваний мягких тканей.

3. Дифференциальная диагностика гнойных заболеваний с локализацией в подмышечных и паховых областях.

4. Особенности антибактериальной химиотерапии гнойных заболеваний мягких тканей на современном этапе.

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 разможенных 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

Больная Г., 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?

Эталоны ответов.

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.

№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.

№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.

№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 мезогастрии, 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.

№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 $20,4 \times 10^9$, вырженный 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.

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.);

6. выявлять в анамнезе заболевания, влияющие на репаративный процесс и иммунный статус больного;

7. 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: «Остеомиелит».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиологическая характеристика возбудителей
2. Эпидемиологическая характеристика
3. Дифференциальная диагностика
4. Особенности антибактериальной химиотерапии

4. Самоконтроль по тестовым заданиям:

1. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме:

- 11) Наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
- 12) Проникновения нескольких видов микробов-синергистов
- 13) Дефектов кожи или слизистых
- 14) Наличия в зоне травмы разможенных тканей
- 15) Проникновения микробов повышенной вирулентности

Правильный ответ 1

2. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме:

- 11) Артериальной гиперемии
- 12) Венозного стаза
- 13) Появления болей
- 14) Местного повышения температуры
- 15) Потери чувствительности

Правильный ответ 5

3. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка:

- 9) В первые 6 часов после травмы
- 10) Спустя 12 часов после травмы
- 11) До 18 часов после травмы
- 12) Через 24-36 часов после травмы

Правильный ответ 1

4. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период:

- 11) Спустя 6 часов после травмы
- 12) До 18 часов после травмы
- 13) 18-24 часа после травмы
- 14) 24-48 часов после травмы
- 15) Спустя 48 часов после травмы

Правильный ответ 4

5. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки:

- 11) 18-24 часа после травмы

- 12) 24-36 часов после травмы
- 13) 36-48 часов после травмы
- 14) 48-72 часа после травмы
- 15) Позже 72 часов после травмы

Правильный ответ 1

6. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является:

- 9) Недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны
- 10) Недостаточное антимикробное воздействие на рану
- 11) Невозможность ограничить распространение гнойной инфекции
- 12) Длительность сроков лечения и плохие функциональные

результаты лечения

Правильный ответ 4

7. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование:

- 7) Грамотрицательной микрофлоры
- 8) Грамположительной микрофлоры
- 9) Смешанной инфекции

Правильный ответ 3

8. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки:

- 9) Первичных швов
- 10) Вторичных швов
- 11) Существенной разницы не определяется
- 12) Предоставить ране возможность вторичного натяжения

Правильный ответ 2

9. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно:

- 9) В первой фазе заживления
- 10) Во второй фазе заживления
- 11) В третьей фазе заживления
- 12) В любой из перечисленных

Правильный ответ 1

10. Заживление раны вторичным натяжением - это:

- 9) Заживление через нагноение
- 10) Заживление через грануляции
- 11) Заживление по струпом
- 12) Всё перечисленное

Правильный ответ 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

№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?

Эталоны ответов.

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.

№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 внутрибрюшной 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.

№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.

№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.

№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 $20,4 \times 10^9$, вырженный 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.

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;
8. 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: «Перитонит: классификация, этиопатогенез, диагностика. Методология хирургического лечения перитонита».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиология и патогенез перитонита.
2. Классификация перитонита.
3. Клиническая картина перитонита.
4. Диагностические мероприятия при перитоните
5. Основные принципы хирургического лечения перитонита
6. Дифференциальная диагностика перитонита.
7. Показания для этапного ведения брюшной полости.
8. Техника выполнения срединной лапаротомии.
9. Методы санации брюшной полости.
10. Методы дренирования брюшной полости.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания:

1. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ БРЮШИНЫ ПРОИСХОДИТ

- 1) при перфорации полого органа
- 2) при некрозе кишки
- 3) при остром аппендиците
- 4) гематогенным путем
- 5) при ранении полого органа

Правильный ответ: 4

2. ДЛЯ ПЕРИТОНИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) рвота
- 2) задержка отхождения газов
- 3) учащение пульса
- 4) симптом Курвуазье
- 5) напряжение мышц брюшной стенки

Правильный ответ: 4

3. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА

- 1) боли в животе
- 2) напряжение мышц передней брюшной стенки
- 3) рвота
- 4) задержка стула и газов
- 5) кровавый стул

Правильный ответ: 2

4. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАН ПРИ

- 1) аппендикулярном инфильтрате

- 2) периаппендикулярном абсцессе
- 3) ферментативном перитоните
- 4) межкишечном абсцессе
- 5) распространённом гнойном перитоните

Правильный ответ: 5

5. ДИАГНОЗ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- 1) рентгенологически
- 2) анамнестически
- 3) на основании лабораторных признаков системного воспаления
- 4) по клиническим признакам
- 5) по характеру кишечной перистальтики

Правильный ответ: 4

6. ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
- 2) УФО крови
- 3) ультрагемофильтрация
- 4) эндолимфатическое введение антибиотиков
- 5) локальная внутрижелудочная гипотермия

Правильный ответ: 3

7. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) ликвидация патологического очага
- 2) санация брюшной полости антисептиками
- 3) назоинтестинальная интубация тонкого кишечника
- 4) интраоперационная стимуляция кишечной перистальтики
- 5) дренирование брюшной полости

Правильный ответ: 4

8. ПЛАНОВЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов
- 4) 72 часа
- 5) 96 часов

Правильный ответ: 3

9. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фасинный дренаж
- 2) дренаж Пенроуза
- 3) «сигарный» дренаж
- 4) дренаж Редона

5) перчаточный дренаж

Правильный ответ: 4

10. ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) эскалационная терапия

2) деэскалационная терапия

3) применение только местных антисептических средств на начальном этапе, антибактериальная терапия – при ухудшении состояния больного

4) комбинации антибиотиков

5) монотерапия

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Ситуационные задачи:

№ 1

У больного 55 лет вчера на работе появились боли в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. Боли переместились в правую подвздошную область. На работе принял анальгин, дома - грелку на живот; боли утихли, но сегодня усилились и приняли разлитой характер. Многократная рвота. Эйфоричен. Пульс - 116 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст., ЧДД – 24/мин. Мочи нет. Язык сухой. Живот напряжен и болезненный во всех отделах, больше справа внизу. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз - $18,5 \times 10^9$ /л, температура тела - 38,2 °С.

1. Ваш диагноз.

2. Фаза течения процесса

3. Тактика лечения.

4. Перечислите методы активной детоксикации.

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

Эталоны ответов.

1. Острый деструктивный аппендицит. Распространённый перитонит.

2. Тяжёлый сепсис.

3. Показана интенсивная предоперационная подготовка в течение 2-3 часов. Интубационный многокомпонентный наркоз с применением миорелаксантов. Срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. По показаниям может быть применен метод программированных релапаротомий.

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

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

№ 2

Больной, мужчина 70 лет осмотрен врачом скорой помощи. Жалобы на сухость во рту, слабость, боли по всему животу, отсутствие стула. вздутие живота. При сборе анамнеза выяснено, что в течение недели у больного были боли в эпигастрии, усиливающиеся после приёма пищи, изжога. За медицинской помощью не обращался. Сутки назад появились резкие боли в подложечной области. С течением времени интенсивность их уменьшилась. От обращения к врачу больной отказывался, но в связи с ухудшением состояния, появлением одышки, сердцебиения вызвал скорую помощь. При осмотре: состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, акроцианоз. Одышка до 40 экскурсий в 1 минуту. Пульс 120. АД 95/50. Язык густо обложен, сухой. Кожные покровы бледные. Дыхание ослаблено, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы. Живот вздут, при пальпации умеренно напряжен, болезнен во всех отделах. Положителен симптом Щеткина - Блюмберга. В отлогих отделах свободная жидкость.

1. Ваш диагноз
2. Тактика врача скорой помощи.
3. Тактика врача хирургического стационара.
4. Принципы лечения.
5. Прогноз для жизни.

Эталоны ответов.

1. Прободная язва желудка, распространённый перитонит перитонит.
2. Необходима срочная транспортировка больного в ближайший хирургический стационар. Начать инфузионную терапию во время транспортировки.

3. Врач хирургического стационара должен снять ЭКГ, провести обзорную рентгеноскопию грудной и брюшной полостей, анализ крови на лейкоциты, общий анализ мочи; биохимический анализ крови, срочная консультация терапевта и затем срочно взять больного на операцию с выполнением ушивания перфорации, тщательного туалета и дренирования брюшной полости.

4. При наличии условий послеоперационный период больному желательно провести в реанимационном отделении. В лечении использовать интенсивную терапию, средства экстракорпоральной детоксикации, деэскалационную антибиотикотерапию.

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

№ 3

В хирургическую клинику доставлен больной 32 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 интраоперационной санации брюшной полости при перитоните

4. Как Вы закончите операцию

5. Прогноз. Рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

Эталоны ответов.

1. Срединная 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 фибриновых наложений на висцеральной и париетальной брюшине; проточное промывание брюшной полости полиионным раствором под давлением с помощью аппарата "Гейзер".

4. Дренажирование из 4-х точек, при необходимости управляемая лапаростомия.

5. Для жизни благоприятный, для трудоспособности благоприятный. Наблюдение хирурга по месту жительства, ограничение физ. нагрузки в течение 3 месяцев.

№ 4

При оперативном вмешательстве по поводу острого деструктивного аппендицита из разреза Волковича-Дьяконова обнаружено обильное поступление гнойного экссудата из вышележащих отделов брюшной полости и малого таза.

1. Ваш диагноз

2. Ваши дальнейшие мероприятия

3. Какой вид обезболивания выберите

4. Перечислите последовательность лечебных мероприятий в данном случае.

5. Третичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Гангренозный аппендицит. Распространенный перитонит.

2. Перейти на срединную лапаротомию.

3. Интубационный наркоз.

4. Удаление источника перитонита, туалет брюшной полости, интубация тонкого кишечника, дренажирование, решение вопроса о методе ведения брюшной полости.

5. Третичная профилактика будет заключаться в профилактике послеоперационных грыж и спаечной непроходимости (бандаж, следить за функцией кишечника).

№ 5

Санитарным транспортом доставлен больной, 43 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную

рвоту, высокую температуру до 38°C. Заболел 24 часа назад после обильного обеда с приемом алкоголя. Ранее были незначительные боли в правом подреберье, но быстро проходили. Не обследовался. В участковой больнице сделаны инъекции платифиллина с димедролом, аспирировано желудочное содержимое, после чего отметил лишь незначительное улучшение состояния. При осмотре: легкая иктеричность склер. Язык сухой, густо обложен. Пульс 110, АД90/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограничено, умеренно вздут в эпигастрии. При пальпации выпяженное напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина - Блюмберга. Размеры печени по Курлову 10 x 9 x 8 см. печеночная тупость сохранена. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление. Перистальтика не прослушивается. Мочеиспускание нормальное. Стул был накануне.

1. Ваш диагноз
2. План обследования
3. План лечения?
4. Сформулируйте показания к операции.
5. Вторичная профилактика.

Эталоны ответов.

1. Острый деструктивный холецистит осложнённый перитонитом.
2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи с определением диастазы, обзорную рентгеноскопию брюшной полости. УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы .
3. После проведения интенсивной предоперационной подготовки экстренное оперативное лечение.
4. Наличие клиники острого холецистита осложнённого перитонитом является показанием к экстренной операции.
5. Профилактика послеоперационных грыж, (ношение бандажа, следить за функцией кишечника, ограничение физических нагрузок).

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выполнить срединную лапаротомию.
2. Выполнить санацию брюшной полости.
3. Установить дренажи в брюшной полости при перитоните.

1. Тема: «Хирургический сепсис. Классификация. Патогенез, клиника, диагностика».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиология и патогенез хирургического сепсиса.
2. Классификация сепсиса.
3. Клиническая картина и диагностические критерии сепсиса.
4. Основные принципы на догоспитальном этапе при сепсисе.
5. Диагностический алгоритм при сепсисе.
6. Дифференциальная диагностика при сепсисе.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) повышение температуры тела выше 38°C или снижение ниже 36°C ;
- 2) увеличение числа сердечных сокращений свыше 90 в минуту;
- 3) увеличение частоты дыхания (тахипноэ) свыше 20 в минуту или PaCO_2 менее 32 мм рт. ст.
- 4) Среднее артериальное давление ≥ 100 мм рт. ст. или ≤ 65 мм рт. ст.
- 5) лейкоцитоз свыше $12 \times 10^{12}/\text{л}$ или менее $4 \times 10^{12}/\text{л}$ или незрелых форм более чем 10%.

Правильный ответ: 4

2. СЕПСИС ЭТО

- 1) бактеремия.
- 2) два или более признака синдрома системной воспалительной реакции.
- 3) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов. Наличие очага инфекции и 2-х или более признаков синдрома системного воспалительного ответа.
- 4) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушениями тканевой перфузии.
- 5) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов.

Правильный ответ: 3

3. ТЯЖЁЛЫЙ СЕПСИС ЭТО

- 1) бактеремия.
- 2) Два или более признака синдрома системной воспалительной реакции.

3) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов. Наличие очага инфекции и 2-х или более признаков синдрома системного воспалительного ответа.

4) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушениями тканевой перфузии.

5) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устранимой с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов.

Правильный ответ: 4

4. СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК ЭТО

1) бактеремия.

2) два или более признака синдрома системной воспалительной реакции.

3) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов. Наличие очага инфекции и 2-х или более признаков синдрома системного воспалительного ответа.

4) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушениями тканевой перфузии.

5) синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устранимой с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов.

Правильный ответ: 5

5. К БИОМАРКЕРАМ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1) прокальцитонин;

2) С – реактивный белок;

3) серомукоид;

4) интерлейкин 6;

5) фактор некроза опухоли.

Правильный ответ: 3.

6. К ПРАВИЛАМ ЗАБОРА КРОВИ ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1) кровь для исследования необходимо забирать до назначения антибиотиков.

2) необходимым минимумом забора являются две пробы, взятые из вен разных верхних конечностей с интервалом 30 мин.

3) кровь для исследования необходимо забирать только из периферической вены.

4) забор крови осуществляется на высоте лихорадки.

5) забор крови из периферической вены следует проводить с тщательным соблюдением асептики.

Правильный ответ: 4

7. ПОД ТЕРМИНОМ «СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА» ПОНИМАЮТ

- 1) системный ответ на проникновение инфекции
- 2) системный ответ на разнообразные выраженные экстремальные воздействия и агрессию
- 3) системный ответ на тяжелую травму, ожоги
- 4) системный ответ на повторные оперативные вмешательства, сопровождающиеся шоком
- 5) воспалительную реакцию при бактеремии

Правильный ответ: 2

8. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

- 1) APACHE II
- 2) SOFA
- 3) RANSON
- 4) GLASGO
- 5) MIP

Правильный ответ: 1

9. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПОЛИОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

- 1) APACHE II
- 2) SOFA
- 3) RANSON
- 4) GLASGO
- 5) MIP

Правильный ответ: 2

10. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЦНС ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

- 1) APACHE II
- 2) SOFA
- 3) RANSON
- 4) GLASGO
- 5) MIP

Правильный ответ: 4

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больная Г., 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 С⁰ 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?

Эталон ответа

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 чрезкожночрезпеченочного дренирования холедоха.

4. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики, экстракорпоральные методы детоксикации.

5. Прогноз для жизни сомнительный.

№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?

Эталон ответа

1. Послеоперационный период осложнился тазовым абсцессом, сепсисом, нижнедолевой внутрибрюшной 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.

№3

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?

Эталон ответа

1. Острый деструктивный холецистит, паравезикальный абсцесс, абдоминальный сепсис.

2. КТ брюшной полости, УЗИ брюшной полости.

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.

№4

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?

Эталон ответа

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.

№5

У больной находящейся на лечении в гнойной хирургии по поводу абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата отмечается ухудшение состояния: последние 4 дня беспокоит повышение температуры гектического характера до 40 С с ознобами, проливной пот, выросла 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, бо-лезненный 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 *S. 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?

5. Прогноз?

Эталон ответа.

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. Сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме.

1. Выполнить полуколичественный тест на прокальцитонин.

1. Тема: «Полиорганная недостаточность: принципы инфузионной терапии, антибактериальной терапии».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиология и патогенез полиорганной недостаточности.
2. Клиническая картина полиорганной недостаточности.
3. Основные принципы лечения полиорганной недостаточности.
4. План лабораторного и инструментального обследований при полиорганной недостаточности.
5. Методики определения тяжести состояния больных.
6. Методики оценки полиорганной недостаточности.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИГРАЕТ

- 1) синдром гиперметаболизма
- 2) синдром системного воспалительного ответа
- 3) «медиаторно-цитокиновая буря»
- 4) кишечник
- 5) различная способность органов противостоять гипоксии

Правильный ответ: 1

2. САМЫМ ЗНАЧИМЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) замещение функций повреждённых органов или систем
- 2) устранение действия пускового фактора или заболевания, запустившего и поддерживающего агрессивное воздействие на организм больного
- 3) коррекция нарушений кислородного потока (восстановление кислородтранспортной функции крови, терапия гиповолемии и гемоконцентрации, купирование расстройств гемореологии)
- 4) ликвидация инфекции
- 5) респираторная поддержка

Правильный ответ: 2

3. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ССВО ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) температура тела более 38 °С
- 2) ЧСС более 80 в мин
- 3) ЧДД более 20 в мин
- 4) лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$
- 5) наличие более 10% незрелых форм нейтрофилов

Правильный ответ: 2

4. ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ЭТО

- 1) тяжёлое поражение хотя бы одной функциональной системы, требующее заместительного лечения
- 2) недостаточность трёх и более функциональных систем
- 3) тяжёлая неспецифическая стресс-реакция организма, сопровождающаяся неуправляемой гипотонией
- 4) недостаточность двух и более функциональных систем
- 5) последовательная и необратимая утрата функций всех структурно-функциональных систем организма в результате хронического патологического процесса или старости

Правильный ответ: 4

5. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОЛЖНА ОБЯЗАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ

- 1) нормализацию кровообращения путём коррекции гиповолемии, инотропной поддержки
- 2) медикаментозный сон
- 3) респираторную поддержку
- 4) ликвидацию инфекции путём проведения рациональной антибиотикотерапии и снижения инвазивности лечебных и диагностических процедур
- 5) детоксикационную терапию с помощью стимуляции механизмов естественной детоксикации и использованием экстракорпоральных методик

Правильный ответ: 2

6. ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ГИПЕРМЕТАБОЛИЗМА ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфузионная терапия
- 2) антибактериальная терапия
- 3) нутритивная поддержка
- 4) респираторная поддержка
- 5) детоксикационная терапия

Правильный ответ: 3

7. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) внутривенный
- 2) пероральный
- 3) внутripолостной
- 4) внутриаортальный
- 5) внутримышечный

Правильный ответ: 1.

8. К ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) идентификация возбудителя и изучение его антибиотикограммы
- 2) выбор оптимального препарата с учётом фармакокинетики, фармакодинамики препарата и особенностей макроорганизма
- 3) введение оптимальных доз препарата с оптимальной частотой
- 4) проведение фармакокинетического мониторинга за уровнем концентрации препарата в крови или в очаге микробного воспаления
- 5) проведение микробиологического контроля

Правильный ответ: 4

9. К ФАКТОРАМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) массивная гемотрансфузия
- 2) возраст старше 65 лет
- 3) женский пол
- 4) персистирующий очаг первичной инфекции
- 5) хронические заболевания

Правильный ответ: 3

10. ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ К ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКАМ ЭНДОТОКСИКОЗА, КАК ОСНОВНОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) желудочно-кишечный тракт
- 2) экзогенные токсические факторы
- 3) очаг инфекции в брюшной полости
- 4) брюшина
- 5) перитонеальный экссудат

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 37 лет доставлен в хирургический стационар машиной «скорой медицинской помощи» с жалобами на постоянные боли в животе, тошноту, рвоту, вздутие живота, отсутствие стула, неотхождение газов, общую слабость, недомогание. Из анамнеза установлено: 3 дня назад остро возникли боли в верхних отделах живота. Постепенно боли локализовались в правой подвздошной области. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался. В последующие дни боли распространились на весь живот. При осмотре: состояние тяжёлое, в сознании, несколько заторможен, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, температура тела 38,5 °С, ЧДД 24 в мин, пульс 118 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжённый и болезненный во всех отделах, но больше в нижних отделах, там же

определяются положительные перитонеальные симптомы, перистальтика вялая, перкуторно – притупление в боковых отделах живота. Диурез снижен до 600 мл/сут. В развёрнутом анализе крови: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $18,4 \times 10^9/л$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4,5. В биохимическом анализе крови: общий билирубин 32,1 мкмоль/л, мочевины 12,8 ммоль/л, креатинин 163,5 мкмоль/л, глюкоза 7,3 ммоль/л, калий 5,3 ммоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Объём дополнительного обследования?
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга, обоснование выбора оперативного доступа и объёма операции?
5. Необходимость и объём предоперационной подготовки? Особенности ведения послеоперационного периода?

Эталон ответа:

1. Вторичный распространённый перитонит (вероятно, аппендикулярной этиологии), фаза течения процесса «тяжёлый сепсис» (так как имеются признаки сепсиса и ПОН).

2. Лабораторная диагностика (комплексное исследование крови, мочи), обзорная рентгенография, УЗИ, КТ органов брюшной полости, лапароскопия (в сомнительных случаях). Определение в сыворотке крови прокальцитонина и С-реактивного белка. Для стандартизованной оценки тяжести общего состояния и ПОН необходимо использовать интегральные шкалы (APACHE-II или SAP-II и MODS или SOFA, соответственно), позволяющие комплексно оценивать состояние пациента на основании объективных лабораторных и клинических данных.

3. Острый деструктивный аппендицит (с учётом, в том числе, наличия симптома Кохера в анамнезе).

4. Оперативное вмешательство в экстренном порядке после интенсивной предоперационной подготовки. Оперативный доступ – срединная лапаротомия. Цель операции – устранение источника перитонита (аппендэктомия), санация брюшной полости, декомпрессия кишечника, дренирование брюшной полости.

5. Чем тяжелее состояние больного, обусловленное интоксикацией, тем настоятельнее показания к проведению 1-2 часовой предоперационной интенсивной терапии совместно с реаниматологом, направленной на коррекцию волевических, электролитных нарушений, кислотно-основного состояния с помощью адекватной инфузионной терапии, поддержание функции почек, печени, сердца и лёгких. В послеоперационном периоде необходимы (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии): адекватное обезболивание, сбалансированная инфузионная терапия,

рациональная антибактериальная терапия, комплексная экстра- и интракорпоральная детоксикация, лечение ПОН, восстановление функции ЖКТ, нутритивная поддержка, медикаментозная профилактика «стресс-язв» ЖКТ и ТЭЛА.

№2

Больной 41 года доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии из операционной. Послеоперационный диагноз: «Острый гнойный панкреонекроз. Флегмона забрюшинного пространства слева. Распространённый гнойный перитонит». Оперирован в экстренном порядке после двухчасовой предоперационной подготовки. Выполнена операция: Лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, холецистостомия, люмботомия слева, дренирование забрюшинного пространства слева. При переводе в реанимационное отделение: ИВЛ, АД 100/70 мм рт. ст., пульс до 120 уд/мин, ЦВД отрицательное. При поступлении в стационар (до операции): общее состояние тяжёлое, температура тела 38,2 °С, в развёрнутом анализе крови: лейкоцитоз $18,3 \times 10^9$ /л, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, в биохимическом анализе крови: мочевины 15,7 ммоль/л, креатинин 152,3 мкмоль/л.

1. Можно ли дополнить клинический диагноз?
2. Дисфункция какого количества систем организма имеется у больного?
3. Последовательность и выбор детоксикационных мероприятий?
4. Необходимый лабораторный мониторинг для оценки эффективности терапии?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Тяжёлый абдоминальный сепсис (так как имеются признаки сепсиса и органной дисфункции). Септический (панкреатогенный?) шок? (который необходимо дифференцировать с синдромом гиповолемии).

2. Как минимум три (сердечно-сосудистая, дыхательная, почки).

3. Коррекция водно-электролитного баланса, дезэскалационная антибактериальная терапия (с коррекцией, при необходимости, через 48-72 часа, с учётом данных бактериологических посевов перитонеального экссудата, крови и мочи), при развитии ПОН (СОПЛ или РДС-синдром, ОПН, рефрактерный шок и т. п.) – гемофильтрация.

4. Развёрнутый и биохимический анализы крови, определение в сыворотке крови прокальцитонина и С-реактивного белка.

5. Прогноз сомнительный.

№3

Больной 45 лет находится в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение недели с диагнозом «Распространённый гнойный перитонит». Последняя (вторая) ревизия брюшной полости (сутки назад) показала наличие продолжающегося перитонита. В настоящее время:

состояние тяжёлое, сознание нарушено по типу сопора, ИВЛ, температура тела в течение суток от 37 до 38,4 °С, пульс до 120 уд/мин, АД 110-120/70 мм рт. ст. (на фоне инотропной стимуляции), диурез за сутки до 500 мл (на фоне стимуляции фуросемидом), в анализах: лейкоцитарный индекс интоксикации 6,7, полуколичественный прокальцитонин тест [2-10] пг/мл, С-реактивный белок 117 мг/л.

1. Какие осложнения основного заболевания можно выделить ещё?
2. Хирургическая тактика?
3. Как определить тяжесть состояния больного и выраженность полиорганной недостаточности?
4. Выберите последовательность детоксикации и обоснуйте её?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Тяжёлый абдоминальный сепсис (так как имеются признаки сепсиса и ПОН). Септический шок? (требуется уточнение).

2. Продолжить полуоткрытое ведение брюшной полости (метод программированных релапаротомий).

3. Тяжесть общего состояния – по шкалам APACHE-II или SAPS-II, тяжесть полиорганной недостаточности – по шкале SOFA, тяжесть перитонита – по Мангеймскому индексу перитонита (МИП).

4. Коррекция водно-электролитного баланса, деэскалационная антибактериальная терапия (с коррекцией, при необходимости, через 48-72 часа, с учётом данных бактериологических посевов перитонеального экссудата, крови и мочи), экстракорпоральная детоксикация – гемофильтрация (так как имеется ПОН и явления шока).

5. Прогноз сомнительный.

№4

Больной 82 лет. Основной диагноз: «Острая обтурационная кишечная непроходимость». Сопутствующая патология: «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, СН IIa ст.». Планируется лапаротомия с разрешением непроходимости. При осмотре анестезиологом выясняется: АД 80/40 мм рт. ст., тахикардия до 110 уд/мин, ЦВД 40 мм вод. ст., гематокрит 49%, анурия.

1. Наиболее вероятная причина кишечной непроходимости?
2. Оптимальный объём операции?
3. Синдромы критических состояний?
4. Объём дополнительных обследований?
5. Принципы интенсивной терапии до и после операции?

Эталон ответа:

1. Опухоль ободочной кишки.

2. В данной ситуации, учитывая крайнюю степень тяжести больного, объём операции должен быть самым минимальным, направленным только на ликвидацию кишечной непроходимости, даже при операбельном процессе. Чаще всего, – это иле- или колостомия.

3. ПОН, гиповолемический шок.

4. Развёрнутый и биохимический анализы крови, газы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ЭКГ, рентгенография брюшной полости, при необходимости – ректороманоскопия, ирригоскопия.

5. Интенсивная терапия до операции – непродолжительная, не более 1,5-2 часов, предоперационная подготовка: катетеризация центральной вены для проведения инфузионной терапии, катетеризация мочевого пузыря (для измерения почасового диуреза); подключить к больному мониторинговую систему (для динамического наблюдения за ЭКГ, частотой пульса, артериальным давлением, показателями дыхания, температурной реакцией); инфузионная терапия (клиническими признаками адекватности проводимой инфузионной терапии могут служить: АД, пульс, ЦВД, наполнение периферических вен, потепление кожи, исчезновение акроцианоза, восстановление диуреза); при необходимости – глюкокортикоиды, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, панангин, витамины С и В₁, кокарбоксилаза, наркотические анальгетики, при стойкой артериальной гипотензии – 0,05% раствор допамина со скоростью 10-15 капель в минуту; опорожнение желудка с помощью зонда для профилактики регургитации и развития аспирационного синдрома. После операции интенсивную терапию необходимо продолжить в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

№5

Больной 79 лет находится в хирургическом отделении с диагнозом «Вентральная грыжа». Проведена плановая операция «Герниотомия, герниопластика». В первые сутки после операции отмечено резкое снижение диуреза, азотемические показатели в пределах нормы, показатели водного баланса: ЦВД 40 мм вод. ст., гематокрит 39%. Беспокоят неприятные ощущения при мочеиспускании. В общем анализе мочи: удельный вес 1029.

1. Вариант ОПН?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Объём интенсивной терапии?
4. Профилактика?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Преренальный.
2. Синдром гиповолемии, аденома простаты.
3. Адекватная инфузионная терапия под контролем диуреза, АД и ЦВД.
4. Всестороннее обследование больного до операции, включая консультацию уролога.
5. Прогноз благоприятный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Определить тяжесть состояния больного по шкале SAPS-II.

2. Определить тяжесть полиорганной недостаточности по шкале SOFA.

1. Тема: «Современные методы экстракорпоральной детоксикации».

2. Формы работы:

- Подготовка к семинарским занятиям.

3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме семинарского занятия

1. Этиология и патогенез синдрома полиорганной недостаточности и синдрома эндогенной интоксикации у больных с хирургическими заболеваниями и травмами.

2. Клиническая картина полиорганной недостаточности и синдрома эндогенной интоксикации.

3. Классификация методов экстракорпоральной детоксикации.

4. Показания к применению различных методов эфферентной терапии.

5. Методики определения тяжести состояния больных.

6. Методики оценки полиорганной недостаточности.

7. Методика плазмафереза.

8. Методика непрямого электрохимического окисления крови.

4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы

Тестовые задания с эталонами ответов:

1. К МЕТОДАМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1. плазмаферез

2. гемосорбция

3. гемодиализация

4. форсированный диурез

5. фотогемотерапия

Правильный ответ: 4

2. ОБЩИМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1) восстановление функции почек и печени

2) иммунокоррекция

3) влияние на реологию крови

4) детоксикация

5) влияние на микроциркуляцию

Правильный ответ: 1

3. ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ГЕМОКОРРЕКЦИИ, КРОМЕ

1) плазмаферез

2) УФО крови

3) ультрагемофильтрация

4) гемосорбция

5) непрямо́е электрохимическое окисление крови

Правильный ответ: 2

4. КАКОЙ МЕТОД ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПОКАЗАН В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАМКАХ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- 1) плазмаферез
- 2) УФО крови
- 3) непрямо́е электрохимическое окисление крови
- 4) гемосорбция
- 5) гемодиафильтрация

Правильный ответ: 5

5. В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ

- 1) плазмаферез
- 2) лимфосорбция
- 3) гемодиафильтрация
- 4) гемосорбция
- 5) перфузия крови через ксеноселезёнку

Правильный ответ: 3

6. К ОБЩИМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) гипотензия
- 2) кровоточивость органов и тканей
- 3) озноб
- 4) эксикоз
- 5) воздушная эмболия

Правильный ответ: 4

7. НЕПРЯМО́Е ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОКИСЛЕНИЕ КРОВИ (ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ) ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) эндотоксикоз лёгкой степени
- 2) ДВС-синдром
- 3) гипогликемия
- 4) гипопротеинемия
- 5) все варианты верны

Правильный ответ: 5

8. К ЧИСЛУ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) тиреотоксический криз
- 2) сепсис

3) выраженная гиперферментемия при остром деструктивном панкреатите

4) желудочно-кишечное кровотечение

5) краш-синдром и синдром позиционного сдавления

Правильный ответ: 4

9. К МЕТОДАМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ

1) гемодиализ

2) ультрафильтрация

3) гемофильтрация

4) гемодиофильтрация

5) все варианты верны

Правильный ответ: 5

10. ОСНОВНЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) детоксикация

2) удаление избытка жидкости из организма

3) коррекция уремических нарушений

4) улучшение микроциркуляции

5) иммунокоррекция

Правильный ответ: 2

5. Самоконтроль по ситуационным задачам

Ситуационные задачи с эталонами ответов:

№1

Больной 52 лет доставлен машиной скорой медицинской помощи в хирургический стационар в тяжёлом состоянии с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлены геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на малом сальнике и висцеральной брюшине корня мезоколон.

1. Ваш диагноз?

2. Какие факторы имеют важное значение в патогенезе данного заболевания?

3. План лечения?

4. В чём заключается медикаментозное лечение?

5. Реабилитация и диспансеризация?

Эталон ответа:

1. Острый деструктивный панкреатит (смешанный панкреонекроз).

2. В патогенезе острого панкреатита имеют значение следующие факторы: препятствие оттоку панкреатического секрета и наличие состояния повышенной секреторной активности поджелудочной железы, появление внутрипротоковой гипертензии, повреждение стенок панкреатических протоков, активация протеолитических ферментов, нарушение

кровообращения в поджелудочной железе, истощение запасов антиферментной системы, эндотоксикоз.

3. Лапароскопическое промывание и осушивание полости сальниковой сумки и брюшной полости, санация, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

4. Инфузионная терапия (3-5 литров в сутки), включающая электролиты, спазмолитики, анальгетики, антибиотики, ингибиторы протеолиза, методы активной (в том числе, экстракорпоральной) детоксикации.

5. После выписки из стационара санаторно-курортное лечение, с продлением больничного листа. Срок пребывания больного в стационаре до 40 койко-дней. Общий срок нетрудоспособности не менее 60 суток. Соблюдение диеты: ограничение жареной, жирной, копчёной, острой пищи, алкоголя, кофе. Соблюдение режима труда и отдыха.

№2

У больной 32 лет, находящейся на лечении в отделении гнойной хирургии с диагнозом «Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат», отмечается ухудшение состояния: последние 3 дня беспокоят повышение температуры тела до 40 °С с ознобами, проливной пот, выросла слабость. При осмотре: язык сухой, пульс – до 120 уд/мин, температура тела – 38,6 °С, АД – 110/70 мм рт. ст.; живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны в правой подвздошной области, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В развёрнутом анализе крови – лейкоцитоз $19,8 \times 10^9/\text{л}$, резкий сдвиг 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 объём лечебных мероприятий?

4. Методы экстракорпоральной детоксикации при данном осложнении?

5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис.

2. Определение концентрации прокальцитонина и С-реактивного белка в плазме крови, УЗИ печени и селезенки.

3. Ревизия полости гнойника, перевод больной в отделение реанимации и интенсивной терапии, увеличение объёма инфузионно-трансфузионной терапии до 2,5-3 литров в сутки, назначение антибиотиков группы карбапенемов, симптоматическая терапия.

4. Гемофильтрация, плазмаферез.

5. Сомнительный.

№3

В хирургический стационар поступила больная 63 лет с жалобами на боль в левом подреберье, слабость, повышение температуры тела до 39,5 °С. Больна в течение 10 дней. При осмотре: кожные покровы желтушные, живот болезненный и напряжённый в левом подреберье, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный, селезёнка перкуторно увеличена, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс 116 уд/мин, ЧДД 22 в мин, температура тела 39,2 °С. В развёрнутом анализе крови: лейкоцитоз $26,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 81%, СОЭ – 56 мм/ч. По данным УЗИ брюшной полости: селезёнка 12x15 см, отмечается увеличение правой доли печени, в печени множественные очаговые образования размером от 1x1 см до 3x3 см с жидкостными включениями.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Объём лечебных мероприятий?
4. Какой путь введения антибиотиков предпочтительнее у данной больной?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Тромбоз селезёночной артерии. Тяжёлый сепсис. Множественные абсцессы печени.
2. КТ брюшной полости, посев крови на стерильность, биохимический анализ крови, определение концентрации прокальцитонина и С-реактивного белка в плазме крови, коагулограмма.
3. Экстренная операция в объёме: лапаротомия, спленэктомия, вскрытие абсцессов печени, холецистостомия, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде (в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии): инфузионно-трансфузионная терапия в объёме не менее 2,5-3 литров в сутки, антибиотики в режиме деэскалации, противовоспалительная терапия, антикоагулянты под контролем показателей коагулограммы, профилактика «стресс-язв» ЖКТ, экстракорпоральная детоксикация, нутритивная поддержка, симптоматическая терапия.
4. Установка сосудистого катетера в чревный ствол.
5. Прогноз неблагоприятный.

№4

Больная 39 лет поступила в хирургическое отделение на 6 сутки от начала заболевания. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Заболела остро, когда появилась боль в правом подреберье. Лечилась самостоятельно, без эффекта. В дальнейшем присоединились тошнота, рвота, пропал аппетит, появилась желтушность кожных покровов, поднялась температура тела до 39 °С с ознобами, боль в правом подреберье усилилась. При поступлении: общее состояние тяжёлое, кожные покровы желтушные. Температура тела 38,8 °С, ЧДД 22 в мин, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 122 уд/мин. При пальпации живот болезненный в правом подреберье. Край печени выступает на 4 см из-под

рёберной 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?

Эталон ответа:

1. Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, острый холангит. Тяжёлый сепсис.

2. УЗИ и КТ органов брюшной полости, развёрнутый анализ крови, биохимический анализ крови, определение концентрации прокальцитонина и С-реактивного белка в плазме крови, посев крови на стерильность.

3. Больной показано дренирование желчевыводящих путей. Варианты: а) лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха; б) эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование холедоха; в) чрезкожное чрезпечёночное дренирование холедоха.

4. Инфузионно-трансфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики, экстракорпоральные методы детоксикации.

5. Прогноз для жизни сомнительный.

№5

Больной 27 лет оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, осложнённой распространённым гнойным перитонитом. На операции: во всех отделах брюшной полости до 700 мл гнойного выпота, кишечник раздут до 5-6 см, не перистальтирует, с массивными наложениями фибрина. В анализах крови лейкоцитоз $20,4 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения, общий билирубин 42 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л, креатинин 182 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какой метод ведения брюшной полости показан?
3. Стартовая антибактериальная терапия?
4. Методы экстракорпоральной детоксикации?
5. Прогноз?

Эталон ответа:

1. Перфоративная язва желудка. Распространённый гнойный перитонит. Тяжёлый абдоминальный сепсис.

2. Больному показано этапное ведение брюшной полости с программированными санациями брюшной полости с интервалом 24-48 часов.

3. Предпочтительна деэскалационная антибактериальная терапия карбапенемами с последующей коррекцией после получения данных микробиологических посевов перитонеального экссудата.

4. Гемофильтрация, плазмаферез.

5. Прогноз сомнительный.

6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

1. Определить тяжесть состояния больного по шкале SAPS-II.

2. Определить тяжесть полиорганной недостаточности по шкале SOFA.

3. Провести сеанс плазмафереза.

4. Выполнить непрямо́е электрохимическое окисление крови.

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	В. М. Бенсман	М.: Медпрактик а, 2010	5	1

	диабетической стопы: рук. для врачей				
6.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Полицом, 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,	1	0

			2010		
13.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	0
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. Покровский	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009	10	0
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.	Топографическа я анатомия и оперативная хирургия: учебник	И. И. Каган, С. В. Чемезов	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009	1	0
24.	Топографическа я 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.	<p>Приказ 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>		Зарегистрирован в Минюсте РФ 31 января 2011 г.	<p>Опубликовано: 4 февраля 2011 г. в "РГ" - Федеральный выпуск №5399</p> <p>Вступает в силу:15 февраля 2011 г.</p>	<p>Об 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. Вступает в силу 23 ноября 2011 г., принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года, одобрен Советом Федерации 9</p>		№323-ФЗ	<p>Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации</p>

		ноября 2011 года			
4	Приказ	МЗ РФ	21.03.2003	№109	О 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

Типография КрасГМУ

Заказ № 3745

660022, г.Красноярск, ул. П.Железняка, 1