Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего 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

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

Хирургия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся к аудиторным практическим занятиям по специальности ординатуры

31.08.67 Хирургия

Красноярск

2018

Хирургия. Ординатура: сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.67 - Хирургия / сост. Д.В. Черданцев, Ю.С Винник, Д.Э. Здзитовецкий и др. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 583 с.

Составители: д.м.н., проф. Черданцев Д.В.,
д.м.н., проф. Винник Ю.С.,
д.м.н., доц. Здзитовецкий Д.Э.,
д.м.н., доц. Первова О.В.,
д.м.н., проф. Петрушко С.И.,
к.м.н., доц. Коваленко А.А.,
к.м.н., доц. Филистович В.Г.,
к.м.н., доц. Поздняков А.А.,
к.м.н., доц. Толстихин В.Ю.,
к.м.н., доц. Данилина Е.П., к.м.н.,
доц. Кембель В.Р.,
к.м.н. Борисов Р.Н.,
к.м.н. Назарьянц Ю.А.,
асс.Дударев А.А,
асс. Носков И.Г.

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1110 от 26.08.2014 подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 - Хирургия, рабочей программой специальности (2018г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25» июня 2018).

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.1 Тема: «Язвенная болезнь желудка и ДПК» Часть 1.

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Язвенная болезнь желудка и ДПК являются актуальной проблемой хирургии. В настоящее время количество больных с данной патологией неуклонно растет. Социально-эпидемиологическая значимость данного заболевания определяется прогрессирующей тенденцией к росту заболеваемости раком желудка. По данным Государственного комитета РФ по статистике язвенная болезнь желудка и ДПК являются причиной развития рака желудка, который входит в первые десять причин смерти.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину язвенной болезни желудка и ДПК, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с язвенной болезни желудка и ДПК; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при заболеваниях желудка; кодировку по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при заболеваниях желудка, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с заболеванием желудка; интерпретировать результаты обследования больных с язвенной болезни желудка и ДПК; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с заболеванием желудка и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при заболевании желудка и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой наложения швов на желудке,освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве, освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке (ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-

8, ПК-9)

.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

- Тестирование:

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

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 выздоровление при хорошем отграни-чении от брюшной полости

3.добавляется клиника кровотечения в просвет желудка

4.развивается клиника шока

5.выздоровление при хорошем отграничении от брюшной полости

3. Периоды клинического течения прободных гастродуоденальных язв:

1.период внезапной резкой боли

2.период мнимого благополучия

3.период прогрессирующего перитонита

4.все правильно

5.шок

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

5. Мужчина, 25 лет, госпитализирован с сильными болями в эпигастрии. На рент-генограмме свободный газ в брюшной полости. Определите тактику.

1.ФГС

2.рентгеноскопия желудка с барием

3.рентгеноскопия желудка с урографином

4.наблюдение

5.лапаротомия с решением вопроса об объеме операции

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 так-тика?

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 лече-ние

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 обезболивающих препаратов

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

9. Больной, 53 лет, поступил с подозрением на прободною язву желудка. Какие за-болевания необходимо включить в дифференциально-диагностический круг

1.все перечисленное

2.острый панкреатит

3.острый инфаркт миокарда

4.плевропневмонию

5.поражение корешков спинного мозга

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

5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные таблицы по анатомии ЖКТ, схемы операций на ЖКТ, алгоритмы лечебных мероприятий).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных, работа с историями болнзни, демонстрация и отработка практических навыков с интерпритацией результатов.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- решение ситуационных задач:

№ 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 стен-ки. 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.

№ 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 5ыла рвота типа кофейной гущи. Из анамнеза известно, что паци-ент состоит на диспансерном /чете по язвенной болезни желудка. Год назад было желу-дочное кровотечение, подтвержденное эндоскопическим исследованием. При осмотре: резкая бледность кожных покровов и слизистых. Язык обложен, сухой. Тахикардия, Лип-кий пот. АД 90/60. Аускультативно патология органов грудной клетки не выявлено. Жи-вот правильной формы, напряжен, в акте дыхания участвует плохо. Симптомы раздраже-ния брюшины в эпигастрии и по правому боковому каналу. Печеночная тупость отсут-ствует. В анализе крови данные о гипохрномной 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.

№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 жид-кий 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.

№4

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокру-жение. 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.

№5

Больной 23 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, головокру-жение. 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 жид-кости цвета "кофейной гущи" с примесью алой крови. На передней стенке луковицы ДПК определя¬ется 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 при-менены?

4. Как в этой ситуации следует поступить: продолжать консерватив¬ную 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.

6. Домашнее задание по теме занятия:

Согласно методическим указаниям следующая тема по плану.

1. Тема: «Язвенная болезнь желудка и ДПК» Часть 2. Клиническая картина и методы диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением**.**

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Несмотря на общепризнанную эффективность современных «противо¬язвенных» средств число больных с язвенными кровотечениями из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год (Swain C.P., 2000); по данным отечественной статистики, за последние 8-10 лет количество подобных больных увеличилось в 1,5 раза. Таким образом, кровоточащая язва желудка и ДПК продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии и требует совершенствования в подходе к лечению.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину кровоточащей язвы желудка и ДПК, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с кровоточащей язвой желудка и ДПК; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при кровоточащей язвой желуда и ДПК; кодировку кровоточащей язвы желудк и ДПК по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при кровоточащей язвы желудка и ДПК, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с кровоточащей язвой желудка и ДПК; интерпретировать результаты обследования больных с кровоточащей язвой желуда и ДПК; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с кровоточащей язвой желудка и ДПК и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследования при кровоточащей язве желудка и ДПК и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить

план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни и выполнить основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой наложения швов на желудке, освоение методологии и последовательности оперативных вмешательств при прободной язве, освоение эндоскопических технологий оперативных вмешательств на желудке (ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучаемой темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Тестирование:

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

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

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)

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

5. ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ:

1. Капиляры

2. Вены

3. Артерии

4. Сочетание

5. Все перечисленные

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%)

3. До 2 л (25-30%)

4. более 2 л (35%)

5. Более 3 л (50%)

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

1. Сгущение крови

2. Гипоксия мозга

3. Гиповолемический шок

4. Почечная недостаточность

5. Печеночная недостаточность

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

1. Легкие, преходящие тошнота, сухость во рту, слабость

2. Рвота кровью, обильная, многократная

3. Мелена

4. Резко выраженные слабость, тошнота. Шум в ушах, мелькание «мушек» перед плазами, головокружение, жажда

5. Все перечисленные.

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»

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

5.2. Основные понятия и положения темы (компьютерная презентация, иллюстрирующая варианты развития хирургических заболеваний, результаты инструментальных методов исследования хирургической патологии, набор мультимедийных программ, схемы и таблицы по анатомии и оперативных вмешательств на ЖКТ.).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных, работа с историями болезни, демонстрация и отработка практических навыков с интерпритацией результатов.

5.4. Итоговый контроль знаний:

решение ситуационных задач:

№ 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 5ыла 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 гипохрномной 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

№ 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.

№ 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

№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.

№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 10 12 /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.

6. Домашнее задание по теме занятия:

Согласно методическим указаниям следующая тема по плану.

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.2 Тема: «Полипы и доброкачественные опухоли желудка: клиника, диагностика, методы хирургического лечения».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучаемой темы: Полипы и доброкачественные опухоли желудка являются актуальной проблемой хирургии. В настоящее время количество больных с данной патологией неуклонно растет. Социально-эпидемиологическая значимость данного заболевания определяется прогрессирующей тенденцией к росту заболеваемости раком желудка. По данным Государственного комитета РФ по статистике полипы и доброкачественные опухоли желудка являются причиной развития рака желудка, который входит в первые десять причин смерти.

4.Цели обучения:

- общая: обладать (ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9)
- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину полипов и доброкачественных опухолей желудка, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с полипоми и доброкачественными опухолями желудка; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при заболеваниях желудка; кодировку полипов и доброкачественных опухолей желудка по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при доброкачественных заболеваниях желудка, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с заболеванием желудка; интерпретировать результаты обследования больных с полипоми и доброкачественными опухолями желудка; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с заболеванием желудка и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при заболевании желудка и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом

индивидуальных особенностей течения болезни при полипах и доброкачественных опухолях желудка и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой проведения ФГДС; операцией Эндоскопической полипэктомией (ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Тестовые задания по теме:

1. У больного жалобы на периодические боли в желудке. При обследовании обнаружены полипы желудка. Какие полипы можно удалить амбулаторно с применением эндоскопиче-ской 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

2. У больного жалобы на периодические боли в желудке. При обследовании обнаружены полипы желудка. Какие полипы можно удалить амбулаторно с применением эндоскопиче-ской 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

3. К предраковым заболеваниям желудка относятся все перечисленные, кро-ме:

1.полипоза желудка
2.болезни Менетрие
3.синдрома Маллори-Вейса
3.хронической язвы желудка
4.кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка

4. Больному поставлен диагноз синдром Золлингера-Эллиссона. Какое из утверждений можно считать верным в отношении этого синдрома?

1.данный синдром это послеоперационным осложнением хирургических вме-шательств 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 де-формацией

4.это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опу-холью поджелудочной железы

5.встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инород-ные тела

5. У б-го, 56 лет, оформленный черный стул, периодическая рвота "кофейной гущей. Гемо-динамика стабильнаа, кожа бледная, при пальпации живота патологии нет, на перчатке по-сле пальцевого исследования кал черного цвета. В анализах анемия. Диагноз

1.рак желудка
2.стенокардия
3.полипоз желудка
4.цирроз печени
5.лейкоз

6. Какой метод исследования у больного с подозрением на рак желудка мож-но считать наиболее достоверным

а) рентгенография желудка
б) гастроскопия
в) гастроскопия с полифокусной биопсией
г) цитология промывных вод желудка
д) исследование кислотности желудочного содержимого

7. Какое заболевание не может явиться предраком желудка

1.полипоз желудка
2.ахалазия кардии 2 степени
3.фитобезоар
4.хронический атрофический гастрит
5.каллезная язва желудка

8. При обследовании у больного выявлен малигнизированный полип тела желудка. Что по-казано больному

1.оперативное лечение в условиях стационара
2.эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара
3.эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники
4. наблюдение и консервативная терапия

9. Какие специфические формы лимфогенного метастазирования не относятся к раку желудка

1.Метастазы Вирхова
2.Метастазы Шницлера
3.Метастазирование в кости

4.Метастазы Айриша

10. Что из нижеперечисленного не относится к предраковым состояниям желудка

1.неэпителиальные опухоли желудка

2.язвенная болезнь желудка

3.болезнь крона

4. полипы

5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы таблицы, схемы, алгоритмы и др.).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме:

№1 Больная В. 62 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в

эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно:

увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки

ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы.

Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в

эпигастральной области.

1. О каком диагнозе можно думать?

2. Какие методы исследования помогут поставить правильный диагноз?

3. Лечение?

№ 2.

Больная Е. 55 лет. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течениие

15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с

тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за

последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе -

патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета

за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне,

нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения.

Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой,

картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет

инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. УЗИ органов

брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные

лимфоузлы малого сальника.

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Дополнительные методы обследования?

№ 3.

Больной Ф. 40 лет. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

1. Диагноз?
2. Объем оперативного вмешательства?
3. Прогноз?

№4.

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 - 6,8х10^/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?

№5.

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?

6. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

Занятие № 3 (ОД.О.01.1.1.3 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)N ема: «Острый аппендицит».

2. Форма организации учебного процесса: **практическое занятие.**

3. Значение темы: Острый аппендицит является актуальной проблемой хирургии. В настоящее время количество больных с данной патологией неуклонно растет. Социальная значимость данного заболевания определяется прогрессирующей тенденцией к росту осложнений, связанных с поздней обращаемостью больных за медицинской помощью. Каждый случай осложнения сопровождается длительной утратой трудоспособности, значительной частотой инвалидизации и высокой смертностью. По данным Государственного комитета РФ по статистике острый аппендицит является частой причиной смерти больных с острой ургентной патологией.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину острого аппендицита, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с острым аппендицитом; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при остром аппендиците; кодировку острого аппендицита по МКБ-10; правила проведения диспансеризации приостром аппендиците, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым аппендицитом; интерпретировать результаты обследования больных с острым аппендицитом; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с острым аппендицитом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при остром аппендиците и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при

остром аппендиците и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию (ОК-1, ОК-5, ПК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-25, ПК-26).

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой ректального и вагинального обследования; операцией - Аппендэктомией, эндоскопическими методами диагностики и лечения острого аппендицита.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Тестовый контроль:

1. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

1.Ровзинга

2.Воскресенского

3.Мерфи

4.Образцова

5.Бартомье–Михельсона

2. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ:

1.Кохера–Волковича

2.Ровзинга

3.Ситковского

4.все три симптома

5.ни один из них

3. К ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОТНОСЯТ СИМПТОМЫ:

1.Воскресенского (синдром "рубашки")

2.Щеткина–Блюмберга

3.Раздольского

4.все названные симптомы

5.ни один из них

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

1.гломерулонефрита

2.острого панкреатита

3. острого аднексита

4.острого гастроэнтерита

5.правосторонней почечной коликой

5. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ ЗА:

1.сальпингит

2.острый холецистит

3.дивертикулит Меккеля

4.внематочную беременность

5.за любую из этих видов патологии

6. НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:

1.ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка

2.ригидности может не быть при тазовом расположении

3.рвота всегда предшествует боли

4.боль может начинаться в области пупка

5.боль чаще начинается в эпигастральной области

7. ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У:

1.детей

2.лиц с тяжелой травмой

3.мужчин

4.женщин

5.лиц пожилого и старческого возраста

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

1.схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты

2.быстрого развития разлитого перитонита

3.высокой температуры

4.выраженной интоксикации

5.резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

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

1.эндотрахеального наркоза

2.внутривенного наркоза

3.местной анестезии

4.перидуральной анестезии

5.спиномозговой анестезии

10. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО:

1.симптом Раздольского

2.нарастание клинической картины перитонита

3.внезапное усиление болей в животе

4.напряжение мышц передней брюшной стенки

5.все перечисленное

5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные муляжи, таблицы и схемы по анатомии червеобразного отростка доступам и рперативным вмешательствам при остром аппендиците, алгоритмы оказания врачебной помощи и лечения).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных, работа с историями болезни, демонстрация и отработка практических навыков с интерпритацией результатов**.**

5.4. Итоговый контроль знаний:

Решение ситуационных задач по теме:

№1

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

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

№2

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

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

№3

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

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

№4

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - 37,6 С. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выражена болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется на¬пряжение мышц и резко положительный симптом Щёткина. Лейкоциты -14,6 х 109 л

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какое заболевание следует исключить
3. Какое обследование необходимо провести для его исключения
4. Какое решение может быть принято
5. Третичная профилактика.

№ 5

Больная 25 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, резкую слабость, головокружение. Считает себя больной в течение 10 часов.

Объективно: кожные покровы бледные, живот умеренно и равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, больше в правой подвздошной области. Пульс 130 в мин. Температура 37,10 С, лейкоциты 10,1 . 109/л.

1. Между какими заболеваниями в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз
2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза
3. Ваша тактика лечения.
4. Лист назначений в послеоперационном периоде.
5. Прогноз для жизни.

6. Домашнее задание по теме:

Согласно методическим указаниям следующая тема по плану.

1. Занятие № 4 (ОД.О.01.1.1.4 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

Тема: «Осложнения острого аппендицита».

2. Форма организации занятия: практическое занятие

3. Значение темы: Острый аппендицит, самая частая патология органов брюшной полости, требующая экстренного оперативного лечения. Больные с этим заболеванием составляют 20-50% всех больных, находящихся в хирургических стационарах.

4. Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать причины, вызывающие острый аппендицит, патогенез и этиологию заболевания, клинические симптомы. Современные методы диагностики, принципы лечения осложнений острого аппендицита.

Уметь выявлять характерные для осложнений острого аппендицита лабораторные, инструментальные и клинические признаки, анализировать анамнестические, объективные и лабораторные данные, результаты обследования больных с тем, чтобы поставить и правильно сформулировать диагноз, выбрать и обосновать наиболее рациональный метод лечения.

Владеть: алгоритмами диагностики и лечения осложнений острого аппендицита.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

Тестирование.

1. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

1) Ровзинга;

2) Воскресенского;

3) Мерфи;

4) Образцова;

5) Бартомье-Михельсона

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

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

4. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИНЯТ:

1) за сальпингит

2) за острый холецистит

3) задивертикулит Меккеля

4) за внематочную беременность

5) за любую из этих видов патологии

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

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

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

8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1) пальпацию брюшной стенки

2) клинический анализ крови

3) пальцевое ректальное исследование

4) ирригоскопию

5) влагалищное исследование

9. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) плотный аппендикулярный инфильтрат

2) инфаркт миокарда

3) вторая половина беременности

4) геморрагический диатез

5) разлитой перитонит

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

5.2 Основные понятия и положения темы.

Аппендицит — самое распространенное хирургическое заболевание брюшной полости. Наиболее частая заболеваемость отмечается во второй и третьей декадах жизни, параллельно количеству лимфоидной ткани в червеобразном отростке. Соотношение мужчин и женщин составляет 2: 1 в возрастном интервале между 15 и 25 годами, но в другом возрастном периоде — 1 : 1. В последние несколько десятилетий заболеваемость уменьшилась.

Этиология и патогенез. Обструкцию просвета вызывают каловые конкременты, лимфоидная гипертрофия, сгущение бария, диссеминация или кишечные глисты. Симптоматическая обструкция сопровождается закрытием петли ввиду того, что продолжается секреция кишечного сока слизистой оболочкой в просвет, имеющий емкость 0,1 мл, и потому, что обитающие в червеобразном отростке бактерии быстро размножаются. Растяжение стимулирует висцеральные афферентные болевые волокна, опосредуя через блуждающий нерв появление тупой диффузной боли, локализованной в средней или нижней части живота. Внезапное растяжение может вызвать перистальтику, сопровождающуюся спастической болью. Венозное давление является чрезмерным, приток в артериолы обусловливает васкулярный застой в червеобразном отростке с появлением рефлекторной тошноты. Гиперемия серозной оболочки приводит к воспалению париетального листка брюшины, вызывая преходящую или более сильную боль в правом нижнем квадранте живота. Повреждение слизистой оболочки способствует бактериальному распространению, в результате которого развиваются лихорадка, тахикардия и лейкоцитоз. При растяжении червеобразного отростка возникают антимезентериальный инфаркт и перфорация. Иногда эпизоды острого аппендицита разрешаются при уменьшении обструкции; последующее патологическое обследование выявляет утолщенную зарубцевавшуюся стенку червеобразного отростка.

Клинические проявления. Симптомы. Классическое прогрессирование симптомов включает анорексию (присутствует почти всегда) вследствие постоянной боли, локализующейся в периумбиликальной области и имеющей умеренную интенсивность, которая в течение 4-6 ч смещается в правый нижний квадрант и носит острый характер. Изменчивая позиция

верхушки червеобразного отростка или неправильная ротация обусловливают вариабельность в локализации боли. Впоследствии могут появиться эпизоды рвоты одновременно с диареей или стойким запором, особенно у детей.

Признаки. Появление признаков аппендицита определяет позиция червеобразного отростка или наличие разрыва. Витальные признаки указывают на умеренную тахикардию или повышение температуры на ГС. Положение комфорта представляет собой позу эмбриона или положение лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Передняя поверхность червеобразного отростка обеспечивает максимальную болезненность и положительный признак Мак Барни (McBurney), заключающийся в защитной фиксации и усилении боли при быстром снятии пальпирующей руки после легкого надавливания в точке, расположенной на $^1/_3$ расстояния от передней верхней подвздошной ости до пупка. Ранним признаком служит кожная гиперестезия в зоне, иннервируемой спинномозговыми нервами T_{10}, T_{11}, T_{12}. Признак Ровзинга (Rovsing) (появление боли в правом нижнем квадранте при пальпации левого нижнего квадранта) указывает на раздражение брюшины. Поясничный признак (боль при медленном выпрямлении правого бедра больного, когда он лежит на левом боку) демонстрирует вовлечение в воспалительный процесс соседнего региона при натягивании подвздошно-поясничной мышцы. Признак запирающей мышцы (обтуратора) — болезненность при пассивной внутренней ротации согнутого правого бедра при положении больного лежа на спине указывает на раздражение тканей вблизи внутреннего обтуратора. При ретроцекальном аппендиците можно наблюдать фланковук» боль. При тазовом аппендиците могут отмечаться боль при исследовании прямой кишки и повышение давления в дугласо-вом пространстве.

Лабораторные данные. Умеренный лейкоцитоз (10 000-18 000 кл/мм^3) с незначительным полиморфно-ядерным сдвигом. Пиурия присутствует при локализации воспаленного червеобразного отростка около мочеточника или мочевого пузыря. Бациллурия указывает на инфекцию мочевыдели-тельного тракта.

Радиография. Рентгенограммы являются полезными, но не решающими в диагностике. Простые рентгенограммы брюшной полости могут визуализировать растянутую слепую кишку, одну или две растянутые петли тонкой кишки или присутствие копролита в правом нижнем квадранте, которое предполагает наличие аппендицита. Мягкая бариевая клизма при остром аппендиците указывает на ненаполнение червеобразного отростка и присутствие массы на медиальном и нижнем краях слепой кишки; полное наполнение червеобразного отростка диагностирует аппендицит. Ультрасо-нография брюшной полости может оказаться полезной в диагностике. Рентгенография грудной клетки выявляет заболевание, локализующееся в

правом нижнем отделе легкого, которое может симулировать боль в правом нижнем квадранте живота благодаря раздражению T_{10}, T_{11}, T_{12} нервов.

Лапароскопия. Может быть использована для дифференциальной диагностики между тубоовариальным заболеванием и илеитом. Возможна последующая операция по удалению аппендикса посредством лапароскопии.

5.3. Самостоятельная работа по теме.

1. отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате
2. курация больных с острым аппендицитом
3. участие в перевязках больных, перенесших оперативное лечение
4. выявление типичных ошибок

5.4. Итоговый контроль знаний.
Ответы на вопросы по теме 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?

Решение ситуационных задач:

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^{o}С, 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 $11,7x10^9$/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?

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 обложек 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?

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 11,0х109.

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?

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*109, 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?

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 7х4 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптомы Ровзинга, Ситковского сомнительные.

Анализ крови: лейкоцитов 10,1х109/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

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

Занятие № 5 (ОД.О.01.1.1.5 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

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

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Острая кишечная непроходимость не представляет собой какую-то отдельную нозологическую форму, являясь осложнением самых различных заболеваний. Но, возникнув, это патологическое состояние протекает по единому «сценарию», вызывая интоксикацию и водно-электролитные расстройства, сопровождается типичными клиническими проявлениями. В связи с этим диагностическая и лечебная тактика во многом едина при несхожей по своей природе непроходимости. Вот почему традиционно она рассматривается особо, подобно разнообразным хирургическим заболеваниям, как в научной и учебной литературе, так и медицинской статистикой. Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее тяжёлых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Она сопровождается высокой послеоперационной летальностью (15-20%) и составляет 2-3% от числа всех острых хирургических заболеваний. Заболеваемость составляет около 1,6 на 10000 населения. Это определяет социально-эпидемиологическую значимость данного заболевания.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: определение основных понятий (острая кишечная непроходимость, механическая и динамическая кишечная непроходимость, заворот, странгуляция, обтурация, инвагинация), классификацию, этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину острой кишечной непроходимости, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с острой кишечной

непроходимостью; основные принципы и объём оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при острой кишечной непроходимости; кодировку острой кишечной непроходимости по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при острой кишечной непроходимости, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: правильно собрать и интерпретировать жалобы и анамнез, проводить осмотр и физикальное обследование больного с острой кишечной непроходимостью; интерпретировать результаты обследования больных с острой кишечной непроходимостью; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с острой кишечной непроходимостью и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при острой кишечной непроходимости и оценить результаты обследований; сформулировать развёрнутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учётом индивидуальных особенностей течения болезни при острой кишечной непроходимости и выполнять основные лечебные мероприятия, определить показания к операции; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; основными приёмами физикального обследования больного (пальпация, перкуссия и аускультация живота, пальцевое ректальное исследование); методиками выполнения зондирования желудка, интерпретации основных рентгенологических феноменов острой кишечной непроходимости, выполнения очистительной и сифонной клизм, интраоперационного назоинтестинального дренирования тонкой кишки и трансанальной интубации толстой кишки; способностью поиска литературы и работы с литературными источниками.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестовые задания:

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

2. ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

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

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

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

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)

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

7. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПРОТЕКАЕТ НЕПРОХОДИМОСТЬ

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

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

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

10. ПРИЗНАКАМИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОГУТ БЫТЬ

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

5.2. Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями по теме занятия).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация и разбор больных, работа в перевязочной.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме 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.

Решение ситуационных задач по теме:

№1

Больной 87 лет жалуется на отсутствие стула в течение 7 дней. Состояние удовлетворительное. Подкожный жировой слой истончён. 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?

№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?

№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.

№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 $16{,}2 \times 10^9$/л, эритроциты $3{,}4 \times 10^{12}$/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?

№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?

6. Домашнее задание по теме занятия.

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.6 Тема: «Язвы тонкой кишки (неспецифические, специфические). Дивертикулы тонкой кишки. Болезнь Крона тонкой кишки». Часть 1.

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы (актуальность изучаемой проблемы).

Язвы тонкой кишки встречаются довольно редко. В зарубежной литературе к 1958 г., по данным Luigi, описано около 200 случаев. Отечественные авторы по нашим подсчетам к 1967 г. приводят около 100 наблюдений. Не исключено, что заболевание встречается гораздо чаще, однако вследствие особенностей клиники и недостаточной осведомленности врачей диагностируется редко.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
- 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 .

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

(по тестам)

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

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

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

4. Для консервативного лечения болезни Крона не применяются препараты

1)седативных средств

2)сульфаниламидных препаратов и антибиотиков

3)ормональных препаратов

4)иммунорегуляторов

5)наркотических средств

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

6. Подготовка больного к экстренной операции при болезни Крона предусматриваета

1)проведение очистительных клизм

2)проведение краткого курса трансфузионной терапии

3) местное применение холода

4) назначение стероидных гармонов

5) назначение антибиотиков

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

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

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

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

5.2. Основные понятия и положения темы (наглядные формы – таблицы, схемы, алгоритмы и др.)**.**

Место проведения учебная комната, палаты колопроктологического отделения, эндоскопическая, перевязочная, операционная.

- Оверхед;
- теле-, видеосистема;
- слайды;
- таблицы, схемы;
- методические рекомендации по теме занятия;

5.3. Самостоятельная работа по теме:

а) изучение клинической картины и объективных признаков заболеваний кишечника;

б) разбор плана выполняемых оперативных вмешательств у курируемых больных;

в) выявление ошибок в построении плана обследования и лечения у курируемых больных;

г)работа в перевязочных и операционных;

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме 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

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

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.Ваш диагноз

2.Лабораторные методы исследования?

3. Дополнительные методы исследования?

4. Необходимо ли иммунологическое исследование крови?

5. Лечение?

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?

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?

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. Какая ошибка допущена врачами первичного звена

4. Дополнительные исследования

5. Показано данному больному оперативное лечение

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.

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

Индекс: ОД.О.01.1.1.6 Тема: «Язвы тонкой кишки (неспецифические, специфические). Дивертикулы тонкой кишки. Болезнь Крона тонкой кишки». Часть 2. Доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника».

2.Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3.Значение темы (актуальность изучаемой проблемы). Во многих странах рак толстой кишки занимает по частоте одно из ведущих мест всех злокачественных новообразований. У России рак толстой кишки занимает 3-е место. Диагностируется рак толстой кишки поздно отсутствует онкологическая настороженность не только у населения, но и у врачей. Успех лечения зависит от раннего обращения, ранней диагностики и своевременного оперативного вмешательства.

Не эпителиальные опухоли толстой кишки хотя встречаются и редко, но диагностируются врачами трудно, часто протекают бессимптомно, иногда выявляются случайно при обследовании.

4.Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

- 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

5.План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний (решение тестовых заданий**)**

1. К злокачественным опухолям прямой кишки относится

1) аденокарцинома

2) ювенильный полип

3) ворсинчатая опухоль

4) аденома

5) липома

2. Под понятием рак обычно подразумевают

а) меланому

б) ворсинчатую опухоль

в) аденокарциному

г) саркому

д) лейомиому

3. Рак анального канала обычно состоит из клеток типа

1) аденокарциномы

2) базалиомы

3) меланомы

4) плоскоклеточного рака

5) лейомиомы

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

1) базалиомы

2) аденокарциномы

3) плоскоклеточного рака

4) лейомиосаркомы

5) меланомы

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

1) общей слабости

2) потери аппетита

3) явлений частичной кишечной непроходимости

4) ректальных кровотечений

5) острого парапроктита

6. Правильный диагноз рака прямой кишки устанавливается на основании

1) клинического анализа крови и мочи, ирригоскопии

2) цистоскопии, цистографии и колоноскопии

3) пальцевого исследования, ректоскопии и колоноскопии

4) экскреторной урографии, ирригоскопии и сфинктерометрии

5) обзорного снимка брюшной полости, экскреторной урографии и сфинктерометрии

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

1) пальцевое исследование прямой кишки

2) ректороманоскопию

3) лапароскопию

4) колоноскопию

5) ультразвуковое исследование

8. Основным симптомом гемангиомы прямой кишки является
1) боли в прямой кишки

2) затрудненный стул

3) частый жидкий стул

4) кровотечение

5) непроходимость

9. Наиболее радикальным способом лечения гемангиомы прямой кишки является
1) электрокоагуляция

2) трансанальное иссечение

3) удаление прямой кишки с опухолью

4) микроклизмы с колларголом

5) склерозирующая терапия

10.Наиболее эффективный способ консервативной терапии липомы, гемангиомы и карциноида прямой кишки является
1) лечение клизмами с чистотелом

2) лечение диетой

3) такого лечения не существует

4) лучевая терапия

5) химиотерапия

11.Диагноз карциноида прямой кишки, как правило, устанавливается
1) при пальцевом исследовании

2) ректороманоскопии

3) ирригоскопии

4) после эндоскопического удаления и морфологического исследования

5) колоноскопии

5.2.Основные понятия и положения темы (оснащение занятия)

- Оверхед;

- теле-, видеосистема;

- слайды;

- таблицы, схемы;

- методические рекомендации по теме занятия;

5.3. Самостоятельная работа по теме

а) изучение клинической картины и объективных признаков злокачественных опухолей толстой кишки;

б) разбор плана выполняемых оперативных вмешательств у курируемых больных;

в) выявление ошибок в построении плана обследования и лечения у курируемых больных;

г) работа в перевязочных и операционных;

5.4.Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия**;**

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

6..Роль гистоисследования в постановке диагноза опухолей кишечника.

7. Прогноз лечения опухолей кишечника.

-решение ситуационных задач

Задача № 1

Больной 46 лет в течение четырех месяцев отмечает боли в прямой кишке, позывы на дефекацию, кровь и слизь в кале. Обратился к хирургу и гастроэнтерологу поликлиники. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Выявлен дисбиоз кишечника, по поводу которого назначена консультация колопроктолога. Произведена ректороманоскопия: на высоте 13 см от края перианальной кожи выявлена опухоль прямой кишки, взята биопсия. Гистологическое заключение-умереннодифференцированная аденокарцинома. При дальнейшем обследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

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

Задача № 2

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

1.Какие ошибки были допущены врачом урологом?

2.С какого обследования следует начинать в поликлинике?

3 Назовите стандарт обследования толстой кишки.

4.Какой возможный тип операции предстоит больному?

5.Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки?

Задача № 3

Больная 55 лет в течение 2 лет страдает анемией с уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина периферической крови соответственно до 3,2*10х12/л, 96 г/л. Наблюдалась у терапевта по месту жительства, проводилась ФГС осматривалась гинекологом. Проводилось лечение витаминами, препаратами железа с незначительным эффектом. В виду сухого кашля, боли в грудной клетке под лопаткой произведена рентгенография легких, которая выявила одиночный метастаз в корень правого легкого диаметром до 2 см. При дальнейшем обследовании диагносцирована опухоль левого изгиба ободочной кишки (гистологическое строение аденокарцинома). Метастазов в другие органы не обнаружено. Больная физически крепкая женщина, сохранна.

1. Какая ошибка допущена терапевтом поликлиники?
2. Какие методы обследования необходимо было провести в поликлинике?
3. Какое лечение необходимо провести больной?
4.С какого обследования следует начинать в поликлинике?

5. Дифференциальная диагностика при кровотечении из прямой кишки?

Задача №4

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

1.Какое осложнение опухоли толстой кишки наступило у больного?

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

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

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

5.Каков прогноз в данном случае?

Задача №5

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

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?
2. Какие методы обследовании необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое лечение необходимо провести больному?
4. Когда можно закрыть колостому?
5. От чего зависит прогноз заболевания?
6. **Домашнее задание по теме занятия**

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

Индекс: ОД.О.01.1.7 Тема: «Кишечные свищи: тонкокишечные, толстокишечные».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы (актуальность изучаемой проблемы).

Кишечные свищи являются сложной и нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. Спонтанное заживление таких свищей наблюдается редко, а консервативное лечение требует изобретательности, терпения, продолжается длительно и не гарантирует успеха. Длительное стационарное лечение, значительная потребность в дорогостоящих лекарственных препаратах и инфузионно-трансфузнонных средах ведут к большим финансовым затратам. Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей, затрагивающей ряд вопросов не только чисто хирургических, но и других дисциплин. Особенно это касается вопросов парентерального питания, нарушения гомеостаза и их коррекции.

Лечение больных с наружными кишечными свищами должно включать комплекс как консервативных, так и хирургических методов и складываться из:

а) местного лечения ран;

б) общего лечения;

в) специальных методов оперативного лечения.

4. Цели обучения:

- общая обучающийся должен обладать (ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

- 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

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.(ПО ТЕСТАМ)

1.Какие рентгенологические методы не применяются для диагностики кишечных свищей

а) Обзорная рентгеноскопия и рентгенограмма брюшной полости

б) Фистулография

в) Ирригоскопия, ирригография.

г) Пассаж бария по кишечнику.

д) Все перечисленное

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

а) Свищ прямой кишки

б) Свищ толстой кишки

в) Свищ тонкой кишки

г)Свищ врожденный

3.Задачи обследования больных со свищами желудочно-кишечного тракта.

а) Выяснить локализацию свища

б) Уточнить состояние отводящей и приводящей петли

в) Выяснить взаимоотношение кишки несущей свищ с соседними органами, имеются или нет затеки в окружающие ткани.

г) Все перечисленные.

4 Какие методы используются для исследования кишечных свищей?

а) Использование красящих веществ

б) Пальцевое исследование

в) Рентгенологическое исследование

г) Эндоскопические исследования

д) Все перечисленные.

5.Назовите клинические признаки нарушения водного баланса:

а) Жажда.

б) Сухость кожных покровов и снижение тургора.

в) Более выраженнуюсрединную продольную борозду и дополнительные бороздыязыка.

г) Тахикардия

д) Все перечисленное

6. Назовите характер раневого отделяемого из свища тощей кишки:

а) Жидкое отделяемое с большой примесью желчи,

б) Отделяемое в виде жидкого кала

в) Оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием

7. Назовите характер раневого отделяемого из свища подвздошной кишки

а) Жидкое отделяемое с большой примесью желчи,

б) Отделяемое в виде жидкого кала

в) Оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием

8 Назовите характер раневого отделяемого из свища толстой кишки

а).Жидкое отделяемое с большой примесью желчи,

б) Отделяемое в виде жидкого кала

в) Оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием

9.Из чего складывается местное лечение наружных кишечных свищей

а). Лечения гнойной раны

б). Предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого

в) Уменьшения потерь кишечного отделяемого

г)Всего перечисленного.

10 Назовите принципы общего лечения больных с наружными кишечными свищами

а) Питание

б) Парентеральное питание

в) Коррекция последствий функционирования свища

г) Стимуляция защитных сил организма и репаративных процессов

д). Все перечисленное

5.2. Основные понятия и положения темы Оверхед;

- теле-, видеосистема;
- слайды;
- таблицы, схемы;

- методические рекомендации по теме занятия;

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме 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 осложнении

4.Клиника и диагностика кишечных свищей

5.Лечение кишечных свищей.

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

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 1,5х0,5 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 кишечногоотделяемого 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.

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 10х16 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.—

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

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

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

Полупериод выделенпя бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая

патологическая.

1. Ваш диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Задача 3. Больной Т., 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 20х15 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?

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

1.Ваш диагноз?

2.Какие обследования необходимы для уточнения диагноза

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

1. Как лечить пациентку?

2. Как долго может быть колостома?

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. **Индекс: ОД.О.01.1.1.8** Тема: «Лечение кишечных свищей. Реконструктивно-восстановительные операции по поводу кишечных свищей».

2.Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3.Значение изучения темы (актуальность изучаемой проблемы).

Тяжесть клинического течения травматических повреждений и ряда воспалительных процессов органов брюшной полости, осложнённых кишечными свищами, характеризует данную патологию как одну из трудных и недостаточно разработанных глав хирургии. Кишечные свищи известны хирургам как тяжёлые осложнения некоторых болезней органов брюшной полости и их повреждений. Они приносят больным чрезвычайно тяжёлые физические и моральные страдания, неизбежно усугубляющие основную болезнь, и нередко создают угрозу для жизни больных. Формирование кишечного свища не только не ограничивается образованием канала между брюшной стенкой и кишками, но и приводит к расстройству сложных процессов пищеварения, нарушению функций внутренних органов и гомеостаза всего организма. Несмотря на значительные достижения в организации хирургической помощи населению, возникновение кишечных свищей происходит ещё достаточно часто. Лечение свищей остаётся трудной и не всегда разрешимой задачей. Об этом свидетельствует высокая летальность больных кишечными свищами (по статистике отечественных и зарубежных исследователей – от 6,5 до 70 %).

4.Цели обучения:

- общая : обучающийся должен обладать ПК-6.

- 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

5. План изучения темы:

5.1.Контроль исходного уровня знаний (по тестам)

1.Как осуществляется энтеральное питание при кишечных свищах?

1) через назогастральный зонд или зонд через гастро или еюностому.

2)через рот

3)внутривенно

4) через клизму

5) все верно

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

1) уход за кожей вокруг свища.

2)энтеральное (зондовое) питание.

3) питание парентеральное

4)все перечисленное

3.Когда начинать энтеральное питание?

1) через 6 часов от поступления.

2) через 24 часа от поступления.

3) через неделю от поступления.

4)чем раньше, тем лучше.

4.Какие доступы освоены для энтерального питания?

1) назогастральный

2)назоэнтеральный

3)через стому

4) все перечисленное

5.Какие методы обтурации кишки применяют?

1)внекишечные

2) внутрикишечные

3) смешанные

4) все перечисленные

6.Назовите абсолютные противопоказания к обтурации:

1) несформированные свищи тонкой кишки.

2) полные свищи тонкой и толстой кишки

3) непроходимость отводящего отдела кишки

4) гнойники,флегмоны вокруг свища

5)все перечисленное.

7.Какие операции выполняются для лечения кишечных свищей?

1)Закрытие свища без вскрытия брюшной полости (внебрюшинные методы);
2)Закрытие свища со вскрытием брюшной полости (внутрибрюшинные методы)

3)все перечисленное

4)консервативное ведение свищей

8.Назовите методы обследования больных со свищами.

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

2)пальцевое исследование.

3) рентгенологическое исследование

4)эндоскопическое исследование

5)все перечисленное

9 Назовите задачи обследования больных со свищами желудочно-кишечного тракта.
1)Выяснить локализацию свища
2)уточнить состояние отводящей и приводящей петли.
3)выяснить взаимоотношение кишки несущей свищ с соседними органами
4) имеются или нет затеки в окружающие ткани.
5) Все перечисленное

10. .Из чего складывается местное лечение наружных кишечных свищей

1)лечения гнойной раны

2)предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого

3)уменьшение потерь кишечного отделяемого

4) всего перечисленного.

5)ежедневных перевязок

5.2.Основные понятия и положения темы (оснащение занятия).

-Оверхед,

-теле-, видеосистема, с

-лайды,

-таблицы, схемы,

-методические рекомендации по теме занятия.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

-Курация больных,

- Разбор ошибок в диагностике и лечении больных,

- Инструментальное обследование больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

-ответы на вопросы по теме занятия

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

- решение ситуационных задач

3 **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 1,5х0,5 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.

Задача №2. Больной Н., 60 лет, оперирован по поводу заворота тонкой кишки. Послеоперационный период дважды осложнялся эвентрацией кишечника. На 20-й день после операции в рану стало отделяться гнойно-кишечное отделяемое. Состояние тяжелое. Истощен, дефицит веса 37%. Кожа на всем протяжении передней брюшной стенки мацерирована. На передней стенке живота по средней линии гнойная рана размером 10х16 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*10^{12}, НЬ—100 г/л, л. —6,7-10^{9} Лейкоцитарная формула: э.— l^o, п.— 6, с.— 68, лимф.— 15%, мои.— 10%, СОЭ — 28/44 мм/ч. Общий белок крови — 40,0 г/л. Объем циркулирующей крови — 2502 мл. Объем циркулирующей плазмы — 1400 мл. Хлориды крови — 50 ммоль/л. Проба Квика — 51,2%. Полупериод выделенпя бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая патологическая.

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

Задача №3. Больной Т., 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 20х15 см. Дно раны выстлано слизистой кишечника. В верхнем отделе раны — два открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет — в спавшемся состоянии. В нижнем углу раны — также два кишечных просвета, в спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только слизь. Через задний проход каловые массы не выделяются. Кожа вокруг раны мацерирована в радиусе 10—12 см.

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

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

1.Ваш диагноз?

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

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?

6. Домашнее задание по теме занятия

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1.Индекс: ОД.О.01.1.1.8 Тема: «Лечение кишечных свищей. Энтеральное питание больных с кишечными свищами. Ведение больных в пред- и послеоперационном периодах». Часть 2.

2.Форма организации занятия: практическое.

3.Значение изучения темы.

Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей, затрагивающей ряд вопросов не только чисто хирургических, но и других дисциплин. Важную роль в проблеме лечения кишечных свищей играют вопросы питания. В профилактике потерь воды и электролитов имеет большое значение правильно подобранная диета Особенно это касается вопросов парентерального питания, нарушения гомеостаза и их коррекции.

Было бы неправильно подразделять лечение кишечных свищей на консервативное и оперативное, поскольку оба метода не исключают один другого, а дополняют и могут применяться как одновременно, так и отдельно, в соответствующем периоде. Лечение больных с наружными кишечными свищами должно включать комплекс как консервативных, так и хирургических методов и складываться из:

а) местного лечения ран;

б) общего лечения;

в) специальных методов оперативного лечения.

4. Цели обучения:

общая обучающийся должен обладать ПК-6.

- 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

5.План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний (по тестам).

1.Как осуществляется энтеральное питание при кишечных свищах?

1) через назогастральный зонд или зонд через гастро или еюностому.

2) через рот

3)внутривенно

4)через клизму

5)все перечисленное.

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

1)уход за кожей вокруг свища.

2)энтеральное (зондовое) питание.

3)питание парентеральное

4)все перечисленное

5)ничего из перечисленного

3.Когда начинать энтеральное питание?

1) через 6 часов от поступления.

2) через 24 часа от поступления.

3) через неделю от поступления.

4)чем раньше, тем лучше.

5) в любое время.

4.Какие доступы освоены для энтерального питания?

1) назогастральный

2)назоэнтеральный

3)через стому

4) все перечисленное

5)ничего из перчисленного.

5.Назовите состав энтерального питания.

1)питание из молока, сливок, яиц, бульонов.

2)из продуктов детского питания.

3)промышленные быстрорастворимые смеси.

4)**в**се перечисленное.

5)ничего из перечисленного

6.Назовите осложнения при парентеральном питании.

1)тошнота и рвота

2) диарея или запор

3) регургитация.

4) все перечисленное.

5)ничего из перечисленного

7.Назовите абсолютные противопоказания к энтеральному питанию.

1) клинически выраженный ок.

2) кишечная непроходимость.

3) ишемия киечника.

4) все перечисленное

5) ничего из перечисленного

8. Назовите относительные противопоказания к энтеральному питанию.

1) частичная обтурация кишечника.

2) тяжелая неукротимая диарея.

3) тяжелый панкреатит и киста поджелудочной железы.

4) **в**се перечисленное

5) ничего из перечисленного

9.Назовите проблемы при энтеральном питании.

1) ругургитация.

2) аспираия.

3) диаррея.

4) миробная контоминация и инфекция.

5) все перечисленное.

10.Назовите проблемы , связанные с зондовым питанием.

1) некроз, изъязвление поверхности слизистой.

2) смещение онда и миграция.

3) закупорка зонда.

4) все перечисленное.

5) ничего из перечисленного

5.2.Основные понятия и положения темы (оснащение занятия)

- Оверхед;
- теле-, видеосистема;
- слайды;
- таблицы, схемы;
- методические рекомендации по теме занятия;

5.3. Самостоятельная работа по теме:

Работа:
а) в палатах с пациентами;
б) с историями болезни;
в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных

методов исследования.

г) разбор курируемых пациентов;
д) выявление типичных ошибок

5.4. Итоговый контроль знаний:

-ответы на вопросы по теме занятия;

1.Показания к энтеральному питанию.
2. Противопоказания к энтеральному питанию.
3.Неудачи и осложнения при энтеральном питании.
4.Особенности послеоперационного ухода.
- **р**ешение ситуационных задач по теме.

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 1,5х0,5 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.

5. Когда назначить энтеральное питание?

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 10х16 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.—

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

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

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

Полупериод выделенпя бромсульфалеина — 1 мин. Сахарная кривая

патологическая.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

3 Какую раннюю операцию планировать?

4.Какую позднюю операцию планировать?

5.Когда назначить энтеральное питание?

Задача 3. Больной Т., 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 20х15 см.

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

открывающихся просвета кишечной петли. Из одного просвета непрерывно

выделяется кишечное содержимое с примесью желчи; второй просвет — в

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

спавшемся состоянии. Все три спавшихся кишечных просвета выделяют только

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

мацерирована в радиусе 10—12 см.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Какая планируется первая операция?
4. Какие операции последующие?
5.Когда назначить энтеральное питание?

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

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

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?

6. Домашнее задание по теме занятия

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. Занятие № 9 (ОД.О.01.1.1.9 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

Тема: «Желчнокаменная болезнь».

2. Форма организации занятия: практическое занятие**.**

3. Значение изучения темы: Острый холецистит – одно из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости. В последние два десятилетия достигнуты значительные успехи в диагностике и в совершенствовании методов его лечения, что позволило снизить летальность до 2,5%. Вместе с тем она остается высокой среди больных пожилого и старческого возраста, что делает эту проблему не только медицинской, но и социально значимой. Таким образом, острый холецистит продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии и требует совершенствования в подходе к лечению.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину острого и хронического холецистита, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с острым и хроническим холециститом; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при остром и хроническом холецистите; кодировку острого и хронического холецистита по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при остром и хроническом холецистите законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым и хроническим холециститом; интерпретировать результаты обследования больных с острым и хроническим холециститом; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с острым и хроническим холециститом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю

болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при остром и хроническом холецистите и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при остром и хроническом холецистите и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой лапаротомии, холецистэктомии, холецистостомии, дренирования желчных протоков, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

1. ПУЗЫРНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ

1) правой печеночной артерии

2) аорты

3) верхней брыжеечной артерии

4) нижней брыжеечной артерии

5) левой печеночной артерии

2. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

1) перитонизируют наложением кетгутовых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря

2) перитонизируют подшиванием сальника к ложу желчного пузыря

3) перитонизируют наложением капроновых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря

4) обрабатывают 96% раствором спирта

5) обрабатывают раствором формалина

3. ПОКАЗАНИЕ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

1) острый холецистит, осложненный перитонитом

2) хронический калькулезный холецистит

3) повышение температуры тела до 37,5 С

4) выраженный болевой синдром

5) наличие механической желтухи

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

1) инфарктом миокарда

2) тромбоэмболией легочной артерии

3) острым послеоперационным панкреатитом

4) динамической кишечной непроходимостью

5) внутрибрюшным кровотечением

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

1) острым деструктивным панкреатитом

2) подпеченочным абсцессом

3) перфорацией желчного пузыря, перитонитом

4) острой кишечной непроходимостью

5) тромбозом мезентериальных сосудов

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

1) 5-7 мм вод. ст

2) 10-15 мм вод. ст

3) 20-25 мм вод. ст

4) 30-40 мм вод. ст

5) 40-50 мм вод. ст

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

1) 1 см

2) 2,5-5 см

3) 10-12 см

4) 15 см

5) 20 см

8. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1) глухой шов лапаротомной раны

2) дренирование подпеченочной зоны марлевым дренажем

3) дренирование подпеченочной зоны трубкой с активной аспирацией

4) дренирование подпеченочной зоны трубкой без активной аспирации

5) дренирование подпеченочной зоны «сигарным» дренажем

9. СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

1) компьютерная томография

2) УЗИ

3) обзорная рентгенография брюшной полости

4) чрескожнаячреспеченочнаяхолангиография

5) биохимический анализ крови

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

1) тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой

2) пережатие пальцами гепатодуоденальную связку, осушить рану, верификацию источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд

3) тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут

4) остановку кровотечения губкой «тахокомб»

5) лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;

- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№1

Бригадой «Скорой медицинской помощи» осмотрен больной Ц., 43 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, высокую температуру до 38°С. Заболел 3 суток назад после обильного обеда с приемом алкоголя. Ранее были значительные боли в правом подреберье, но быстро проходили. Не обследовался. В участковой больнице сделаны инъекции платифиллина с димедролом, аспирированно желудочное содержимое, после чего отметил незначительное улучшение состояния. При осмотре: иктеричность склер, язык сухой, густо обложен белым налетом. Пульс 110 уд/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии. При пальпации выраженное напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера, Мейо-Робсона, Мондора, Щеткина-Блюмберга. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. В отлогих местах брюшной полости неотчетливое притупление. Перистальтика не прослушивается. Газы не отходят.

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

2. Какие обследования необходимо выполнить больному в стационаре для

уточнения диагноза?

3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную

патологию?

4. Вид и объем лечения?

5. Перечислите методы профилактики данной патологии?

№2

К хирургу поликлиники обратился больной 38 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38,2 С. При осмотре общее состояние средней тяжести. Бледен, пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Больному было выполнено УЗИ брюшной полости - в желчном пузыре конкременты, определяются признаки острого холецистита: в подпеченочном пространстве выпот. В общем анализе крови: лейкоциты -$17x10^9$/л. СОЭ 27 мм/ч. С момента заболевания прошло 7 суток

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Предварительный диагноз? План обследования?

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

4. Сроки нетрудоспособности, реабилитация?

5. Профилактика?

№3

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

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 55 лет, страдающий хроническим калькулезным холециститом с жалобами на резкие боли в правом подреберье, тошноту, рвоту желтушность склер. При осмотре: состояние больного тяжелое, отмечается иктеричность склер; язык сухой, обложен; умеренно-выраженные боли в правом подреберье, иррадирующие в правую лопатку. Пульс 120 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания участвует ограниченно, умеренно вздут в эпигастрии, при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, эпигастрии, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Определяются положительные симптомы Ортнера. Мейо-Робсона, Мондора, размеры печени но Курлову 10х10х8 см, печеночная тупость сохранена. Перистальтика вялая. В анализах крови: лейкоциты - $16*10^9$/л, СОЭ 33 мм/ч, повышение уровня амилазы до 350 ЕД (норма - до 220 Ед).

1. Тактика хирурга поликлиники?

2. Диагноз?

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

4. Вид и объем лечения?

5. Третичная профилактика?

№5

К хирургу поликлиники обратилась больная Е. 57 лет с жалобами тошноту, рвоту, боль в правом подреберье. В анамнезе хронический

калькулезный холецистит. Желтухи нет. При осмотре: состояние больной удовлетворительное живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера – положительные, Щеткина-Блюмберга - отрицательный. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. В общем анализе крови – умеренный лейкоцитоз.

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

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

1. Занятие № 10 (ОД.О.01.1.1.10 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

Тема: «Бактериальные абсцессы печени».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы:

Диагностика и лечение острого абсцесса печени остается актуальной, сложной проблемой, требующей своевременного решения. Актуальность проблемы обусловлена высоким уровнем диагностических ошибок, достигающих 60,0% при первичном абсцессе печени и 45,5% при остром холангите, высокой частотой послеоперационных осложнений, составляющих при остром абсцессе печени от 3,5% до 48,5%, а при остром холангите от 8,3% до 43,0%, послеоперационной летальностью больных с острым абсцессом печени, достигающей от 12,0% до 79,0%, а при остром холангите в сочетании с механической желтухой от 15,0% до 60,0%.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину бактериальных абсцессов печени, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с бактериальными абсцессами печени; основные принципы и объем оказания

медицинской помощи на догоспитальном этапе при бактериальных абсцессах печени; кодировку бактериальных абсцессов печени по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при бактериальных абсцессах печени, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с бактериальными абсцессами печени; интерпретировать результаты обследования больных с бактериальными абсцессами печени; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе, больному с бактериальными абсцессами печени и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной, для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований, при бактериальных абсцессах печени и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, при бактериальных абсцессах печени и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой холецистостомии, дренирования желчных протоков, техникой чрескожного дренирования абсцессов печени, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

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

1) в нижнюю полую вену

2) интрадуктально

3) внутричревная перфузия

4) в подключичную вену

5) интраабдоминалъно

2. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ОТНОСИТСЯ

1) иммунодефицитные состояния

2) острый холецистит

3) желчнокаменная болезнь

4) пожилой возраст

5) перенесенные операции

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

1) бронхобилиарный свищ

2) прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием перитонита

3) эмпиема плевры

4) сепсис

5) вторичный абсцесс легкого

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) чрескожная чреспеченочная холангиография

2) КТ

3) МРТ

4) УЗИ

5) радиоизотопная сцинтиграфия

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

1) амикацин

2) метронидазол

3) тиенам

4) цефазолин

5) рифампицин

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

1) цефалоспорины II и III поколений

2) метранидазол

3) рифампицин

4) ванкомицин

5) пенициллин

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

1) недели

2) 1-2 недель

3) 3-4 недель

4) 2 месяцев

5) 3 месяцев

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

1) чрескожного чреспеченочного дренирования

2) холецистодуоденостомии

3) холецистостомии под контролем УЗИ

4) эндоскопического назобилиарного дренирования

5) холедохостомии по Холстеду-Пиковскому

9. ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП

1) чрезбрюшинный

2) по Черни

3) по Федорову

4) по Кохеру

5) по Киршнеру

10. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) МРТ

2) пункционную биопсию под контролем КТ

3) УЗИ

4) Биохимический анализ крови

5) Радиоизотопную сцинтиграфию

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;
- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№1

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

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

№2

Больной, 56 лет, более 15 лет, страдающий ЖКБ, поступил в тяжелом состоянии. Жалобы на постоянные боли, тяжесть в правом подреберье, желтуху и лихорадку. Фебрильная температура до 39 С, ознобы, тошнота, положительный симптом Ортнера, лейкоцитоз - $20x10^9$ со сдвигом влево, повышение общего (250 мкмоль/л) и прямого билирубина, щелочной фосфатазы. Определяется расширение нижних отделов правой половины грудной клетки, отставание ее при дыхании. Перкуторно - расширение верхних границ печени, существенное ограничение подвижности края правого легкого, укорочение перкуторного звука в нижних отделах легкого. Здесь же выслушивается ослабление дыхания и сухие хрипы. На обзорной рентгенограмме - высокое стояние правого купола диафрагмы, правосторонний плевральный выпот.

1. Предположительный диагноз?

2. Путь проникновения патологического процесса?

3. План обследования для подтверждения диагноза?

4. Тактика хирурга?

5. Сроки временной утраты трудоспособности?

№3

К хирургу обратился пациент 30 лет, с жалобами на лихорадку 38,5-39 С, ознобы, слабость и боли в правом подреберье, отдающие в правое плечо и лопатку в течение 3 дней. Около месяца назад получил закрытую травму живота, за медицинской помощью не обращался. При осмотре - локальное напряжение в правом подреберье. При УЗИ выявлено патологическое образование правой доли печени с нечеткими контурами, неоднородной структуры 5х2,5 см.

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Тактика хирурга?

4. Дифференциальный диагноз?

5. Сроки временной утраты трудоспособности?

№4

Больной, 42 лет, поступил в стационар с жалобами боль правом подреберье, желтушность кожных покровов, гектическую лихорадку. Объективно: при пальпации живот болезненный в правом подреберье, определяется положительный симптом Ортнера. В анализах определяется лейкоцитоз – 23 х10^9 со сдвигом влево, повышение общего билирубина до 300 мкмоль/л за счет прямого билирубина, повышение уровня АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазы. На КТ в правой доле печени определяется зона пониженной плотности размерами 6х6 см с наличием включений воздуха.

1. Предположительный диагноз?

2. Дополнительные методы обследования?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Тактика хирурга?

5. Сроки временной утраты трудоспособности?

№5

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

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

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Тактика хирурга?

4. Дифференциальный диагноз?

5. Первичная профилактика?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

1. Занятие № 11 (ОД.О.01.1.1.11 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

Тема: «Стриктуры и повреждения внепеченочных желчных протоков».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Повреждения гепатохоледоха встречаются в 0,2-2,3% всех операций по поводу холецистита и резекции желудка. Частота повреждения жёлчных протоков при открытой холецистэктомии составляет примерно 1:400. Аналогичная частота отмечена и при лапароскопической холецистэктомии. Причинами случайных повреждений внепеченочных желчных путей являются недостаточный опыт хирурга, трудности, вызванные неполноценным обезболиванием, неправильно выбранным разрезом, врожденными аномалиями желчных протоков и кровеносных сосудов, выраженными воспалительными или рубцовыми изменениями. Если повреждение гепатохоледоха не было замечено и должным образом устранено, то развиваются рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей. Спонтанные наружные желчные свищи являются осложнением желчнокаменной болезни у ослабленных, пожилых и отягощенных сопутствующими заболеваниями больных. Частота спонтанных наружных желчных свищей колеблется от единичных наблюдений до 0,12% всех наружных свищей. Острая печеночная недостаточность является грозным осложнением в абдоминальной хирургии. Летальность при данной патологии составляет, по данным разных авторов, от 50 до 90%.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину стриктур и повреждений внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищей, острой печеночной недостаточности, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным со стриктурами и повреждениями внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищей, острой печеночной недостаточностью; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах, острой печеночной недостаточности; кодировку стриктур и повреждений внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищей, острой печеночной недостаточности по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах, острой печеночной недостаточности, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного стриктурами и повреждениями внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищей, острой печеночной недостаточностью; интерпретировать результаты обследования больных с стриктурами и повреждениями внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищей, острой печеночной недостаточностью; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с острым и хроническим холециститом, холангитом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах, острой печеночной недостаточности и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при стриктурах и повреждениях внепеченочных желчных протоков, наружных и внутренних желчных свищах, острой печеночной недостаточности и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой лапаротомии, шва желчного протока, техникой холецистодуоденостомии, дренирования желчных

протоков, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

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

1) КТ

2) МРТ

3) УЗИ

4) лапароскопия

5) радиоизотопная сцинтиграфия

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРИКТУРЫ ХОЛЕДОХА ВОЗНИКАЮТ

1) на фоне холедохолитиаза

2) при пенетрации дуоденальной язвы

3) после случайного повреждения холедоха

4) хроническом иидуративном панкреатите

5) при развитии туберкулезных язв в холедохе

3. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП

1) верхнее-срединная лапаротомия

2) средне-срединная лапатомия

3) Ленандера

4) Волковича-Дьяконова

5) Черни

4. ПРИ НЕБОЛЬШОМ ПРИСТЕНОЧНОМ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока

2) пластика холедоха на Т-образном дренаже

3) пластика холедоха на дренаже Вишневского

4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах

5) гепатостомия

5. ПРИ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 2/3 ПРОСВЕТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

1) первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока

2) пластика холедоха на Т-образном дренаже

3) эндопротезирование

4) гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах

5) гепатостомия

6. ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1) через 6 месяцев после операции

2) через год после операции

3) каждые 6 месяцев после операции на протяжении 3 лет

4) через 3 года после операции

5) через 5 лет после операции

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пролежень стенки желчного пузыря, вызванный камнем

2) язвенная болезнь желудка

3) рак желудка

4) эхинококкоз

5) актиномикоз

8. НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗИ ОБЛАДАЕТ

1) эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

2) внутрипротоковая эхография

3) КТ

4) МРТ

5) диагностическая лапароскопия

9. ПРИ I ТИПЕ СИНДРОМА МИРИЗИ ПОКАЗАНО

1) холецистэктомия, ревизия желчных протоков с дренированием Т-образной трубкой

2) холецистэктомия, удаление конкрементов, ушивание свищевого отверстия атравматическим рассасывающимся шовным материалом или пластика дефекта оставленной частью культи желчного пузыря, дренирование Т-образной трубкой

3) гепатикоеюностомия

4) холецистэктомия

5) холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желновыводящих путей

10. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) токсическая энцефалопатия

2) уменьшение диуреза

3) частый обильный стул

4) повышение первичного сердечного выброса

5) лабораторные признаки увеличения общего билирубина

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;
- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№1

В стационар доставлен больной 60 лет с жалобами на боль в эпигастрии, диспептические расстройства, слабость, желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что больной год назад находился на лечении в стационаре по поводу холедохолитиаза, желчнокаменной болезни. При УЗИ обнаружена стриктура холедоха протяженностью 1 см.

1.Сформулируйте клинический диагноз?

2.Что является предрасполагающим фактором в развитии данного заболевания?

3.Как уточнить диагноз?

4.Объем лечебных мероприятий?

5.Прогноз, диспансеризация?

№2

В стационар доставлен больной 52 лет, с жалобами на боль в животе, слабость, желтушность кожных покровов, повышение температуры тела до 37,5 С. При чрескожной чреспеченочной холангиографии у больного обнаружены стриктура дистальной трети холедоха, протяженностью 3 см. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад больной был оперирован по поводу острого калькулезного холецистита.

1.Сформулируйте клинический диагноз?

2. Перечислите факторы риска повреждения жёлчных протоков при лапароскопических вмешательствах?

3.Как уточнить диагноз?

4.Объем лечебных мероприятий?

5.Прогноз, диспансеризация?

№3

Больной 48 лет, была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде отмечалось поступление желчи по дренажам. На релапаромтомии обнаружено краевое ранение холедоха протяженностью 1 см.

1.Сформулируйте клинический диагноз?

2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?

3. Объем лечебных мероприятий?

4.Возможные осложнения?

5.Прогноз?

№4

К хирургу поликлиники обратился больной 54 лет с жалобами на диспептические рассстройства, горечь во рту, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, слабость. При обследовании на УЗИ обнаружена протяженная стриктура холедоха.

1.Сформулируйте клинический диагноз?

2. Какими методами дополнительного обследования можно было уточнить диагноз до операции?

3. Объем лечебных мероприятий?

4.Возможные осложнения стриктур холедоха?

5.Диспансеризация?

№5

К хирургу поликлиники обратился больной 34 лет с жалобами на анорексию, гипертермия, недомогание и прогрессирующую утомляемость. При осмотре – состояние больного тяжелое, кожные покровы желтушные. Из анамнеза известно, что неделю назад больной выписан из стационара, где находится на лечении по поводу отравления суррогатами алкоголя. В биохимическом анализе крови – повышение билирубина до 300 мкмоль/л за счет непрямого.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Тактика хирурга поликлиники?
3. Объем дополнительного обследования?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Прогноз?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.12 Тема: «Острый панкреатит».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Летальность при остром панкреатите остается достаточно высокой, особенно у лиц старше 40 лет. Своевременная терапия при панкреатите позволяет избежать развития грозных осложнений и снизить летальность.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9
- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, патогенез, клиническую картину острого панкреатита, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с острым панкреатитом; правила проведения диспансеризации, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым панкреатитом; интерпретировать

результаты обследования больных; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни. Провести предоперационную подготовку больных с острым панкреатитом; проводить реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой срединой лапаротомии (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9).

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестирование.

1. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

1)схваткообразные боли

2)боль неопределенного характера

3)боль, вызывающая беспокойство

4)сильная, постоянная боль

5)боль отсутствует

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

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

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 желудок и двенадцатиперстной кишки

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

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

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

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

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 КПЕРЕДИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1)стеноз привратника

2)рак поджелудочной железы

3)язвенная болезнь желудка

4)рак желудка

5)опухоль толстой кишки

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) цистоэнтероанастомоз
2) наружное дренирование под контролем УЗИ
3) панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков
4) марсупилизация
5) цистогастростомия

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

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

2. Выполнение манипуляций в перевязочной

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

4. Объяснение алгоритма хирургических методов лечения в конкретной клинической ситуации

5.4. Итоговый контроль знаний

Ответы на вопросы по теме занятия:

1. Клиника и диагностика острого панкреатита
2. Дифференциальная диагностика острого панкреатита

3. Дополнительные методы исследования в диагностике острого панкреатита

4. Тактика при остром панкреатите

5. Показания к экстренной, срочной и отсроченной операции при панкреатите

6. Осложнения острого панкреатита

Решение ситуационных задач:

№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 11,2х109/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?

№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 17х109/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?

№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 поджелудочная железа с нечеткими границами и неоднородными участками гипоэхогенной плотности, а также свободную жидкость в брюшной полости. Со стороны печени и желчных путей патологии не выявлено. Параклинические исследования: лейкоциты крови -16 х 10 9/л, мочевина крови - 11,2 ммоль/л, кальций сыворотки – 1, 5 ммоль/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) - 1800 ед/л, гематокрит - 29%, амилазная активность мочи по Вольгельмуту составила 2048 ед.

1)Назовите основные клинические и параклинические симптомы заболевания.

2)О каком заболевании идет речь?

3) Чем осложнилось заболевание

4)Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

5) Лечение

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?

№ 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.

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. **Индекс: ОД.О.01.1.1.13** Тема: «Хронический панкреатит. Этиопатогенез, диагностика, методы хирургического лечения».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта хронический панкреатит (ХП) составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике - от 0,2 - до 0,6%. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом и ХП более чем в 2 раза. Если в 80-е годы частота ХП составляла 3,5-4,0 на 100 тысяч населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), поражающих ежегодно 8,2 - 10 человека на 100 тысяч населения Земли.

В России отмечен более интенсивный рост заболеваемости ХП, как среди взрослого, так и детского населения. Распространенность ХП у детей составляет 9 – 25 случаев, у взрослых – 27,4- 50 случаев на 100 тысяч населения. По данным Бюро медицинской статистики Комитета здравоохранения Москвы заболеваемость ХП удвоилась за период с 1993 по

1998 годы. Распространенность заболеваний ПЖ среди взрослых за последние 10 лет у

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину хронического панкреатита современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе; их кодировку по МКБ-10; правила проведения диспансеризации, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с хроническим панкреатитом; интерпретировать результаты обследования больных; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с хроническим панкреатитом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни и выполнять основные лечебные мероприятия при хроническом панкреатите; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестирование.

1. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. анализ дуоденального сока на ферменты

2. анализ крови на ферменты

3. УЗИ, компьютерная томография, ангиография

4. РХПГ

5. холецистография

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. после перенесенного острого панкреатита

2. после травмы поджелудочной железы

3. после заболеваний органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой

4. при атеросклеротическом поражении сосудов поджелудочной железы

5. после аппендэктомии

3. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. острый панкреатит

2. травма поджелудочной железы

3. заболевания органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой

4. поражение сосудов поджелудочной железы

5. муковисцидоз

4. ОТДЕЛЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВСЕ КРОМЕ:

1. Головка.

2. Перешеек.

3. Шейка.

4. Тело.

5. Хвост.

5. ГЛАВНЫЙ ПРОТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВПАДАЕТ В ДПК:

1. Раздельно с желчным протоком.

2. В одном сосочке.

3. Сливается с желчным протоком на расстоянии 1,5-2 см. от сфинктера.

4. Сливается вместе в ампулу.

5. Все перечисленное.

6. СНИЖЕНИЮ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СПОСОБСТВУЕТ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ

1. Антикоагулянты.

2. Иммуномодуляторы и иммунопротекторы.

3. Секретолитин, аналоги соматостатина.

4. Антибиотики.

5. Антигистаминные препараты.

7. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. Купирование болевого синдрома, снятие спазма сфинктера Одди.

2. Коррекция водно-электролитного, белкового баланса, нарушений функций главных систем жизнеобеспечения.

3. Дезинтоксикация.

4.Подавление секреции железы .

5. Все перечисленные.

8. СИМПТОМ МЭЙО-РОБСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. Болезненностью в области позвоночника в проекции поджелудочной железы.

2. Напряжением брюшной стенки в эпигастрии.

3. Напряжением брюшной стенки по всему животу.

4. Болезненностью и эпигастрии.

5. Болезненностью в области реберно-позвоночного угла слева.

9. СИМПТОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ?

1. Боль при поколачивании по левой реберной дуге.

2. Болезненность в эпигастрии при пальпации.

3. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге.

4. Отсутствие пульсации брюшной аорт при пальпации в эпигастрии, выше пупка.

5. Резкая болезненность при пальпации брюшной стенки, в мезогастрии.

10. СИМПТОМ КЕРТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ?

1. Напряжением брюшной стенки в эпигастрии.

2. Болезненностью при пальпации левой подреберной области.

3. Резистентностью брюшной стенки и болью в области поджелудочной железы.

4. Болезненностью в левом реберно-позвоночном углу.

5. Болезненностью в точке желчного пузыря.

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

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

2. Выполнение манипуляций в перевязочной

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

4. Объяснение алгоритма хирургических методов лечения в конкретной клинической ситуации

- **5.4. Итоговый контроль знаний**

Ответы на вопросы по теме занятия:

1.Этиология и патогенез хронического панкреатита.

2.Классификацию хронического панкреатита.

3.Клиническая картина хронического панкреатита.

4.Диагностические мероприятия при хроническом панкреатите.

5. Основные принципы лечения хронического панкреатита.

Решение ситуационных задач по теме.

1. Ситуационная задача

Больной предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧД- 28 в минуту, пульс -100 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Амилаза мочи – 180 мг/мл. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток отмечено снижение активности, амилазы до нижних границ нормы. Однако состояние больного оставалось тяжелым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, наросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?

2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы мочи?

3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?

4. Что необходимо предпринять?

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

2. Ситуационная задача

Врач выездной бригады скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения.

Из анамнеза известно, что больная страдает желчекаменной болезнью.

При осмотре: состояние больной средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура -36,7. °С, пульс - 110 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания больная не отмечала.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?

3. Какова Ваша тактика по отношению к дальнейшей судьбе пациента?

4. Рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

5. Прогноз

3.Ситуационная задача

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона.

Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2.°С, АД - 95/60 мм рт.ст., лейкоциты -17х10^9/л.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

4. Опишите симптом Мейо-Робсона.

5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе.

4.Ситуационная задача

Больной 38 лет, поступил экстренно. Жалобы на резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения. Приступ развился после приема алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: больной бледен, беспокоен, стонет от боли. Пульс- 100 уд. в минуту, АД - 100/70 мл рт.ст. Живот не вздут, при пальпации напряжение и болезненность в эпигастрии. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского. Симптомы раздражения брюшины

отрицательны. В крови: лейкоциты - 12,0х10^9/л; амилаза - 67 г/л.ч.; билирубин - 16,4 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования Вы назначите?

3. Какую лечебную тактику избрать?

4. Ваш план лечения?

5. Прогноз. Рекомендации по ведению больных на амбулаторном этапе.

5.Ситуационная задача

У больного Н 53 года, злоупотребляющего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывали и отдавали в спину. Температура оставалось нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявилась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет Диастаза в моче 4096 Ед. Консервативные мероприятия улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: пульс -120 уд/мин., АД - 70/40 мм рт. ст., появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче - 8 Ед.

1. Ваш диагноз при поступлении больного?

2. Как следует расценить течение заболевания через сутки?

3. Какова должна быть тактика лечения?

4. Когда возможно оперативное вмешательство без заметного улучшения состояния больного?

5. Какой стол Вы назначите данному больному?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Вентральные и послеоперационные грыжи. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие
3. Значение темы: Несмотря на совершенствование хирургической техники и использование современного шовного материала по меньшей мере 10% лапаротомий осложняются образованием грыж. А в группах риска частота их возникновения достигает 31%. Хотя имеется множество работ, посвященных

различным аспектам хирургического лечения этой патологии, проблема во многом остается недостаточно разрешенной. Хотя существует около 200 способов пластики брюшной стенки при послеоперационных грыжах, частота развития рецидивов после различных аутопластических операций достигает 60%. Даже при использовании эндопротезов частота рецидивов колеблется в широких пределах и может превышать 30 %. Число рецидивов особенно велико при больших и гигантских грыжах.

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1.ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО:

а**)** оперативное лечение в плановом порядке

б) консервативные мероприятия, а при их неэффективности - оперативное лечение

в) оперативное лечение только при осложненных формах грыжи

г) оперативное лечение только по жизненным показаниям

2.УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ:

а) в течение первого года

б)1-2 года

в) 2-3 года

4-5 лет

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

а) послеоперационных вентральных

б) бедренных

в) пупочных

г) белой линии

4. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГРЫЖАХ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА:

а) УЗИ брюшной полости

б) ЭГДС

в) электроэнцефалография

г) внутривенная урография

5. КАКОЙ ХАРАКТЕР НОСЯТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЦАХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ:

а) острый

б) хронический

в) гипертрофический

г) атрофический

6. У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ

ГРЫЖИ:

а) у мужчин

б) у женщин

в) у детей

г) перенесших несколько операций

7. ДАЙТЕ ПОЛНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА:

а) устье, шейка, тело

б) шейка, дно

в) тело, устье, дно

г) дно, тело, шейка, устье

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:

а) грыжа

б) эвентрация

в) лапаротомная рана

г) прикрытая эвентрация

9. КАК МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ:

а) пальпаторно

б) нельзя определить

в) выполнить МСКТ с контрастированием

г) выполнить МСКТ нативное

10. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ РИСК В ОТНОШЕНИИ П/О ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГРЫЖАХ:

а) пожилой возраст

б) сепсис в анамнезе до 1 года

в) химиотерапия 1,5 года назад

г) курение

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?

2. Больная Б., 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области передней брюшной стенки. Из анамнеза: образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа. Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост =156 см., масса тела = 78кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в мин, АД = 140/90 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре.

Результаты стационарного обследования:ОАК: Эр. = 4,0х1012/л, НЬ = 150 г/л, ЦП= 0,9, лейк. = 9,6х109/л: эоз.-1%, п/я - 5%, с/я - 68%, лимф. = 19%, мон.= 6%, СОЭ = 5 мм/ч. Вр. сверт. крови = 6 минут, вр. кровотеч. = 3 минуты, ПТИ = 90%. ***ОАМ:*** Цвет - соломенно-желтый, уд. пл. =1014, реакция - кислая, белок =0,033%, сахар - отр., лейк. - един, в п/зр, эпит. плоский = 2-3 в п/зр. ***ЭКГ***: Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда. ***Рентгеноскопия органов грудной клетки:*** срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания.

2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.

3. Какие неотложные лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условия задачи и диагноза?

4. Требуются ли дополнительные консультации «смежных»

специалистов?

5. Какие тактические мероприятия предполагают условия задачи?

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?

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 кнаружи от прямой мышцы живота имеется опухолевидное образование размерами 5х5 см эластической консистенции, безболезненное. Кожа над ним не изменена. В положении больного лежа оно уменьшается в размерах, симптом кашлевого толчка положительный.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

3. План лечения?

4. Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

5. Реабилитация после операции?

5. К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В послеоперационном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу которой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка

послеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апоневроза размером 10 на 8 см.

1. Ваш диагноз?
2. Какие причины могли привести к данной патологии?
3. Основной метод лечения?
4. С какими трудностями можно встретиться во время операции?
5. В чем заключается реабилитация после операции?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после герниопластики

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
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.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
3.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
4.	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	
5.	Хирургические болезни: Лекции по	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ,	25	

	циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan		2009		
6.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
7.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
8.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
9.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
10.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
11.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
12.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
13.	Неотложная хирургия рака ободочной	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко,	М.: Миклош,	2	

	кишки	Н. С. Утешев [и др.]	2009		
14.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
15.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
16.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
17.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
18.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
19.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
20.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
21.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа,		

	для мед.вузов]		2011		
22.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
23.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
24.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
25.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
26.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
27.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
28.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
29.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
30.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		

31.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
32.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
33.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
34.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
35.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		

36.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
37.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
38.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
39.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
40.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
41.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
42.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
43.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа,		

			2007.		
44.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
45.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
46.	Патофизиология: учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
47.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
48.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
49.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
50.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
51.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		

	последипломного образования				
52.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
53.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
54.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
55.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
56.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
57.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
58.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
59.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-	17	

			Медиа, 2007		
60.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
61.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
62.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
63.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
64.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
65.	Организация акушерской	Д.А.	Красноярс	5	

	помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	к: ККМИАЦ, 2011		
66.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
67.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
68.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
69.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача

4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Вентральные и послеоперационные грыжи. Осложнения хирургического лечения грыж».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие
3. Значение темы: знание особенностей анатомического строения передней брюшной стенки, анатомии грыжи.
4. Цели обучения*:*
- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной тера-пии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболева-ниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотера-пию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. План изучения темы
5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
5.2. Основные понятия и положения темы
Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения
5.3. Самостоятельная работа по теме
Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка

2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

3) рубцового процесса в подкожной клетчатке

4) несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот

5) всего перечисленного

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

1) частая невправимость

2) широкие грыжевые ворота

3) плотные края грыжевых ворот

4) склонность к ущемлению

5) отсутствие тенденции к увеличению

3. БОЛЬНОМУ 80 ЛЕТ БЕЗ ГРУБОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЧАСТЫХ УЩЕМЛЕНИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИЧТО РЕКОМЕНДОВАНО

1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула

2) экстренную операцию-грыжесечение

3) плановую операцию после амбулаторного обследования

4) госпитализацию, наблюдение в хирургическом отделении

5) ношение бандажа

4. ЧАЩЕ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ, С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ ПРИ ГРЫЖАХ

1) паховых

2) бедренных

3) пупочных

4) белой линии живота

5) послеоперационных вентральных

5. БОЛЬНАЯ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ГИПЕРСТЕНИЧЕСКИМ ТЕ-ЛОСЛОЖЕНИЕМИ ПОСТУПИЛА ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. ГРЫЖА 25*30 СМ, ВПРАВИМАЯ. МЕТОДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВА-НИЯ

1) стандартное обследование (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, группа крови и Rh-фактор, сахар крови)

2) стандартное обследование + спирометрия

3) никаких дополнительно методов обследования не требуется

4) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование

5) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование + ношение бандажа при вправленной грыже

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) раневая инфекция

2) послеоперационный парез

3) неправильная техника ушивания раны

4) ранние тяжелые физические нагрузки

5) ношение бандажа

7. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НОШЕНИЯ БАНДАЖА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) 6 месяцев

2) 5 лет

3) 7 дней

4) 1 месяц

5) 2 недели

8. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) легкая вправляемость

2) врожденная природа

3) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной

4) проникновение между мышцами и апоневрозом

5) все перечисленное верно

9. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЕМ

1) большого сальника

2) мочевого пузыря

3) семенного канатика

4) петли кишечника

5) червеобразного отростка

10. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО

1) госпитализация сразу

2) госпитализация через 1 месяц

3) госпитализация через 3 месяца

4) госпитализация через 6 месяцев

5) госпитализация через год

Задача №1

К хирургу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на боли в животе. 5 лет назад оперирован по поводу острого холецистита. В после-операционном периоде образовалась вентральная грыжа, по поводу кото-рой 2 года назад была выполнена операция грыжесечение. При осмотре в области

передней брюшной стенки от мечевидного отростка до пупка по-слеоперационный рубец, в средней трети которого отмечается дефект апо-невроза 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?

Задача №2

На приеме у хирурга поликлиники больная 47 лет с жалобами на опухоле-видное образование в области пупка, здесь же отмечает умеренные боли, особенно при физической нагрузке. Объективно: в области пупка имеется старый послеоперационный рубец, здесь же определяется опухолевидное образование, мягко эластической консистенции, размерами 5х5 см, ча-стично вправимое в брюшную полость. Данное опухолевидное образова-ние у больной отмечается более года с момента операции.

1. Ваш диагноз?
2. Что вероятнее всего может быть в данном образовании?
3. Что в этом случае должен рекомендовать хирург?
4. Виды операций при данной патологии.
5. Что нельзя рекомендовать в целях профилактики ущемления грыжи?

Задача №3

На прием к хирургу обратилась больная К, 65 лет,.с жалобами на наличие опухолевидного выпячивания в паховой области слева. Из анамнеза боль-на в течение 2х лет, после подъема тяжести. Три года назад была проопе-рирована по поводу левосторонней паховой грыжи слева. Объективно: со-стояние удовлетворительное, АД 150/80 мм рт ст, ЧСС 70 в мин, язык влажный, живот мягкий, в паховой области слева опухолевидное выпячи-вание, плотно-эластической консистенции, безболезненное, невправляемое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка отрицательный перку-торно притупление.

1. Диагноз?
2. Что может быть в опухолевидном выпячивании?
3. Обязательный дополнительный метод обследования
4. Лечебная тактика?
5. Какую операцию следует выполнить?

Задача №4

У мужчины 30 лет страдающего запорами, на передней поверхности живо-та по¬явилось выпячивание размером 15 х 10 см, мягкоэластической кон-систенции, увеличивающееся при физической нагрузке. Четыре года назад оперирован по поводу тупой травмы живота. В горизонтальном положе-нии при спокойном состоянии это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить диаметр грыжевых ворот 10 х8 см.

1. Ваш диагноз.
2. Что привело к появлению выпячивания в области пупка

3. Тактика ведения больного в стационаре.
4. Вид наркоза
5. Стол и режим в стационаре.

Задача №5

На приеме у хирурга больной 52 лет, с жалобами на периодические ною-щие боли в животе, усиливающиеся после тяжелой физической работы. Из анамнеза установлено, что четыре года назад был оперирован по поводу кровоточащей язвы желудка, выполнена резекция желудка. Во время об-следования установлено, что имеется послеоперационный рубец от верхнее срединной лапаротомии. В центре определяется опухолевидное образова-ние 10 х10 см диаметре. Положителен симптом кашлевого толчка.

1. Ваш диагноз?
2. Какова ваша тактика в отношении данного больного?
3. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.
4. Срок нетрудоспособности.
5. В чем заключается реабилитация после операции?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после герниопластики

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
70.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
71.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
72.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
73.	Неотложная хирургия: рук. для хирургов	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М. Г. Маккени [и	М.: Изд-во Панфилова, 2010	3	

	общей практики	др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов			
74.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
75.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
76.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
77.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
78.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
79.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
80.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	

		др.].			
81.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
82.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
83.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
84.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
85.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
86.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
87.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
88.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
89.	Психиатрия	В.П.Коханов,	М.:		

	катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.Н.Краснов	Практическая медицина 2008		
90.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
91.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
92.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
93.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
94.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
95.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
96.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
97.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		

98.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
99.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
100.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
101.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
102.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
103.	Переливание крови, ее	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА,		

	компонентов и препаратов: учеб. пособие		2007		
104.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
105.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
106.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
107.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
108.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
109.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
110.	Гематология. Атлас-	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р.	М.: Практика		

	справочник	Тимофеева	2007		
111.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
112.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
113.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
114.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
115.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
116.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
117.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
118.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
119.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		

120.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
121.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
122.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
123.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
124.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
125.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
126.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		

127.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
128.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
129.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
130.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
131.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
132.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
133.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	

	среди населения: метод. рекомендации для врачей				
134.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
135.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
136.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
137.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
138.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Хирургическое лечение вентральных/послеоперационных грыж с использованием лапароскопической технологии».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы: знание особенностей анатомического строения передней брюшной стенки, анатомии грыжи.

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного пери-ода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка

2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

3) рубцового процесса в подкожной клетчатке

4) несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыже-вых ворот

5) всего перечисленного

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОН-НОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

1) частая невправимость

2) широкие грыжевые ворота

3) плотные края грыжевых ворот

4) склонность к ущемлению

5) отсутствие тенденции к увеличению

3. БОЛЬНОМУ 80 ЛЕТ БЕЗ ГРУБОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЧАСТЫХ УЩЕМЛЕНИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕН-ТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИЧТО РЕКОМЕНДОВАНО

1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула

2) экстренную операцию-грыжесечение

3) плановую операцию после амбулаторного обследования

4) госпитализацию, наблюдение в хирургическом отделении

5) ношение бандажа

4. ЧАЩЕ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ, С ДО-ПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ ПРИ ГРЫЖАХ

1) паховых

2) бедренных

3) пупочных

4) белой линии живота

5) послеоперационных вентральных

5. БОЛЬНАЯ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ГИПЕРСТЕНИЧЕСКИМ ТЕ-ЛОСЛОЖЕНИЕМИ ПОСТУПИЛА ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. ГРЫЖА 25*30 СМ, ВПРАВИМАЯ. МЕТОДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВА-НИЯ

1) стандартное обследование (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, группа крови и Rh-фактор, сахар крови)

2) стандартное обследование + спирометрия

3) никаких дополнительно методов обследования не требуется

4) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование

5) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование + ношение бандажа при вправленной грыже

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) раневая инфекция

2) послеоперационный парез

3) неправильная техника ушивания раны

4) ранние тяжелые физические нагрузки

5) ношение бандажа

7. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НОШЕНИЯ БАНДАЖА ПОСЛЕ ОПЕРА-ЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) 6 месяцев

2) 5 лет

3) 7 дней

4) 1 месяц

5) 2 недели

8. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) легкая вправляемость

2) врожденная природа

3) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной

4) проникновение между мышцами и апоневрозом

5) все перечисленное верно

9. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЕМ

1) большого сальника

2) мочевого пузыря

3) семенного канатика

4) петли кишечника

5) червеобразного отростка

10. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИ-ЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО

1) госпитализация сразу

2) госпитализация через 1 месяц

3) госпитализация через 3 месяца

4) госпитализация через 6 месяцев

5) госпитализация через год

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после лапароскопического лечения грыж

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
139.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
140.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
141.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
142.	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	
143.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
144.	Хирургия гнойно-некротических	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	

	осложнений диабетической стопы: рук. для врачей				
145.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
146.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
147.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
148.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
149.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
150.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
151.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
152.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	

153.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
154.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
155.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
156.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
157.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
158.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
159.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
160.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		

161.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
162.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
163.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
164.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
165.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
166.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
167.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
168.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
169.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическо	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	м шоке : метод. рекомендации для ИПО				
170.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
171.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
172.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
173.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
174.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
175.	Микробиология, вирусология и	ред. В. Н. Царев.	М.: Практичес		

	иммунология: учебник		кая медицина 2010		
176.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологи ческой практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярс к: Версо, 2011		
177.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
178.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
179.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
180.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
181.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
182.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
183.	Оперативная	Ю.Г. Аляева,	М.:		

	урология: Атлас	В.А. Григоряна	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
184.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
185.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
186.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
187.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
188.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
189.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
190.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		

191.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
192.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
193.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
194.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
195.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
196.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
197.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
198.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	

199.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
200.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
201.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
202.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
203.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	

204.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
205.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
206.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
207.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press

9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Хирургическое лечение вентральных/послеоперационных грыж с использованием лапароскопической технологии».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы Лапароскопическая/эндоскопическая пластика вентральных, в том числе после-операционных грыж (ЛВГП) – это хирургическая технология, использующая жесткие эндоскопические видеосистемы и эндоскопические инструменты для работы в брюшной полости или искусственно созданных в брюшной стенке полостях с целью протезирующей пластики этих грыж.

Показания и противопоказания к ЛВГП

Хирург должен основывать свое решение о выполнении ЛВГП на предполагаемой сложности операции, возможностях данного медицинского учреждения, на своем опыте и подготовленности к выполнению этой операции. Перед операцией, хирург должен принять во внимание то, что предыдущие герниопластики, большие размеры дефекта (> 10 см в поперечнике), невправимость грыжи, отдельные варианты ее расположения (подмечевидная, надлонная, подвздошная, подреберная, поясничная), большой грыжевой мешок при узких воротах, ожирение и наличие асцита увеличивают сложность и продолжительность вмешательства.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень доказательности 2)

Абсолютными противопоказаниями к выполнению ЛВГП являются:

- общие противопоказания к лапароскопической операции (совместно с анестезиологом): кардиореспираторная недостаточность, нарушения гемостаза, внутричерепная гипертензия, тяжелая глаукома, напряженный асцит;
- выраженные нарушения целостности брюшной стенки с утратой пространства брюшной полости (грыжевой мешок вмещает больше 30% содержимого брюшной полости), большие грыжи (максимальный поперечный размер ворот > 15 см), наличие кожного трансплантата с ложем на кишечнике вследствие лечения методом открытого живота, после тяжелых повреждений живота, множества обширных абдоминальных операций.

Относительными противопоказаниями к выполнению ЛВГП являются:

- экстренные ситуации с наличием невправимой/ущемленной грыжи с кишечной непроходимостью, странгуляции с гангреной кишки или без нее. Наличие ишемии кишечной стенки делает хирургическое поле загрязненным, поэтому на первом этапе противопоказана любая

протезирующая герниопластика. Учитывая неэффективность пластики местными тканями, следует (после разделения спаек и резекции кишечника) ушить дефект край в край и применить отсроченную протезирующую пластику;

- случаи инфекции имплантата с лигатурными свищами и/или наружными кишечными свищами, которые требуют широкой санации, промывания, вскрытия затеков, иссечения свищей и старого имплантата;
- ранее выполненные неудачные протезирующие герниопластики методом подкладки (sublay), когда петли кишечника плотно и на протяжении приращены к ранее имплантированному эндопротезу;
- грыжи с диаметром грыжевых ворот ≤ 2 см, так как такие грыжи можно ушить без пластики с приемлемым результатом.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень доказательности 3)

Нет данных относительно влияния ЛВГП на течение беременности.

В остальных случаях ЛВГП является безопасной и эффективной операцией с низким риском раневой хирургической инфекции и коротким периодом пребывания в стационаре.

Дальнейшие рекомендации по особым ситуациям даются с учетом приведенных выше противопоказаний.

Пожилой и старческий возраст не является противопоказанием к ЛВГП. Не зафиксировано увеличения показателей осложнений и смертности у пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных лапароскопически по поводу вентральной грыжи.

Вентральные/послеоперационные грыжи у пациентов с сахарным диабетом предпочтительно оперировать лапароскопически, учитывая низкую частоту хирургической инфекции.

ЛВГП выполнима у пациентов с ожирением (ИМТ > 30 кг/м*2*), морбидным ожирением (ИМТ > 40 кг/м*2*) и с суперожирением (ИМТ > 50 кг/м*2*). Частота осложнений ЛВГП у пациентов с ИМТ > 40 кг/м*2* выше, чем у пациентов с ИМТ < 40 кг/м*2*. Частота рецидивов после ЛВГП возрастает при ИМТ> 30 кг/м*2* .

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических

заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка

2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

3) рубцового процесса в подкожной клетчатке

4) несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот

5) всего перечисленного

2. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

1) частая невправимость

2) широкие грыжевые ворота

3) плотные края грыжевых ворот

4) склонность к ущемлению

5) отсутствие тенденции к увеличению

3. БОЛЬНОМУ 80 ЛЕТ БЕЗ ГРУБОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЧАСТЫХ УЩЕМЛЕНИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИЧТО РЕКОМЕНДОВАНО

1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула

2) экстренную операцию-грыжесечение

3) плановую операцию после амбулаторного обследования

4) госпитализацию, наблюдение в хирургическом отделении

5) ношение бандажа

4. ЧАЩЕ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ, С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ, КИСТАМИ ПРИ ГРЫЖАХ

1) паховых

2) бедренных

3) пупочных

4) белой линии живота

5) послеоперационных вентральных

5. БОЛЬНАЯ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ГИПЕРСТЕНИЧЕСКИМ ТЕ-ЛОСЛОЖЕНИЕМИ ПОСТУПИЛА ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. ГРЫЖА 25*30 СМ, ВПРАВИМАЯ. МЕТОДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1) стандартное обследование (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, группа крови и Rh-фактор, сахар крови)

2) стандартное обследование + спирометрия

3) никаких дополнительно методов обследования не требуется

4) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование

5) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование + ношение бандажа при вправленной грыже

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1) раневая инфекция

2) послеоперационный парез

3) неправильная техника ушивания раны

4) ранние тяжелые физические нагрузки

5) ношение бандажа

7. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НОШЕНИЯ БАНДАЖА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) 6 месяцев

2) 5 лет

3) 7 дней

4) 1 месяц

5) 2 недели

8. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ

1) легкая вправляемость

2) врожденная природа

3) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной

4) проникновение между мышцами и апоневрозом

5) все перечисленное верно

9. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЕМ

1) большого сальника

2) мочевого пузыря

3) семенного канатика

4) петли кишечника

5) червеобразного отростка

э

10. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО

1) госпитализация сразу

2) госпитализация через 1 месяц

3) госпитализация через 3 месяца

4) госпитализация через 6 месяцев

5) госпитализация через год

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после лапароскопического лечения грыж

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	**2**	**3**	**4**	**5**	6
208.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
209.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
210.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
211.	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.	М.: Изд-во Панфилова, 2010	3	

		А. С. Ермолов			
212.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
213.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
214.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
215.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
216.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
217.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
218.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
219.	Хирургия катастроф:	ред. Г. М. Кавалерский [и	М.: Академия	2	

	учебник	др.]	2008		
220.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
221.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
222.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
223.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
224.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
225.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
226.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
227.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина		

			2008		
228.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
229.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
230.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
231.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
232.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
233.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
234.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
235.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
236.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа		

			2009		
237.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
238.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
239.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
240.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
241.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов:	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		

	учеб. пособие				
242.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
243.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
244.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
245.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
246.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
247.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
248.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		

249.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
250.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
251.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
252.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
253.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
254.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
255.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
256.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
257.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
258.	Экономические	И.П.Артюхов,	Красноярс		

	отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	к: типогр. КрасГМУ 2010		
259.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
260.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
261.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
262.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
263.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
264.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		

265.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
266.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
267.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
268.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
269.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
270.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
271.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	

	среди населения: метод. рекомендации для врачей				
272.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
273.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
274.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
275.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
276.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Хирургическое лечение вентральных/послеоперационных грыж с использованием лапароскопической технологии. Часть вторая».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы Эндопротезы, применяемые при ЛВГП, предназначены для того, чтобы перекрывать дефекты в брюшной стенке, и подбираются по размерам так, чтобы это перекрытие было достаточным во всех направлениях, с учетом таких клинических факторов, как предшествующие рецидивы и ожирение, ХОБЛ и др. причины хронического повышения внутрибрюшного давления.

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь;

проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов: не предусмотрены

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после лапароскопического лечения грыж

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
277.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
278.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
279.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
280.	Неотложная хирургия: рук.	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М.	М.: Изд-во Панфилов	3	

	для хирургов общей практики	Г. Маккени [и др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов	а, 2010		
281.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
282.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
283.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
284.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
285.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
286.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
287.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	

		Альперович [и др.].			
288.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
289.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
290.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
291.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
292.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
293.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
294.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
295.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		

296.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
297.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
298.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
299.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
300.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
301.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
302.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
303.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
304.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		

305.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
306.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
307.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
308.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
309.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
310.	Переливание крови, ее	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА,		

	компонентов и препаратов: учеб. пособие		2007		
311.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
312.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
313.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
314.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
315.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
316.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
317.	Гематология. Атлас-	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р.	М.: Практика		

	справочник	Тимофеева	2007		
318.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
319.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
320.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
321.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
322.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
323.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
324.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
325.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
326.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		

327.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
328.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
329.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
330.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
331.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
332.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
333.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		

334.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
335.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
336.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
337.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
338.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
339.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
340.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	

	среди населения: метод. рекомендации для врачей				
341.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
342.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
343.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
344.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
345.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.14 Тема: «Ущемленные грыжи. Диагностика, тактика лечения».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы Ущемление – наиболее опасное осложнение, угрожающее жизни больного и требующее немедленного хирургического вмешательства. Это внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости (грыжевого содержимого), в грыжевых воротах, приводящее к нарушению кровоснабжения и некрозу.

Различают два типа ущемления: эластическое и каловое.

При эластическом ущемлении обязательны узкие грыжевые ворота. Ведущим является спазм мускулатуры в области грыжевых ворот. Провоцирующий фактор – повышение внутрибрюшного давления при физической нагрузке.

При каловом сначала возникают затруднения в опорожнение в кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке, она переполняется и ущемляется. Обязательно наличие широких грыжевых ворот. Провоцирующий фактор – нарушение кишечной моторики (замедление перистальтики, особенно у пожилых).

Ущемляться могут различные органы: тонкая кишка, прядь большого сальника, поперечно-ободочная, сигмовидная, реже другие органы (мочевой пузырь, матки и ее придатки, и др.).

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Тестовые задания по теме (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)**:**

1. РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ

1) диарея

2) коллапс

3) схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов

4) симптомы раздражения брюшины

5) дегидратация

2. БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ВЫЗВАЛ ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ - 10 ЧАСОВ. ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ, ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА

1) вправление грыжи

2) вправление грыжи после наркотиков

3) холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики

4) экстренная госпитализация в хирургический стационар

5) направление на консультацию к хирургу

3. БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА - 39° С, ГИПЕРЕМИЯ, ИНФИЛЬТРАЦИЯ, ОТЕК МОШОНКИ. У БОЛЬНОГО ОСЛОЖНЕНИЕ

1) некроз яичка

2) фуникулит

3) флегмона грыжевого мешка

4) острый орхит

5) водянка яичка

4. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ - ЭТО

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

5. 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

6. ДЛЯ ГРЫЖИ ЛИТТРЕ ХАРАКТЕРНО УЩЕМЛЕНИЕ

1) желудка;

2) тонкой кишки;

3) придатков матки;

4) меккелева дивертикула;

5) мочевого пузыря.

7. У ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – ПНЕВМАТИЗИРВАННЫЕ ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ЧАШИ КЛОЙБЕРА. УЩЕМЛЕНА

1) сигмовидная кишка

2) желудок

3) сальник

4) тонкая кишка

5) придатки матки

8. УЩЕМЛЕННУЮ БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1) с ущемленной паховой грыжей

2) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области овальной ямки

3) с острым лимфаденитом

4) со всеми заболеваниями

9. ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ В ПРОКСИМАЛЬНОМ И ДИСТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИЯХ НЕКРОТИЗИРОВАННОЙ НА ПРОТЯЖЕНИИ 10 СМ ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ

1) проксимально – 10 см, дистально – 10 см

2) проксимально-20 см, дистально – 10 см

4) проксимально-40 см, дистально – 20 см

3) прокимально – 50 см, дистально – 20 см

5) проксимально – 60 см, дистально – 30 см

10. У БОЛЬНОЙ С ОЖИРЕНИЕМ IV СТЕПЕНИ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В ПРАВОЕ БЕДРО, ТОШНОТА, ОДНОКРАТНАЯ РВОТА, ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ. ДИАГНОЗ

1) почечная колика справа

2) острый аппендицит

3) киста круглой связки матки

4) ущемленная бедренная грыжа

5) паховый лимфаденит

Задача №1

Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной паховомошоночной грыжи через 2 часа с момента заболевания. Через 30 мин. взят на операционный стол. Вовремя операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

1) Какими будут ваши дальнейшие действия?
2) Ведение больного в послеоперационном периоде.
3) Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.
4) Срок нетрудоспособности.
5) Профилактика рецидивной грыжи.

Задача №2

Больной 45 лет оперирован вами по поводу ущемленной паховомошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

1) Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной?
2) На каком расстоянии от границы некротизироваиного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?
3) Тактика ведения больного в стационаре.
4) Прогноз для жизни и для трудоспособности.
5) Профилактика рецидива грыж

Задача №3

Больному 36 лет была сделана операция через 12 часов после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемленного кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован

по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

1) Какая была допущена ошибка, приведшая к возникновению перитонита?
2) Операционный доступ во время второй операции.
3) Реабилитационные мероприятия па амбулаторном этапе.
4) Срок нетрудоспособности.
5) Профилактика рецидива грыжи и возникновения послеоперационных грыж.

Задача №4

Больной, 50 лет, вызвал бригаду скорой помощи по поводу сильных болей в паховой области, возникшие 10 часов назад после физической нагрузки. Появилось невправимое образование в паховой области. Боли распространились по всему животу. Со слов страдал паховой грыжей в течение 7 лет, от оперативного лечения отказывался. На данный момент появилась тошнота, икота, многократная рвота. Сначала в рвотных массах определялось желудочное содержимое, затем оно стало темным с примесью желчи. Объективно: температура тела 38,8 С, пульс 125 уд в мин. А/Д 100/50 мм рт. ст., симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

1) Диагноз, тактика врача скорой помощи.
2) Тактика врача приемного отделения.
3) Тактика хирурга.
4) От чего зависит прогноз заболевания?
5) В чем заключается первичная профилактика?

Задача №5

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с жалобами на невправляющуюся, после физической нагрузки, ранее существующую, левостороннюю паховую грыжу. Неоднократно неудачно пытался вправить. Беспокоят сильные боли. Объективно: грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации. Кашлевый толчок отрицательный.

1) Диагноз.
2) Действия врача поликлиники.
3) Тактика хирурга приемного отделения.
4) Алгоритм лечения больного.
5) Прогноз, трудоспособность

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - интра- и послеоперационные осложнения при лечении грыж передней брюшной стенки

- роль лапароскопии в диагностике и лечение ущемленных грыж

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№	Наименование,	Автор (ы),	Место	Кол-во экземпляров

п/п	вид издания	составитель (и), редактор (ы)	издания, издательство, год	в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
346.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
347.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
348.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Леванович	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
349.	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	
350.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
351.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
352.	Хирургия грыж передней	Ю. С. Винник, С. И.	Красноярс	7	

	брюшной стенки	Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	к: Поликом, 2008		
353.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
354.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
355.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
356.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
357.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
358.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
359.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
360.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
361.	Топографическа	В. И.	М.:	7	

	я анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	ГЭОТАР-Медиа, 2007		
362.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
363.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
364.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
365.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
366.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
367.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
368.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		

369.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
370.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
371.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
372.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
373.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
374.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
375.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
376.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
377.	Анестезиология и	А. П. Колесниченко	Красноярск:		

	реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	[и др.]	КрасГМУ 2011		
378.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
379.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
380.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
381.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
382.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
383.	Новые возможности	О.А. Байкова, Н.Н.	Красноярск: Версо,		

	лабораторной диагностики в современной гастроэтерологи ческой практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	2011		
384.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
385.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
386.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
387.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
388.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
389.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
390.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
391.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицког			

		о.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
392.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
393.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
394.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
395.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
396.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
397.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
398.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		

399.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
400.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
401.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
402.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
403.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
404.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
405.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
406.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	

407.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
408.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
409.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
410.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
411.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	

	: учеб. пособие для врачей				
412.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
413.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
414.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

2. **Индекс: ОД.О.01.1.1.15** Тема: «Закрытая и открытая травма

живота».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы: Конец XX и начало XXI века характеризуется резким ростом травматизма, что связано с возрастающими транспортными потоками, высотным строительством и криминализацией общества. Особенно заметны эти тенденции в крупных городах. За исключением черепно-мозговой травмы абдоминальные повреждения являются самыми опасными, т.к. сопровождаются большим числом осложнений, высоким уровнем летальности и инвалидизации. Общая летальность пострадавших с повреждениями живота при сочетанной травме достигает 60 %.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-4, ПК-5, ПК-6

- учебная: обучающийся должен:

Знать особенности клинической картины при возможных повреждениях органов брюшной полости при различных механизмах травмы, представлять объем медицинской помощи на различных этапах.

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.

Владеть алгоритмами диагностики и лечения.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

Тестирование.

1. КАК КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА?

1. Изолированные

2. Множественные

3. Сочетанные

4. Комбинированные

5. Все перечисленные

2. Укажите 2 наиболее частых вида закрытых травм живота:

1. Бытовые

2. Автодорожные

3. Производственные

4. Спортивные

5. Все перечисленные

3. КАКИЕ ДВА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНА ЖИВОТА ЧАШЕ ТРАВМИРУЮТСЯ?

1. Почки

2. Печень

3. Селезенка

4. Поджелудочная железа

5. Все перечисленные

4. КАКИЕ 2 ОРГАНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ТРАВМИРУЮТСЯ ЧАЩЕ?

1. Желудок

2. ДПК

3. Тонкая кишка

4. Ободочная кишка

5. Прямая кишка

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

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

7. ОПОРНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВОВ МЫШИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ:

1. С.Щеткина-Блюмберга, напряжение мышц живота

2. Локальная боль при пальпации

3. Гематома брюшной стенки

4. Пульс нормальных характеристик

5. Артериальное давление в пределах нормы

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.

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

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 внутристеночная

5.2. Основные понятия и положения темы:
Травма живота

Закрытые травмы живота подразделяются на:

- изолированные
- множественные
- сочетанные
- комбинированные

По механизму возникновения чаще встречаются бытовые и автодорожные закрытые травмы живота.

Травматические повреждения мягких тканей брюшной стенки бывают как самостоятельные (ушибы, гематомы, подкожный разрыв мышц брюшной стенки), так и с одновременным повреждением органов брюшной полости.

Диагноз ушиба, гематомы брюшной стенки может быть поставлен лишь после того, как врач исключил наличие травм органов брюшной полости.

Оценка состояния. У пострадавших с закрытой травмой живота чаще всего наблюдаются (с убывающей частотой) повреждения селезенки, почек, печени и кишечника. Трудности диагностики этих повреждений отчасти объясняются тем, что многие из таких пострадавших имеют, кроме того, повреждения головы и груди или находятся в бессознательном состоянии, связанном с алкогольным или наркотическим опьянением или с шоком. При закрытых повреждениях самочувствие пострадавшего не всегда соответствует действительной тяжести повреждений. Так, при разрыве паренхиматозных органов или тонкой кишки самочувствие в первые часы после травмы может быть удовлетворительным, в то время как ушиб брюшной стенки без повреждения внутренних органов сразу же после травмы может создать впечатление тяжелого повреждения

Клинические проявления. Информация о пострадавшем и об обстоятельствах получения травмы может исходить от врачей, очевидцев происшествия, родственников, полицейских или от самого пострадавшего. Факторами риска повреждения внутренних органов являются внезапное торможение (инерционная травма), удар, резкое сдавление живота

привязным ремнем при торможении транспортного средства. Данные только физикального исследования ведут к диагностической ошибке у 10-20% пострадавших. Экстраабдоминальные повреждения выявляются у 70% пациентов с травмой живота из тех, кто был доставлен в госпиталь живым.

Обследование больного с тупой травмой живота начинают с осмотра, при котором уже внешние признаки травмы (подкожные и внутрикожные кровоизлияния) могут служить первыми указаниями для постановки диагноза.

Из дополнительных методов исследования целесообразно использовать лапароскопию и ультразвуковое сканирование органов брюшной полости.

При повреждении аорты или подвздошных артерий диагностическую ценность имеет ослабление или отсутствие пульсации на бедренных артериях, гиповолемический шок.

Дополнительным методом диагностики является ангиографическое исследование.

Диагностические процедуры. Внезапная острая кровопотеря вначале может никак не отразиться на гемограмме. Концентрация электролитов после травмы редко изменяется, но знать уровень калия в сыворотке крови необходимо, если предполагается операция. Аномальная активность амилазы в крови может наблюдаться у пострадавших с повреждениями двенадцатиперстной кишки, проксимальной части тонкой кишки и поджелудочной железы.

Зонд Левина у пострадавших с закрытой травмой живота должен быть введен как можно раньше. Аспирируется содержимое желудка и исследуется на наличие в нем крови. Кроме того, зонд Левина обеспечивает декомпрессию желудка, предотвращает его перерастяжение и возможность аспирации желудочного содержимого при вводе пострадавшего в наркоз. Введение через зонд Левина 30-60 мл антацидного средства нейтрализует желудочное содержимое и сводит в дальнейшем к минимуму неблагоприятный эффект аспирации.

Определение напряжения газов в крови должно производиться у всех пострадавших с политравмой и, в особенности, у лиц с повреждениями груди, возможной аспирацией или сопутствующими хроническими заболеваниями легких.

Обычные рентгеновские снимки типа обзорной рентгенограммы в передней проекции у пострадавших с закрытой травмой живота не слишком помогают диагностике. Вместе с тем при гематурии выделительная урография может оказаться полезной для оценки состояния мочеполовой системы.

При закрытой травме живота тактика более дифференцирована. Консервативному лечению подлежат пострадавшие с ушибами брюшной стенки. Пострадавшие с непроникающими ранениями живота могут быть выписаны на амбулаторное лечение через двое суток.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате
2. курация больных
3. участие в перевязках больных, перенесших оперативное лечение
4. разбор курируемых пациентов
5. выявление типичных ошибок

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме 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

Решение ситуационных задач:

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 прием¬ном 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 че¬рез брюшину около двенадцатиперстной кишки.

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

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?

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 2,5х1,5 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?

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 3,5х2,0 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?

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. Hb 78г/л. Ht 26%. Живот напряжённый, болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

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

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Анальная трещина. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

4. Значение темы: Анальная трещина — одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний. Удельный вес трещины заднего прохода среди болезней толстой кишки составляет 11—15%, а заболеваемость колеблется от 20 до 23 на 1000 человек взрослого населения.

Цели обучения:
- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. ПОД ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПОНИМАЮТ

1) воспаление параректальной клетчатки

2) полный разрыв анального сфинктера

3) дефект слизистой заднего прохода с возможным повреждением поверхностного слоя мышечных волокон

4) воспаление крипты

5) дефект стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки

002. РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) наклонности к диарее

2) запоров с затрудненным актом дефекации

3) грубого инструментального исследования

4) изнасилования

5) производственной травмы

003. К РАЗВИТИЮ ТРЕЩИНЫ НЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ

1) геморрой

2) криптит

3) проктиты

4)проктосигмоидиты

5)ректовагинальные свищи

004. РАЗВИТИЮ ТРЕЩИН НЕ СПОСОБСТВУЕТ

1) затрудненный акт дефекации при запорах

2)многомоментный тип дефекации

3) тенезмы при диарее

4) недостаточность анального сфинктера

5) синдром раздраженной толстой кишки

005. ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

1) передней стенке заднего прохода

2) задней стенке заднего прохода

3) боковых стенках заднего прохода

4)передне-боковой стенке

006. АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ ПРОТЯЖЕННОСТЬ

1) от зубчатой линии до выхода из ануса

2) от зубчатой линии до ано-ректальной линии

3) от ано-ректальной линии до средне-ампулярного отдела прямой кишки

007. ПРИ БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТРЕЩИНЫ У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ.В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

1) острый парапроктит

2)сфинктерит

3) сифилитическую гумму

4) гонорейный проктит

5)менингоцеле

008. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

1) ректальным кровотечениям

2) спазму анального сфинктера

3) анальному зуду

4) недостаточности анального сфинктера

5) геморрою

009. ТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕДКО БЫВАЮТ СЛЕДСТВИЕМ:

1) болевого синдрома, приводимого к ишемическому состоянию

2) постоянной травматизации и инфицирования плотными каловыми массами раневой поверхности

3) вовлечения в рубцовый процесс нервных окончаний в ране

4) дизурических явлений

010. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) боль после дефекации, выделение алой крови при дефекации, стулобоязнь

2) поносы

3) зуд в области ануса

4) выделение слизи из ануса, вздутие живота

5) боли в левой подвздошной области

Задача №1

Больная 45 лет поступил в клинику на лечение по поводухронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

Вопросы:

1. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
2. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №2

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3суток. После этого появились острые боли в прямой кишке,связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа посленее. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефектслизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см.Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №3

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями иззаднего прохода при акте дефекации. Последние три годаузлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

Вопросы:

1. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №4

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острыйинфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямойкишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотряна проводимую медикаментозную терапию, кровотечениепродолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутреннние геморроидальные узлы, одинизкторых кровоточит. Гемоглобин периферической крови76 г/л.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз?
2. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №5

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физическойнагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение назначите больному?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Лечение хронической анальной трещины.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор	Место издания, издательс	Кол-во экземпляров	
				в библиотек	на кафедре

		(ы)	тво, год	е	
1	**2**	**3**	**4**	**5**	6
415.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
416.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
417.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
418.	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	
419.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
420.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
421.	Хирургия грыж передней брюшной	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С.	Красноярск: Поликом,	7	

	стенки	Горбунов [и др.]	2008		
422.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
423.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
424.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
425.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
426.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
427.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
428.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
429.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
430.	Топографическая анатомия и	В. И. Сергиенко, Э.	М.: ГЭОТАР-	7	

	оперативная хирургия: учебник: в 2 т	А. Петросян, И. В. Фраучи.	Медиа, 2007		
431.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
432.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
433.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
434.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
435.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
436.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
437.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
438.	Анестезиология и	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-		

	реаниматология: учебник		Медиа 2007		
439.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
440.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
441.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
442.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
443.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
444.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
445.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
446.	Анестезиология и реаниматология : тесты с	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103				
447.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
448.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
449.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
450.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
451.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
452.	Новые возможности лабораторной диагностики в	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и	Красноярск: Версо, 2011		

	современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	др.]			
453.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
454.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
455.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
456.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
457.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
458.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
459.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
460.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого	М.: ГЭОТАР-Медиа,		

			2008		
461.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
462.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
463.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
464.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
465.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
466.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
467.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
468.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н.,	М.: ГЭОТАР-Медиа		

		Скворцова В.И.	2009		
469.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
470.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
471.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
472.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
473.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
474.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
475.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
476.	Туберкулез у	под ред. В.А.	М.:	4	

	детей и подростков: учеб. пособие	Аксеновой	ГЭОТАР-Медиа, 2007		
477.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
478.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
479.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
480.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	

481.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
482.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
483.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Геморрой. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Геморрой — одно из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частая причина обращения к врачу-колопроктологу. Распространенность заболевания составляет 130—145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и у женщин.

Современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии. Вынужденное длительное сидение за компьютером, на работе и дома, за рулем автомобиля и т.п. сопровождается постоянным застоем кровообращения в органах малого таза, в основном в прямой кишке. Это, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста.

4. Цели обучения:
(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6,

5. План изучения темы
5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
5.2. Основные понятия и положения темы
Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме
Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний
(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. НАИБОЛЕЕ ВЕРНО ДАЕТ КЛИНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ГЕМОРРОЯ СЛЕДУЮЩЕЕ определение

1) гипертрофированные кавернозные тельца прямой кишки

2) кровотечения, обусловленные гипертрофией кавернозных телец

3) геморрой – это заболевание с разнообразными клиническими проявлениями, которые обусловлены патологическими изменениями геморроидальных узлов

002. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЛЕЖИТ

1) врожденная недостаточность венозной системы

2) слабость венозных стенок, связанных с патологией эндокринной системы

3) нарушение оттока крови от кавернозных телец, располагающих в дистальной части прямой кишки

4) экзогенная интоксикация

5) эндогенная интоксикация

003. ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1)варикозно расширенные вены прямой кишки

2) гиперпластическое изменение ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тела по улитковым артериям и затрудненным оттоком по отводящим венулам

3)тромбированные геморроидальные вены

4)гиперплазированные кавернозные тельца

5)воспалненные анальные крипты

004. К РАЗВИТИЮ ГЕМОРРОЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

1) длительных и упорных запоров

2) хронических проктитов

3) острых парапроктитов

4) тяжелой физической работы

5) частых простудных заболеваний

005. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ВИДЕ

1) мелены

2) включений в каловые массы

3) темных сгустков сразу после дефекации

4)струйного, алой кровью в конце дефекации

5)струйного, темной кровью во время дефекации

006. КРОВЬ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕМ ГЕМОРРОЕ ИМЕЕТ ВИД

1) артериальной крови

2) темной крови со сгустком

3) дегтеобразного стула

4) алой крови с примесью большого количества слизи

5) полоски крови на кале

007. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1) обильных выделений слизи из заднего прохода

2) диареи

3) периодических выделений алой крови во время дефекации

4) анального зуда

008. 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, усиливающая после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области

5) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов

009. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ БЫВАЕТ ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ В ВИДЕ СТРУЙКИ ИЛИ БРЫЗГ ПО УНИТАЗУ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОИТ ЗУД В ОБЛАСТИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

1) рак прямой кишки

2) полип прямой кишки на ножке

3) анальная трещина

4) геморрой

5) свищ прямой кишки

010. В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА 45 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ,ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ЕЖЕДНЕВНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ АЛОЙ КРОВИ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ.

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, ПОЛИП ЖЕЛУДКА 0.3 СМ В ДИАМЕТРЕ, МИОМА МАТКИ УЗЛОВАЯ 5-6 НЕДЕЛЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА АНЕМИЯ У ПАЦИЕНТКИ

1) миома матки

2) кровоточащий геморрой

3) полип желудка

4) полипы прямой кишки

5) опухоль прямой кишки

Задача №1

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями иззаднего прохода при акте дефекации. Последние три годаузлы выпадают при небольшом натуживании, кашле и чихании и самостоятельно не вправляются.

Вопросы:

4. Какие исследования следует провести больному для постановки диагноза?
5. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №2

У больного 62 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки алой кровью в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую медикаментозную терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых кровоточит. Гемоглобин периферической крови 76 г/л.

Вопросы:

3. Какой предположительный диагноз?
4. В чем состоит лечебная тактика?

Задача №3

Больной 33 лет в течение 5 лет страдает геморроем. Последний год отмечается выпадение узлов при физической нагрузке. В течение 3-х последних дней отмечаются сильные боли в области заднего прохода. При осмотре определяются плотные синюшно-багровые внутренние геморроидальные узлы, выпавшие из просвета заднего прохода. Пальпация узлов резко болезненна.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Какое лечение назначите больному?

Задача №4

У больного, страдающего дивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Поступил в клинику с профузным кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови. Низким кровяным давлением, сниженными показателями периферической крови/эритроциты 2,0*1012 /л, гемоглобин 32 г/л, гематокрит 0,22/. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

Вопросы:

1. Какое лечение применить больному?

Задача №5

У больного 16 лет в течение полугода отмечаются боли в животе, примеси крови и слизи в кале, поносы до 6 раз в сутки, быстрая утомляемость при физической и умственной нагрузке. При осмотре бледность кожи и слизистых покровов задержка вторичных половых признаков, отставание в весе. При пальцевом исследовании в прямой кишке несколько полипов диаметром около одного см.

Вопросы:

6. О каком заболевании у больного необходимо думать?
7. Какое обследование необходимо провести больному?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Малоинвазивное лечение хронического геморроя.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре

1	2	3	4	5	6
484.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
485.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
486.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
487.	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	
488.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
489.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
490.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	

491.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
492.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
493.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
494.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
495.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
496.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
497.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
498.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
499.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия:	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	

	учебник: в 2 т				
500.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
501.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
502.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
503.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
504.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
505.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
506.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
507.	Анестезиология и реаниматология:	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа		

	учебник		2007		
508.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
509.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
510.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
511.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
512.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
513.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
514.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
515.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	ответов для врачей-курсантов по спец. 040103				
516.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
517.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
518.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
519.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
520.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
521.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		

	гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки				
522.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
523.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
524.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
525.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
526.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
527.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
528.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
529.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		

530.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
531.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
532.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
533.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
534.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
535.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
536.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
537.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		

538.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
539.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
540.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
541.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
542.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
543.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
544.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
545.	Туберкулез у детей и подростков:	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-	4	

	учеб. пособие		Медиа, 2007		
546.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
547.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
548.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
549.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
550.	Санитарная профилактика	Н.М. Корецкая,	Красноярс	3	

	туберкулеза: метод рекомендации для врачей	И.А. Большакова	к: ККМИАЦ, 2009		
551.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
552.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus

10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: До начала XX в. дивертикулы ободочной кишки и связанные с ними осложнения относились к области казуистики, и лишь в 1916 г. дивертикулярная болезнь впервые упоминается в англоязычном руководстве по заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В 1930 г. в странах западной цивилизации частота встречаемости дивертикулов, по данным аутопсий, колебалась в пределах 2—10%, а в 1969 г. уже составляла 35—50%. В США к концу 1960-х гг. XX в. ежегодно по поводу дивертикулярной болезни госпитализировались 130 тыс. человек.

В настоящее время это число утроилось и составляет 71—126 госпитализаций на 100 тыс. населения в год. Аналогичная картина наблюдается в Канаде, Великобритании, Германии и Финляндии. В 2006 г. затраты на лечение дивертикулярной болезни в США превысили 2,6 млрд долларов.

Заболеваемость дивертикулезом в СССР в 1970 г. составляла 2—3 случая на 100 тыс. населения, в 1979 г. — уже 17 случаев на 100 тыс. По данным рентгеноэндоскопических исследований в ГНЦ колопроктологии в 2002 г. среди больных частота обнаружения дивертикулов ободочной кишки составляла 14,2%, а в 2012 г. — 28,8%.

В странах Азии и Африки заболевание встречается редко. Среди потомков иммигрантов из этих стран частота дивертикулярной болезни не отличается от таковой у коренных групп населения.

Частота дивертикулеза увеличивается с возрастом. Так, до 40 лет это заболевание выявляется менее чем у 5% населения, в возрасте 40— 50 лет — 5—10%, в возрасте 50—60 лет — 14%, у лиц старше 60 лет — 30%, старше 80 лет — 60—65%. Среди мужчин и женщин распространенность заболевания приблизительно одинаковая. Вероятность перехода дивертикулеза в состояние дивертикулярной болезни составляет 5—20%. При этом у 75% больных развивается острый дивертикулит, а у 25% — все другие осложнения. Перфорация дивертикула является 4-й по частоте среди причин экстренного хирургического вмешательства после острого аппендицита, перфоративной гастродуоденальной язвы и кишечной непроходимости, а также 3-й по частоте среди причин формирования кишечных стом. При дивертикулярной болезни частота формирования внутрибрюшного абсцесса или развития перитонита составляет 3,5—4 случая на 100 тыс. человек в год.

Толстокишечные кровотечения как осложнения дивертикулярной болезни развиваются у 3—15% пациентов. Доля дивертикулярной болезни среди других причин толстокишечных кровотечений колеблется от 20 до 40%.

30-дневная смертность при дивертикулярной болезни составляет 4,7%, в течение 1 года от осложнений умирают 9,8% больных .

4. Цели обучения:

(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, **5. План изучения темы**

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДБТК ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ:

1)дивертикулит;

2) перфорацией дивертикула;

3) кишечная непроходимость;

4) стриктуры толстой кишки;

002. ДИВЕРТИКУЛИТ ПРЕДСТАВЛЕН:

1) образованием в стенке кишки мешковидныхвыпячиваний

2) повреждением слизистой оболочки в области дивертикула и развитием периколита

3) образованием в стенке кишки мешковидныхвыпячиваний на месте воспалительно изменённого участка кишки

4) повреждением слизистой и мышечной оболочек в области дивертикула и развитием перитонита

003. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА, ДИАГНОСТИКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С:

1)ирригоскопии;

2)колоноскопии;

3) обзорной рентгенографии органов брюшной полости;

4) УЗИ огранов брюшной полости;

004. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) формирование абсцесса

2) острая кишечная непроходимость

3)формирование кишечных свищей

5) перитонит

005.АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) наличие одиночного дивертикула толстой кишки

2) наличие множества дивертикулов толстой кишки

3) прогрессирующий абсцесс

4)дивертикулит

006. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) перфорация (прободение) кишечной стенки с выходом кишечного содержимого в брюшную полость

2) наличие одиночного дивертикула толстой кишки

3)дивертикулит

4) наличие множества дивертикулов толстой кишки

007. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ:

1) резекция пораженного участка кишечника с последующим восстановлением кишечника при помощи реконструктивной операции

2)ушиваниеперфоративных отверстий в стенке кишки

3) дренирование брюшной полости

4)интубация кишечника

008. ТЕРМИНОМ «ПОДОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ» РЕКОМЕНДУЮТ ОБОЗНАЧАТЬ:

1) формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулезом толстой кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника

2) формы острого дивертикулита тяжелого и умеренно тяжелого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к полному разрешению клинических симптомов. У больных сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры до субфебрильных цифр

3) формы ДБТК, когда проводимая антибактериальная терапия приводит к полному разрешению клинических симптомов

4) формы заболевания, когда у больных с недоказанным дивертикулезом толстой кишки, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника

009.ДИВЕРТИКУЛИТ, РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ДБТК, ВСТРЕЧАЕТСЯ У:

1) 50-60 % больных, перенесших данную операцию;

2) 1-10% больных, перенесших данную операцию;

3) 25-50% больных, перенесших данную операцию;

4) 0,5-1% больных, перенесших данную операцию.

010. В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛИТА ОСОБЕННО ЭФФЕКТИВНА:

1) эндоскопическая картина;

2) обзорная рентгенография;

3) контрастная компьютерная томография;

4)ирригоскопия.

Задача 1

Больная Г., 66 лет. Длительное время страдает дивертикулезом сигмовидной кишки, течение бессимптомное был выявлен случайно при ирригографии 3 года назад). На фоне запора, появились боли в левой подвздошной области тянущего характера, высокая температура до 39°С. Через четыре дня от начала заболевания отмечается резкое усиление болей, которые стали носить кинжальный характер. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику. При осмотре положение вынужденное, резкая болезненность в левой половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

Вопросы:

1. Какое осложнение ДБТК имеет место у больной?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для диагностики осложнения?

3. Какое лечение следует предпринять?

4. Какое оперативное вмешательство является методом выбора в данном случае?

5. Прогноз?

Задача 2

Больной М., 45 лет, страдаетдивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Поступил в клинику с профузным

кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови. АД – 90/40 мм.рт.ст., эритроциты $3,0*10^{12}$/л, гемоглобин 52 г/л, гематокрит 0,22/. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

Вопросы:

1. Какое осложнение ДБТК имеет место у данного больного?
2. Какое лечение применить больному?
3. Перечислите показания для выбранного вами метода лечения?
4. Цель лечения?
5. Прогноз?

Задача 3

Большой З., 38 лет. Поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота. Отмечает постепенное усиление боли в течение нескольких дней. Из анамнеза – аппендэктомия в детском возрасте, язвенную болезнь, сахарный диабет отрицает. При осмотре живота, отмечается умеренное напряжение передней брюшной преимущественно в правой подвздошной области.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Дифференциальная диагностика?
3. Необходимые диагностические мероприятия?
4. Лечение?
5. Прогноз?

Задача 4.

Больная П., 82 лет. Длительное время страдает ДБТК. Поступила в клинику с жалобами на боли в левой половине живота. Отмечает постепенное усиление боли в течение недели дней. Из анамнеза – аппендэктомия в детском возрасте, язвенную болезнь отрицает. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет II типа, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь III, риск 4. анамнезе – ОИМ около года назад. ОНМК не было. При осмотре живота, отмечается умеренное напряжение передней брюшной преимущественно в левой подвздошной области. Обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в клинику.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Необходимые диагностические мероприятия?

4. Консервативное лечение?

5. Показано ли оперативное лечение?

Задача 5.

Больной М., 51 лет, поступил в колопроктологическое отделение клиники сжалобами на вздутие живота, профузным кровотечением, выделением через задний проход большого количества алой крови. Из анамнеза - страдаетдивертикулезом правой половины толстой кишки, периодически отмечаются толстокишечные кровотечения. Последние удавалось купировать консервативно. Объективно: кожные покровы бледнык, дыхание жесткое, проводится по всем полям. ЧДД – 21 в мин., АД - 100/50 мм.рт.ст., ЧСС – 110 в мин. Живот мягкий, болезненный в правых отделах живота. Perrectum: перианалная область не изменена, тонус сфинктера сохранён. Болезненности, нависаний стенок прямой кишки нет. При осмотре - выделение через задний проход большого количества алой крови. Интенсивная терапия в течение двух часов с включением переливания крови, кровезаменителей, гемостатиков без эффекта.

Вопросы:

1. Какое осложнение ДБТК имеет место у данного больного?

2. Какое лечение применить больному?

3. Перечислите показания для выбранного вами метода лечения?

4. Цель лечения?

5. Прогноз?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Лечение осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№	Наименование,	Автор (ы),	Место	Кол-во экземпляров

п/п	вид издания	составитель (и), редактор (ы)	издания, издательство, год	в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
553.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
554.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
555.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Леванович	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
556.	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	
557.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
558.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
559.	Хирургия грыж передней	Ю. С. Винник, С. И.	Красноярс	7	

	брюшной стенки	Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	к: Поликом, 2008		
560.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
561.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
562.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
563.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
564.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
565.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
566.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
567.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
568.	Топографическа	В. И.	М.:	7	

	я анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	ГЭОТАР-Медиа, 2007		
569.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
570.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
571.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
572.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
573.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
574.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
575.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		

576.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
577.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
578.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
579.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
580.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
581.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
582.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
583.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
584.	Анестезиология и	А. П. Колесниченко	Красноярск:		

	реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	[и др.]	КрасГМУ 2011		
585.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
586.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
587.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
588.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
589.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
590.	Новые возможности	О.А. Байкова, Н.Н.	Красноярск: Версо,		

	лабораторной диагностики в современной гастроэтерологи ческой практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	2011		
591.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
592.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
593.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
594.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
595.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
596.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
597.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
598.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицког	М.: ГЭОТАР-		

		о	Медиа, 2008		
599.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
600.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
601.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
602.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
603.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
604.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
605.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
606.	Неврология и нейрохирургия:	Гусев Е.И., Коновалов	М.: ГЭОТАР-		

	в 2 т.: учебник	А.Н., Скворцова В.И.	Медиа 2009		
607.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
608.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
609.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
610.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
611.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
612.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
613.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	

614.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
615.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
616.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
617.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
618.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии: учеб. пособие	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	

	для врачей				
619.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
620.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
621.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Острый парапроктит. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Значение темы: Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. Пациенты этой группы составляют около 1% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 5% среди страдающих заболеваниями ободочной и прямой кишки. В числе острых гнойных поражений аноректальной зоны частота острого парапроктита приближается к 45%.

Острый парапроктит распространен повсеместно и на протяжении многих десятилетий является предметом оживленных дискуссий на страницах отечественной и зарубежной литературы. Наиболее часто обсуждаются ишеоанальные, пельвиоректальные, ретроректальные и подковообразные гнойники, встречающиеся, по разным данным, с впечатляющим размахом — от 5 до 58%.

Развитие острого парапроктита обусловлено рядом предрасполагающих факторов: ослаблением иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции, сосудистыми изменениями вследствие сахарного диабета, желудочно-кишечные расстройствами, наличием геморроя, трещин, криптита.

4. Цели обучения:
(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение

послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, **5. План изучения темы**

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ МОГУТ БЫТЬ:

1) туберкулезной палочки

2) стрептококка

3) кишечной палочки

4) стафилококка

5) протея

002. К БАНАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТАМ ОТНОСЯТ ПАРАПРОКТИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИИ:

1) актиномикоза

2) туберкулеза

3) анаэробной инфекции

4) болезни Крона и неспецифического язвенного колита

003. ИНФЕКЦИЯ В ПАРАРЕКТАЛЬНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ БАНАЛЬНЫХ ПАРАПРОКТИТАХ ПОПАДАЕТ

1) гематогенным путем

2)лимфогенным путем

3) при повреждении кожи

4) при повреждении стенки кишки

5) из просвета кишки через крипту

004. ВТОРЫМ ЭТАПОМ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ

1) кожа промежности

2) тазовое дно

3)межсфинктерное клетчаточное пространство

4) клетчаточное околопрямокишечное пространство

5) лимфатические узлы

005. ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПАРАПРОКТИТА ИНФЕКЦИЯ В КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО РЕДКО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАНЕСЕНА ПУТЕМ:

1) гематогенного пути

2)лимфогенного пути

3) контактного пути

4) имплантационного пути

006. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПАРАПРОКТИТА НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД:

1) острых

2) подострых

3) хронических

4) рецидивирующих

5) вялотекущих

007. ПО ЭТИОЛОГИИ ПАРАПРОКТИТЫ РАЗДЕЛЯЮТСЯ

1) на банальные

2) на сифилитическое

3) на туберкулезные

4) на актиномикотические

5) на все перечисленные

008. ПО АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ НЕ ВОЗМОЖЕН ГНОЙНИК СЛЕДУЮЩЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

1) подкожного, подслизистого

2) ишиоректального

3) пельвиоректального

4)ретроректального

5) ягодичного

009.ПО ОТНОШЕНИЮ К СФИНКТЕРУ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СВИЩИ, УКАЖИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ВАРИАНТ

1)внутрисфинктерные свищи

2)транссфинктерные свищи

3)экстрасфинктерные свищи

4)интрасфинктерные свищи

010. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ

1) аноректальной линии

2) линии Хилтона

3) в нижнеампулярном отделе прямой кишки

4)верхнеампулярном отделе прямой кишки

5)среднеампулярном отделе прямой кишки

Задача №1

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились первые боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38 гр. При осмотре области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

Вопросы:

8. Ваш диагноз?
9. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №2

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-40 гр. В периферической крови лейкоцитоз до $18*10^{12}$ со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высокий край инфильтрата.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

Задача №3

Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 30-40 гр., резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №4

Больная 45 лет поступил в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

Вопросы:

3. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
4. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
5. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №5

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа после нее. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см.Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

Вопросы:

4. Ваш диагноз?
5. Какова причина заболевания?
6. Какое лечение необходимо провести больной?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
622.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
623.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
624.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
625.	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	
626.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	

	SimMan				
627.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
628.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
629.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
630.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
631.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
632.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
633.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
634.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	

635.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
636.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
637.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
638.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
639.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
640.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
641.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
642.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		

643.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
644.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
645.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
646.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
647.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
648.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
649.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
650.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
651.	Нейроанестезиология и нейрореанимотология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
652.	Интенсивная терапия и	сост. Г.В.	Красноярск:		

	анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	Грицан [и др.]	КрасГМУ 2011		
653.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
654.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
655.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
656.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
657.	Наглядная	ред. В.И.	М.: ГЭОТАР –		

	гематология	Ершов	медиа 2008		
658.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
659.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
660.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
661.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
662.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
663.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
664.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
665.	Урология.	Н.А.Лопаткин.	М.:		

	Национальное руководство		ГЭОТАР-Медиа, 2009		
666.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
667.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
668.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
669.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
670.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
671.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
672.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
673.	Общественное здоровье и	Щепин О.П.,	М.: ГЭОТАР-		

	здравоохранение: учебник.	Медик В.А.	Медиа 2011		
674.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
675.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
676.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
677.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
678.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
679.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
680.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
681.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г.	М.: ГЭОТАР-	47	

		Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	Медиа, 2007		
682.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
683.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
684.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
685.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
686.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	

	легких: метод. рекомендации для врачей				
687.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
688.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
689.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
690.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature

7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы:

4. Цели обучения:
(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, **5. План изучения темы**
5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
5.2. Основные понятия и положения темы
Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения
5.3. Самостоятельная работа по теме
Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО
5.4. Итоговый контроль знаний
(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. КЛАССИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (РАКА) ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМВОЛЫ, КРОМЕ

1) стадия I, II, III, IV

2) T 1-4

3) P 1-4

4) NO или +

5) MO или +

002. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЯМОЙ КИШКЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК IIA СТАДИЯ, В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА

1) опухоль занимает ¾ окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет.

2) опухоль занимает ¾ окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака.

3) опухоль занимает ½ окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет

4) опухоль занимает менее 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено

5) опухоль занимает более 1/3, но менее ½ окружности стенки кишки, прорастает до мышечного слоя, в лимфатических узлах единичный метастаз рака

003. МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ, ЕСЛИ ОНА ЗАНИМАЕТ МЕНЕЕ 3/4, НО БОЛЕЕ ½ ОКРУЖНОСТИ СТЕНКИ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОБОЗНАЧИТЬ СИМВОЛОМ

1) T0

2) T1

3) T2

4) T3

5) T4

004. МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ, ОБОЗНАЧАЕМОЕ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СИМВОЛОМ Т2, КАСАЕТСЯ ТЕХ СЛУЧАЕВ, КОГДА ОПУХОЛЬ

1) располагается циркулярно

2) занимает менее ¾ окружности стенки кишки, но более полуокружности

3) занимает менее ½ окружности стенки кишки, но более 1/3

4) занимает более ¾ окружности стенки кишки

5) занимает менее 1/3 окружности стенки кишки

005. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТМЕЧАЕТСЯ

1) рост заболеваемости рака толстой кишки

2) снижение заболеваемости раком толстой кишки

3) существенного изменения частоты рака толстой кишки не отмечается

006. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1) 20-29 лет

2) 30-39 лет

3) 40-49 лет

4) 50 лет и старше

007. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ

1) единичные полипы

2) множественные полипы

3) ворсинчатые полипы

4) неспецифический язвенный колит

5) длительно существующий свищ прямой кишки

008. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ КОРРЕЛИРУЕТ СО ВСЕМ, КРОМЕ

1) с условиями жизни

2) с условиями работы

3) с составом пищевых продуктов

4) с наличием воспалительных заболеваний толстой кишки

5) полом больного

009. НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОЛ ЧЕЛОВЕКА

1) оказывает влияние

2) значения не имеет

3) имеет значение, но с учетом условий труда

4) оказывает, но с учетом качества пищи

5) все перечисленное не верно

010. ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМ ДЛЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

1) геморроя

2) рака прямой кишки

3) анальной трещины

4) неспецифического язвенного колита

5) эпителиального копчикового хода

Задача №1

Больной 58 лет поступил в колопроктологическое отделение клиники с жалобами на вздутие живота, схваткообразные боли, задержку кала и газов (только с очистительными клизмами). Болеет в течение 6 месяцев, лечился у терапевта и гастроэнтеролога поликлиники по поводу хронического колита, запора, ассоциированного с дисбактериозом кишечника, но без значительного эффекта. За два месяца до поступления к клинику оперирован в городском хирургическом отделении по поводу свободной левосторонней

паховой грыжи. Боли после операции остались такими же. Обследование толстой кишки не проводилось, включая даже пальцевое исследование прямой кишки. Похудел на 5 кг. Лишь через 7 месяцев от начала заболевания назначена консультация колопроктолога. В результате обследования выявлена слизистая аденокарцинома сигмовидной кишки. Оперирован – произведена резекция левого фланга ободочной кишки. При гистологическом исследовании удаленного препарата выявлены метастазы опухоли в лимфоузлах.

Вопросы:

1. В какие лимфатические узлы метастазирует рак сигмовидной кишки?
2. По каким венозным сосудам возможен гематогенный путь метастазирования?
3. Какие диагностические ошибки были допущены врачами до госпитализации больного в специализированное отделение?
4. Какие методы обследования необходимо было провести?
5. Какую терапию необходимо назначить больному после операции?

Задача №2

Больная В. 75 лет доставлена машиной скорой помощи с клиникой кишечного кровотечения. При обследовании выявлен дивертикулез левой половины ободочной кишки.

Вопросы:

1. В каких отделах толстой кишки возможно формирование дивертикулов?
2. Из каких слоев состоит стенка дивертикула толстой кишки?
3. Какой сосуд всегда расположен в устье дивертикула толстой кишки?
4. Возможно ли формирование дивертикулов в прямой кишке?
5. Каким методом исследования можно диагностировать дивертикулярную болезнь толстой кишки?

Задача №3

Больной Е. самостоятельно обратился в приемно-диагностическое отделение больницы. У больного острый тромбоз наружных геморроидальных узлов 2 степени тяжести на 3 и 11 часах. Из анамнеза известно, что длительность заболевания составила 3 суток. Температура тела до $38{,}2^0$С.

Вопросы:

1. В бассейн какой венозной системы оттекает кровь от наружных геморроидальных узлов?
2. Какие наружные геморроидальные узлы не вовлечены в патологический процесс, где они расположены?
3. Какие окружающие наружные геморроидальные узлы ткани вовлекаются в воспалительный процесс с учетом времени, прошедшего от начала заболевания?
4. Какой из анальных сфинктеров отвечает за возникновение гипертонуса при заболеваниях прямой кишки и анального канала?
5. Возможно ли оперативное лечение у этого больного?

Задача №4

Больной С. оперирован по поводу острого пельвиоректального парапроктита. Выполнено вскрытие гнойника, выявлен свищевой ход и внутреннее отверстие. Через свищевой ход проведена лигатура.

Вопросы:

1. В каком клетчаточном пространстве располагался гнойный очаг?
2. Опишите послойно доступ к гнойному чагу при вскрытии парапроктита.
3. Что такое внутреннее отверстие свищевого хода и где оно расположено?
4. Какие направления гнойных затеков возможны при такой локализации гнойника?
5. Опасность пересечения какой артерии существует при вскрытии пельвиоректального парапроктита?

Задача №5

В клинику поступила больная А. 70 лет с обтурационной кишечной непроходимостью, вызванной раком сигмовидной кишки 3степени

1. Какая ей показана экстренная операция?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Клиника рака прямой кишки
4. Отечественная классификация
5. Международная классификация

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Лечение осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
691.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
692.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
693.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
694.	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	
695.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
696.	Хирургия гнойно-некротических	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	

	осложнений диабетической стопы: рук. для врачей				
697.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
698.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
699.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
700.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
701.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
702.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
703.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
704.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	

705.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
706.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
707.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
708.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
709.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
710.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
711.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
712.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		

713.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
714.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
715.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
716.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
717.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
718.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
719.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
720.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
721.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическо	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	м шоке : метод. рекомендации для ИПО				
722.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
723.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
724.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
725.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
726.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
727.	Микробиология, вирусология и	ред. В. Н. Царев.	М.: Практичес		

	иммунология: учебник		кая медицина 2010		
728.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологи ческой практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярс к: Версо, 2011		
729.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
730.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
731.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
732.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
733.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
734.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
735.	Оперативная	Ю.Г. Аляева,	М.:		

	урология: Атлас	В.А. Григоряна	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
736.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
737.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
738.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
739.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
740.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
741.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
742.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
743.	Лисицын Ю.П. Общественное	М.: ГЭОТАР-	2010		

	здоровье и здравоохранение: учебник	Медиа			
744.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
745.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
746.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
747.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
748.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
749.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
750.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
751.	Фтизиатрия:	М.И.	М.:	1	

	учебник / +CD	Перельман, И.В. Богадельникова	ГЭОТАР-Медиа, 2010		
752.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
753.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
754.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
755.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
756.	Туберкулез. Особенности	ред. А.К.	СПб.:	1	

	течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	Иванов	Тактик-Студио, 2009		
757.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
758.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
759.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus

10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.16 Тема: «Хронический парапроктит. Современные методики хирургического лечения. Показания, противопоказания. Ведение пред- и послеоперационного периода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: По статистическим данным, примерно 95% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания с перенесенным острым парапроктитом. В 30—50% случаев после острого парапроктита у больных формируется свищ прямой кишки. К формированию свища прямой кишки предрасполагают простое вскрытие и дренирование абсцесса без ликвидации входных ворот инфекции. Через область пораженной анальной крипты или через входные ворота другой этиологии (травма) происходит постоянное инфицирование параректальных тканей из просвета кишки. Гнойный ход окружается стенкой из соединительной ткани, происходит постепенное формирование свища. По ходу свища в клетчатке при недостаточно хорошем дренировании могут формироваться инфильтраты и гнойные полости.
Заболеваемость свищом прямой кишки составляет 2 случая на 10 тыс. населения в год. Распространенность заболевания составляет 9 случаев на 100 тыс. населени. Наиболее часто заболевание развивается в возрасте от 30 до 50 лет, что обусловливает социальную значимость данного заболевания. Мужчины страдают несколько чаще, чем женщины.

4. Цели обучения:
(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9);

- знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику заболеваний толстой кишки у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение

консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, **5. План изучения темы**

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

001. ПАРАРЕКТАЛЬНЫЕ СВИЩИ ИМЕЮТ СООБЩЕНИЕ С ПРЯМОЙ КИШКОЙ НА УРОВНЕ

1) аноректальной линии

2)нижнеампулярного отдела прямой кишки

3)верхнеампулярного отдела прямой кишки

4)среднеампулярного отдела прямой кишки

5) переходной зоны прямой кишки

002. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТЛАНО

1) многослойным плоским ороговевающим эпителием

2) грануляционной тканью

3) железистым эпителием

4) многослойным плоским неороговевающим эпителием

003. КАКОЙ ВИД НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ?

1) полных

2) нижних внутренних

3) неполных наружных (параректальны6)

4) анального канала

5)губовидных

004. КАКОЙ ИЗ ПУНКТОВ НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ В СТРУКТУРЕ ПОЛНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ?

1) внутреннего отверстия

2) наружного отверстия

3) свищевого хода

4) эпителиальной выстилки свищевого хода

5) рубцовых изменений в области наружного отверстия свища

005. В СТРУКТУРУ НЕПОЛНОГО ВНУТРЕННЕГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

1) наружное отверстие

2) свищевой ход

3) внутреннее отверстие

4) только 2) и 3)

5) затеки в подкожной клетчатке

006. КАКАЯ ТКАНЬ НЕ УЧАСТВУЕТ В ФОРМИРОВАНИИ СТЕНКИ СВИЩЕВОГО ХОДА?

1) мышечной ткани

2) жировой ткани

3) соединительной ткани

4) кожного эпителия

5) переходного эпителия

007. РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ И БАНАЛЬНЫМИ ПАРАПРОКТИТАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

1) характера инфекции

2) путей внедрения инфекции

3) местных клинических проявлений

4) наличия основного заболевания

5) расположения свища по отношению к сфинктеру

008. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМЫ ПРИЧИНЫ, КРОМЕ

1) широкого устья выведенного протока анальной железы

2) короткого тела анальной железы

3) отсутствия спазма сфинктера

4) нормализаций стула

5) содержания свищевого хода

009. ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ

1) выделение крови из прямой кишки

2) выделение из заднего прохода слизи с примесью крови

3) боли внизу живота

4) диарея

010. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) зуд в области промежности

2) боль в прямой кишке пульсирующего характера

3) кровотечение во время дефекации

4) наличие на коже промежности рубцов

5) наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности

Задача №1

Больной 45 лет обратился к хирургу через 4 суток от начала заболевания, когда появились первые боли в заднем проходе и болезненный инфильтрат в перианальной области, повышенная температура до 38 гр.При осмотре

области заднего прохода имеется гиперемия кожи, резко болезненный инфильтрат.

Вопросы:

10. Ваш диагноз?
11. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №2

Больной 63 лет в течение 2 недель лечился у уролога по поводу острого цистита. Жалуется на сильные боли в пояснице внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 39-40 гр. В периферической крови лейкоцитоз до $18*10^{12}$ со сдвигом влево. При осмотре внешних изменений в перианальной области не выявлено. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется высокий край инфильтрата.

Вопросы:

3. Ваш диагноз?
4. Ваши действия?

Задача №3

Больной 60 лет болен 7 суток. Отмечает высокую температуру до 30-40 гр., резкие боли в области заднего прохода, общую слабость, недомогание. При осмотре отмечается болезненный плотный инфильтрат в перианальной области размером 8 на 10см, отек кожи, распространяющийся на мошонку.

Вопросы:

6. Ваш диагноз?
7. Какое лечение необходимо провести больному?

Задача №4

Больная 45 лет поступил в клинику на лечение по поводу хронической анальной трещины. Этим заболеванием страдает в течение 15 лет.

Вопросы:

8. Какие данные позволили врачу поставить такой диагноз?
9. Какие признаки имеет хроническая анальная трещина?
10. Какое лечение необходимо провести больной?

Задача №5

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа посленее. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см.Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

Вопросы:

7. Ваш диагноз?
8. Какова причина заболевания?
9. Какое лечение необходимо провести больной?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Лечение хронического парапроктита у больных сахарным диабетом.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
760.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
761.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
762.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб.	ред. В. В. Левановичи	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	

	пособие				
763.	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	
764.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
765.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
766.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
767.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
768.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
769.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	

770.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
771.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
772.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
773.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
774.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
775.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
776.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
777.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
778.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировк	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских	Новосибирск: Наука 2008		

	а	и др.; под ред. В.В.Агаджаняна			
779.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
780.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
781.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
782.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
783.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
784.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
785.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
786.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		

787.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
788.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
789.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
790.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
791.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
792.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	– реаниматология				
793.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
794.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
795.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
796.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
797.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
798.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
799.	Техника лабораторных работ в медицинской	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ.,		

	практике		2011		
800.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
801.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
802.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
803.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
804.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
805.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
806.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
807.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
808.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
809.	Основы теории вероятностей и математической	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО		

	статистики: учебник		«МПСИ» 2010		
810.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
811.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
812.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
813.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
814.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
815.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
816.	Лучевая	А. Ю.	М.:		

	диагностика: учебник	Васильев, Е. Б. Ольхова	ГЭОТАР-Медиа 2008		
817.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
818.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
819.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
820.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
821.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
822.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
823.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В.	Красноярск: КрасГМУ,	5	

	своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Нестеренко	2011		
824.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
825.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
826.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
827.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
828.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН,	1	

	медицинской помощи		2011		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие № 1

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.19 Тема: «Эндовидеохирургические методы диагностики и лечения. Лапароскопия. Общие вопросы».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Значение темы: Эпоха новых технологий охватила все разделы хирургии. Эндоскопическая абдоминальная хирургия, к настоящему времени, распространилась практически на все органы и легче перечислить такие операции, которые еще не сделаны. Небольшой оперативный доступ и малый травматизм, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии органов, щадящая техника, небольшой процент осложнений, очень низкая летальность и другие качества определяют успех лапароскопии, равный хирургическому.
Цели обучения:
- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: показания и противопоказания к лапароскопии, осложнения, возникающие при проведении лапароскопии

Уметь: определять показания и противопоказания к проведению диагностической лапароскопии и лапароскопических оперативных вмешательств при закрытых травмах брюшной полости.

Владеть: лапароскопической диагностикой патологии брюшной полости.

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНСУФЛЯЦИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА:

1) 10-12 мм.рт.ст.

2) 8-9 мм.рт.ст.

3) 14-16 мм.рт.ст.

4) 17-18 мм.рт.ст.

5) 150-180 мм.вод.ст.

2. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ГАЗОВАЯ СМЕСЬ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА:

1) Кислород

2) Азот

3) Углекислый газ

4) Пропан

5) Водород

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛЕННИЯ ЛАПАРОСКОПИИ:

1) СН 2а

2) Спаечная болезнь брюшной полости

3) Наличие свободного газа в брюшной полости

4) Механическая желтуха

5) Ранее перенесенные лапароскопические вмешательства

4. ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки

2) Хронический активный гепатит

3) Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия

4) Лимфаденит брыжейки кишки

5) Неосложненный острый аппендицит

5. НАБОР ИНСТУМЕНТОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, ВСЕ КРОМЕ:

1) 10мм лапароскоп

2) 10мм троакар

3) 5мм троакар

4) Диссектор

5) Клипатор

Эталон ответа: 5

6. ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ УСТАНОВКИ ЛАПАРОСКОПА ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ:

1) Ниже пупка на 1 см по срединной линии

2) Выше пупка на 1 см от срединной линии

3) Отступ 1 см справа от пупка

4) Отступ 1 см слева от пупка

5) Слева параректально в мезогастрии

7. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ, ВСЕ КРОМЕ:

1) Подозрении на желчеистечение в брюшную полость после лапароскопической холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде

2) Внутрибрюшное кровотечение с клиникой геморрагического шока

3) Гемоперитонеум при стабильном состоянии пациента

4) Подозрение на острый аппендицит

5) Ферментативный перитонит

8. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Накануне в день исследования сделать очистительные клизмы

2) На ночть перед исследованием назначить седативные препараты

3) Научить больного "надуть" живот

4) Перед исследованием опорожнить мочевой пузырь

5) Накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

9. К НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖЕНИЯМ ЛАПАРОСКОПИИ ОТНОСЯТСЯ, ВСЕ КРОМЕ:

1) Ранение брюшного отдела аорты

2) Воздушная эмболия

3) Ранение полых органов брюшной полости

4) Эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки

5) Тромбоз воротной вены

10. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СТОЙКА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ВСЕ КРОМЕ:

1) Инсуфлятор

2) Коагулятор

3) Монитор

4) Устройство светоподачи

5) Аспиратор (электроотсос)

Ситуационные задачи по теме:

Задача №1

Во время выполнения плановой лапароскопической операции у астеничного пациента, после создания карбоксиперитонеума с помощью иглы Вереша, отмечено резкое ухудшение общего состояния, в виде гипотонии 70/30 мм.рт.ст., учащение ЧСС до 135 в мин., объективно бледность кожных покровов, снижение сатурации до 74%.

1. Предполагаемое осложнение?

2. Тактика хирурга в данной ситуации?

3. Возможные причины осложнения?

4. Объем хирургического вмешательства?

5. Объем интенсивно терапии?

Задача №2

На 2-е сутки после лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита, у пациента появились слабые боли в правых отделах живота, повысилась температура тела до субфебрильных цифр, лабораторно отмечен лейкоцитоз 11,5 тыс., по данным УЗИ – наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве до 1,5 см, по правому боковому каналу до 1,0 см, в малом тазу до 0,5 см.

1. Предполагаемое осложнение?

2. Возможные причины осложнения?

3. Тактика хирурга в данной ситуации?

4. Объем хирургического вмешательства?

5. Послеоперационное ведение?

Задача №3

Пациентке много лет назад выполнялось кесарево сечение нижнесрединным доступом. В настоящее время у пациентки диагностирован острый деструктивный холецистит. Дежурный хирург принимает решение об экстренной холецистэктомии из лапароскопического доступа.

1. Верно ли принял решение хирург в отношении выбора оперативного доступа?

2. Как осуществить лапароскопический доступ после перенесенных лапаротомий?

3. В каких случаях лапароскопия противопоказана при ранее перенесенных лапаротомиях?

4. Какое осложнение может развиться при выполнении данной пациентки лапароскопии и его причины?

5. Послеоперационное ведение?

Задача № 4

Во время проведения диагностической лапароскопии у пациента с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости выявлена следующая интраоперационная картина: в брюшной полости во всех отделах фибринозно-гнойное отделяемое в большом количестве, брюшина гиперемирована, инъецирована сосудами с наложениями фибрина, тонкий кишечник перераздут, вяло перестальтирует, в верхнем этаже брюшной полости конгломерат из подпаянного антрального отдела желудка к левой доле печени и большого сальника.

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика хирурга?
3. Объем вмешательства?
4. Возможно ли ограничиться лапароскопическим доступом?
5. Прогноз?

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8^{0}С, лейкоцитоз – 11,5х10^9/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия
7. Примерная тематика НИР по теме: Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости

Занятие № 2

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.19 Тема: «Эндовидеохирургические методы диагностики и лечения при закрытой травме живота».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Значение темы: Эпоха новых технологий охватила все разделы хирургии. Эндоскопическая абдоминальная хирургия, к настоящему времени, распространилась практически на все органы и легче перечислить такие операции, которые еще не сделаны. Небольшой оперативный доступ и малый

травматизм, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии органов, щадящая техника, небольшой процент осложнений, очень низкая летальность и другие качества определяют успех лапароскопии, равный хирургическому.

Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: показания и противопоказания к диагностической лапароскопии при закрытой травме живота

Уметь: определять показания и противопоказания к проведению диагностической лапароскопии и лапароскопических оперативных вмешательств при закрытых травмах брюшной полости.

Владеть: лапароскопической диагностикой патологии брюшной полости.

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1.ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Малые формы наружного эндометриоза

2) Склерокистоз яичников

3) Субсерозные миоматозные узлы матки

4) Синдром Алена - Мастерса

5) Поликистоз яичников

2. ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:

1) Болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости

2) Цирроза печени

3) Ретенционных кист яичников

4) Псевдокист поджелудочной железы

5) Папиллярных серозных кистом яичников

3. УРГЕНТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1) Мезентериального тромбоза

2) Субкапсулярных гематом печени

3) Острого панкреатита

4) Острого холецистита

5) Механической желтухи

4. ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки

2) Хронический активный гепатит

3) Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия

4) Лимфаденит брыжейки кишки

5) Неосложненный острый аппендицит

5. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ:

1) Калькулезного холецистита

2) Холедохолитиаза

3) Стриктуры холедоха

4) Дискинезии желчевыводящих путей

5) Тромбоза печеночных вен

6. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОМЕНТАХ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Дифференцирование органических и функциональных заболеваний сфинктерного аппарата большого дуоденального соска

2) Выяснение уровня обтурации желчных протоков

3) Выяснение природы обтурации желчных протоков

4) Дифференцирование рака билиарно-дуоденальной системы и рака головки поджелудочной железы

5) Рентгенологически установленный диагноз - отключенный желчный пузырь

7. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Дифференцирование желтух

2) Дифференцирование функциональных и органических изменений желчных протоков

3) Выяснение причины холецистита

4) Диагностику пузырно-кишечных свищей

5) Дифференцирование видов холангита

8. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ:

1) Накануне в день исследования сделать очистительные клизмы

2) На ночть перед исследованием назначить седативные препараты

3) Научить больного "надуть" живот

4) Перед исследованием опорожнить мочевой пузырь

5) Накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

9. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1) Через желудочный зонд удалить из желудка содержимое

2) Определить группу крови и резус принадлежность

3) Дать выпить метиленовый синий

4) Объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования

5) Внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора

сернокислого атропина и 2% промедола

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

1) Над лобком по белой линии живота

2) В правой подвздошной области

3) В левой подвздошной области

4) Ниже пупка по белой линии живота

5) Выше пупка по белой линии живота

Ситуационные задачи по теме:

№1

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0*10^{12}$/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?

3. Дальнейшая тактика?

4. Каков характер оперативного вмешательства?

№2

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой хирургического

стационара на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80/45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

3. Дальнейшая тактика?

4. Принципы оперативного пособия?

5. Сроки реабилитации?

№3

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

№4

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?
5. Прогноз?

№5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – $37,8^0$С, лейкоцитоз – $11,5x10^9$/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения лапароскопии

Занятие № 3

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.19 Тема: «Эндовидеохирургические методы диагностики и лечения при открытых ранения брюшной полости».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Эпоха новых технологий охватила все разделы хирургии. Эндоскопическая абдоминальная хирургия, к настоящему времени, распространилась практически на все органы и легче перечислить такие операции, которые еще не сделаны. Небольшой оперативный доступ и малый травматизм, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии органов, щадящая техника, небольшой процент осложнений, очень низкая летальность и другие качества определяют успех лапароскопии, равный хирургическому.

Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: показания и противопоказания к диагностической лапароскопии при открытых ранения брюшной полости

Уметь: определять показания и противопоказания к проведению диагностической лапароскопии и лапароскопических оперативных вмешательств при открытых ранения брюшной полости.

Владеть: лапароскопической диагностикой патологии брюшной полости.

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА:

1) исключить повреждение брюшины;
2) диагностировать повреждения диафрагмы;
3) установить в брюшной полости дренажи;
4) все вышеперечисленное;
5) ничего из вышеперечисленного.

2. ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НА НАЛИЧИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:

1) 5 мм. рт. ст.;
2) 8 мм. рт. ст.;
3) 12 мм. рт. ст.;
4) 17 мм. рт. ст.;
5) 22 мм. рт. ст.;

3. ЦЕЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ:

1) установить в брюшной полости дренажи;
2) исключить повреждение брюшины;
3) диагностировать повреждения диафрагмы;
4) все вышеперечисленное;
5) ничего из вышеперечисленного.

4. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОТОМИИ:

1) продолжающееся кровотечение;
2) колото-резаная травма;
3) повреждение диафрагмы;
4) холецистэктомия;
5) установка дренажей в брюшной полости.

5. СКОЛЬКО НЕОБХОДИМО УСТАНОВИТЬ ТРОАКАРОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ:

1) пять;
2) три;

3) один;
4) четыре;
5) ничего из вышеперечисленного.

6. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПОКАЗАНА ЛАПАРОТОМИЯ:
1) невозможно установить источник кровотечения;
2) кровь после аспирации вновь накапливается;
3) в брюшной полости обнаруживается желчь;
4) все вышеперечисленное;
5) ничего из вышеперечисленного.

7. ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ В СЛУЧАЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:
1) 5 мм. рт. ст.;
2) 10 мм. рт. ст.;
3) 15 мм. рт. ст.;
4) 20 мм. рт. ст.;
5) 25 мм. рт. ст..

8. АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ:
1) возраст;
2) сепсис;
3) перенесенные недавно полостные операции;
4) злокачественные гинекологические заболевания;
5) поздние сроки беременности.

9. ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ:
1) сепсис;
2) гнойный перитонит;
3) злокачественнные гинекологические заболевания;
4) терминальные состояния (кома, клиническая смерть);
5) ничего из вышеперечисленного.

10. ПРИ УШИВАНИИ ДЕФЕКТА СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРОАКАРЫ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ:
1) по средней линии живота;
2) в правой паховой области;
3) в левой паховой области;

4) все вышеперечисленное;
5) ничего из вышеперечисленного.

Ситуационные задачи по теме:

Задача № 1

Во время выполнения плановой лапароскопической операции у астеничного пациента, после создания карбоксиперитонеума с помощью иглы Вереша, отмечено резкое ухудшение общего состояния, в виде гипотонии 70/30 мм.рт.ст., учащение ЧСС до 135 в мин., объективно бледность кожных покровов, снижение сатурации до 74%.

1. Предполагаемое осложнение?

2. Тактика хирурга в данной ситуации?

3. Возможные причины осложнения?

4. Объем хирургического вмешательства?

5. Объем интенсивно терапии?

Задача № 2

На 2-е сутки после лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита, у пациента появились слабые боли в правых отделах живота, повысилась температура тела до субфебрильных цифр, лабораторно отмечен лейкоцитоз 11,5 тыс., по данным УЗИ – наличие свободной жидкости в подпеченочном пространстве до 1,5 см, по правому боковому каналу до 1,0 см, в малом тазу до 0,5 см.

1. Предполагаемое осложнение?

2. Возможные причины осложнения?

3. Тактика хирурга в данной ситуации?

4. Объем хирургического вмешательства?

5. Послеоперационное ведение?

Задача № 3

Пациентке много лет назад выполнялось кесарево сечение нижнесрединным доступом. В настоящее время у пациентки диагностирован острый деструктивный холецистит. Дежурный хирург принимает решение об экстренной холецистэктомии из лапароскопического доступа.

1. Верно ли принял решение хирург в отношении выбора оперативного

доступа?

2. Как осуществить лапароскопический доступ после перенесенных лапаротомий?

3. В каких случаях лапароскопия противопоказана при ранее перенесенных лапаротомиях?

4. Какое осложнение может развиться при выполнении данной пациентки лапароскопии и его причины?

5. Послеоперационное ведение?

Задача № 4

Во время проведения диагностической лапароскопии у пациента с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости выявлена следующая интраоперационная картина: в брюшной полости во всех отделах фибринозно-гнойное отделяемое в большом количестве, брюшина гиперемирована, инъецирована сосудами с наложениями фибрина, тонкий кишечник перераздут, вяло перестальтирует, в верхнем этаже брюшной полости конгломерат из подпаянного антрального отдела желудка к левой доле печени и большого сальника.

1. Предварительный диагноз?
2. Тактика хирурга?
3. Объем вмешательства?
4. Возможно ли ограничиться лапароскопическим доступом?
5. Прогноз?

Задача № 5

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – $37,8^0$С, лейкоцитоз – $11,5x10^9$/л. На обзорной рентгенографии:

единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Диагностическая лапароскопия

Занятие № 4

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.19 Тема: «Эндовидеохирургические методы диагностики и лечения. Лапароскопия. Частные вопросы».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Эпоха новых технологий охватила все разделы хирургии. Эндоскопическая абдоминальная хирургия, к настоящему времени, распространилась практически на все органы и легче перечислить такие операции, которые еще не сделаны. Небольшой оперативный доступ и малый травматизм, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии органов, щадящая техника, небольшой процент осложнений, очень низкая летальность и другие качества определяют успех лапароскопии, равный хирургическому.

Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: показания и противопоказания к диагностической лапароскопии при закрытых травмах и открытых ранения брюшной полости

Уметь: определять показания и противопоказания к проведению диагностической лапароскопии и лапароскопических оперативных вмешательств при закрытых травмах и открытых ранения брюшной полости, при подозрении на торакоабдоминальное ранение, травму

Владеть: лапароскопической диагностикой патологии брюшной полости.

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ:
    1) Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
    2) Хронический активный гепатит
    3) Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
    4) Лимфаденит брыжейки кишки
    5) Неосложненный острый аппендицит

2. К НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖЕНИЯМ ЛАПАРОСКОПИИ ОТНОСЯТСЯ, ВСЕ КРОМЕ:
    1) Ранение брюшного отдела аорты
    2) Воздушная эмболия
    3) Ранение полых органов брюшной полости
    4) Эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки
    5) Тромбоз воротной вены

3. ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:
    1) Болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости
    2) Цирроза печени
    3) Ретенционных кист яичников
    4) Псевдокист поджелудочной железы
    5) Папиллярных серозных кистом яичников

4. ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОМУ ПЕРЕВОДУ ЛАПАРОСКОПИИ В «ОТКРЫТУЮ» ОПЕРАЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1) Повреждение селезенки
    2) Повреждение стенки тонкой кишки
    3) Воздушная эмболия
    4) Эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки
    5) Ранение брюшного отдела аорты

5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ:
    1) СН 2а
    2) Спаечная болезнь брюшной полости
    3) Наличие свободного газа в брюшной полости
    4) Механическая желтуха
    5) Ранее перенесенные лапароскопические вмешательства

6. ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
    1) Через желудочный зонд удалить из желудка содержимое
    2) Определить группу крови и резус принадлежность
    3) Дать выпить метиленовый синий
    4) Объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования
    5) Внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора сернокислого атропина и 2% промедола

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
    1) Повреждение селезенки
    2) Повреждение стенки тонкой кишки
    3) Воздушная эмболия
    4) Эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки
    5) Ранение брюшного отдела аорты

8. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

    1) Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
    2) Гемоперитонеум более 500 мл
    3) Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
    4) Лимфаденит брыжейки кишки
    5) Ушивание раны легкого

9. НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, ВСЕ КРОМЕ:
    1) 10мм лапароскоп
    2) 10мм троакар
    3) 5мм троакар

4) Диссектор
5) Клипатор

10. ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НА НАЛИЧИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ:

1) 5 мм. рт. ст.;
2) 8 мм. рт. ст.;
3) 12 мм. рт. ст.;
4) 17 мм. рт. ст.;
5) 22 мм. рт. ст.;

Ситуационные задачи по теме:

Задача № 1

Пациентке много лет назад выполнялось кесарево сечение нижнесрединным доступом. В настоящее время у пациентки диагностирован острый деструктивный холецистит. Дежурный хирург принимает решение об экстренной холецистэктомии из лапароскопического доступа.

1. Верно ли принял решение хирург в отношении выбора оперативного доступа?

2. Как осуществить лапароскопический доступ после перенесенных лапаротомий?

3. В каких случаях лапароскопия противопоказана при ранее перенесенных лапаротомиях?

4. Какое осложнение может развиться при выполнении данной пациентки лапароскопии и его причины?

5. Послеоперационное ведение?

Задача № 2

Во время проведения диагностической лапароскопии у пациента с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости выявлена следующая интраоперационная картина: в брюшной полости во всех отделах фибринозно-гнойное отделяемое в большом количестве, брюшина гиперемирована, инъецирована сосудами с наложениями фибрина, тонкий кишечник перераздут, вяло перестальтирует, в верхнем этаже брюшной полости конгломерат из подпаянного антрального отдела желудка к левой доле печени и большого сальника.

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика хирурга?
3. Объем вмешательства?
4. Возможно ли ограничиться лапароскопическим доступом?
5. Прогноз?

№ 3

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – $37{,}8^0$С, лейкоцитоз – $11{,}5 \times 10^9$/л. На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы серп воздуха.

1. Предварительный диагноз?

2. Дифференциальная диагностика?

3. Хирургическая тактика?

4. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином?

5. Возможные послеоперационные осложнения?

№ 4

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85/60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не

выслушивается.

1. Предварительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?

3. Клинический диагноз?

4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе квалифицированной хирургической помощи?

5. Прогноз?

№ 5

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Лечебные мероприятия при данном виде травмы?
4. Осложнения при переломах таза?
5. Прогноз?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Лапароскопическая спленэктомия, холецистэктомия, аппендэктомия

1. Занятие № 20 (ОД.О.01.1.1.20 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

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

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Лечение больных с механической желтухой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Дифференциальная диагностика механической желтухи представляет определенные трудности из-за общности клинических и лабораторных проявлений с другими видами желтух, а также часто возникающих трудностей трактовки данных ряда инструментальных методов исследования. Экстренное оперативное лечение, выполненное в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности

является весьма рискованным и сопровождается высоким уровнем летальности, достигающим 60%.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину механической желтухи, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядок оказания квалифицированной медицинской помощи больным с механической желтухой; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при механической желтухе; кодировку механической желтухи по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при механической желтухе, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с механической желтухой; интерпретировать результаты обследования больных с механической желтухой; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с механической желтухой и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при механической желтухе, и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при механической желтухе и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой лапаротомии, холецистэктомии, холецистостомии, холецистогастростомии, холедоходуоденостимии, дренирования желчных протоков; техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

1. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОИНОЙ

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

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

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 внутрипеченочных желчных протоков более 2мм

5) наличие конкрементов в холедохе

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

5. К ВНУТРЕННЕМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОТНОСИТСЯ

1) чрескожная чреспеченочная холангиостомия

2) холедоходуоденоанастамоз

3) холецистостомия под контролем УЗИ

4) эндоскопическое назобилиарное дренирование

5) холедохостомия по Холстеду-Пиковскому

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

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

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

9. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОИЗОТОПНОЙ СЦИНТИГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) идентификация внутрипеченочных 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

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

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;
- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№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* 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 но лечению на амбулаторном этапе? Профилактика?

№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?

№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*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.

№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: состояние средней тяжести, больная пониженного питания, подкожно-жировая клетчатки 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 11х9х8 см. Перистальтика вялая. Стула не было 4 дня. В анализах крови: гемоглобин - 80 г/л, лейкоциты - $7,5x10^9$, СОЭ - 44 мм/ч. В биохимическом анализе крови резко повышен общий билирубин, в основном за счет прямой фракции, щелочная фосфотаза и аланинаминотрансферазы. Амилаза в пределах нормы. УЗИ: Размеры поджелудочной железы 4,8х3,5х2,3 см, контуры ровные, четкие, структура мелкозернистая. В области головки округлое образование 4,0х3,0 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?

№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?

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. Занятие № 21 (ОД.О.01.1.1.21 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

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

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: По данным ВОЗ, паразитарными болезнями в мире заражено более 4,5 млрд. человек. Средняя заболеваемость населения Земли составляет 100 млн. в год, при этом в США каждый второй гражданин является носителем паразитарного заболевания, а в странах Европы заражено паразитами треть населения. В течение жизни практически каждый россиянин переносит паразитарное заболевание. Специалисты считают, что уровень заражения паразитами значительно превышает официальные показатели и достигает в ряде стран 90%.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину паразитарных поражений печени, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с паразитарными поражениями печени; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при паразитарных поражениях печени; кодировку паразитарных поражений печени по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при паразитарных поражениях печени, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с паразитарными поражениями печени; интерпретировать результаты обследования больных с паразитарными поражениями печени; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе, больному с паразитарными поражениями печени и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной, для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований, при паразитарных поражениях печени и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить

план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, при паразитарных поражениях печени и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой лапаротомии, удаления паразитарной кисты печени, резекции печени, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

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

2. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) УЗИ

2) МРТ

3) пункционную биопсию под контролем КТ

4) Биохимический анализ крови

5) Радиоизотопную сцинтиграфию

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

1) Ортнера

2) Кера

3) Воскресенского

4) Думбадзе

5) «дрожания гидатид»

4. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АМЕБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП

1) по Киршнеру

2) по Черни

3) по Федорову

4) по Кохеру

5) чрезбрюшинный

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭХИНОКОККОЗА В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1) Кровотечение

2) Нагноение

3) Печеночная недостаточность

4) Перитонит

5) Сепсис

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

7. БЕССИМПТОМНАЯ СТАДИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ДЛИТСЯ

1) 2-3 месяца

2) 6 месяцев

3) 1 год

4) 4-6 лет

5) 10-15 лет

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 гепатикоеюноанастомоза на транспеченочных дренажах

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

1) наложение каверноеюноанастомоза

2) наложение холангиогепатоеюноанастомоза на скрытом дренаже

3) чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков

4) расширенная гемигепатэктомия

5) наложение гепатикоеюноанастомоза на транспеченочных дренажах

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

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;
- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№1

Больной 45 лет, житель Казахстана, охотник по профессии, жалуется на тупые боли в правом подреберье, где при пальпации определяется округлое тугоэластическое образование размером 15х10 см, интимно связанное с печенью.

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Тактика хирурга?

4. Дифференциальный диагноз?

5. Сроки временной утраты трудоспособности?

№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?

№3

В ходе профосмотра у женщины 44 лет по результатам УЗИ выявлено округлое кистозное многокамерное образование 3,0х5,0 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?

№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 - $4{,}5x10^{12}$/л, гемоглобин - 90 г/л, лейкоциты - $8{,}0x10^{9}$, 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 10х8 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?

№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?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

1. Занятие № 22 (ОД.О.01.1.1.22 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ)

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

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Опухолевые поражения внепеченочных желчных протоков оставляют от 1% до 4% всех злокачественных опухолей, и 3-19% новообразований органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Заболеваемость составляет 2,5 - 6,4% на 100 000 населения, при этом рак проксимальных желчных протоков составляет до 50% с тенденцией к увеличению.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину опухолей внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с опухолями внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка; кодировку опухолей внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с опухолями внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка; интерпретировать результаты обследования больных с опухолями внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с опухолями внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при опухолях внепеченочных желчных протоков, большого дуоденального сосочка и выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой лапаротомии, дренирования желчных протоков, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Решение тестовых заданий по теме:

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

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

3. В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ

1) УЗИ

2) КТ

3) МРТ

4) дуоденоскопия

5) чрескожная чреспеченочная холангиография

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

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

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

7. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IБ 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

8. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IIА 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

9. ПРИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА ПОКАЗАНО

1) резекция желчного протока с наложением высокого билиодигестивного анастомоза

2) панкреатодуоденальная резекция

3) наложение холедоходуоденоанастомоза

4) наложение холедохоеюноанастомоза

5) чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчных путей

10. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТНОСЯТ

1) липому

2) фиброму

3) карциному

4) нейрофибромаму

5) лейомиому

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- работа в палатах с пациентами;
- работа с историями болезни;
- демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.

5.4. Итоговый контроль знаний

Решение ситуационных задач:

№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?

№2

К хирургу поликлиники обратился больной 65 лет с жалобами на боль в эпигастриии 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?

№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?

№4

У больного с холедохолитиазом 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?

№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?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия (согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия).

Занятие 1

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.23 Тема: «Диафрагмальные грыжи. Этиология, патогенез, классификация. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы

Диафрагмальные грыжи составляют около 2 % грыж всех локализаций. Их диагностика в достаточной степени специфична и затруднена, особенно на догоспитальном этапе. Зачастую это приводит к запоздалым операциям, что чревато увеличением числа послеоперационных осложнений и летальных случаев.

4. Цели обучения*:*

- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь;

навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

5.2. Основные понятия и положения темы

Под **диафрагмальной грыжей** понимают перемещение брюшных органов в грудную полость через естественное или патологическое отверстие в диафрагме.

Первое описание **диафрагмальной грыжи** сделал еще Амбруаз Паре (1579), однако долгое время это заболевание считалось редкой патологией. Лишь с широким внедрением рентгенологических методов исследования и повышением диагностических возможностей выяснилось, что эта патология является одной из самых распространенных среди гастроэнтерологических заболеваний. По данным многих исследователей, одна из разновидностей **диафрагмальных грыж** грыжа пищеводного отверстия - конкурирует по своей частоте с такими распространенными заболеваниями, как язвенная болезнь и холецистит.

Классификация. **Диафрагмальные грыжи** представляют собой неоднородную патологию. Различные ее виды существенно отличаются друг от друга по происхождению, клиническим проявлениям, течению и прогнозу.

По происхождению **диафрагмальные грыжи** делят на травматические и нетравматические.

В зависимости от наличия или отсутствия грыжевого мешка их подразделяют на грыжи истинные и ложные.

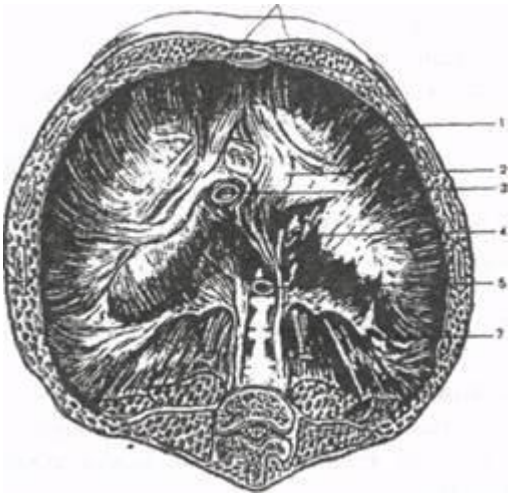
Среди нетравматических грыж выделяют следующие разновидности (Б.В. Петровский, 1966):

- **Ложные врожденные грыжи.**
- **Истинные грыжи слабых зон диафрагмы.**
- **Истинные грыжи атипичной локализации.**
- **Грыжи естественных отверстий диафрагмы.**

Ложные врожденные грыжи являются пороком развития - следствием незаращения существующих в эмбриональном периоде сооб щений между грудной и, брюшной полостями. Это патология грудного возраста,

требующая оперативного вмешательства, как правило, по жизненным показаниям из-за резко выраженных кардиореспираторных нарушений.

Истинные грыжи слабых зон диафрагмы. Местом возникновения этих грыж являются известные из анатомии «слабые пространства» диафрагмы - щели Ларрея-Морганьи и Бохдалека. Грыжи, образующиеся в зоне щели Ларрея, называются ретрокостостернальными, в зоне щели Бохдалека - люмбокостальными. Кроме того, грыжи нередко возникают и в области слаборазвитой грудинной части диафрагмы. Эти грыжи, расположенные непосредственно за грудиной, называются ретростернальными.



Вид диафрагмы со стороны брюшной полости, 1 - мышечная часть диафрагмы; 2 - сухожильная часть диафрагмы;

3 - нижняя полая вена; 4 - пищевод; 5 - аорта;

6 - грудинореберный треугольник (щель Ларрея);

7 - пояснично-реберныи треугольник (щель Богдалека)

Истинные грыжи атипичной локализации. Эти грыжи встречаются крайне редко. По своей форме они могут быть похожи на ограниченную релаксацию диафрагмы. В этих случаях обязательна тщательная дифференциальная диагностика, поскольку грыжи в отличие от релаксации имеют ворота и могут ущемляться.

Грыжи естественных отверстий диафрагмы.

В эту группу входят грыжи пищеводного отверстия и других естественных отверстий диафрагмы (щели симпатического нерва, отверстия нижней полой вены и аорты). Наиболее распространены из них грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. По своим анатомическим и клиническим особенностям, принципам лечения они занимают особое место (см. ниже раздел «Грыжи пищеводного отверстия»). Другие грыжи естественных

отверстий диафрагмы встречаются крайне редко и практического значения не имеют.

Этиология и патогенез. Этиологические и патогенетические факторы, приводящие к образованию диафрагмальных грыж, доволь но многочисленны. Как и при других грыжах брюшной стенки, их можно разделить на две группы: предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим факторам относятся: врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани; травматические повреждения диафрагмы; инволюционные изменения мышечно-связочного аппарата и др.

Производящими (реализующими) факторами являются все состояния, связанные с повышением внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей, беременность, запоры, обильный прием пищи).

Клиническая картина. Клинические симптомы диафрагмальных грыж обусловлены перемещением в грудную клетку органов брюшной полости, их перегибом в грыжевых воротах, а также сдавлением легкого и смещением средостения в здоровую сторону. В соответствии с этим все клинические проявления могут быть условно разделены на две группы: желудочно-кишечные и легочно- сердечные. Чаще всего наблюдаются их различные сочетания.

Больные жалуются на боли в эпигастрии, грудной клетке и подреберье, одышку и сердцебиение после приема пищи, особенно обильной. Натощак, как правило, этих явлений не наблюдается. Сравнительно часто после еды возникает рвота, приносящая облегчение. Характерными симптомами являются ощущаемые больными звуки «бульканья и урчания» в грудной клетке, а также резкое усиление одышки после еды при принятии больным горизонтального положения тела.

Диагноз. Заподозрить **диафрагмальную грыжу** у больного, наряду с перечисленными выше жалобами, позволяют и некоторые физикальные данные: 1) уменьшение подвижности грудной клетки на стороне поражения со сглаживанием межреберных промежутков; 2) западение живота (при больших грыжах); 3) определение притупления или тимпанита над грудной клеткой с меняющейся интенсивностью; 4) выслушивание при аускультации грудной клетки перистальтики кишечника или шума плеска; 5) определение смещения сердечной тупости и средостения в здоровую сторону.

Окончательный диагноз устанавливается при рентгенологическом исследовании больного. Рентгенологическая картина зависит от характера и объема, переместившихся в грудную клетку брюшных органов. При смещении желудка на обзорных рентгенограммах мож но видеть газовый пузырь с уровнем жидкости в левой плевральной полости. При выпадении

петель тонкой кишки определяются отдельные участки просветления и затемнения на фоне легочного поля, изменчивые по величине и форме. Нахождение в грыже печени или селезенки сопровождается затемнением соответствующих легочных полей.

Для уточнения диагноза обычно используется и рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Это исследование позволяет определить на контрастированных органах втяжение или вдавление соответственно месту их прохождения через дефект в диафрагме («симптом обтекания», или «симптом грыжевых ворот»). В редких случаях, при затруднении дифференциальной диагностики грыжи и релаксации диафрагмы, прибегают к наложению диагностического пневмоперитонеума, позволяющего более четко видеть контуры диафрагмы и ее дефекты.

Дифференциальный диагноз диафрагмальной грыжи следует проводить с релаксацией диафрагмы (см. раздел ниже), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезнью и холециститом.

Осложнения. Как и при других грыжах живота грозным осложнением диафрагмальной грыжи является ее ущемление. Причиной его развития может явиться любой фактор, связанный с повышением внутрибрюшного давления (физическая нагрузка, кашель, переедание). Ущемляться могут все виды диафрагмальных грыж за исключением скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Клиническая картина ущемления довольно характерна. Внезапно возникают боли в эпигастральной области и в левой половине груди. Боли настолько сильные, что больной мечется, не находит себе места. Развивается клиника, соответствующая синдрому острой кишечной непроходимости: боли, рвота, задержка стула и газов. Чем выше уровень ущемления, тем более бурно развивается клиническая картина, нарастают явления интоксикации и обезвоживания.

Для своевременной диагностики этого опасного для жизни больного осложнения следует срочно выполнить электрокардиографию, многоосевую рентгеноскопию грудной и брюшной полостей. При необходимости применяются рентгеноконтрастные и эндоскопические методы исследования.

Дифференциальную диагностику ущемленной диафрагмальной грыжи наиболее часто приходится проводить с инфарктом миокарда, острым деструктивным панкреатитом, тромбоэмболией мезентериальных сосудов, странгуляционной кишечной непроходимостью.

Лечение. Установленный диагноз диафрагмальной грыжи является показанием к оперативному лечению (исключением являются скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

Операция может быть произведена трансторакальным и абдоминальным путем. При парастернальных грыжах лучшим доступом является срединная лапаротомия; при правосторонней локализации грыжи операцию производят торакальным доступом справа в 4-м межреберье; при левосторонних грыжах применяются как трансторакальный доступ (в 7-м межреберье слева), так и абдоминальный.

Сущность самой операции заключается в осторожном низведении перемещенных органов в брюшную полость и ушивании дефекта в диафрагме отдельными узловыми швами с созданием дупликатуры. При больших размерах грыжевых ворот дефект в диафрагме закрывается с помощью аллопластических материалов.

При ущемлении диафрагмальной грыжи оперативное вмешательство носит неотложный характер. Операция при этом проводится трансторакальным доступом.

Эпидемиология

Заболевания диафрагмы не слишком частая патология, но осложнения этих заболеваний грозные и опасны для жизни больного. Исход этих осложнений всецело зависит от своевременной диагностики и адекватного лечения. Поэтому знание этой проблемы всегда необходимо практическому врачу.

ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (хиатальные грыжи) являются одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Они составляют более 90% всех диафрагмальных грыж, а в структуре заболеваний органов пищеварения занимают 3-е место по частоте после язвенной и желчнокаменной болезней. Столь широкая распространенность обусловливает клиническую значимость этой патологии.

Классификация. Различают два основных типа грыж пищеводного отверстия диафрагмы: 1) скользящие (аксиальные); 2) параэзофагеальные (околопищеводные).

Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эти грыжи являются самым частым типом (около 95%) хиатальных грыж. Свое название они получили по механизму развития: кардиальный отдел желудка,

расположенный мезоперитонеально, перемещаясь в грудную полость через расширенное пищеводное отверстие, прини мает участие в образовании грыжевого мешка. Поскольку смещение грыжевого содержимого при этом происходит вдоль оси пищевода, эти грыжи называют также аксиальными.

Образование этого вида грыж связано с некоторыми анатомо-физиологическими особенностями пищеводно-желудочного соустья. Слияние пищевода с желудком происходит ниже диафрагмы под острым углом (угол Гисса), на вершине которого в просвет желудка вда ется складка слизистой оболочки, выполняющая роль кардиального клапана (клапан Губарева). Этот клапан в содружестве с циркулярным кардиальным жомом создает препятствие регургитации содержимого желудка (рис. 2). При формировании аксиальной грыжи угол между дном желудка и пищеводом сглаживается. Это, в свою очередь, ведет к уменьшению или исчезновению клапана Губарева и, следовательно, к нарушению клапанного механизма закрытия кардии с неизбежным возникновением желудочно-пищеводного рефлюкса.

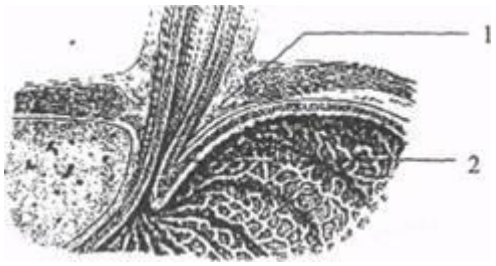


Рис. 2. Расположение пищевода, диафрагмы и желудка в норме: 1 - угол Гиса, 2 - клапан Губарева

Классификация. В зависимости от того, какая часть органа (желудка) участвует в формировании скользящей хиатальной грыжи выделяют следующие его виды (по Б.В. Петровскому): 1) кардиальную; 2) кардиофундальную; 3) субтотальную желудочную; 4) тотальную желудочную, (рис. 3-А).

Скользящие грыжи характеризуются еще одной особенностью: они могут быть фиксированными и нефиксированными. В последнем случае грыжа самостоятельно вправляется при вертикальном поло жении больного. Фиксация грыжи сопряжена с укорочением пищево да, что имеет важное значение с точки зрения хирургического лечения. Укорочение пищевода подразделяется на две степени: при укорочении I степени кардия фиксирована над диафрагмой не выше, чем на 4 см; более высокая фиксация кардии свидетельствует о II степени укорочения пищевода.

А.

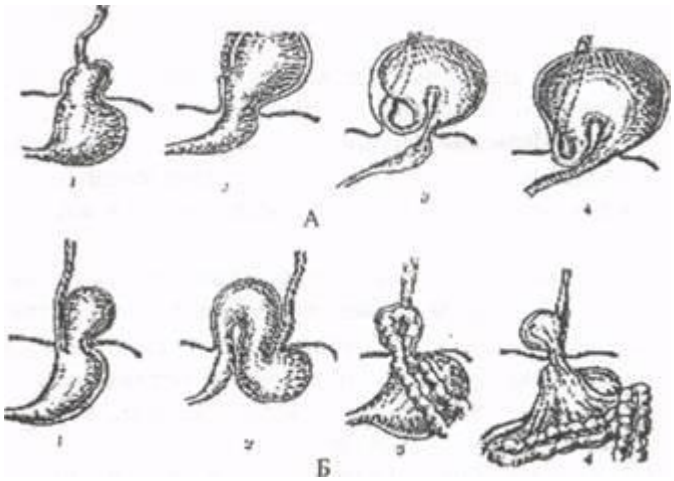


Рис. 3. Схема различных видов грыж

пищеводного отверстия диафрагмы.

А - скользящие грыжи: 1 - кардиальная, 2 - кардиофундальная,

3 - субтотальная желудочная, 4 - тотальная желудочная;

Б - параэзофагеальные грыжи: 1 - фундальная, 2 - антральная,

3 - кишечная, 4 - сальниковая.

Этиология и патогенез. Скользящие грыжи пищеводного отверстия бывают врожденными и приобретенными. Врожденные грыжи связаны с врожденными дефектами формирования пищеводного отверстия диафрагмы и проявляются в детском возрасте.

В происхождении приобретенных хиатальных грыж предрасполагающими факторами являются расширение пищеводного отверстия и ослабление связи пищевода с диафрагмой. Разрешающим фактором является повышение внутрибрюшного давления.

В патогенезе этих грыж основную роль играют два фактора: пульсионный и тракционный. К первому фактору относятся врожденная и приобретенная слабость соединительной ткани, инволютивные изменения тканей, повышение внутрибрюшного давления; ко второму - тракции кардиального отдела желудка в грудную полость, обусловленные сильными продольными сокращениями пищевода при эзофагоспазме. Причиной подобного систематического эзофагоспазма, очевидно, являются патологические ваговагальные рефлексы, возникающие при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Этим объясняется частое сочетание скользящих хиатальных грыж с язвенной болезнью и хроническим холециститом (около 15- 20%).

Клиническая картина. Клинические проявления скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы обусловлены расстрой ством клапанной функции кардии и возникающим в этой связи желудочно-пищеводным рефлюксом. Характерными симптомами заболевания являются боли, изжога, срыгивания, отрыжка воздухом и дисфагия.

Основная локализация болей - эпигастрий, мечевидный отросток и загрудинная область. Боли могут быть различной интенсивности, но, как правило, они усиливаются после еды, в положении лежа и при физической нагрузке. Боли при этих грыжах нередко иррадиируют в спину, в левое плечо и руку, как при стенокардии, что может быть причиной диагностических ошибок.

Как и боли, изжога появляется после еды, а также при перемещениях тела, способствующих желудочно-пищеводному рефлюксу. Боли и изжога ослабевают при переходе больного в вертикальное положение, при ходьбе, после приема соды, молока.

Дисфагия при этом заболевании отличается непостоянством. Она проявляется в основном при обострении эзофагита и имеет доброкачественный характер на протяжении многих лет.

Кроме указанных характерных признаков заболевания могут наблюдаться и такие симптомы, как рвота и тошнота, икота, повышенное слюноотделение, горечь во рту, охриплость голоса и др.

Осложнения. Скользящие грыжи пищеводного отверстия чаще всего осложняются рефлюкс-эзофагитом, который рассматривается и как проявление этих грыж, и как осложнение (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь).

К другим осложнениям этого заболевания относятся: пептические язвы пищевода, стриктуры пищевода, кровотечения из пищевода или грыжевой части желудка, рубцово-воспалительное укорочение пищевода, пищевод Баррета (замещение многослойного плоского эпителия пищевода метаплазированным однослойный цилиндрическим эпителием желудка или тонкой кишки). Пищевод Баррета является предраковый заболеванием.

Диагноз. Диагностика скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы базируется на анамнестических, клинических, рентгено логических и эндоскопических данных. Решающее значение в установлении точного диагноза принадлежит рентгенологическому исследованию. Применяют обзорную и контрастную рентгеноскопию и рентгенографию пищевода и желудка в различных положениях больного: вертикальном, горизонтальном, на боку, в положении Тренделенбурга. К прямым рентгенологическим признакам скользящей хиатальной грыжи относятся признаки,

свидетельствующие о смещении в средостение того или иного отдела желудка. К косвенным признакам относятся: отсутствие или изменение формы и величины газового пузыря желудка; выпрямленность эзофагокардиального угла (угла Гиса) с высоким впадением пищевода в желудок; симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса; антиперистальтические движения пищевода («танец глотка»).

Информативным диагностическим методом является и эндоскопическое исследование (эзофагогастроскопия). Эндоскопическими признаками скользящей грыжи пищеводного отверстия являются: отсутствие смыкания стенок пищевода на уровне диафрагмального сужения («зияние кардии»); расположение кардии выше диафрагмы (укорочение пищевода); наличие желудочно-пищеводного рефлюкса; наличие очагов эктопии эпителия. Наряду с этим, эндоскопическое исследование позволяет оценить тяжесть рефлюкс-эзофагита, выявить деструктивные изменения слизистой оболочки, исключить малигнизацию.

Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса и степени декомпенсации эзофагокардиального жома могут быть использованы такие дополнительные методы исследования, как эзофагоманометрия, внутрипищеводная pH-метрия, сцинтиграфия пищевода.

Дифференциальную диагностику скользящих грыж пищеводного отверстия проводят с другими видами диафрагмальных грыж, с рубцовой стриктурой пищевода, раком пищевода, синдромом портальной гипертензии, язвенной и желчнокаменной болезнями, стенокардией.

Лечение. Установление диагноза скользящей грыжи пищеводного отверстия само по себе не является основанием для хирургического лечения. Это связано с двумя обстоятельствами: 1) скользящие грыжи, в отличие от других видов диафрагмальных грыж, не ущемляются; 2) в большинстве случаев они могут довольно успешно лечиться консервативными методами.

Основными направлениями консервативной тера пии этой патологии являются:

- меры по предотвращению желудочно-пищеводного рефлюкса;
- подавление кислотно-пептического фактора желудочного сока;
- устранение нарушений моторики пищевода и желудка;
- лечение рефлюкс-эзофагита.

Важным условием лечения является соблюдение больными общего и диетического режима. Им противопоказаны тяжелая физическая работа,

ношение тугих поясов, бандажей, повышающих внутрибрюшное давление. Больной должен спать с приподнятым головным концом кровати. Показана механически и химически щадящая диета, дробное (5-6 раз в день) питание. Последний раз больной должен принимать пищу за 3-4 ч. до сна. Противопоказано курение, злоупотребление алкоголем, кофе (они снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера).

Оперативное лечение рекомендуется в следующих случаях: 1)при отсутствии эффекта от консервативной терапии у больных с резко выраженными симптомами заболевания; 2) при тяжелом рефлюкс-эзофагите, сопровождающемся кровотечением, анемией, язвенным эзофагитом; 3) при пептической стриктуре пищевода; 4) при гигантской (субтотальной и тотальной) желудочной грыже; 5) при сочетании скользящей хиатальной грыжи с другими заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта, требующими хирургического лечения (холелитиаз, язвенная болезнь и др.).

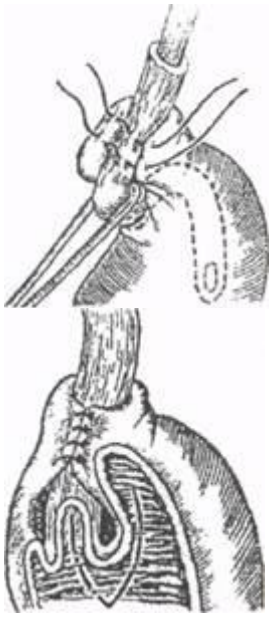


Рис. 4. Схема операции фундопликации по Ниссену: А - из дна желудка вокруг пищевода образуется манжетка; Б - окончательный вид операции, восстановлен угол Гиса.

По данным литературы, хирургическому лечению подвергается около 10-20% больных с этой патологией. Что касается сущности оперативных вмешательств, применяющихся для устранения скользящих грыж, то они направлены прежде всего на восстановление замыкательной функции кардиального отдела желудка и закрытие грыжевого дефекта. Наиболее удачным вариантом решения этой задачи считается операция фундопликации по Ниссену: создание из дна желудка манжеты на 360° вокруг кардиального отдела пищевода и фиксация ее к ушитым ножкам диафрагмы . Эта операция может выполняться и лапароскопическим способом.

Параэзофагальные грыжи

Эти грыжи встречаются гораздо реже скользящих (около 5% всех случаев грыж пищеводного отверстия диафрагмы). Характеризуются они фиксацией кардии в нормальном положении, в то время как через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы в средостение выходят дно желудка, а иногда и весь желудок. Кроме желудка содержимым грыжевого мешка могут быть тонкая и толстая кишка, сальник, селезенка.

Параэзофагеальные грыжи в отличие от скользящих (аксиальных) могут ущемляться.

Классификация. В зависимости от того, какой орган или часть органа участвуют в формировании параэзофагеальной грыжи выделяют следующие его виды (по Б.В.Петровскому): 1)фундальную; 2) антральную; 3) кишечную; 4) кишечно-желудочную; 5) сальниковую (рис. 3-Б).

Клиническая картина параэзофагеальных грыж зависит от характера содержимого и степени смещения органов грудной полости. Поскольку в плевральную полость чаще всего смещается желудок, то возникающий симптомокомплекс во многом аналогичен тому, который характерен и для скользящих грыж (боли в эпигастральной области и за грудиной, появляющиеся после еды, отрыжка, дисфагия). Однако желудочно-пищеводного рефлюкса не бывает, так как механизм замыкания кардии при этой разновидности грыж не нарушен.

Диагноз. Ведущая роль в диагностике параэзофагеальных грыж принадлежит рентгенологическому обследованию. При обзорной рентгеноскопии грудной клетки часто удается обнаружить внутригрудное расположение газового пузыря желудка. Контрастным исследованием уточняется расположение кардии по отношению к диафрагме, определяется содержимое грыжевого мешка (желудок, петли кишки).

Эзофагогастроскопия применяется для исключения других заболеваний пищевода и желудка.

Лечение. Ввиду склонности к увеличению размеров грыжи и реальной угрозы ущемления параэзофагеальные грыжи подлежат опе ративному лечению. Операция заключается в ушивании грыжевых ворот. При больших грыжах и наличии признаков недостаточности кардии выполняют, кроме того, антирефлюксную операцию - фундопликацию по Ниссену.

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, , ПК-4, ПК-5, ПК-6):

1. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы чаще всего проявляются:

а) дисфагией

б) частой рвотой

в) кровотечением

г) изжогой

2. Параэзофагеальные грыжи опасны:

а) ущемлением

б) малигнизацией

в) кровотечением

г) постоянными болями

3. Наибольшую опасность ущемления представляет следующий вид грыжи ПОД:

а) короткий пищевод

б) параэзофагеальная грыжа

в) скользящая грыжа

г) фиксированная грыжа

4. Основной вид исследования для диагностики грыжи ПОД:

а) объективные исследования

б) ФГС

в) рентгенологическое исследование

г) КТ

5. Операция выбора при скользящей грыже ПОД:

а) операция Харингтона

б) пластика грыжи лоскутом из диафрагмы по Петровскому

в) фундопликация по Ниссену

г) гастропексия

6. Основное осложнение грыж ПОД

а) частые рвоты

б) эзофагит

в) кровотечение

г) гастрит

7. Наиболее часто встречается следующий вид грыжи ПОД:

а) короткий пищевод

б) параэзофагеальная грыжа

в) скользящая грыжа ПОД

г) фиксированная грыжа ПОД

8. Причиной изжоги при грыжах ПОД является:

а) недостаточность кардии

б) желудочный рефлюкс

в) повышенная кислотность

г) отсутствие клапана Губарева

9. Самым ценным в диагностике скользящих грыж ПОД является:

а) ФГС

б) рентгеноскопия желудка

в) контрастное исследование желудка в горизонтальном положении

г) определение кислотности желудочного сока

10. В генезе скользящих грыж ПОД главную роль играет:

а) повышение внутрибрюшного давления

б) астеническое телосложение

в) гипертоническая болезнь

г) ожирение

Задача № 1

На прием к врачу пришел больной 50 летс 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 грыжа ПОД, какие трудовые рекомендации даются больному?

Задача № 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. Тактика?
5. Является ли трудоспособным больной с данной грыжей?

Задача № 3

У больного рвота с кровью. До этого длительно беспокоили под мечевидным отростком, изжога. При ФГС найден язвенный эзофагит, в желудке изменений нет.

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначьте лечение
3. Показано ли оперативное лечение и когда?
4. Вид оперативного вмешательства?
5. Сроки нетрудоспособности при лечении данного больного?

Задача № 4

Больной 40 лет длительно страдал изжогой. В последнее время появились дисфагия, особенно при глотании твердой пищи. Рентгенологически найдено сужение пищевода в н/3 до 5 мм диаметром.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С каким заболеванием следует дифференцировать?

3. Какие исследования необходимо произвести?
4. Тактика?
5. Сроки нетрудоспособности при лечении данного больного?

Задача №5

У больного 30 лет выраженная недостаточность кардии, изжога, отрыжка пищей. Рентгенологически смещение желудка не определяется. На ФГС зияние кардии, рефлюкс-эзофагит.

1. Какие рекомендации необходимо дать больному?
2. Назначьте медикаментозное лечение.
3. Показано ли оперативное вмешательство?
4. Если показано, то, какое?
5. Сроки нетрудоспособности при консервативном лечении заболевания?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после фундопликации по Ниссену

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
829.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
830.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
831.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичи	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
832.	Неотложная	В. Х. Грасиас,	М.: Изд-во	3	

	хирургия: рук. для хирургов общей практики	П. М. Рейли, М. Г. Маккени [и др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов	Панфилова, 2010		
833.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
834.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
835.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
836.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
837.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
838.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
839.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова,	М.: ГЭОТАР-Медиа,	1	

		Б. И. Альперович [и др.].	2012		
840.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
841.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
842.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
843.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
844.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
845.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
846.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
847.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджанян	Новосибирск: Наука 2008		

		а			
848.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
849.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
850.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
851.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
852.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
853.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
854.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
855.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
856.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ		

			2009		
857.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
858.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
859.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
860.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
861.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

862.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
863.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
864.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
865.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
866.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
867.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
868.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		

869.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
870.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
871.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
872.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
873.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
874.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
875.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
876.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
877.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
878.	Основы теории вероятностей и математической	Балдин К.В, Башлыков В.Н.,	М.: Флинта: НОУ ВПО		

	статистики: учебник	Рукосуев А.В.	«МПСИ» 2010		
879.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
880.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
881.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
882.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
883.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
884.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
885.	Лучевая	А. Ю.	М.:		

	диагностика: учебник	Васильев, Е. Б. Ольхова	ГЭОТАР-Медиа 2008		
886.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
887.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
888.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
889.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
890.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
891.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
892.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В.	Красноярск: КрасГМУ,	5	

	своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Нестеренко	2011		
893.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
894.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
895.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
896.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
897.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН,	1	

	медицинской помощи		2011		

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие 2

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.23 Тема: «Травматические диафрагмальные грыжи. Релаксация диафрагмы».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах, работа с пациентами.
4. Значение темы: Диафрагмальные грыжи и релаксация диафрагмы являются наиболее распространенной хирургической патологией грудобрюшной преграды. Наиболее часто эта патология встречается у лиц молодого возраста, т. е. у наиболее трудоспособного населения. Они могут возникать вследствие аномалии эмбрионального развития диафрагмы, ее травматических повреждений, а также некоторых других причин, включая возрастные инволюционные изменения. Данные заболевания характеризуются скудной клинической симптоматикой до возникновения осложнений. Важнейшим моментом является возникновения таких же осложнений как и при наружных грыжах, наиболее грозным из которых является ущемление, сопровождающееся очень высокой летальностью. Своевременная диагностика и оперативное лечение, как правило, приводит к полному выздоровлению.
Цели обучения:
- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6).

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Повреждения диафрагмы.

Различают закрытые и открытые повреждения диафрагмы. Закрытые повреждения (разрывы диафрагмы) являются, как правило, следствием падения с высоты или сдавления живота при автодорожных и иных травмах. Открытые же повреждения диафрагмы являются обязательным компонентом торакоабдоминальных ранений. В изолированном виде повреждения диафрагмы встречаются очень редко, в большинстве случаев они сочетаются с повреждениями органов грудной и брюшной полостей.

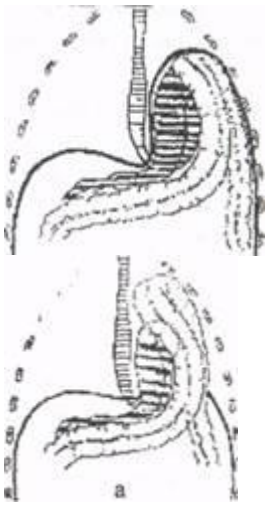
Клиническая картина повреждений диафрагмы в связи с сочетанным характером травмы складывается чаще всего из двух синдромов - торакального и абдоминального. Пострадавшие жалуются на боли в животе и груди, затруднение дыхания, одышку, кровохарканье. Могут отмечаться цианоз, подкожная эмфизема, защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки, положительные признаки раздражения брюшины. При перемещении в плевральную полость петли кишечника над грудной клеткой выслушиваются шумы на фоне резко ослабленного дыхания.

Диагностика повреждений диафрагмы в остром периоде базируется на клинических и рентгенологических данных. О возможности повреждения диафрагмы необходимо помнить при ножевых ранениях в нижних межреберьях и подреберной области.

Лечение только оперативное, проводится по неотложным показаниям. Операция заключается в устранении смещения органов брюшной полости и ушивании травматического дефекта диафрагмы. В связи с тем, что органы брюшной полости при торакоабдоминальных ранениях повреждаются значительно чаще, чем грудной, операцию целесообразнее проводить абдоминальным доступом. Торакотомия показана лишь при интенсивном внутриплевральном кровотечении и признаках повреждения органов средостения.

Травматические диафрагмальные грыжи.

Нераспознанное в остром периоде травмы повреждение диафрагмы приводит в после дующем к формированию хронической диафрагмальной грыжи. Чаще всего, она развивается слева, так как расположенная под правым куполом диафрагмы печень препятствует формированию грыжи в этой области. Грыжевые ворота при травматических грыжах диафрагмы могут быть самой различной локализации и размеров, что зависит от характера механического повреждения. Как правило, это ложные грыжи. Содержимым грыжевого выпячивания, как и при грыжах нетравматического происхождения, могут быть петли тол стой и тонкой кишок, сальник и желудок .



Диафрагмалъная грыжа травматического происхождения (а); релаксация диафрагмы(б).

Клиническая картина. Характер клинических проявлений зависит от того, какой орган переместился в плевральную полость. Наиболее частые симптомы: боли в животе и груди, усиление болей после еды, рвота, одышка. Из физикальных признаков часто обнаруживаются ослабление или отсутствие дыхательных шумов в левой половине грудной клетки, смещение сердечной тупости вправо, урчание и шум плеска в груди. Диагноз

базируется, как и при других грыжах диафрагмы, на рентгенологических данных. Важное значение имеют тщательное изучение анамнеза и осмотр тела с целью обнаружения рубцов от бывших повреждений.

Лечение травматических диафрагмальных грыж в связи с опасностью ущемления только хирургическое. Операция производится чаще из торакального доступа в седьмом межреберье слева и заключается в восстановлении целостности диафрагмы.

РЕЛАКСАЦИЯ ДИАФРАГМЫ

Под релаксацией диафрагмы подразумевают резкое истончение и отсутствие мышц в целом куполе диафрагмы или в каком-либо участке ее. Этот участок или весь купол диафрагмы смещается высоко в грудную клетку вместе с прилежащими органами брюшной полости. Линия прикрепления диафрагмы при этом остается на обычном месте. Поскольку перемещение органов в грудную полость происходит по типу пролабирования через истонченный купол диафрагмы, а не через грыжевые ворота, то ущемление при этой патологии невозможно (рис. 5-6).

Классификация. Релаксация диафрагмы может быть врожденной и приобретенной. По величине поражения различают полную (тотальную) релаксацию и частичную (ограниченную).

Этиология и патогенез. Причиной врожденной релаксации является недоразвитие или полная аплазия мышц диафрагмы. Приобретенная релаксация развивается чаще всего в результате повреждения диафрагмального нерва с последующими иннервационнотрофическими и дегенеративными изменениями ее мышечной части.

Клиническая картина. При небольших степенях релаксации больные жалоб не предъявляют, и имеющаяся патология обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании по какому- либо другому поводу. При высоком стоянии купола диафрагмы клинические симптомы у больных такие же, как при диафрагмальных грыжах: боли и чувство тяжести в эпигастрии после еды, ощущение стеснения в груди, боли в области сердца, одышка при физических усилиях. Выраженность этих клинических проявлений определяется степенью компрессии легкого и смещения органов средостения.

Диагноз. Решающее значение в распознавании заболевания придается рентгенологическому исследованию. При релаксации, в отличие от грыжи, удается наблюдать непрерывную линию диафрагмы. В диагностически затруднительных случаях выявить релаксацию помогает наложение пневмоперитонеума. При этом воздух отодвигает диафрагму от подлежащих органов и позволяет изучить ее изолированно.

Дифференциальный диагноз релаксации диафрагмы проводится в основном с диафрагмальными грыжами. Ограниченные формы заболевания правосторонней локализации необходимо дифференцировать с опухолями и кистами печени, легкого, перикарда.

Лечение. При релаксации диафрагмы, сопровождающейся нарушениями со стороны легочно-сердечной и пищеварительной систем, показано хирургическое лечение. Операция состоит в низведении брюшных органов и укреплении левого купола диафрагмы путем ауто- или аллопластических методов.

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6):

1. Какой из органов при травматической диафрагмальной грыже наиболее часто смещается в плевральную полость:

а) желудок

б) тонкая кишка

в) селезенка

г) поперечно-ободочная кишка

2. Травматические диафрагмальные грыжи:

а) почти всегда левосторонние

б) правосторонние

в) правосторонние и левосторонние грыжи встречаются одинаково часто

г) чаще встречается разрыв сухожильного центра диафрагмы

3. Необходимость в операционном лечении при травматической диафрагмальной грыже обусловлена:

а) болевым синдромом

б) кардиореспираторным синдромом

в) опасностью ущемления грыжи

г) величиной грыжевого содержимого

4. Основную роль в генезе релаксации диафрагмы играет:

а) травматическое повреждение диафрагмы

б) высокое внутрибрюшное давление

в) повреждение диафрагмального нерва

г) дистрофические изменения в мышечных волокнах диафрагмы

5. Оперативное лечение показано:

а) при всех релаксациях диафрагмы

б) при полных релаксациях диафрагмы

в) при ограниченных релаксациях диафрагмы

г) при полных релаксациях, с выраженной клинической симптоматикой

6. Чаще всего при операциях по поводу травматических диафрагмальных грыжах используется:

а) абдоминальный доступ

б) трансторакальный

в) торакоабдоминальный

г) операции выполняются эндоскопически

7. Дефект в диафрагме ушивается:

а) отдельными кетгутовыми швами

б) редкими шелковыми или лавсановыми швами

в) П-образными швами

г) частыми швами из нерассасывающегося материала

8. Для диагностики травматической грыжи диафрагмы лучше использовать:

а) ФГС

б) рентгеноскопию грудной клетки

в) пневмоперитонеум

г) контрастное исследование желудка

9. Самый характерный клинический симптом травматической диафрагмальной грыжи:

а) наличие перистальтики при аускультации грудной клеткт

б) притупление перкуторного звука над соответствующим гемитораксом

в) ослабление дыхания над легкими

г) смещение органов средостения

10. При релаксации диафрагмы чаще всего производится:

а) перемещение диафрагмы

б) ушивание диафранмы

в) гафрирование диафрагмы

г) дупликатура диафрагмы

11. Ситуационные задачи по теме (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6)**:**

Задача № 1

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?

Задача № 2

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

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

Задача № 3

У больного 52 лет выявлена релаксация левого купола диафрагмы после травмы. Купол достигает 3-го ребра (счет спереди). Средостение смещено вправо.

1. Объясните механизм развития релаксации.
2. Назначьте лечение (консервативное, медикаментозное)
3. Имеются ли показания к операции?
4. Метод оперативного вмешательства.
5. При невозможности оперативного лечения у данного больного является ли он трудоспособным?

Задача № 4

У больного 30 лет выраженная недостаточность кардии, изжога, отрыжка пищей. Рентгенологически смещение желудка не определяется. На ФГС зияние кардии, рефлюкс-эзофагит.

6. Какие рекомендации необходимо дать больному?
7. Назначьте медикаментозное лечение.
8. Показано ли оперативное вмешательство?
9. Если показано, то, какое?
10. Сроки нетрудоспособности при консервативном лечении заболевания?

1.).

Задача № 5

У ребенка первого года жизни диагностирована левосторонняя диафрагмальная грыжа.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте консервативное лечение.
3. Показано ли оперативное лечение?
4. Если показано, то какой вид вмешательства выполняется?

5. Является ли ребенок инвалидом с детства?

1. .

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения после фундопликации по Ниссену

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
898.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
899.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
900.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
901.	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	
902.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	

	SimMan				
903.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
904.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
905.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
906.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
907.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
908.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
909.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
910.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	

911.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
912.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
913.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
914.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
915.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
916.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
917.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
918.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		

919.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
920.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
921.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
922.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
923.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
924.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
925.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
926.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
927.	Нейроанестезиология и нейрореанимотология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
928.	Интенсивная терапия и	сост. Г.В.	Красноярск:		

	анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	Грицан [и др.]	КрасГМУ 2011		
929.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
930.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
931.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
932.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
933.	Наглядная	ред. В.И.	М.: ГЭОТАР –		

	гематология	Ершов	медиа 2008		
934.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
935.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
936.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
937.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
938.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
939.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
940.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
941.	Урология.	Н.А.Лопаткин.	М.:		

	Национальное руководство		ГЭОТАР-Медиа, 2009		
942.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
943.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
944.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
945.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
946.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
947.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
948.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		

949.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
950.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
951.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
952.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
953.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
954.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
955.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
956.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	

957.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
958.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
959.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
960.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
961.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
962.	Организация акушерской помощи беременным	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и	Красноярск: ККМИАЦ,	5	

	женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	др.]	2011		
963.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
964.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
965.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
966.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks

5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

Занятие 3

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.23 Тема: «Осложнения диафрагмальных грыж. Консервативное и оперативное лечение».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Методы обучения: дискуссия, беседа, работа в малых группах, работа с пациентами.
4. Значение темы: Больные диафрагмальными грыжами должны получать полноценное комплексное лечение. Знание вопросов клиники, диагностики и лечения данной патологии врачами общей практики, хирургами позволяет сократить количество осложнений заболевания, своевременно ставить показания к оперативному лечению. Правильно и в полном объеме произведенная операция является залогом удовлетворительных результатов.
Цели обучения:
- общая: обучающийся должен обладать (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6);

- учебная: знать вопросы асептики и антисептики в хирургии; принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рентгенологии и радиологии; клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение; принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; принципы диетотерапии у хирургических больных, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; уметь оказывать квалифицированную хирургическую медицинскую помощь; проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; владеть навыками оказания хирургической медицинской помощь; навыками проведение консервативного, оперативного лечение основных хирургических нозологий; навыками подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

К осложнениям скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы относятся: − пептическая язва пищевода; − пищевод Баррета; − язва грыжевой части желудка; − кольцо Schatzki; − панмуральный эзофагит; − пептическая стриктура пищевода. По существу, все эти осложнения являются результатом рефлюкс- эзофагита, под которым понимают воспалительный процесс в пищеводе, развивающийся вследствие заброса в него желудочного или кишечного содержимого. В 90 % случаев (Rosetti и соавт., 1971) рефлюкс вызывается скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Кроме того, его возникновению способствует первичная и вторичная недостаточность нижнего сфинктера пищевода. Последняя обычно наблюдается при продолжительной рвоте, длительном зондировании желудка, удлинении или разрушении сфинктера. Развитие рефлюкса обусловливают оперативные вмешательства на пищеводе и желудке, которые сопровождаются травмой или удалением последнего, натяжением связочного аппарата желудка, выпрямлением угла Гиса. Особенно это касается обширных резекций желудка с гастродуоденальным анастомозом по Бильрот-1. Способствующими факторами также могут быть варикозное расширение вен пищевода, склеродермия, опухоли, химические ожоги пищевода. Как самостоятельное заболевание рефлюкс-эзофагит был выделен Quincke (1879). В отечественной литературе эту патологию впервые описал В. С. Розенберг (1892). Много работал над решением этой проблемы Allison (1946, 1951, 1956), который и предложил термин « рефлюксэзофагит». Автор подчеркнул связь заболевания с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Как показали исследования Ismail-Beigi и соавт. (1970–1974), при рефлюкс-эзофагите наблюдается характерное изменение многослойного плоского эпителия пищевода — утолщение базального слоя за счет потери поверхностных слоев эпителия под влиянием желудочно-кишечных соков. В выраженных стадиях возникают язвы пищевода, располагающиеся преимущественно продольно, соответственно ходу складок слизистой оболочки, чаще на задней стенке. Язвы могут проникать через все слои пищевода, пенетрируя в соседние органы. В хронических случаях заболевания язвы чередуются с островками регенерирующего эпителия, стенка пищевода утолщена, рубцово изменена, циркулярно сужена и укорочена по длиннику. Skinner и Belsei (1967) различают четыре степени тяжести рефлюкс-эзофагита: − I — гиперемия и отечность слизистой оболочки пищевода; − II — наличие поверхностных язв и фиброзных наложений на слизистой оболочке пищевода; − III — хронические язвы на слизистой оболочке пищевода, фиброз и укорочение пищевода; − IV — прогрессирующий фиброз, сопровождающийся сужением пищевода, образованием пенетрирующих язв пищевода. Пептическая язва пищевода

встречается у 3–7 % больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Она образуется вследствие забрасывания в пищевод кислого желудочного содержимого. Нередко пептическая язва пищевода сочетается с язвой двенадцатиперстной кишки, особенно стенозирующей. К характерным жалобам больных относится сильная загрудинная боль, нередко иррадиирующая в область сердца и межлопаточную область. Боль обычно связана с приемом пищи. Отмечается изжога, появляющаяся или усиливающаяся в горизонтальном положении, особенно во время сна. Отек слизистой оболочки, спазм, рубцовое сужение пищевода приводят к дисфагии. Реже наблюдаются кровотечение, рвота, потеря массы тела. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика нередко затруднена из-за сужения, которое возникает в зоне язвы. Язва обычно располагается на задней стенке в зоне пищеводножелудочного соединения. Консервативное лечение включает весь комплекс мероприятий, применяемых при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. При отсутствии эффекта показано оперативное лечение из-за склонности язв пищевода к пенетрации и малигнизации.

ЛЕЧЕНИЕ

При небольших бессимптомных грыжах лечение не показано. В случае грыж, вызывающих незначительные жалобы больного, рекомендуется консервативное лечение, направленное на снижение внутрибрюшного давления, устранение запоров, длительного кашля, и борьба с ожирением. Назначают средства для уменьшения желудочно-пищеводного рефлюкса, подавления кислотно-пептического фактора желудочного сока, устранения эзофагита и нарушений моторики пищевода. Противопоказаны: курение, тяжелая физическая нагрузка, ношение тугих поясов, бандажей, повышающих внутрибрюшное давление. Больному необходимо спать с приподнятым головным концом кровати. Рекомендуется дробное питание. Диета должна быть механически, химически и термически щадящей. Последний раз больному следует принимать пищу за 3–4 ч до сна. Медикаментозная терапия заключается в приеме антацидных (альмагель, гефал, маалокс и др.), вяжущих (висмута нитрат, винилин) средств. Широко применяют комбинации указанных препаратов с учетом тяжести рефлюкс-эзофагита, сопутствующих заболеваний. При нарушении моторики пищевода и желудка используются спазмолитические (папаверина гидрохлорид, но-шпа), холинолитические (атропина сульфат, платифиллина гидротартрат) средства, а также метоклопрамид. В комплекс лечения включают анаболические гормоны, метаболические активаторы (метилурацил, пентоксил и др.), витаминные препараты. Дополнительно применяют физиотерапевтические процедуры (воротник по Щербакову, электрофорез с новокаином). Хирургическое лечение показано при наличии больших грыж, не поддающихся консервативному лечению, пептическом болевом эзофагите

с явлениями стенокардии, выраженной дисфагии, кровотечении, пептической стриктуре пищевода, выраженной регургитации и легочных осложнениях. Первые операции по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполнили Стоянов (1901) и Don (1908). При операциях по поводу скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы используют абдоминальный и чресплевральный доступы. Абдоминальный доступ применяют у пожилых больных, а также в тех случаях, когда имеется сопутствующая патология со стороны органов брюшной полости (язвенная болезнь, камни желчного пузыря и др.). К его недостаткам следует отнести большую глубину операционной раны, что затрудняет обнажение ножек диафрагмы и наложение на них швов. Чресплевральный доступ показан относительно молодым, а также тучным больным. Он обеспечивает большую свободу манипуляций, дает возможность достаточно мобилизовать, низвести в брюшную полость пищевод, восстановить пищеводное отверстие диафрагмы. Вместе с тем при этом доступе затруднена ревизия органов брюшной полости. Большое количество оперативных приемов, применяющихся при хирургическом лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы, можно разделить на следующие группы: 1) сужение пищеводного отверстия диафрагмы и укрепление пищеводно-диафрагмальной связки; 2) гастрокардиопексия; 3) воссоздание угла Гиса; 4) фундопликация. Наиболее распространены в настоящее время операции Хилла, Ниссена и Белей. Общим для них является укрепление пищеводного сфинктерного механизма и восстановление клапанного механизма. Как показали исследования Hendersona и соавт. (1947), наиболее эффективно сфинктерный механизм пищевода функционирует при длине брюшной части пищевода 2,5–4 см. Усиление сфинктера обеспечивается круговым окутыванием дистального отдела пищевода верхней частью желудка. По мнению Siewert и соавт. (1974), создаваемая при этом манжетка оказывает не только механическое действие на сфинктерную зону. Мышцы дна желудка чувствительны к гормональным влияниям, и их тонус возрастает при действии пентагастрина, что имеет определенное значение в положительном антирефлюксном эффекте фундопликации. Одной из первых операций, предложенных для лечения скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, была операция Allison (1951). В настоящее время ее применяют реже, преимущественно в виде различных модификаций. Allison придавал большое значение осуществлению замыкательной функции кардии правой ножкой диафрагмы и функции пищеводнодиафрагмальной связки. Операция, разработанная им, направлена на укрепление этих образований.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ALLISON:

Производят левостороннюю торакотомию по седьмому-восьмому межреберью. Отделяют легкое от медиастинальной плевры. Последнюю рассекают над пищеводом и продлевают разрез на грыжевое выпячивание. Пищевод выделяют из окружающих тканей до уровня нижней легочной вены. Обнажают ножки диафрагмы и накладывают 3–5 провизорных швов. В верхний шов захватывают и стенку пищевода. На расстоянии 3 см от края

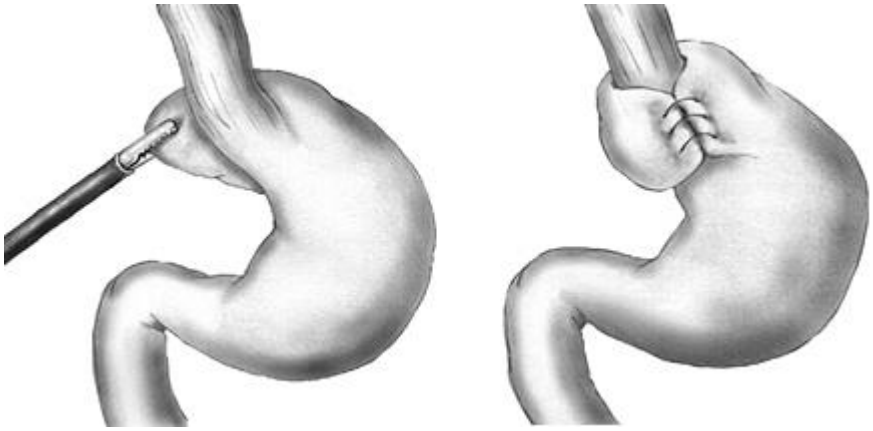
пищеводного отверстия рассекают диафрагму и вскрывают брюшную полость. Пальцами, введенными через разрез в брюшную полость, выпячивают в грудную полость пищеводно-диафрагмальную связку. Отступя 1 см от пищевода, рассекают связку, иссекают ее избыток, производят тщательный гемостаз. Остатки пищеводно-диафрагмальной связки на пищеводе подшивают П-образными швами к краям пищеводного отверстия диафрагмы, в результате чего пищеводно-диафрагмальная связка фиксируется к нижней поверхности диафрагмы. После этого завязывают наложенные на ножки швы и суживают пищеводное отверстие диафрагмы так, чтобы оно могло пропускать кончик пальца. Ушивают отверстие в диафрагме, дренируют и ушивают плевральную полость. В последующем были предложены различные модификации этой операции. Они в основном касаются способа фиксации пищеводнодиафрагмальной связки. Brain и Maynard (1968) считают, что при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы пищеводно-диафрагмальная связка резко растянута и ослаблена. В связи с этим используют лоскут широкой фасции бедра, который фиксируют вокруг пищевода к ножкам диафрагмы. К краям укрепленного таким образом пищеводного отверстия диафрагмы подшивают остатки пищеводно-диафрагмальной связки. После этого суживают пищеводное отверстие диафрагмы. Для укрепления пищеводного отверстия Poilleux (1958) рассекает диафрагму кпереди от пищевода, выкраивает из нее лоскут, который проводит вокруг пищевода, подшивает к диафрагме и ушивает в ней отверстие. Б. В. Петровский (1962) после ушивания пищеводного отверстия окутывает пищевод лоскутом из диафрагмы, создавая своего рода жом для предупреждения рефлюкса. Maurer и Keirle (1962), сшивая ножки, для большей прочности захватывают в шов позвоночную фасцию. Операцию Allison можно выполнить и из абдоминального доступа. Накладывают швы на ножки и подшивают остатки пищеводно-диафрагмальной мембраны к краям пищеводного отверстия диафрагмы, восстанавливая угол Гиса. После операции Allison у 10 % больных отмечаются рецидивы грыж, у 25 % сохраняются явления рефлюкса. В связи с этим в настоящее время эту операцию в самостоятельном виде применяют редко, она является составной частью более сложных операций.

Техника лапароскопической операции

Пациент должен быть подготовлен для лапароскопического доступа также, как и для открытого, на случай, если возникнет необходимость перейти к открытой операции. Пневмоперитонеум накладывают так же, как описано для холецистэктомии. Пациента укладывают на спину на операционном столе в обратном положении Тренделенбурга с наклоном 20° для лучшего обзора кардиоэзофагеальной зоны. Для выполнения операции необходимо ввести 5 троакаров с канюлями диаметром 10 мм. Один троакар следует разместить по средней линии, приблизительно на 5 см выше пупка, другой вводят приблизительно на 5 см ниже мечевидного отростка, следующий

троакар размещают по левой среднеключичной линии на расстоянии приблизительно 4-5 см от реберной дуги, еще один троакар размещают по левой стороне на уровне пупка. Последний троакар накладывают по правой среднеключичной линии на расстоянии примерно 5 см от реберной дуги. Лапароскоп с угловой оптикой в 30-45" одновременно с видеокамерой продвигают через супраумбиликальную канюлю. Верхнюю срединную и левую подреберную среднеключичную канюли используют для введения инструментов, выделения пищеводного отверстия диафрагмы и работы хирурга. Через правую подреберную среднеключичную канюлю вводят ретрактор для левой доли печени. Чаще всего используют ретрактор, раскрывающийся как веер и фиксирующийся в одной позиции в течение всей операции. Левую латеральную канюлю используют для введения удерживаемых ассистентом инструментов, чтобы осуществить тракцию желудка по направлению книзу. Троакар, используемый для введения лапароскопа и видеокамеры, вводят первым. Четыре остальных троакара вводят под визуальным контролем. Следует ввести назогастральный зонд 18 F, а также мягкий буж (50 F) Hurst или Maloney так, чтобы его дистальный конец находился в нижней трети пищевода, и можно было при необходимости продвинуть его в желудок. Чтобы приподнять левую долю печени, ретрактор вводят через правую подреберную среднеключичную канюлю, после чего он расправляется веером. Этот ретрактор фиксируют на месте, чтобы ассистенту не нужно было удерживать его в течение всей операции. Двумя атравматическими зажимами осуществляют тракцию передне-верхней стенки желудка. При поднятии левой доли печени и тракции желудка вниз кардиопищеводная зона становится доступной обзору. Брюшину, покрывающую переднюю стенку пищевода, разделяют с помощью изогнутых ножниц или конусовидного крючка для электрокаутеризации. Для того чтобы освободить правый край пищевода, необходимо пересечь с помощью электрокаутеризации проксимальную часть желудочно-печеночной связки, начиная с рыхлой части. При разделении плотной части желудочно-печеночной связки следует разыскать аберрантную левую печеночную артерию, чтобы сохранить ее и предотвратить некроз левой доли печени. Если аберрантная левая печеночная артерия найдена, ее не следует лигировать. Освобожден правый край пищевода, видна правая ножка диафрагмы. Для выделения задней стенки пищевода очень полезен суперэластичный диссектор с меняющейся кривизной. Передний блуждающий нерв, который прилежит к передней стенке пищевода, обычно сохраняют, также как и задний, граничащий справой ножкой диафрагмы. Дистальныи отдел пищевода мобилизован. Мобилизованы также фундальныи отдел желудка и верхняя часть большой кривизны, чтобы можно было подготовить 360° манжету для «окутывания» пищевода без натяжения. Мобилизацию свода желудка выполняют, пересекая желудочно-диафрагмальную связку с помощью электрокаутеризации. Затем переднюю стенку желудка захватывают атравматическим зажимом около большой кривизны на уровне селезенки и осуществляют аккуратную тракцию вправо

для выделения коротких сосудов желудка. Короткие сосуды лигируют клипсами, накладывая для большей надежности по две клипсы на каждый край, как можно видеть на рисунке. Короткие сосуды следует выделить, перевязать и пересечь по отдельности. Обычно для освобождения 15 см фундального отдела и большой кривизны от угла Гиса необходимо лигировать три или четыре верхних коротких сосуда. На рисунке показано пересечение четырех наиболее проксимальных коротких сосудов с двумя клипсами на каждой стороне. Сигарообразный дренаж Penrose проведен вокруг нижнего отдела пищевода для осуществления тракции пищевода влево, что позволяет увидеть пищеводное отверстие диафрагмы и закрыть его узловыми нерассасывающимися швами. Для того чтобы стало возможным провести сигарообразный дренаж вокруг пищевода, правый угловой зажим необходимо ввести через подготовленную заранее гибкую канюлю. Зажим продвигают позади пищевода, захватывают конец сигарообразного дренажа и проводят его вокруг дистального отдела пищевода. Тракцию осуществляют за концы сигарообразного дренажа, который выведен наружу через небольшой прокол в брюшной стенке. На рисунке показано, что пищевод отведен влево и пищеводное отверстие диафрагмы ушивают узловыми швами. Швы следует накладывать, оставляя 10 мм между краем пищевода и наиболее проксимальным швом. Ушивание следует производить с введенным назогастральным зондом 18 F. На рисунке показано, что фундальныи отдел желудка проведен позади дистального сегмента пищевода для продолжения фундопликации по Nissen. Чтобы провести фундальныи отдел вокруг пищевода, справа позади пищевода проводят зажим BaЬcоск. Другим зажимом BaЬcоск или зажимом Glassman осуществляют тракцию за фундальныи отдел, проводя его за пищеводом. На рисунке показано, что тракция фундального отдела осуществляется двумя зажимами BaЬcоск, проведенными позади пищевода. Когда фундальныи отдел проведен позади пищевода, назогастральный зонд оттягивают назад проксимальнее и мягкий буж, который был оставлен в ди-стальной трети пищевода, вводят в желудок. Буж не следует вводить в желудок до проведения фундального отдела желудка вправо во избежание затруднений при формировании фундопластики. Прошивают обе желудочные складки. Обычно накладывают два нерассасывающихся шва, чтобы захватить на одной стороне серозно-мышечный слой левой желудочной складки, затем мышечный слой пищевода и, наконец, серозно-мышечный слой правой желудочной складки. Некоторые хирурги используют три или четыре шва. Однако не стоит выполнять фундопликацию высотой более 3 см из-за часто развивающейся после этого дисфагии. Когда прошивание желудка завершено, мягкий буж удаляют и повторно вводят назогастральныи зонд. Чтобы подтвердить степень сужения, получившегося при фундопликации, используют зонд диаметром 5 мм. Он должен легко проводиться между стенкой пищевода и фундопликацией.



Общая схема фундопликации по Ниссену

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Послеоперационная дисфагия может быть обусловлена механической причиной (сужение пищевода швами) или нейромышечными нарушениями функции нижней трети грудной части пищевода. При накладывании швов на ножки диафрагмы следует помнить, что после завязывания швов палец хирурга должен легко проходить через пищеводное отверстие. Дисфагия чаще встречается после фундопликации по Ниссену, что обусловлено сдавлением пищевода желудочной манжетой. В первые дни после операции многие больные отмечают замедление прохождения пищи. Наблюдается также нарушение глотания плотной пищи. Неприятные ощущения обычно проходят через 1–2 месяца после операции. Больному рекомендуют тщательно пережевывать пищу, не употреблять острые блюда. В тяжелых случая прибегают к бужированию.

Синдром порочной фундопликации. Больные отмечают увеличение живота, ощущение переполнения желудка, быстрое насыщение, метеоризм. Симптоматика менее выражена у больных, способных срыгивать. Как известно, эффективные антирефлюксные операции ограничивают способности пациента к срыгиванию и рвоте, что усугубляет симптомы, вызванные скопившимся газом. Больного следует предупредить о том, что он не сможет рвать и что при возникновении тошноты и позывов на рвоту он должен немедленно обратиться к врачу. В подобных случаях рекомендуется применение трансназального зонда, парентеральное введение жидкостей, назначение седативных препаратов. О возможности этого осложнения необходимо помнить во время выполнения операции. Регургитация зависит от размеров брюшной части пищевода. Если ее длина превышает 4 см, затруднения при срыгивании и рвоте возрастают. Чаще всего синдром вздутия отмечается после фундопликации по Ниссену.

Послеоперационное расширение желудка. У некоторых больных в ранний послеоперационный период скапливается большое количество газа в желудке, сопровождающееся тахикардией, одышкой, снижением артериального давления. Резкое расширение желудка вызывает натяжение швов и способствует их прорезыванию и рецидиву заболевания. Необходимо тщательное наблюдение и введение по показаниям желудочного зонда.

Повреждение блуждающих нервов. Частичное повреждение или сдавление блуждающих нервов у некоторых больных вызывает задержку пищи в желудке и его расширение. В большинстве случаев эти явления самостоятельно проходят в течение 2 месяцев после операции и не требует лечения. Если стаз сохраняется, выполняют пилоропластику.

Рецидив рефлюкса или грыжи. Вероятность рецидива уменьшается при тщательном соблюдении техники операции. Достаточная мобилизация пищевода обеспечивает соответствующую длину брюшной его части. Швы надо накладывать тщательно. Подготовка к операции включает антацидную терапию и возвышенное положение в кровати в течение 2 недель.

Перфорация пищевода или желудка возможна во время эзофагоскопии или бужирования. Ушивание по возможности следует сочетать с антирефлюксной операцией и устранением сужения. Повреждение пищевода и желудка возможно при глубоком наложении швов. При своевременной диагностике швы снимают и рану ушивают. При запоздалой диагностике требуется повторное вмешательство.

Кровотечение. При абдоминальных операциях возможно повреждение селезенки. Для уменьшения этого осложнения рекомендуют перевязывать 1–2 короткие желудочные артерии.

Рецидив стриктуры. Если стриктура легко поддается бужированию до операции, резекция суженного участка излишняя. Производят интраоперационное бужирование и антирефлюксную операцию. При бужирующейся стриктуре показа резекция суженного участка.

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. При параэзофагальной грыже при ФГС чаще всего определяется:

а) явления гастрита

б) рефлюкс-эзофагит

в) деформация желудка

г) сужение кардии

2. Основным показанием к операции при скользящей грыже ПОД служит:

а) болевой синдром

б) размеры грыжи

в) выраженность рефлюкс-эзофагита

г) неэффективность консервативного лечения

3. Чаще всего ущемляются травматические диафрагмальные грыжи:

а) с небольшими разрывами диафрагмы

б) грыжи с выпадением большого числа внутренних органов

в) грыжи с выпадением одного органа (желудок)

г) ущемление всегда непредсказуемо и не зависит от размеров грыжи

4. Самый характерный клинический симптом травматической диафрагмальной грыжи:

а) наличие перистальтики при аускультации грудной клетки

б) притупление перкуторного звука над соответствующим гемитораксом

в) ослабление дыхания над легкими

г) смещение органов средостения

5. При релаксации диафрагмы чаще всего производится:

а) перемещение диафрагмы

б) ушивание диафранмы

в) гафрирование диафрагмы

г) дупликатура диафрагмы

6. Консервативное лечение скользящих грыж ПОД подразумевает:

а) ужин за 3-4 часа до сна

б) сон с приподнятым головным концом кровати

в) применение прокинетиков и препаратов, угнетающих желудочную секрецию

г) все вышеперечисленное

7. Основным симптомом ущемленной диафрагмальной грыжи является:

а) тошнота и рвота

б) кардиореспираторные расстройства

в) явления перитонита

г) болевой синдром

8. У детей чаще всего встречаются:

а) аплазия купола диафрагмы

б) частичные правосторонние дефекты

в) частичные левосторонние дефекты

г) френоперикардиальные грыжи

9. Чаще всего при операциях по поводу травматических диафрагмальных грыжах используется:

а) абдоминальный доступ

б) трансторакальный

в) торакоабдоминальный

г) операции выполняются эндоскопически

10. Ограниченные релаксации купола диафрагмы:

а) в лечении не нуждаются

б) подлежат оперативному лечению

в) лечатся консервативно

г) лечатся оперативно при неэффективности консервативного лечения

Задача № 1

У ребенка первого года жизни диагностирована левосторонняя диафрагмальная грыжа.

6. Сформулируйте диагноз.

7. Назначьте консервативное лечение.
8. Показано ли оперативное лечение?
9. Если показано, то какой вид вмешательства выполняется?
10. Является ли ребенок инвалидом с детства?

Задача № 2

У больного 52 лет выявлена релаксация левого купола диафрагмы после травмы. Купол достигает 3-го ребра (счет спереди). Средостение смещено вправо.

6. Объясните механизм развития релаксации.
7. Назначьте лечение (консервативное, медикаментозное)
8. Имеются ли показания к операции?
9. Метод оперативного вмешательства.
10. При невозможности оперативного лечения у данного больного является ли он трудоспособным?

Задача № 3

У больного 30 лет выраженная недостаточность кардии, изжога, отрыжка пищей. Рентгенологически смещение желудка не определяется. На ФГС зияние кардии, рефлюкс-эзофагит.

11. Какие рекомендации необходимо дать больному?
12. Назначьте медикаментозное лечение.
13. Показано ли оперативное вмешательство?
14. Если показано, то, какое?
15. Сроки нетрудоспособности при консервативном лечении заболевания?

Задача № 4

У больного рвота с кровью. До этого длительно беспокоили под мечевидным отростком, изжога. При ФГС найден язвенный эзофагит, в желудке изменений нет.

6. Сформулируйте диагноз
7. Назначьте лечение
8. Показано ли оперативное лечение и когда?
9. Вид оперативного вмешательства?
10. Сроки нетрудоспособности при лечении данного больного?

Задача № 5

Больной 40 лет длительно страдал изжогой. В последнее время появились дисфагия, особенно при глотании твердой пищи. Рентгенологически найдено сужение пищевода в н/3 до 5 мм диаметром.

6. Сформулируйте диагноз.
7. С каким заболеванием следует дифференцировать?
8. Какие исследования необходимо произвести?
9. Тактика?
10.Сроки нетрудоспособности при лечении данного больного?

6. Домашнее задание согласно теме следующего занятия

7. Примерная тематика НИР по теме: - Осложнения фундопликации по Ниссену

8. Перечень основной и дополнительной литературы по теме занятия

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
967.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
968.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
969.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
970.	Неотложная хирургия: рук.	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М.	М.: Изд-во Панфилов	3	

	для хирургов общей практики	Г. Маккени [и др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов	а, 2010		
971.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
972.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
973.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
974.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
975.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
976.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
977.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	

		Альперович [и др.].			
978.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
979.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
980.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
981.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
982.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
983.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
984.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
985.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		

986.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
987.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
988.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
989.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
990.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
991.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
992.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
993.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
994.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		

995.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
996.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
997.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
998.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
999.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1000.	Переливание крови, ее	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА,		

	компонентов и препаратов: учеб. пособие		2007		
1001.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
1002.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
1003.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
1004.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
1005.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
1006.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
1007.	Гематология. Атлас-	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р.	М.: Практика		

	справочник	Тимофеева	2007		
1008.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1009.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
1010.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1011.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1012.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
1013.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
1014.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
1015.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
1016.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		

1017.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
1018.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
1019.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
1020.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1021.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
1022.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1023.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		

1024.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
1025.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
1026.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
1027.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1028.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
1029.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
1030.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	

	среди населения: метод. рекомендации для врачей				
1031.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
1032.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
1033.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
1034.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
1035.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

1. Индекс: ОД.О.01.1.3.26
Тема: «Заболевания надпочечников».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы: Заболевания надпочечников достаточно широко распространены, имеют разнообразные клинические проявления, достаточно сложны в диагностике и эту патологию обязательно следует включать в дифференциальный круг при обследовании больных с самыми различными заболеваниями.

Цели обучения:

- общая:

- 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:

- учебная: обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики при заболеваниях надпочечников, гиперпаратиреозе, МЭН-синдроме. 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 с заболеваниями надпочечников и паращитовидных желез.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями надпочечников и паращитовидных

желез. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболеваний надпочечников и паращитовидных желез. Выполнять пальпацию шеи, шейных лимфоузлов, внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть: Системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений. Постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. К ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

1) болезнь Паркинсона

2) болезнь и синдром Иценко-Кушинга (БИК, СИК)

3) болезнь Коновалова-Вильсона

4) синдром Штейна-Левинталя

5) синдром Клайнфельтера

2. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

1) гормонально-активные, гормонально-неактивные

2) множественные

3) впервые выявленные

4) активно растущие

5) комбинированные

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1) уровня паратгормона

2) уровня с-пептид

3) уровня ТТГ, Т3, Т4

4) количества кортизола, суточная экскреция 17-ОКС и свободного кортизола с мочой

5) уровень пролактина

4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

1) сцинтиграфия скелета

2) ФГС

3) МРТ гипофиза, МРТ или КТ надпочечников

4) УЗИ сосудов почек

5) обзорной рентгенографии брюшной полости

5. БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЭТО

1) аденома гипофиза

2) АКТГ-эктопированный синдром

3) кортикостерома

4) первичная микроузловая дисплазия коры надпочечников

5) первичная макроузловая гиперплазия коры надпочечников

6. СИНДРОМУ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЭТО

1) аденома гипофиза

2) феохромоцитома

3) кортикостерома

4) альдостерома

5) андростерома

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

1) центральное (туловищное) ожирение, розово-пурпурные стрии, гирсутизм

2) повышенная работоспособность, головная боль, нарушение половой функции

3) артериальная гипотензия, гиперостоз

4) олигоурия, гипогликемия

5) тетания (с-м Хвостека), парастезии, миопатия (миастения)

8. МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

1) адреналэктомия справа

2) двухсторонняя адреналэктомия

3) рентгенотерапия

4) радиойодтерапия

5) эмболизация сосудов надпочечников

9. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

1) артериальная гипертензия

2) отсутствие эффекта от консервативной терапии (облучение, медикаментозное лечение), быстрое прогрессирование заболевания, тяжелое течение

3) повышение кортизола крови более чем в два раза

4) выраженное ожирение

5) желание больного

10. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА

1) хирургическое (адреналэктомия при кортикостероме, или удаление опухоли другой локализации)

2) медикаментозное (парлодел)

3) облучение гипофиза (гамма-терапия)

4) удаление аденомы гипофиза

5) тимэктомия

Задача №1

Женщина 40 лет обратилась к хирургу поликлиники для прохождения медосмотра. Жалоб к хирургу не предъявляет. Жалуется на повышенную массу тела, повышение систолического АД - до 160 мм рт. ст., слабость, утомляемость, головную боль, нарушение половой функции. По этому поводу наблюдается у участкового терапевта и принимает гипотензивные препараты. При осмотре пациентка избыточного питания, с преимущественным отложением жировой ткани в области туловища и истончением конечностей. Лунообразное лицо с румянцем, выражены надключичные жировые подушки, на коже живота розово-пурпурные стрии,

отмечается избыточное оволосение. АД - 150/90 мм рт. ст., по данным обследования - диффузный остеопороз, сахар крови - 7,2 ммоль/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

4. Возможная лечебная тактика?

5. Реабилитация больной после лечения?

Задача №2

К хирургу поликлиники обратился мужчина 40 лет для прохождения медосмотра. Пациент отправляется участковым терапевтом на санаторно-курортное лечение по поводу гипертонической болезни. Жалоб к хирургу не предъявляет. Жалуется на повышение артериального давления до 220/100 мм рт. ст. Повышенное давление не постоянно, повышается эпизодически и сопровождается сильной головной болью, повышенным потоотделением и сердцебиением. Сейчас чувствует себя относительно хорошо. При глубокой пальпации живота состояние его внезапно ухудшилось: испуган, побледнел, резко заболела голова, появились боли в области сердца и живота, хотя живот остается мягким при пальпации. АД - 200/100 мм. рт ст., Пульс - 110 уд. в мин.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какие скрининг методы помогут в установке предварительного диагноза?

4. Хирургическая тактика?

5. Лечение в послеоперационном периоде, сроки нетрудоспособности?

Задача №3

Больная 45 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу пупочной грыжи для планового оперативного лечения. Проходит предоперационное обследование. В анамнезе гипертоническая болезнь. АД - 150/100 мм рт. ст. 29 В анализах крови и мочи: К- 2,7; Na - 155; Cl -90; удельный вес мочи - 1005; РН мочи - 8,0.

1. Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи.

2. Какое заболевание следует исключить у данной больной?

3. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

4. Лечебная тактика?

5. Обоснуйте показания к оперативному лечению?

Задача №4

На диспансеризации хирург осматривает женщину 39 лет. Жалоб не предъявляет. Телосложение мужского типа (широкие плечи, отсутствие талии). Грубый голос. Избыточный рост волос на лице, ногах. Молочные железы не выражены.

1. Какое заболевание следует исключить у данной больной?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Лечебная тактика?

4. Показания к оперативному лечению?

5. Реабилитация и диспансеризация больной в послеоперационном периоде?

Задача №5

Хирург осматривает юношу 18 лет, направленного на медосмотр из военкомата. Жалоб не предъявляет. Избыточная масса тела. Телосложение женского типа (узкие плечи, избыточное отложение жира в области бедер, ягодиц), на теле и лице отсутствует рост волос, высокий голос, увеличены обе молочные железы, гипотрофия яичек.

1. Какое заболевание следует исключить у данного пациента?

2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Тактика хирурга.

4. Как лечить больного?

5. Реабилитация и диспансеризация больной в послеоперационном периоде?

6. Домашнее задание по теме занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Классификация заболеваний надпочечников и паращитовидных желез

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1036.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
1037.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
1038.	Неотложная хирургия органов	ред. В. В. Левановичм	М.: ГЭОТАР-Медиа,	7	

	брюшной полости: учеб. пособие		2007		
1039.	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	
1040.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
1041.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
1042.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
1043.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
1044.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
1045.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб.	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	

	пособие				
1046.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
1047.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
1048.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
1049.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
1050.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
1051.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
1052.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1053.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
1054.	Политравма. Неотложная помощь и	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцев	Новосибирск: Наука 2008		

	транспортировка	а, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна			
1055.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
1056.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
1057.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
1058.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
1059.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1060.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1061.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
1062.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-		

	2 т.		принт 2009		
1063.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
1064.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1065.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
1066.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1067.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1068.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	Анестезиология – реаниматология				
1069.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
1070.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
1071.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
1072.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
1073.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
1074.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
1075.	Техника лабораторных работ в	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ.,		

	медицинской практике		2011		
1076.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
1077.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1078.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
1079.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1080.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1081.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
1082.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
1083.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
1084.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		

1085.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
1086.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
1087.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
1088.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
1089.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1090.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
1091.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологи	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		

	и: учебное пособие				
1092.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
1093.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
1094.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
1095.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
1096.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1097.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
1098.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
1099.	Содержание и	Н.М. Корецкая,	Красноярс	5	

	организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	к: КрасГМУ, 2011		
1100.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
1101.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
1102.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
1103.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

1104.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

4. **Индекс: ОД.О.01.1.3.26 Тема: «Заболевания паращитовидных желез».**
5. **Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
6. **Значение темы:** Заболевания паращитовидных желез достаточно широко распространены, имеют разнообразные клинические проявления, достаточно сложны в диагностике и эту патологию обязательно следует включать в дифференциальный круг при обследовании больных с самыми различными заболеваниями.

Цели обучения:

- общая:

- 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:

- учебная: обучающийся должен

Знать: этиологию, патогенез и меры профилактики при заболеваниях паращитовидных желез. 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 с заболеваниями паращитовидных желез.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями паращитовидных желез. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболеваний паращитовидных желез. Выполнять пальпацию шеи, шейных лимфоузлов, внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть: Системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений. Постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

1. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С

1) избыточной секрецией АКТГ
2) избыточной секрецией паратгормона
3) избыточной секрецией адреналина
4) гипокальциемией
5) избыточной массой тела

2. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гипернатриемия
2) гиперфосфатемия

3) гиперкальциемия
4) гиперкалиемия
5) гипохлоремия

3. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ

1) первичный гиперпаратиреоз
2) тиреотоксикоз
3) инсулинома
4) гипотиреоз
5) гипопаратиреоз

4. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1) аденома, рак или первичная гиперплазия паращитовидных желез
2) МЭН 1 синдром
3) андростерома
4) опухоль надпочечника
5) тимома

5. ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1) повышенная секреция паратгормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)
2) исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови
3) аденома паращитовидной железы
4) рак паращитовидной железы
5) первичная гиперплазия паращитовидных желез

6. ТРЕТИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1) повышенная секреция паратгормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)
2) аденома паращитовидной железы
3) исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови
4) рак паращитовидной железы
5) первичная гиперплазия паращитовидных желез

7. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ

1) костную, почечную, смешанную
2) метаболическую
3) злокачественную
4) транзиторную
5) болевую

8. КОСТНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) злокачественными опухолями
2) гиперостозом
3) системным остеопорозом
4) болями в суставах

5) двусторонним уролетиазом

9. ПОЧЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) двусторонним уролетиазом, рецидивным уролетиазом, коралловидным уролетиазом

2) злокачественными опухолями

3) гломерулонефритом

4) нефросклерозом

5) патологическими переломами

10. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) язвой желудка, язвой ДПК

2) острым панкреатитом

3) неспецифическим язвенным колитом

4) опухолью кишечника

5) острым аппендицитом

Эталон 1

Задача №1

Больной 42 лет, по поводу диффузно-токсического зоба, 2 дня назад выполнена тиреойдэктомия. Жалуется на чувство "ползания мурашек" по телу, на неприятные ощущения в области скул, на невозможность выпрямить пальцы рук из-за болей и возникающих судорог.

1. Чем можно объяснить указанное состояние больной?

2. Какими симптомами можно подтвердить диагноз?

3. Какие анализы или исследования подтверждают диагноз?

4. Лечение больной?

5. Профилактика осложнения?

Задача №2

У 55-летней женщины при профилактическом обследовании случайно выявлен кальций крови 3,2 ммоль/л.

1. Как часто встречается гиперкальциемия и чем это может быть обусловлено?

2. Цель и методы обследования?

3. Тактика ведения больной?

4. Кто должен лечить этих больных?

5. Обоснуйте Ваше лечение?

Задача №3

У больной диагностирован ПГПТ, аденома паращитовидной железы.

1. Какие клинические проявления заболевания могут быть у больной?

2. Какие методы топической диагностики опухоли паращитовидной железы вы знаете?

3. Укажите скрининг методы обследования больных для исключения патологии паращитовидных желез.

4. Показания к оперативному лечению?

5. Реабилитация, трудоспособность?

Задача №4

В приемный покой доставлен больной с жалобами на тошноту, неукротимую рвоту, жажду, боль в животе, боли в мышцах и суставах, высокую лихорадку, судороги. При осмотре спутанность сознания, АД - 90/60 мм рт. ст. Из анамнеза 3 месяца назад выявлен первичный гиперпаратиреоз и больной готовился к оперативному лечению. В анализе крови Са - 4.01 (при норме 2.2-2.5)

1. Чем может быть обусловлено тяжелое состояние больного?

2. Наиболее вероятный диагноз?

3. Какие методы дополнительного обследования необходимы?

4. Тактика ведения больной? Куда следует отправить больную для дальнейшего лечения, и каков план лечения?

5. Диспансеризация?

Задача №5

Больной 52 лет. Жалобы на боли в позвоночнике, костях, суставах, усиливающиеся при движении. В анамнезе переломы костей предплечья, голени, бедра. В настоящее время перелом проксимальной фаланги 2-го пальца правой кисти. В травмпункте наложен гипс. Отправлен в поликлинику. При рентгенологическом исследовании кисти выявлены: субпериостальная резорбция дистальных фаланг кистей, рассасывание ногтевых бугристостей, внутрикостные кисты, очаговые вздутия основных фаланг, перелом проксимальной фаланги 2-го пальца правой кисти без смещения.

1. Каким заболеванием может быть обусловлено такое состояние больного?

2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Тактика ведения больного?

4. Классификация гиперкальциемии? Какие варианты оперативного лечения возможны?

5. Диспансеризация?

7. Домашнее задание по теме занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

8. . Примерная тематика НИР по теме:

- Классификация заболеваний паращитовидных желез.
- Гиперпаратиреоз. Клиника, диагностика, лечение.

9. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотек	на кафедре

				е	
1	**2**	**3**	**4**	**5**	6
1105.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
1106.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
1107.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
1108.	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	
1109.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
1110.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
1111.	Хирургия грыж передней брюшной	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С.	Красноярск: Поликом,	7	

	стенки	Горбунов [и др.]	2008		
1112.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
1113.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
1114.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
1115.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
1116.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
1117.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
1118.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
1119.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
1120.	Топографическая анатомия и	В. И. Сергиенко, Э.	М.: ГЭОТАР-	7	

	оперативная хирургия: учебник: в 2 т	А. Петросян, И. В. Фраучи.	Медиа, 2007		
1121.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1122.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
1123.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
1124.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
1125.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
1126.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
1127.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
1128.	Анестезиология и	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-		

	реаниматология: учебник		Медиа 2007		
1129.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1130.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
1131.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
1132.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
1133.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1134.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
1135.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1136.	Анестезиология и реаниматология : тесты с	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103				
1137.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1138.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
1139.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
1140.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
1141.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
1142.	Новые возможности лабораторной диагностики в	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и	Красноярск: Версо, 2011		

	современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	др.]			
1143.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
1144.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
1145.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
1146.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1147.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
1148.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1149.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1150.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-			

		Медиа, 2008			
1151.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
1152.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
1153.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
1154.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
1155.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
1156.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
1157.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
1158.	Неврология и нейрохирургия:	Гусев Е.И., Коновалов	М.: ГЭОТАР-		

	в 2 т.: учебник	А.Н., Скворцова В.И.	Медиа 2009		
1159.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
1160.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1161.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
1162.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
1163.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
1164.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
1165.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	

1166.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
1167.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
1168.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
1169.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
1170.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии: учеб. пособие	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	

	для врачей				
1171.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
1172.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
1173.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

7. Индекс: ОД.О.01.1.3.26
Тема: «Зоб, консервативные и хирургические методы лечения».

8. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

9. Значение темы: Современные проблемы хирургии щитовидной железы относятся к одним из трудных разделов современной клинической медицины, что определяет необходимость выделения этой темы в отдельный и самостоятельный раздел. Любая причина, вызывающая избыточную гормональную активность в конечном итоге способствует формированию щитовидной железы. В последние десятилетия распространенность и выявляемость этого заболевания продолжает увеличиваться и приобретает особую актуальность. Особенно в последние годы отмечается значительный рост числа больных этими заболеваниеми, которое часто протекает под разными клиническими масками, обусловливая трудности и запоздалую его диагностику, чем удлиняет сроки начала необходимого комплексного лечения этого тяжелого недуга. Таким образом, заболевания щитовидной железы продолжают оставаться актуальной проблемой в хирургии и требуют совершенствования в подходе к лечению.

10. Цели обучения:

- общая:

- 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:

Знать: этиологию, патогенез заболеваний щитовидной железы. Клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения заболеваний щитовидной железы, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями щитовидной железы. 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 пальпацию щитовидной железы, внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть: Системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений. Постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

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: 1

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: 4

3. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОЙДНЫМ ЗОБОМ, В АНАМНЕЗЕ MORBI В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

1) время и обстоятельства выявления (увидел, нащупал, выявили) деформации шеи или опухолевидного образования

2) количество употребляемых в сутки морепродуктов

3) регулярность прохождения УЗИ

4) последнее прохождение диспансеризации

5) появление раздражительности

Правильный ответ: 1

4. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОЙДНЫМ ЗОБОМ, В АНАМНЕЗЕ VITAE СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

1) последнее прохождение диспансеризации

2) проживание в эндемичном районе

3) регулярность прохождения УЗИ

4) количество употребляемых в сутки морепродуктов

5) изменения характера в течение жизни

Правильный ответ: 2

5. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОЙДНЫМ 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: 1

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: 1

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: 2

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: 3

9. РАДИОНУКЛЕИДНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ИЛИ СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1) уровень тиреойдных 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: 4

10. СКАНИРОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ПРИ

1) многоузловом эутиреойдном зобе

2) подостром тиреоидите

3) аутоиммунном тиреоидите

4) узловом токсическом, многоузловом токсическом зобе

5) узловом эутиреоидном зобе

Правильный ответ: 4

№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 - 58уд. 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 тахиаритмий, 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 Л-тироксином, 75-100 мг в сутки 1 раз в день до еды, под контролем уровня ТТГ, Т4.

№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.)

№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, Т3, Т4.

5. наблюдение эндокринолога с обязательным контролем уровня гормонов крови, прием тиреостатиков, своевременное направления на оперативное лечение.

№4

Врач-рентгенолог 45 лет. Обратился с жалобами, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, появившееся 4 месяца назад. В течение месяца отмечает изменение голоса. В области левой доли щитовидной железы пальпируется узел 3х4 см, видимый на глаз, плотный, безболезненный, неподвижный, уходящий за грудину. Пульс - 76 уд. в мин. АД - 120/80 мм рт. ст.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

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

3. Проведите дифференциальный диагноз?

4. Представьте план лечения больного.

5. Приведите классификацию ВОЗ щитовидной железы.

Эталон ответа.

1. Узловой зоб 2 (ВОЗ) степени, шейно-медиастинальный. Эутиреоз.

2. УЗИ щитовидной железы, пункционная биопсия под контролем УЗИ, кровь на гормоны - Т3, 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. Обьем 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; I – размеры зоба больше дистальной фаланги большого пальца исследуемого, зоб пальпируется, но не виден; II – зоб пальпируется и виден на глаз.

№5

У больной 14 лет при медосмотре выявлено плотно-эластическое подвижное образование в области перешейка щитовидной железы около 1 см. деформации шеи и других жалоб нет. УЗИ Щитовидной железы - объем

- 16 мл, в перешейке гиперэхогенное образование 1,3 см, с четким ободком. При пункционной биопсии не исключается формирование фолликулярной аденомы.

1 .Сформулируйте клинический диагноз?

2. Перечислите необходимые методы обследования.

3. Выберите метод лечения больной?

4. Ваш план и объем оказания помощи?

5. Перечислите реабилитационные мероприятия, после операции на щитовидной железе?

Эталон ответа.

1. Узловой зоб 1 (ВОЗ) стадии, эутиреоз

2. Рентгенография грудной клетки, сцинтиграфия скелета, гормоны крови ТТГ, Т3, Т4.

3. Учитывая возраст и данные пункционной биопсии нельзя исключить наличие фолликулярного рака щитовидной железы, что и является показанием к оперативному лечению, несмотря на возраст и небольшие размеры образования.

4. Удаляется перешеек - истмусэктомия, со срочным цитологическим или гистологическим исследованием препарата. При наличии фолликулярной аденомы – операция заканчивается, в случае фолликулярного рака - тиреоидэктомия.

5. Выписка после снятия швов на 7 сутки после операции. Больничный листок 1,5-2 месяца. Наблюдение у хирурга по месту жительства (перевязки до заживления). Далее наблюдение у эндокринолога (через 1 месяц определение ТТГ, Т3, Т4, в случае гипотиреоза заместительная терапия л-тироксином, УЗИ щитовидной железы через 3 месяца). В дальнейшем определение гормонального статуса и УЗИ ЩЖ не реже 1 раза в год.

10. Домашнее задание по теме занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Классификация заболеваний щитовидной железы.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	**2**	**3**	**4**	**5**	6

1174.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
1175.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
1176.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичь	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
1177.	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	
1178.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
1179.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
1180.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
1181.	Эндоскопическа	И. В. Федоров,	М.:	1	

	я хирургия	Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1182.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
1183.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
1184.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	
1185.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
1186.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
1187.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
1188.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
1189.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	

1190.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1191.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
1192.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
1193.	Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.П.Коханов, В.Н.Краснов	М.: Практическая медицина 2008		
1194.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
1195.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
1196.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
1197.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		

1198.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1199.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
1200.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
1201.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		
1202.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1203.	Нейроанестезиология и нейрореанимация	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
1204.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1205.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		

	курсантов по спец. 040103				
1206.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1207.	Переливание крови, ее компонентов и препаратов: учеб. пособие	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА, 2007		
1208.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
1209.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
1210.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
1211.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		

	(клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки				
1212.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
1213.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
1214.	Гематология. Атлас-справочник	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р. Тимофеева	М.: Практика 2007		
1215.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1216.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
1217.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1218.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1219.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			

1220.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
1221.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
1222.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
1223.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		
1224.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
1225.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
1226.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
1227.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		

1228.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
1229.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1230.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		
1231.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
1232.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
1233.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
1234.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1235.	Туберкулез у детей и подростков:	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-	4	

	учеб. пособие		Медиа, 2007		
1236.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
1237.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди населения: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	
1238.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
1239.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
1240.	Санитарная профилактика	Н.М. Корецкая,	Красноярс	3	

	туберкулеза: метод рекомендации для врачей	И.А. Большакова	к: ККМИАЦ, 2009		
1241.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
1242.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

11. Индекс: ОД.О.01.1.3.26 Тема: «Рак щитовидной железы. Хирургические методы лечения. Комбинированное лечение. Реабилитация».

12. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

13. Значение темы: Современные проблемы рака щитовидной железы относятся к одним из трудных разделов современной клинической медицины, что определяет необходимость выделения этой темы в отдельный и самостоятельный раздел. В последние десятилетия распространенность и выявляемость этого заболевания продолжает увеличиваться и приобретает особую актуальность. Особенно в последние годы отмечается значительный рост числа больных этими заболеваниями, которое часто протекает под разными клиническими масками, обусловливая трудности и запоздалую его диагностику, чем удлиняет сроки начала необходимого комплексного лечения этого тяжелого недуга.

Цели обучения:

- общая:

- 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: этиологию, патогенез заболеваний щитовидной железы. Клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения заболеваний щитовидной железы, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больных с заболеваниями щитовидной железы. 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 пальпацию щитовидной железы, внутримышечные и внутривенные инъекции, переливание кровезаменителей и инфузионных сред, определять группу крови и резус фактор.

Владеть: Системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений. Постановкой диагноза на основании диагностического исследования в области хирургии

5. План изучения темы

5.1. Контроль исходного уровня знаний (ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

5.2. Основные понятия и положения темы

Презентации, видеоматериалы, алгоритмы диагностики и лечения

5.3. Самостоятельная работа по теме

Курация больных, работа в перевязочной, в операционной, в ПДО

5.4. Итоговый контроль знаний

(ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, УК-1):

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 РАДИОЙДТЕРАПИИ 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 ЛИМОФОУЗЛЫ 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

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 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. Обьем 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, сцинтиграфия скелета, гормоны крови ТТГ, ТЗ, 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, ТЗ, 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 лимфотических узлов шеи). В дальнейшем определение гормонального статуса и УЗИ лимфотических 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 131I складываются из послеоперационного определения стадии процесса: Группа низкого риска: послеоперационная терапия 131I не показана. Не установлено преимуществ в отношении частоты рецидива и летальности. Группа среднего риска: Показания определяются индивидуально. Нет однозначного мнения, должна ли терапия 131I применяться у всех пациентов или только у тех, где есть сомнения в полном хирургическом удалении ЩЖ. Группа высокого риска. Послеоперационная терапия 131I показана всем больным, так как достоверно уменьшает вероятность прогрессирования опухоли и увеличивает выживаемость.

3. Супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов, радиойдтерапия 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.)

11. Домашнее задание по теме занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

7. Примерная тематика НИР по теме:

- Классификация рака щитовидной железы.
- Злокачественные новообразования щитовидной железы.

8. Перечень основной и дополнительной литературы к рабочей программе «Специальные дисциплины»

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор (ы), составитель (и), редактор (ы)	Место издания, издательство, год	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	5	6
1243.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т.	В. С. Савельев, А.И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3	
1244.	Клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т..	В. С. Савельев [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	10	
1245.	Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пособие	ред. В. В. Левановичч	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
1246.	Неотложная хирургия: рук. для хирургов	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли, М. Г. Маккени [и	М.: Изд-во Панфилов	3	

	общей практики	др.]; пер. с англ. А. А. Митрохин; ред. А. С. Ермолов	а, 2010		
1247.	Хирургические болезни: Лекции по циклу освоения практ. навыков на тренажере SimMan	сост. Д. В. Черданцев [и др.].	Красноярск: КрасГМУ, 2009	25	
1248.	Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы: рук. для врачей	В. М. Бенсман	М.: Медпрактика, 2010	5	
1249.	Хирургия грыж передней брюшной стенки	Ю. С. Винник, С. И. Петрушко, Н.С. Горбунов [и др.]	Красноярск: Поликом, 2008	7	
1250.	Эндоскопическая хирургия	И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	1	
1251.	Пропедевтика хирургии: учеб. пособие	ред. В. К. Гостинцев, А. И. Ковалёв.	М.: Мед. информ. Агенство, 2008	3	
1252.	Ведение больного в хирургической клинике: учеб. пособие	Ю. Ф. Пауткин, А. Е. Климов.	М.: Профиль, 2007	1	
1253.	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012	1	

		др.].			
1254.	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г. М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия 2008	2	
1255.	Неотложная хирургия рака ободочной кишки	Г. В. Пахомова, Т. Г. Подловченко, Н. С. Утешев [и др.]	М.: Миклош, 2009	2	
1256.	Атлас хирургических операций	Р. М. Золлингер; ред. пер. В. А. Кубышкин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	1	
1257.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	Николаев А. В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	6	
1258.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	7	
1259.	Хирургические болезни учебник	ред. А. Ф. Черноусов + CD.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1260.	Хирургические болезни: учеб. пособие	А. И. Кириенко [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	1	
1261.	Политравма. Неотложная помощь и транспортировка	В.В.Агаджанян, И.М.Устьянцева, А.А.Пронских и др.; под ред. В.В.Агаджаняна	Новосибирск: Наука 2008		
1262.	Психиатрия	В.П.Коханов,	М.:		

	катастроф и чрезвычайных ситуаций	В.Н.Краснов	Практическая медицина 2008		
1263.	Медицина катастроф. Курс лекций: [учеб.пособие для мед.вузов]	И.П.Левчук, Н.В.Третьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011		
1264.	Медицина катастроф: теория и практика: учеб.пособие	А.А.Кошелев	СПб.: ЭЛБИ-СПб 2006		
1265.	Школа неотложной хирургической практики	А.И.Ковалев, Ю.Т.Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний 2010		
1266.	Анестезиология и реаниматология: учебник	О. А. Долина	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1267.	Анестезиология	Р. Шефнер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1268.	Анестезия в эндоскопической хирургии	И. П. Назаров, Д. А. Караваев	Красноярск: КрасГМА 2008		
1269.	Руководство по стресспротекторной анестезии: в 2 т.	И. П. Назаров	Красноярск: ЛИТЕРА-принт 2009		
1270.	Локальное лечение боли	Ю. Фишер	М.: Медпресс-информ 2009		

1271.	Неотложная токсикология: рук. для врачей	В.В. Афанасьев	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1272.	Нейроанестезиология и нейрореаниматология	И.П. Назаров, В.А. Полонская	Красноярск: КрасГМУ 2008		
1273.	Интенсивная терапия и анестезиологическое пособие при острой кровопотере и геморрагическом шоке : метод. рекомендации для ИПО	сост. Г.В. Грицан [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1274.	Анестезиология и реаниматология : тесты с эталонами ответов для врачей-курсантов по спец. 040103	А. П. Колесниченко [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1275.	Анестезиология и реаниматология: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для дополн. проф. образования по специальности 040103 Анестезиология – реаниматология	сост. Е.О. Васильева [и др.]	Красноярск: КрасГМУ 2011		
1276.	Переливание крови, ее	Ю.И. Кривов [и др.]	Кемерово: КемГМА,		

	компонентов и препаратов: учеб. пособие		2007		
1277.	Атлас гематологии	Ш. К. Андерсон, К. П. Поулсен, ред. В.П. Сапрыкин	М.: Логосфера 2007		
1278.	Наглядная гематология	ред. В.И. Ершов	М.: ГЭОТАР – медиа 2008		
1279.	Микробиология, вирусология и иммунология: учебник	ред. В. Н. Царев.	М.: Практическая медицина 2010		
1280.	Новые возможности лабораторной диагностики в современной гастроэтерологической практике (клинические аспекы): учеб. пособие для послевуз. подготовки	О.А. Байкова, Н.Н. Николаева, Е.Г. Грищенко [и др.]	Красноярск: Версо, 2011		
1281.	Руководство по лабораторным методам диагностики	сост. А.А.Кишкун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007		
1282.	Техника лабораторных работ в медицинской практике	В. С. Камышников	М.: МЕДпресс-информ., 2011		
1283.	Гематология. Атлас-	В. Хоффбранд, Дж. Петтит; ред. пер. Е. Р.	М.: Практика		

	справочник	Тимофеева	2007		
1284.	Клинические рекомендации. Урология	Н.А.Лопаткин	ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1285.	Урогинекология : Учебное пособие	Н.А. Нечипоренко, В.В. Спас	Минск.: Высшая школа, 2007.		
1286.	Урология. Национальное руководство	Н.А.Лопаткин.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009		
1287.	Оперативная урология: Атлас	Ю.Г. Аляева, В.А. Григоряна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.		
1288.	Патофизиология : учебник	ред. П.Ф.Литвицкого.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008			
1289.	Клиническая фармакология: учебник/	ред. В.Г. Кукес	М.: «ГЭОТАР-Медиа»2008		
1290.	Клиническая фармакология: учеб. пособие	В.В. Гребенникова, Л.Н. Свидерская	Красноярск: КрасГМУ 2009		
1291.	Правоведение: учебник.	Балашов А.И., Рудаков Г.П.	СПб.: Питер 2010		
1292.	Основы теории вероятностей и математической статистики: учебник	Балдин К.В, Башлыков В.Н., Рукосуев А.В.	М.: Флинта: НОУ ВПО «МПСИ» 2010		

1293.	Экономические отношения в системе управления медицинскими предприятиями: учебное пособие для системы последипломного образования	И.П.Артюхов, Т.Д.Морозова, Н.И.Денисова, Е.А.Юрьева	Красноярск: типогр. КрасГМУ 2010		
1294.	Общественное здоровье и здравоохранение: учебник.	Щепин О.П., Медик В.А.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011		
1295.	Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа	2010		
1296.	Неврология и нейрохирургия: в 2 т.: учебник	Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009		
1297.	Акушерство: учебник	Г.М.Савельева и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008		
1298.	Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии: учебное пособие	ред. В.Е.Радзинского	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007		
1299.	Лучевая диагностика: учебник	А. Ю. Васильев, Е. Б. Ольхова	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008		

1300.	Лучевая диагностика и терапия	С. К. Терновой, В. Е. Синицын	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010		
1301.	Фтизиатрия: нац. рук. + CD	под ред. Перельман М.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	17	
1302.	Фтизиопульмонология: учебник	В.Ю. Мишин, Ю.Г. Григорьев, А.В. Митронин, С.П. Завражнов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	47	
1303.	Фтизиатрия: учебник / +CD	М.И. Перельман, И.В. Богадельникова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	1	
1304.	Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие	под ред. В.А. Аксеновой	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007	4	
1305.	Остропрогрессирующий туберкулез легких: клиника, диагностика, лечение: метод. рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, Е.В. Волошенко, И.Я. Сидоров	Красноярск: КрасГМУ, 2010	3	
1306.	Содержание и организация работы общей лечебной сети по раннему и своевременному выявлению туберкулеза	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова, А.В. Нестеренко	Красноярск: КрасГМУ, 2011	5	

	среди населения: метод. рекомендации для врачей				
1307.	Организация акушерской помощи беременным женщинам с туберкулезом легких: метод. рекомендации для врачей	Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова, М.И. Базина [и др.]	Красноярск: ККМИАЦ, 2011	5	
1308.	Туберкулез. Особенности течения, возможности фармакотерапии : учеб. пособие для врачей	ред. А.К. Иванов	СПб.: Тактик-Студио, 2009	1	
1309.	Санитарная профилактика туберкулеза: метод рекомендации для врачей	Н.М. Корецкая, И.А. Большакова	Красноярск: ККМИАЦ, 2009	3	
1310.	Стационарная помощь больным туберкулезом: мониторинг, организация, современные подходы	Г.М. Гайдаров, А.С. Толстых, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	
1311.	Туберкулез: эпидемиологическая ситуация, организация медицинской помощи	Г.М. Гайдаров, Н.С. Хантаева	Иркутск: НЦ РВХ СО РАМН, 2011	1	

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им.проф.А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К АУДИТОРНЫМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Для специальности ординатуры 31.08.67 Хирургия

Блок 1

Учебный модуль Специальные дисциплины

Раздел/Дисциплина «Хирургия»

Красноярск

2018

УДК
ББК
С

_____(указать название специальности без кавычек). Ординатура : сб. метод. рекомендаций для преподавателя к практ. / семинар. занятиям (нужное выбрать) / сост. (указать инициалы, фамилию). – Красноярск : тип. КрасГМУ, 20_ (указать год). – __ с. (указать количество страниц).

Составители: ученая степень, звание, фамилия, инициалы.
ученая степень, звание, фамилия, инициалы.

Сборник методических рекомендаций к практическим / семинарским занятиям (нужное выбрать) предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с требованием ФГОС ВО № (приказа)___20__ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности _____(указать код и специальность подготовки). рабочей программой специальности (20__г.) и СТО 4.1.16-Выпуск 2.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №__ от «___»_____20__).

КрасГМУ
2018

Занятие № 1

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.27 Тема: «Абсцессы и гангрена легких, бронхоэктатическая болезнь».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение изучение темы: Наиболее распространенными гнойными заболеваниями легких являются абсцесс и гангрена легкого. По мере улучшения социально-экономических условий, повышения культурного уровня, улучшения здравоохранения число гнойных заболеваний легких уменьшается. Однако, в нашей стране, а в нашем крае особенно, пока сохраняются высокие показатели заболеваемости гнойными поражениями легких. В последние годы среди молодой части городского населения наблюдается увеличение наркоманов, значительное число которых употребляет наркотики опиоидного ряда, алкоголизм и увеличивается поступление в больницы таких пациентов с деструкциями легких на фоне септического процесса

4. Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20,

ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: : вопросы этиопатогенеза заболевания, современные методы диагностики, дифференциальной диагностики и ориентироваться в вопросах консервативного и оперативного лечения больных с абсцессом легкого и гангреной легкого

Уметь: применять знания для диагностики и лечения абсцесса легкого и гангрены.

Владеть: пункция плевры с эвакуацией экссудата; пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;кавернотомия и абсцессоскопия; атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата; стандартные лобэктомии; стандартные пульмонэктомии; торако(плевро)скопия; парамедиастинальная торакотомия; пункция и биопсия периферических лимфоузлов.

5. План изучения темы.

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Знать:

- актуальность проблемы
- этиопатогенез абсцесса и гангрены легкого
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика абсцесса легкого и гангрены
- консервативное и оперативное лечение абсцесса и гангрены легкого (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при осложнениях абсцесса и гангрены легкого

5.2. Основные понятия и положения темы.

Клинико-морфологическая классификация острых нагноений легких

По механизму возникновения	Морфологические изменения	Стадия	Клиническое течение
1. Бронхогенные: а) аспирационные; б) постпневмонические; в) обтурационные 2. Тромбоэмболические: а) микробные тромбоэмболии; б) асептические тромбоэмболии 3. Посттравматические	1. Острый гнойный (простой) абсцесс 2. Острый гангренозный абсцесс (отграниченная гангрена) 3. Распространенная гангрена	1. Ателектаз-пневмония 2. Некроз и распад некротической ткани 3. Секвестрация некротических участков и образование демаркации 4. Гнойное расплавление некротических участков и образование абсцесса 5. Формирование сухой остаточной полости после опорожнения ее содержимого	1. Прогрессирующее: а) неосложненное; б) осложненное: — пиопневмотораксом или эмпиемой; — кровотечением или кровохарканьем; — сепсисом 2. Непрогрессирующее: а) неосложненное; б) осложненное: — пиопневмотораксом или эмпиемой; — кровохарканьем 3. Регрессирующее: а) неосложненное; б) осложненное: — пиопневмотораксом или эмпиемой; — кровохарканьем



5.3. Самостоятельная работа по теме:

-разбор больных

5.4 Итоговый контроль знаний:

А) Тестовые задания по теме:

001.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Внутриартериальное введение антибиотиков

б) Лечебные бронхоскопии

в) Внутримышечное введение антибиотиков

г) Общеукрепляющее лечение и иммунотерапия

д) Сочетание всех вышеперечисленных методов

002.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ:

а) Пневмотомия

б) Клиновидная резекция легкого

в) Пневмоэктомия

г) Лобэктомия

д) Торакопластика

003.ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры

б) Внутриплевральное кровотечение

в) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких

г) Нагноение послеоперационной раны

д) Все перечисленные

004.ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Бронхография

б) Рентгенография

в) Рентгеноскопия

г) Томография

д) Компьютерная томография

005.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОРАЖАЕТ:

а) Верхние доли обоих легких

б) Базальные сегменты нижних долей

в) Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми

г) сегментами верхней доли левого легкого или средней доли

д) правого легкого

е) Среднюю долю

ж) Отдельные сегменты обоих легких

006.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Верхняя доля

б) Средняя доля

в) Нижняя доля

г) Правильно А и Б

д) Любая доля и любой сегмент обоих долей

007.У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Гемостатическая терапия

б) Искусственный пневмоторакс

в) Пневмоперитонеум

г) Тампонада дренирующего бронха

д) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

008.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации

б) Кашель с большим количество гнойной мокроты

в) Высокая температура

г) Кровохарканье

д) Симптом "барабанных палочек"

009.АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

б) Первичная несостоятельность культи бронха

в) Внутриплевральное кровотечение

г) Ателектаз легкого

д) Напряженный пневмоторакс

010.К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ НЕ ОТНОСЯТ

а) абсцесс легкого

б) нагноившуюся кисту легкого

в) бронхоэктатическую болезнь

г) эмпиему плевры

д) гангрену легкого

Б) Ситуационные задачи по теме:

Задача№1

У больной 57 лет, беспокоит упорный кашель с выделением гнойной мокроты до 200 мл в сутки, неприятный запах изо рта, кровохарканье, периодические подъёмы температуры до 39 град. Истощена. Болеет в течении 5 лет после перенесенной острой пневмонии, которую лечила амбулаторно. При осмотре – ограничение подвижности левой половины грудной клетки, при аускультации – разнокалиберные хрипы слева, жесткое дыхание. Рентгенологически не обследовалась.

Вопрос:

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Какие методы исследования необходимо выполнить у больной?

3.Какие осложнения возможны у больной при отказе от адекватного лечения?

4.Основной вариант лечения при данном заболевании?

5.Возможно ли оперативное лечение при 2х-стороннем поражении легких?

Задача№2

У больного 70 лет, лечившегося в терапевтическом отделении, на фоне высокой температуры (38,0 -39,5 град) одномоментно при кашле выделилось до 300,0 мл зловонной гнойной мокроты. В течении 5-6 дней сохранялось выделение гнойной мокроты до 700 мл в сутки с улучшением состояния: температура уменьшилась до 37,5 град. Сохраняется одышка до 30 дыханий в минуту, аускультативно на фоне множественных хрипов появилось амфорическое дыхание. Рентгенологически в правой нижней доле определяется полость с уровнем жидкости до 10 см в диаметре, расположенной вблизи грудной стенки. Имеются признаки тяжелой интоксикации.

Вопрос:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы диагностики нужно выполнить у больного?
3. Какое тактическое решение должен выполнить хирург?
4. Какой метод хирургического лечения необходимо провести больному с целью профилактики развития эмпиемы плевры?
5. Какие острые осложнения возможны у больного?

Ответы к задаче

Задача №3

Больной 32 года поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1,5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого лёгкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на

рентгенограммах уменьшение в объёмах базальных сегментов нижней доли правого лёгкого.

Вопрос:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести больному?
3. Какое осложнение возникло у больного?
4. Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие антибактериальные препараты возможно использовать у данного больного?

Задача№4

Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

Вопрос:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть у больного?
4. Ваша тактика?
5. Какая предоперационная подготовка нужна данному больному?

Задача № 5

Больной 44 лет, кочегар, злоупотреблял курением и алкоголем. Переведен из терапевтического отделения, где находился всего 5 дней. Болен в течение 10 дней, после переохлаждения повысилась температура до 40°С, появились боли в грудной клетке, кашель с отхождением зловонной гнойной мокроты ржавого вида.

При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, температура до 39,7°С, выраженные признаки гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. Рентгенологически на фоне массивного затенения, занимающего верхнюю, среднюю, а также верхушечный сегмент нижней доли, видны множественные, различных размеров, едва намечающиеся и крупные, с горизонтальными уровнями и без них полости деструкции (стадия распада некротических участков).

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
3. Какие грозные осложнения сопровождают данную патологию?
4. Ваша тактика лечения.
5. Каков прогноз при данной патологии?

6.Домашнее задание по теме занятия.

Знать:

- актуальность проблемы
- этиопатогенез эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- консервативное и оперативное лечение эмпиемы плевры и пиопневмоторакса (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при осложнениях эмпиемы плевры и пиопневмоторакса

Занятие № 2

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.27 Тема: «Эмпиема плевры, пиопневмоторакс. Медиастинит, осложнения при оперативных вмешательствах на средостении».
2. Форма организации занятия: практическое занятие.
3. Значение изучения темы: Лечение неспецифической эмпиемы плевры до сих пор остается одной из трудно разрешимых задач в торакальной хирургии, и актуальность ее на современном этапе не уменьшается. Неуклонный рост числа неспецифической эмпиемы плевры после пневмонии, плеврита даже в специализированных отделениях достигает 4-5%,с общей летальностью до25%.Распространенность гнойно-деструктивных заболеваний легких, осложненных эмпиемой плевры выросла с 15,8% до 63,6%,с летальностью до 54%(1988 Е.Г.Григорьев,2001 С.М. Бахар,2000 А.С.Коган).Рост числа посттравматической эмпиемы плевры до25% (2001Л.И.Бисенков).Возрастающий удельный вес больных распадающимися опухолями от 6-15%(2001 Ю.П.Паволов и соавт.,И.С.Колесников и соавт.,Sprtafico G.Et al.1982).Возросшее количество перехода острой формы в хроническую от 4% до 32%.(В.И.Колесников 1955, .И.Стручков1967,Л.Н. Бисенков 2001).

4. Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: профилактику эмпиемы плевры, диагностику, клинику эмпиемы плевры, лечение, профилактику медиастинита, диагностику, клинику медиастинита, лечение

Уметь: своевременно и адекватно применить принципы лечения.

Владеть: пункция плевры с эвакуацией экссудата; пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;кавернотомия и абсцессоскопия; атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата; стандартные лобэктомии; стандартные пульмонэктомии; торако(плевро)скопия; парамедиастинальная торакотомия; пункция и биопсия периферических лимфоузлов

5.План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Знать:

- актуальность проблемы
- этиопатогенез эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- консервативное и оперативное лечение эмпиемы плевры и пиопневмоторакса (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при осложнениях эмпиемы плевры и пиопневмоторакса

5.2. Основные понятия и положения темы.

Острая эмпиема плевры и пиопневмоторакс всегда вторичные и полиэтиологичные. Больной с плевритом должен быть всесторонне обследован для выявления основного заболевания, вызвавшего накопление жидкости в плевральной полости.

Различают серозные, гнойные, геморрагические плевриты, а также осумкованные и тотальные. Серозные плевриты с небольшим количеством экссудата при лечении основного заболевания излечиваются самостоятельно без пункций. При значительном накоплении серозного экссудата одновременно с лечением основного заболевания производятся периодически (1 раз в 2-3 дня) пункции плевры с аспирацией экссудата и введением антибиотиков для профилактики нагноения. Геморрагический плеврит характерен для травмы грудной клетки, рака легкого или ТЭЛА.

Наиболее тяжело протекает гнойный плеврит, который является осложнением гнойного процесса в легочной ткани, средостении, грудной стенки, гнойного процесса в верхнем этаже брюшной полости.

При получении гноя во время плевральной пункции больному показано дренирование плевральной полости по Бюлау-Петрову. Обычная локализация дренажа – 5-6 межреберье по средней подмышечной линии. Активная аспирация плеврального экссудата сокращает сроки расправления легкого и ускоряет выздоровление. Ликвидировать гнойный плеврит можно только при полном расправлении легкого.

Сроки дренирования плевральной полости зависят от многих причин (возраст больного, основное заболевание, начало лечения, флора), но дренаж может быть удален только при полном расправлении легкого и ликвидации гнойного процесса.

Дренаж плевральной полости – основное условие лечения гнойного плеврита. На фоне дренирования обязательно проведение комплекса консервативных мероприятий (антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, витаминотерапия, иммунотерапия).

Почти всегда при лечении плеврита следует производить биопсию плевры для исключения специфического процесса. Это особенно актуально в последние годы из-за резкого роста заболеваемости туберкулезом вследствие социальных причин.

Для хронической эмпиемы характерно наличие ригидной остаточной плевральной полости с наличием или без бронхиального свища.

Лечение хронической эмпиемы оперативное после ликвидации обострения.

Различают 4 типа операций.

Вскрытие и тампонада остаточной плевральной полости по А.В.Вишневскому. Используется при небольших (до 100 мл) остаточных полостях без бронхиального свища.

Тампонада остаточной плевральной полости по Абражанову (мышцей на ножке). Показана также при небольших плевральных полостях, но с бронхиальным свищем.

Декортикация легкого используется при небольших плевральных полостях при сохранном легком. Позволяет расправить спавшееся легкое, покрытое рубцовым слоем соединительной ткани.

Торакопластика. Представляет собой мобилизацию грудной стенки для ликвидации остаточной плевральной полости, если легкое небольшое и пневмосклеротическое. Пиопневмоторакс – следствие прорыва гноя из легкого. Клиника и лечение пиопневмоторакса не отличается от таковой при

эмпиеме. Сроки лечения пиопневмоторакса больше чем при обычной эмпиеме.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация больных.
- разбор больных.
- формулировка диагноза, плана обследования и лечения, больного.
- оформление представления о больном.
- выявление типичных ошибок оказания неотложной помощи и медицинской помощи на догоспитальном этапе.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

01.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ НАЧИНАЕТСЯ:

а) С противовоспалительного лечения

б) С вагосимпатической блокады

в) С плевральной пункции

г) С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости

д) С торакотомии

002.РЕАКТИВНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

а) При острой пневмонии

б) При поддиафрагмальном абсцессе

в) При остром холецистите и панкреатите

г) При септической пневмонии

д) При всех перечисленных заболеваниях

003.СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ:

а) Внутриплевральное кровотечение

б) Воздушная эмболия головного мозга

в) Анафилактический шок

г) Плевропульмональный шок

д) Правильно Б и В

004.ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ:

а) Бронхоэктатической болезни

б) Абсцесса

в) Туберкулеза

г) Острой пневмонии

д) Эхинококкоза

005.НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СЕРОЗНОМ ХАРАКТЕРЕ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Дренирование плевральной полости

б) Плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

в) Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником

г) Широкая торакотомия

д) Введение дренажа по Сельдингеру

006.СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ:

а) Бронхиальный свищ

б) Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)

в) Нагноение послеоперационной раны

г) Остеомиелит ребер и хондрит

д) Все перечисленные

007.У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМО:

а) Плевральная пункция

б) Дренирование плевральной полости

в) Бронхоскопия и нанесение биологического клея

г) Срочная реторакотомия

д) Наблюдение за больным

008.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Антибактериальная терапия

б) Повторные лечебные пункции

в) Дренирование плевральной пункции

г) Широкая торакотомия

009.ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

а) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса

б) Дренирование плевральной полости

в) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

г) Повторные плевральные пункции

д) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

010.ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЁГКОГО:

а) Пиопневмоторакс

б) Переход в гангрену лёгкого

в) Множественные абсцессы лёгкого

г) Всё перечисленное

Ситуационные задачи по теме:

Задача№1

Больному Р., 56 лет 2 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого. Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительной время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберьи по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой.

Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено влево, купол диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие причины неэффективности местного лечения?
4. Какие основные причины несостоятельности культи бронха?
5. Какое оперативное лечение возможно провести данному больному?

Задача№2

Больной В., 54 лет поступил с диагнозом хроническая эмпиемы плевры справа. 3 месяца назад находился на стационарном лечении по поводу деструктивной пневмонии левого легкого, которая осложнилась эмпиемой плевры. При поступлении по дренажу из плевральной полости гнойное отделяемое и сброс воздуха. В положении больного на здоровом боку

усиливается кашель и увеличивается количество гнойной мокроты. При санации
полости эмпиемы у больного появляется кашель. На рентгенограмме остаточная полость размером 5*8 см., небольшое количество жидкости.
Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие причины неэффективности местного лечения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения осложнение?
4. Какова тактика лечения?
5. Какие принципы реабилитации больного?

Задача №3

У больного 15 дней назад повысилась температура до 39 С, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижнедолевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является:?

Задача№4

Больной 44 лет, кочегар, злоупотреблял курением и алкоголем. Переведен из терапевтического отделения, где находился всего 5 дней. Болен в течение 10 дней, после переохлаждения повысилась температура до 40°С, появились боли в грудной клетке, кашель с отхождением зловонной гнойной мокроты ржавого вида.

При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, температура до 39,7°С, выраженные признаки гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. Рентгенологически на фоне массивного затенения, занимающего верхнюю, среднюю, а также верхушечный сегмент нижней доли, видны множественные, различных размеров, едва намечающиеся и крупные, с горизонтальными уровнями и без них полости деструкции (стадия распада некротических участков).

Вопрос:

6. Каков Ваш предварительный диагноз?
7. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
8. Какие грозные осложнения сопровождают данную патологию?
9. Ваша тактика лечения.
10. Каков прогноз при данной патологии?

Задача № 5

Больной 32 лет доставлен бригадой с\п , из анамнеза: находился на лечении в терапевтическом отделении 3 месяца назад по поводу острого абсцесса верхней доли правого легкого. Проводилось лечение: внутримышечные введения антибиотиков, пероральный прием сульфаниламидных препаратов, витаминотерапия и др.Лечение продолжалось амбулаторно. Последние дни состояние резко ухудшилось, удерживалась высокая температура, беспокоил кашель с выделением зловонной мокроты.

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
3. Каков алгоритм предоперационной подготовки?
4. Какая дальнейшая тактика у данного больного?
5. Какое наиболее частое осложнение после хирургического лечения у данных больных?

6.Домашнее задание по теме занятия.

Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7.Рекомендации по выполению НИР.

Для выполнения НИРС использовать литературу за последние 10 лет. НИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМА, интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Список тем:

– Плевриты: этиология и патогенез.
– Клиническая картина плеврита.
– Принципы и методы диагностики острого плеврита.
– Консервативные и оперативные методы лечения плеврита, эмпиемы плевры.
– Принципы и методы хирургического лечения хронической эмпиемы плевры.
– Принципы лечения пиопневмоторакса.

8. Рекомендованная литература по теме занятия:

- основная:

1. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Занятие № 3

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.27 Тема: «Опухоли и кисты средостения».
2. Форма организации занятия: практическое занятие.
3. Значение изучение темы: Изучаемая проблема предоставляет особую сложность, и врачи слабо знают ее, а своевременная диагностика и знание основных принципов оказания помощи поможет спасти ряд больных

4. **Цели обучения:**

- **общая**: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- **учебная**: 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: : использовать знания теме опухоли средостения для диагностики и лечения

Владеть пункция плевры с эвакуацией экссудата; пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;кавернотомия и абсцессоскопия; атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата; стандартные лобэктомии; стандартные пульмонэктомии; торако(плевро)скопия; парамедиастинальная торакотомия; пункция и биопсия периферических лимфоузлов

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2. Основные понятия и положения темы:

Средостением называют пространство, отграниченное спереди грудиной, сзади позвоночником, справа и слева медиастинальной плеврой, вверху верхней апертурой грудной клетки, снизу диафрагмой. Средостение условно делят на переднее и заднее. Средостение делится фронтальной плоскостью проходящей через корень легких. В переднем средостении находится сердце с сосудами, зобная железа, в заднем – пищевод, грудной лимфатический проток, непарная и полунепарная вены, лимфатические узлы.

Опухоли и кисты средостения:

Относительно редкая патология с которой сталкивается практический врач. В переднем средостении наиболее часто встречаются тимомы, кисты перикарда, абдоминомедиастинальные липомы, дермоидные кисты, тератомы. В заднем, почти исключительно, невриномы, редко энтерогенные кисты, бронхогенные. Большую значимость, в последнее время, получила проблемы поражения лимфатических желез: саркоидоз, ЛГМ, лимфомы, лимфосаркомы, туберкулез.

Опухоли средостения делятся на злокачественные и доброкачественные.

Клинические проявления доброкачественных образований минимальные и их может вовсе не быть. К ним относятся боли или неприятные ощущения за грудиной иногда одышка, сердцебиение, слабость. При злокачественных поражениях клинические проявления довольно яркие, особенно при запущенных процессах. Характерна одутловатость лица, увеличение в

объеме шеи – «толстая шея», отечность рук, выраженная венозная сеть на шее и руках. Перкуторно расширение средостения.

Диагноз опухоли или кисты средостения – рентгенологический. В переднем или заднем средостении определяется дополнительная тень. Еще 10-15 лет назад для уточнения диагноза проводилась пневмомедиастинография, т.е. введение в средостение воздуха или газа. С внедрением КТ это исследование не производится. КТ позволяет уточнить локализацию опухоли, ее размеры, отношение к окружающим органам. Студент должен запомнить навсегда следующее: опухоли средостения, даже будучи доброкачественными по своему строение являются злокачественными по своему течению, так как с ростом сдавливают жизненно-важные органы (трахея, легкие, сердце, крупные сосуды).

В связи с этим и определяется тактика при диагностированной кисте или опухоли средостения. Принципиально показано оперативное лечение, удаление опухоли. Операции производятся под эндотрахеальным наркозом. Доступ зависит от размера и локализации опухоли. Это может быть частичная или полная продольная стернотомия, торакотомия, а иногда и чрездвуплевральный доступ с пересечением грудины. При неудалимых опухолях, прорастающих жизненно-важные органы, возможно кускование опухоли, т.е. частичные ее удаления с последующей лучевой или химиотерапией. При неоперабельных опухолях и лимфопролиферативных образованиях в средостении необходима верификация процесса. Для биопсии используется медиастиноскопия или парамедиастинотомия. После верификации может быть назначена химио- или лучевая терапия.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация больных.
- разбор больных.
- формулировка диагноза, плана обследования и лечения, больного.
- оформление представления о больном.
- выявление типичных ошибок оказания неотложной помощи и медицинской помощи на догоспитальном этапе.

5.4.Итоговый контроль знаний:

Тестовые задания по теме с эталонами ответов

001.ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

а. Кинический.

Б. Рентгенологический.

В. Эндоскопический.

Г. Лабораторный.

Д. Такого метода не существует.

002. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

а. Тимома.

Б. Киста перикарда.

В. Невринома.

Г. Липома.

Д. Может локализоваться любая опухоль.

003.ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

а. Пункционный метод.

Б. Торакотомия.

В. Медиастиноскопия.

Г. Парамедиастинотомия.

Д. Торакоскопия.

004.ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

а. Консервативная терапия.

Б. Химиотерапия.

В. Гамматерапия.

Г. Хирургическое лечение.

Д. Комбинированный метод лечения.

005.СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН:

а. Для всех опухолей средостения.

Б. Для доброкачественных опухолей.

В. Для тимомы средостения.

Г. Для неврином средостения.

Д. Для злокачественных опухолей средостения.

006.МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ:

а. Липомы средостения.

Б. Тимомы.

В. Невриномы.

Г. Кисты перикарда.

Д. Лимфогранулематоз (медиастинальная форма).

007.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.

008.ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСЦИРОВАН:

а. По клиническим симптомам.

Б. По рентгенологической картине.

В. По КТ.

Г. При медиастиноскопии.

Д. Только по морфологии.

009.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.

010.ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

а. Шейный надгрудинный доступ.

Б. Частичная продольная стернотомия.

В. Срединная полная стернотомия.

Г. Парамедиастинотомия.

Д. Торакотомия.

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

У больного 20 лет без клинических проявлений рентгенологически выявлена тень в заднем средостении около позвоночника с ровными контурами.

Вопрос:

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?

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.

Вопрос:

а. Как называется неврологическое заболевание?

б. Какая опухоль в переднем средостении?

в. Какая взаимность опухоли и неврологических расстройств?

г. План лечения?

д. Экспертиза нетрудоспособности.

Задача № 3

У больной 30 лет слабость, потливость, субфибрилитет по вечерам, при флюорографии выявлено расширение средостения за счет медиастинальных лимфоузлов.

Вопрос:

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.

Задача № 4

У больной постоянная тахикардия, потливость, раздражительность. При обследовании слева над диафрагмой, дополнительная тень диаметром до 10 см., однородная, с четким контуром.

Вопрос:

а. Сформулируйте диагноз.

б. Как подтвердить диагноз?

в. План лечения.

г. При необходимости операции определите доступ?

д. Экспертиза нетрудоспособности.

Задача № 5

У больного надсадный кашель, спит сидя. При обследовании в переднем средостении опухоль, выходящая на правый и левый контур средостения.

Вопрос:

а. Предположительный диагноз.

б. Какое обследование предпринять?

в. Как верифицировать диагноз?

г. Какое лечение предпринять?

д. Экспертиза нетрудоспособности.

6. **Домашнее задание по теме занятия.**
7. **Рекомендации по выполнению НИР.**

-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.

8. Рекомендованная литература.

- основная:

2. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Занятие № 4

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.27 Тема: «Спонтанный пневмоторакс».
2. Форма организации учебного процесса: семинарское занятие.

3. Значение изучаемое темы: Спонтанный пневмоторакс на сегодняшний день является одним из самых распространенных неотложных состояний в торакальной хирургии. В России заболевание встречается с частотой 7-10 случаев на 100000 человек, чаще у мужчин трудоспособного возраста. Накоплен огромный опыт лечения данного заболевания, однако рецидивирующее течение, а также достаточно большое количество осложненных форм спонтанного пневмоторакса, делают эту проблему актуальной и сегодня.

4.Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- 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, бронхиальным свищом. 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.

5.План изучения темы.

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2. Основные понятия и положения темы:

Спонтанный пневмоторакс

Самопроизвольный пневмоторакс, который возникает чаще всего внезапно без видимых явно причин. Основной причиной СП является разрыв субплеврально расположенных булл с возникновением патологического

сообщения между воздухоносными путями и плевральной полостью. Предшествует СП кашель, физическое напряжение, после которого возникает боль в грудной клетке. Боль часто интенсивная, которая заставляет подумать о инфаркте миокарда. Вслед за болью появляется одышка, которая всецело зависит от степени спадения легкого. Клиническая картина СП зависит от скорости накопления воздуха в плевральной полости. При небольшом дефекте в легочной ткани воздух поступает в плевральную полость медленно и клиническая картина развивается исподволь и общее состояние больного страдает мало. При быстром поступлении воздуха клиническая картина СП развивается бурно с сильнейшими болями в грудной клетке, одышкой, беспокойством, что заставляет обратиться за помощью в скорую помощь.

Клиническая диагностика СП не сложна, если врач обследует больного по классической схеме при осмотре грудной клетки отмечается увеличение и неучастие в дыхании одного из гемитораксов (справа или слева). Перкуторно на стороне СП всегда выявляется тимпанит. Аускультация особенно важна в диагностике СП, поскольку позволяет выявить ослабление, а часто полное отсутствие дыхательных шумов на пораженной стороне грудной клетки.

Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием при котором находят скопления воздуха в плевральной полости с различной степенью коллапса легкого.

В диагностике причины СП ведущую роль следует отдать торакоскопии. Поэтому больному у которого выявлен СП всегда показано это исследование.

Естественно это исследование возможно только в специализированных торакальных отделениях при наличии торакоскопа. Наличие СП создает идеальные условия для тщательного осмотра висцеральной и париетальной плевры. Торакоскоп может быть введен под местной анестезией, через небольшой разрез в межреберье. Найденные изменения могут быть самыми различными и часть определяют дальнейшую тактику. При торакоскопии никаких изменений иногда найти не удается. Часто находят буллезный процесс – от единичных до множественных булл, разрыв кисты, специфический процесс, наличие опухоли плевры. Торакоскопия заканчивается введением в плевральную полость достаточного диаметра дренажа через тоже прокол, через который вводился торакоскоп. После расправления легкого необходимо рентгенологическое обследование легкого для определения состояния легочной ткани (пневмония, туберкулез, кистозный процесс).

Заключительное исследование – ФБС для оценки состояния бронхиального дерева и исключения возможной патологии (стенозы бронхов, опухоли, инородные тела). Дальнейшая тактика зависит от найденных изменений и возможности расправления легкого. Если никаких изменений не выявлено, а

легкое расправилось, дренаж через 2-3 суток удаляется и больной может быть выписан.

При выявлении буллезного процесса, разрыве кисты, наличии специфического деструктивного процесса, опухоли показано, как правило, радикальное оперативное лечение – торакотомия с соответствующим объемом операции. При наличии буллезного процесса после разрушения булл и герметизации легкого обязателен плевродез – химический или термический для профилактики рецидивных СП вследствие образования новых булл.

При отсутствии торакоскопического исследования возможно лечение СП пункциями (краевой ограниченный пневмоторакс). Как правило, СП необходимо дренировать. Запрещается вводить в плевральную полость тонкие дренажи ввиду неэффективности такого дренирования.

Плевральная полость должна быть дренирована толстой резиновой или полихлорвиниловой трубкой по Бюлау-Петрову, т.е. с подводным резиновым клапаном. Такое дренирование часто позволяет добиться герметизма и расправить легкое. При наличии легочно-плеврального сообщения и нерасправлении легкого через 48-72 часа встает вопрос о торакотомии и герметизации легкого, поскольку к этому времени начинается плеврит вследствие инфицированности плевральных мешков через патологическое сообщение в легком. Отказ от операции должен быть строго аргументирован (сердечная, легочная недостаточность и др.)

Радикальная операция может быть выполнена эндоскопически при наличии аппаратуры и подготовки специалиста. Объем операции, как правило, сводится к резекции булл, герметизации легкого и плевродезу.

Лечение СП лучше производить в специализированных отделениях, где есть возможности для диагностики, лечения и профилактики рецидивных пневмотораксов.

Пункционное и дренажное лечение СП в общехирургических отделениях приводит часто к расправлению легкого, но истинная причина СП остается неизвестной, что чревато повторными пневмотораксами и другими осложнениями (рост опухоли, прогрессирование специфического процесса и т.д.)

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных со спотнтанным пневмотораксом совместно с преподавателем.

5.4.Итоговый контроль знаний:

Тестовый контроль:

1. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

а) С противовоспалительного лечения

б) С вагосимпатической блокады

в) С плевральной пункции

г) С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости

д) С торакотомии

2. По клиническим данным заподозрен неспецифический спонтанный пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

а) Торакоскопия

б) Рентгеноскопия и рентгенография легких

в) Плевральная пункция

г) Сканирование легких

д) Бронхоскопия

3. Больному 27 лет. Час назад среди полного здоровья воявились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

а) Сухой плеврит

б) Инфаркт миокарда

в) Тромбоэмболию ветвей легочной артерии

г) Спонтанный неспецифический пневмоторакс

д) Ущемленную диафрагмальную грыжу

4. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начать:

а) С плевральной пункции с аспирацией воздуха

б) С дренирования плевральной полости

в) С торокоскопии

г) С немедленной торокотомии

д) С симптоматического лечения

5. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двухсторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать:

а) С дренирования обеих плевральных полостей

б) С введения игл в подкожную клетчатку

в) С интубации и искусственной вентиляции легких

г) С наложения трахеостомии и искусственной вентиляции

д) С двухсторонней торакотомии

6. При напряженном пневмотораксе показано:

а) Искусственная вентиляция легких

б) Немедленное дренирование плевральной полости

в) Срочная торакотомия

г) Торакоскопия

д) Трахеостомия

7. Развитие неспецифического спонтанного пневмоторакса связано с : 1. врожденной легочной кистой 2. буллезной болезнью 3.астмой 4.ревматоидным артритом

а) верно 2,3

б) верно 3,4

в) верно 1,3

г) верно 2,4

д) верно 1,2

8. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно:

а) По средней аксиллярной линии в 6 межреберье

б) Во 2-м межреберье по среднеключичной линии

в) В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии

г) В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

д) 2 дренажа: во 2-м межреберье по среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

9. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

а) Кровохарканье

б) Гемоторакс

в) Пневмоторакс

г) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

д) Гемо-пневмоторакс

10. Для разрыва крупного бронха характерным является: 1. Напряженный пневмоторакс 2. Напряженная эмфизема средостения 3. Общее тяжелое состояние больного 4. Кровохарканье 5. Подкожная эмфизема

а) Верно 1,2,3,4

б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 2,3,5

г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 2,3,4,5

Ситуационные задачи по теме 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?

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?

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?

Задача № 4

В стационар поступила больная 17 лет со спотанным 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?

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?

6.Домашнее задание по теме занятия.

- Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7. Рекомендации по выполнению НИР

- Пороки развития легких: клиника диагностики, лечение.
- Спонтанный пневмоторакс. Этиология, клинические проявления, диагностика и лечебная тактика.
- Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
- Легочные кровотечения. Этиология, диагностика и лечебная тактика.
- Профилактика легочных заболеваний.
- Дифференциальная диагностика заболеваний легких и плевры.
- Показания к операции, вид обезболивания, характер разрезов, дренирование.

– Подготовка больных к операции, послеоперационное ведение.
– Роль организации экстренной помощи в ранней диагностике и лечении.
– Основные достижения современной хирургии, этапы организации хирургической помощи на догоспитальном и госпитальном этапе.
– Генез бронхиальных свищей.
– Лечение бронхиальных свищей.
– Роль высоких технологий в диагностике и лечении заболеваний легких и плевры.
– Диспансеризация и реабилитация больных.

8. Рекомендованная литература.

- основная:

3. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого

квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача

4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus
10	БД Web of Science

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

Кафедра и клиника хирургических болезней им.проф.А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К АУДИТОРНЫМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.

Для специальности ординатуры 31.08.67 Хирургия

Блок 1

Учебный модуль Специальные дисциплины

Раздел/Дисциплина «Хирургия»

Красноярск 2018

УДК
ББК
С

_____(указать название специальности без кавычек). Ординатура : сб. метод. рекомендаций для преподавателя к практ. / семинар. занятиям (нужное выбрать) / сост. (указать инициалы, фамилию). – Красноярск : тип. КрасГМУ, 20_ (указать год). – __ с. (указать количество страниц).

Составители: ученая степень, звание, фамилия, инициалы.
ученая степень, звание, фамилия, инициалы.

Сборник методических рекомендаций к практическим / семинарским занятиям (нужное выбрать) предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с требованием ФГОС ВО № (приказа)___20__ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности _____(указать код и специальность подготовки). рабочей программой специальности (20__г.) и СТО 4.1.16-Выпуск 2.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №__ от «___»_____20__).

КрасГМУ
2018

Занятие № 1

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.28 Тема: «Химические ожоги пищевода, эрозии, пептические язвы пищевода».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Значение изучаемой темы: Заболевания пищевода достаточно распространены, имеют специфические особенности, как в диагностике, так и в лечении. Знание данной патологии особенно необходимо будущему врачу и позволит проводить своевременную диагностику, адекватное лечение заболеваний пищевода и существенно снизить летальность.

4. Цели обучения:
- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: 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.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2. Основные понятия и положения темы:

Химические ожоги пищевода.

Аггрессивные вещества обычно принимают с целью самоубийства. Женщины, как правило, используют уксусную кислоту. Мужчины по ошибке выпивают щелочные растворы. Наиболее выраженные изменения возникают в местах физиологических сужений пищевода – глоточно-пищеводного, на уровне бифуркации трахеи, над кардией. В результате химического ожога повреждается прежде всего слизистая, оболочка полости рта, глотки, пищевода, желудка. Вслед за гиперемией и отеком слизистой оболочки быстро наступает некроз тканей. К концу первой недели начинается отторжение некротизированных тканей и образование поверхностных или глубоких изьязвлений. Поверхностные изьязвления заживают в течение 1-2 месяцев, глубокие заживают с бразованием грануляций и соединительной ткани. Заживление происходит медленно и затягивается на несколько месяцев. Таким образом, при ожоге можно условно различать 4 стадии.

1. Гиперемия и отек слизистой.

2. Некроз и изьязвление.

3. Образование грануляций.

4. Рубцевание.

Условно клинические проявления ожога пищевода делят на стадии:

I. Острая.

II. Стадия хронического эзофагита (стадия мнимого благополучия).

III Стадия образования стриктуры от 2-3 месяцев до 2-3 лет.

Все стриктуры пищевода разделяют на 5 степеней.

1 степень – клинически не проявляется и только при рентгенологическом исследовании и эндоскопически могут быть выявлены рубцовые изменения в стенке пищевода.

2 степень – клинически практически не проявляется и только глотание твердой пищи иногда требует запивания водой. Эти две степени сужения пищевода практического значения не имеют, так как глотание не затруднено и нет особого повода для обращения к врачу.

3 степень – больные хорошо глотают воду, жидкую и хорошо прожеванную пищу. Твердая пища задерживается в месте сужения. Рентгенологически пищевод сужен, свободно пропускает жидкую контрастную массу и задерживает густую. Эндоскопически место сужения непроходимо, поскольку диаметр места сужения не превышает 4-5мм.

4 степень – больной может глотать только жидкость, даже жидкая пища (каша) задерживается в пищеводе. Рентгенологически в месте сужения жидкая контрастная масса проходит узкой струйкой. Больные быстро теряют в весе, возникает слабость, адинамия, невозможность выполнять любую работу.

5 степень – характеризуется полной непроходимостью пищевода. Без оказания помощи больной быстро погибает.

Лечение 3-4 степени может быть консервативное. Необходимо бужирование пищевода. Оно возможно только при сужениях пищевода до 5 см. При большей протяженности разбужировать сложно. Раннее бужирование начинается с 7 – 8 дня после ожога, позднее с 21 дня. Различают антеградное и ретроградное бужирование, так же возможно бужирование по струне. Все виды бужирование опасны перфорацией пищевода и медиастинитом. Наиболее безопасный способ – ретроградный, но для его осуществления необходимо наложение гастростомы. Бужирование – длительный и трудоемкий процесс для восстановления проходимости пищевода, требует терпения, иногда повторных бужирований. При стенозе 5 степени и 4 степени с большой протяженностью требуется сложнейшая операция – пластика пищевода. Она возможна только из собственных тканей больного. Для пластики пищевода во всем мире используют желудок, толстую или тонкую кишку. Операция требует хорошего состояния больного (питание, сердечно-сосудистая система, легкие), пригодности желудка или кишки, а так же высокой квалификации хирурга, от действий которого всецело зависит исход операции. Предпочтительнее для пластики использовать желудок, если желудок непригоден для пластики (ожог, деформация и т.д.) используется правая или левая половина толстой кишки. При непригодности для пластики толстой кишки используется начальный отдел тонкой кишки. Эта схема не принципиальна, поскольку каждая клиника специализируется на каком-то одном виде пластики (имеется достаточный опыт).

Больные со стриктурами пищевода 4-5 степени, где пластика невозможна из-за различных причин, вынуждены доживать век, питаясь через гастростому.

Эрозии пищевода.

Результат воздействия на слизистую пищевода желудочного сока, а также желчи, кишечного или панкреатического сока, причина желудочно-пищеводного рефлюкса разные: операции на желудке, чаще грыжи ПОД с возникновением недостаточности кардии, исчезновением клапана Губарева. В легких случаях отмечают гиперемию и отек слизистой. В тяжелых – воспалительные изменения не только слизистой оболочки, но и подлежащих слоев, наличие эрозий и изьязвлений. Наиболее частая жалоба больных – изжога, боль за грудиной. Симптомы усиливаются при наклоне, физическом усилии. У больных могут развиваться кровотечения. Диагноз больших тркдностей не представляет м устанавливается рентгенологически при контрастном исследовании, лучше в положении лежа. ФЭГС подтверждает наличие изменений в нижней трети пищевода. Лечение в большинстве случаев консервативное: диета, трудоустройство, обволакивающие средства (альмагель), омепрозол. Такие действия уменьшают проявления рефлюкса желудочного содержимого, а иногда все симптомы исчезают. Оперативное лечение – фундопликация по Ниссену показана при выраженных проявлеиях эзофагита, не поддающихся комплексной терапии.

Пептические язвы пищевода.

Болеют чаще мужчины. Заболевание сочетается с язвенной болезнью желудка, грыжей ПОД, коротким пищеводом. Язва носит обычно пептический характер. Язвы локализуются, как правило, в абдоминальном отделе пищевода, непосредственно над кардией. Размер язвы не превышает 1 см, края ее круглые или овальные. Дно яэвы покрыто налетом, пищевод в этом месте сужен. Главный симптом язвы – боль за грудиной, иногда дисфагия. Диагностика включает рентгенологическое исследование пищевода с контрастом и ФЭГС. Язва может осложняться кровотечением, малигнизацией и стенозом кардии. Лечение язвы – консервативное, комплексное. При неэффективности лечения, оперативное – фундопликация по Ниссену, бужирование пищевода, резекции кардии.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных

5.4 Итоговый контроль знаний:
10. Тестовые задания по теме:

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.

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.

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. Дилятация пищевода.

г. Гастростома и ретроградное бужирование пищевода.

д. Срочная гастростома и пластика пищевода через год после ожога пищевода.

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.

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.

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.

7. Оптимальный способ проведения искусственного пищевода?

а. Подкожный.

б. Субфасциальный.

в. В средостении.

г. Трансплевральный.

д. Способы равноценные.

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.

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.

10. Пептические яэвы пищевода локализуются:

а. В верхней трети пищевода.

б. В средней трети пищевода.

в. В нижней трети пищевода.

г. В абдоминальном отделе пищевода.

д. Могут локазизоваться в любом отделе пищевода.

Ситуационные задачи по теме:

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.

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.

Задача № 3

У больного в связи с ожогом пищевода и желудка (выходной отдел) была наложена гастростома и гастроэнтеранастомоз.

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?

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

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.

6.Домашнее задание по теме занятия.

Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7. Рекомендации по выполнению НИР

Для выполнения УИРС использовать литературу за последние 10 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМА, интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Список тем:

- Эрозии пищевода. Причина, клиника, диагностика и лечение.
- Пептическая язва пищевода. Причины, клиника и лечение.
- Этиопатогенез и степени сужения пищевода.
- Методы лечения стриктур пищевода, показания и виды пластики пищевода.
- Профилактика заболеваний пищевода.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- основная:

4. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной

профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.28 Тема: «Ахалазия кардии».
2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.
3. Значение темы: Заболевания пищевода достаточно распространены, имеют специфические особенности, как в диагностике, так и в лечении. Знание данной патологии особенно необходимо будущему врачу и позволит проводить своевременную диагностику, адекватное лечение заболеваний пищевода и существенно снизить летальность.

4.Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: 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 промывания пищевода и желудка.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2. Основные понятия и положения темы:

Ахалазия кардии.

Раньше это заболевание называли кардиоспазмом, что совершенно не верно, так как никакого спазма кардии при этом заболевании нет. Ахалазия кардии – это нераскрытие кардии и гибель в этом месте Мейснеровских и Ауэрбаховских сплетений, в связи с чем пищевой комок пройдя пищевод останавливается перед кардией из-за ее нераскрытия. Болеют чаще женщины. Заболевание может длиться годами и приводить к гигантскому расширению пищевода, вместимостью до нескольких литров, воспалительному вторичному процессу и закончиться рубцовой непроходимостью кардии. Принято различать 4 стадии ахалазии в зависимости от изменений в пищеводе. Больные теряют в весе, появляется слабость, быстрая утомляемость, заброс съеденной пищи в полость рта, особенно в положении лежа и во сне. Диагноз устанавливается на основе рентгенологического и эндоскопического исследования. Первый рентгенологический признак ахалазии – отсутствие газового пузыря, пищевод натощак содержит жидкость и пищу, съеденную накануне. Дача контраста подтверждает наличие резкого расширения пищевода. Кардия узкая, ровная, как «мышиный хвостик». Контрастное вещество длительное время задерживается в пищеводе и узкой струйкой проходит в желудок.

ФГС лучше проводить после зондового тщательного промывания пищевода. Тубус гастроскопа беспрепятственно проходит в желудок. Консервативные способы лечения кардии неэффективны. Много лет этих больных подвергали операции. Производилась трансторакальная эзофагомиокардиотомия по Геллеру в модификации Б.В. Петровского, а затем в модификации Суворовой (рана укрывалась передней стенкой желудка). В последнее время, с появлением жидкостных кардиодилятаторов, необходимость в таких операциях отпала. Дилятятор вводится в пищевод по струне при ФГС, устанавливается в области кардии (рентгенлогический контроль), и производится дилятация кардии, путем раздувания манжеты.

Обязателен рентгенологический и эндоскопический контроль целостности кардии. Чаще всего достаточно одной дилятации для восстановления проходимости кардии. Лечение дополняется прокинетиками (церукал, церулан). Больной выписывается когда пищевод свободно проходим (контрастное вещество с первым глотком попадает в желудок). Изредка требуется 2 манипуляции для эффективного восстановления проходимости кардии.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация больных.
- разбор больных.
  - формулировка диагноза, плана обследования и лечения, больного.
  - оформление представления о больном.
  - выявление типичных ошибок оказания неотложной помощи и медицинской помощи на догоспитальном этапе.

5.4 Итоговый контроль знаний.
Тестовые задания по теме 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. Кардиодилятация.

2. Диагностика ахалазии кардии включает все, кроме:

а. Рентгеноскопия пищевода.

б. Эзофагоскопия.

в. Эзофагокимография.

г. Анамнез.

д. УЗИ.

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.

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.

5. Основное осложнение при кардиодилятации?

а. Разрыв пищевода.

б. Кровотечение

в. Недостаточность кардии.

г. Развитие рубцового стеноза.

д. Все перечисленное.

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.

7. Ахазия кардии имеет:

а. 1 стадию.

б. 2 стадии.

в. 3 стадии.

г. 4 стадии.

д. Стадий не имеет.

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.

9. После кардиодилатации назначается:

а. Мотилиум.

б. Церукал.

в. Прозерин.

г. Фестал.

д. Креон.

10. Какие консервативные мероприятия могут применяться при ахалазии кардии?

а. Питание жидкой пищей.

б. Консерваитивные мероприятия неэффективны.

в. Атропинизация.

г. Церукал, церулан.

д. Мотилиум.

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больная в течение 6 лет предъявляет жалобы на задержку пищи в пищеводе, 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?

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?

Задача № 3

Чем объяснить рецидив дисфагии после кардиолятации 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.

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?

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 оперативне вмешательство показано?

д. Если осложнению более 24 часов?

6.Домашнее задание по теме занятия.

Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7. Рекомендации

Для выполнения УИРС использовать литературу за последние 10 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМА, интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Список тем:

- Этиопатогенез ахалазий кардии.
- Клиническая картина ахалазии.
- Дифференциальная диагностика.
- Методы лечения ахалазий кардии.

8. **Рекомендованная литература по теме занятия**

- основная:

5. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Занятие № 3

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.28 Тема: «Инородные тела пищевода, повреждения пищевода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Для практического врача необходимо знать патологию пищевода, так как несвоевременная диагностика может привести к тяжелым осложнениям – развитие медиастинита с высочайшей летальностью больных.

4.Цели обучения:

- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: клинику инородных тел пищевода.

- методы диагностики.

- методы эндоскопического и хирургического удаления инородных тел из пищевода.

- клинику повреждения пищевода и развивающегося медиастинита.

- методы лечения медиастинита.

- классификацию дивертикулов пищевода, клиническую картину и методы оперативного

лечения.

- генез, клинику и методы лечения опухолей пищевода.

Уметь: собрать анамнез, определить предполагаемую причину дисфагии. При рентгеноскопии с контрастным веществом поставить правильный диагноз и направить больного в соответствующее лечебное учреждение: к лор-врачу, торакальному хирургу или онкологу в зависимости от выявленного заболевания.

Владеть: физикальными методами обследования больного, методом контрастного исследования пищевода.

5. . План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2. Основные понятия и положения темы:

Разбираются клинические вопросы по теме инородные тела пищевода, повреждения, дивертикулы и опухоли пищевода. Просматриваются и обсуждается набор рентгенограмм по данным заболеваниям. При наличии МСКТ производится разбор данных рентгенограмм. Обсуждаются вопросы по данной тематике.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных с патологией пищевода.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Тестовые занятия по теме с эталонами ответов.

1. Клиника и диагностика инородных тел пищевода:

а. Боль за грудиной.

б. Дисфагия.

в. Кашель.

г. Саливация.

д. Рвота.

2. Какие инородные тела представляют наибольшую опасность для пищевода:

а. Крупного размера.

б. Суповые кости.

в. Рыбные кости.

г. Металлические инородные тела.

д. Инородные тела от мягких игрушкек.

3. Наиболее характерный признак перфорации пищевода:

а. Боль за грудиной.

б. Повышение температуры тела.

в. Появление эмфиземы на шее.

г. Кашель.

д. Непроходимость пищевода.

4. При наличии прободения пищевода его можно ушить:

а. В любое время.

б. В течение первых 12 часов.

в. В течение суток от момента прободения.

г. Ушивать прободение нецелесообразно.

д. Ушивать не следует, необходимо установить эндопротез.

5. Специфический признак медиастинита:

а. Высокая температура.

б. Боль за грудиной.

в. Наличие плеврита.

г. Перикардит.

д. Специфических симптомов нет.

6. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

а) Эндоскопия

б) Инородное тело

в) Трахеостомия

г) Интубация трахеи при наркозе

д) Спонтанный разрыв

7. Наиболее частая причина равития острого медиастинита:

а) разрыв пищевода

б) хирургическое вмешательство

в) гнойный лимфаденит с распространением процесса

г) распространение гнойных процессов с шеи

д) вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

8. Наиболее информативным диагностическим методом при определении лечебной тактики у болного со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является:

а) ренгенография с пробой Вальсальва и в положении Тределенбурга

б) фиброгастродуоденоскопия

в) мониторная pH-метрия пищевода

г) измерение размеров грыжи

д) оценка вредных привычек (курение, алкоголь)

9. Диагностика разрыва пищевода:

а) лапароскопия

б) пневмомедиастинография

в) фибробронхоскопия

г) рентгеноскопии пищевода и желудка

д) фибробронхоскопия

10. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

а) Недостаточность кардиального сфинктера

б) Алкоголизм

в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

д) Употребление грячей пищи

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

У больного с 2-х суточным инородным телом в верней трети пищевода шея увеличена в размерах, высокая температура, крепитация на шее.

а. Поставьте точный диагноз.

б. Возможна ли попытка удаления инородного тела через эзофагоскоп?

в. Если инородное тело неподвижно, что необходимо предпринять?

г. Доступ к пищеводу на шее?

д. Как кормить больного после оперативного удаления инородного тела?

6. Домашнее задание по теме занятия

Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7. Рекомендации по выполнению НИР

Для выполнения НИР использовать литературу за последние 10 лет. НИР осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМА, интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Список тем:

- Дифференциальная диагностика дисфагий.
- Клинические признаки перфорации пищевода.
- Рентгенологические признаки глубокой флегмоны шеи и медиастинита.
- Определение показаний к оперативному лечению дивертикулов пищевода.
- Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей пищевода.

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- основная:

6. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Занятие № 4

1. Индекс: ОД.О.01.1.4.28 Тема: «Дивертикулы и опухоли пищевода».
2. Форма организации занятия: практическое занятие.
3**. Значение изучаемой темы:** Для практического врача необходимо знать патологию пищевода, так как несвоевременная диагностика может привести к тяжелым осложнениям – развитие медиастинита с высочайшей летальностью больных.
4. Цели обучения:
- общая: овладеть ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.
- учебная: обучающийся должен:

Знать: классификацию дивертикулов пищевода, клиническую картину и методы оперативного лечения, генез, клинику и методы лечения опухолей пищевода.

Уметь: собрать анамнез, определить предполагаемую причину дисфагии. При рентгеноскопии с контрастным веществом поставить правильный диагноз и направить больного в соответствующее лечебное учреждение: к торакальному хирургу или онкологу в зависимости от выявленного заболевания.

Владеть: физикальными методами обследования больного, методом контрастного исследования пищевода.

5. План изучения темы:
5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Опрос учащихся по теме занятия.

5.2.Основные понятия и положения темы:

Дивертикулы пищевода.

Пищеводные дивертикулы – мешкообразные выпячивания из просвета пищевода. Они могут быть классифицированы в зависимости от локализации, типа развития, а также от происхождения – являются ли они истинными или ложными. В зависимости от анатомического положения они разделяются на фарингоезофагеальные, среднегрудные и эпифренальные. По механизму образования они делятся на пульсионные, тракционные и комбинированные пульсионно-тракционные. Дивертикулы разделяются также на врожденные и приобретенные. К врожденным относят те, стенка которых содержит все слои пищеводной стенки, а у приобре-тенных дивертикулов имеется только небольшое количество мышечной ткани или ее не содержится вообще.

Фарингоэзофагеальные дивертикулы. Пульсионные дивертикулы пищевода развиваются вследствие повышенного давления в просвете пищевода. К пульсионным дивертикулам относится дивертикул Ценкера,

располагающийся около фарингоэзофагеального соединения. Этот дивертикул не является истинно пищеводным, поскольку он находится в гипофарингеальной области. Слабым местом задней стенки фарингоэзофагеального соединения является треугольный дефект между косыми волокнами нижнего сжимателя гортани и поперечными волокнами перстнеглоточной мышцы. При нормальной нервно-мышечной координации во время прохождения пищи из гортани в пищевод и сокращения констриктора перстнеглоточные мышцы расслабляются. При нарушениях нервно-мышечной координации, сжатия констриктора и нерасслаблении перстнеглоточных мышц появляется выпячивание задней стенки глоточной ямки. Если это нарушение не ликвидируется, то скоро выпячивание переходит в мешкообразный дефект, причем в межмышечном промежутке выбухают только слизистый и подслизистый слои с очень редкими мышечными волокнами. Существует несколько точек зрения на возникновение этого дивертикула, однако, вышеуказанная является наиболее распространенной.

Другой причиной может быть хронический фарингит, который нарушает нормальную релаксацию сфинктера и вызывает образование выпячивания. Возможной причиной может быть также более широкий переднезадний диаметр глотки у мужчин, чем у женщин, что является причиной возникновения более высокого давления, что косвенно подтверждается частыми находками дивертикула у мужчин. Этиологическую роль может играть также рефлюкс-эзофагит при пищеводной грыже. В стадии образования дивертикула его мешок, состоящий из слизистой и подслизистой оболочек, локализуется сначала на задней стенке, затем по мере увеличения смещается влево. В ранних стадиях грыжевой мешок имеет сферическую форму, позднее он становится грушевидным. Размеры его могут быть очень большими и смещаться в средостение, но даже при большом мешке входное отверстие остается небольшим.

Мужчины болеют в три раза чаще, чем женщины. Общая частота составляет 0,1%. В пожилом возрасте этиологическую роль может играть также ослабление мышц глотки.

Клиника. Развитие клинических симптомов проходит три стадии.

В первой стадии наблюдаются только воспалительные изменения в горле. Во второй стадии присоединяется дисфагия. В третьей появляются симптомы сдавления пищевода.

В большинстве случаев симптоматика нарастает постепенно. Вначале больные ощущают раздражение в горле, слюнотечение и чувство инородного тела при глотании. Помехи при глотании могут возникать даже при приеме жидкости. Иногда бывает сухой кашель. С увеличением дивертикула появляется регургитация, особенно ночью, после обильной еды, съеденной и не переваренной пищей. С началом регургитации могут присоединяться

легочные осложнения в результате аспирации содержимого дивертикула. Рано или поздно присоединяется непроходимость пищевода, которая в редких случаях бывает полной. Наступает истощение, потеря веса. Иногда можно видеть выбухание и отечность с левой стороны шеи, но это бывает очень редко. Симптоматика в некоторых случаях развивается быстро, в течение нескольких ме-сяцев, иногда в течение 10—15 лет. Диагноз ставится обычно при рентгеноскопии с барием, иногда и без бария, если можно видеть уровень жидкости в ретротрахеальном пространстве. При рентгеноскопии можно определить диаметр шейки дивертикула. Застой пищи наблюдается в дивертикулах больших размеров, что иногда принимается как дефект наполнения. Для более точного рентгенологического изучения необходимо опорожнить дивертикул перед исследованием.

Лечение. Некоторое облегчение можно получить приемом полужидкой пищи, а также воды после еды, все же излечение может быть достигнуто только при хирургическом лечении. Расширение просвета пищевода из-за сдавления дивертикулом не рекомендуется из-за опасности перфорации стенки дивертикула. Ранняя операция необходима вследствие опасности присоединения инфекции, медиастинита, пневмонии.

Имеется несколько методов операции. Наибольшее распространение получила одномоментная резекция дивертикула. Разрез кожи по переднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы. Дивертикул обнажается путем ретракции щитовидной железы медиально и сонной артерия латерально. Шейка дивертикула, которая обычно достаточно узка, пересекается и дивертикул удаляется. Слизистая гортани ушивается отдельными узловыми швами. Края мышечного слоя также тщательно ушиваются. Операция не представляет особого риска, рецидивы редки. При небольших дивертикулах предлагается перстнеглоточная миотомия. Доступ тот же, дополнительно производится продольный разрез через перстнеглоточные мышцы длиной 3—4 см. Обоснованием этой операции является мнение о происхождении дивертикула вследствие дискоординации фарингоэзофагеального сфинктерного механизма. Иногда применяется эзофагоскопия для облегчения отыскания дивертикула, контроля за наложением швов на стенку, чтобы избежать сужения просвета пищевода.

При больших пограничных глоточно-пищеводных дивертикулах предложена [Королев Б. А., 1953] и с успехом выполнена операция наложения анастомоза между дном дивертикула и грудным отделом пищевода чресплевральным левосторонним доступом в IV межреберье.

Дивертикулы среднегрудного отдела пищевода - встречаются намного реже, чем в других областях. Их обычно называют тракционными дивертикулами, потому что они образуются вследствие натяжения стенки пищевода. Обычно дивертикулы развиваются против бифуркации трахеи или левого главного бронха. Из-за воспаления лимфатических желез образуются сращения, которые натягиваются три глотании, увлекая за собой стенку пищевода.

Тракционные дивертикулы при небольших размерах быстро наполняются и быстро опорожняются. Диаметр их редко бывает больше 2 см , они редко сопровождаются выраженной клинической симптоматикой. Очень редко встречаются осложнения в виде медиастинальных абсцессов и эзофаго-бронхиальных фистул, а также крайне редко частичная обструкция пищевода. Наличие у больного эзофагита угрожает развитием в дивертикуле язвы с последующей перфорацией и развитием медиастинита.

Эпифренальные дивертикулы локализуются в дистальных отделах пищевода. Их иногда называют супрадиафрагмальными. По классификации их относят к пульсационно-тракционным, но элементы тракции не всегда можно видеть. Почти половина больных с этим типом дивер-тикула страдает кардиоспазмом или диффузным спазмом пищевода. При дивертикулах, как правило, находят гипертрофию мышц нижнего отдела пищевода.

Клиника. По сравнению с дивертикулами верхнего отдела пищевода эпифренальные дивертикулы реже сопровождаются клинической симптоматикой, а иногда она полностью от-сутствует. Диагноз обычно ставится на основании рентгенологического исследования. При рентгеноскопии дивертикулы выглядят как округлое депо бария, расположенное на 2- 4 см в диаметре, шейка его широкая и короткая. Небольшие дивертикулы иногда трудно дифференцировать от язвы, поэтому диагноз должен быть подтвержден при эзофагоскопии. Если дивертикул является причиной дисфагии, или сильных болей, или эзофагита, показано хирургическое лечение.

Опухоли.

Доброкачественные опухоли пищевода встречаются значительно реже, чем злокачественные, составляя 0,5—0,8% их числа. Возникают они в более молодом возрасте, растут в течение длительного времени и заканчиваются обструкцией пищевода. Опухоли могут возникать из любой ткани стенки пищевода — мышечной, эпителиальной и других.

По структуре опухоли делятся на две группы: 1) эпителиальные опухоли: кисты, папилломы, полипы; 2) не эпителиальные: лейомиомы, фибромы, липомы и др.

По типу роста они делятся на внутрипросветные и внутристеночные. Внутрипросветные опухоли чаще встречаются в верхнем отделе пищевода, внутристеночные в нижних отделах. Наиболее часто встречается лейомиома, которая в 90% случаев локализуется в нижней трети пищевода. Очень редко встречаются множественные лейомиомы. Симптоматика обусловливается размерами опухоли, ее способностью сдавливать просвет пищевода и соседние органы. Наиболее частым симптомом является дисфагия. Появляется она при употреблении твердой пищи и прогрессирует медленно на протяжении нескольких лет. Дисфагия носит интермитирующий характер, чаще появляется при циркулярных опухолях на ножке, свисающих в просвет

пищевода. При опухолях больших размеров, оттесняющих другие органы средостения, главным симптомом является боль. Боль локализуется за грудиной или в эпигастральной области, отдает в спину и лопатку, но никогда не бывает резко выраженной. К симптомам сдавления относится также кашель, одышка, сердцебиение, аритмия. Главную роль в диагностике играет рентгенологическое исследование. Пищевод в области опухоли расширен, имеется дефект наполнения с ровными контурами. Тень опухоли может смещаться при глотании. Слизистая оболочка над опухолью уплощена, а на противоположной стороне имеет нормальное строение. Иногда можно видеть включения кальция в опухоль. При эзофагоскопии определяется мобильность опухоли. Если при осмотре слизистой обнаруживаются изъязвления, то для уточнения характера заболевания необходимо взять биопсию. Лечение лейомиом только оперативное. Удаление опухоли является профилактикой возникновения таких осложнений, как асфиксия, кровотечение, перфорация стенки. Доступ определяется локализацией опухоли. При расположении опухоли в верхней или средней трети пищевода предпочтительнее применять правосторонний доступ в 5 или 6 межреберьях. При локализации опухоли в нижней трети пищевода лучше применять левосторонний доступ в 7 или 8 межреберьях. Часть опухолей, рас-положенных в нижней трети пищевода, может быть удалена при лапаротомии, но сделать это технически труднее. Злокачественное перерождение наступает редко, поэтому опухоль можно удалить путем эвакуации после расщепления наружного мышечного слоя над опухолью без повреждения слизистой оболочки. Вылущения не удаются при больших многоузловых опухолях, тесно связанных с мышечной и слизистой оболочками пищевода. В этих случаях приходится прибегать к частичному иссечению стенки пищевода с ушиванием или резекцией. Удаленная лейомиома представляет белесоватую опухоль гладкой консистенции, покрытой снаружи капсулой. Микроскопически она выглядит в виде гладких мышечных клеток с одинаковыми ядрами и отсутствием митотического деления.

На втором месте по частоте встречаются кисты. Они бывают приобретенные (ретенционные) и врожденные (бронхогенные или энтерогенные). Ретенционные образуются вследствие закупорки желез пищевода и располагаются в подслизистом слое. Они обычно не достигают крупных раз-меров. Бронхогенные кисты округлые заполнены светлой тягучей. жидкостью, изнутри выстланы мерцательным эпителием.

Полипы пищевода встречаются с одинаковой частотой как и кисты. Опухоль берет начало из слизистого или подслизистого слоя, покрыта нормальной слизистой оболочкой. Полипы могут располагаться на любом уровне пищевода и являются возможной причиной возникновения непроходимости, регургитации и даже асфиксии. При эзофагоскопии можно видеть гладкие массы в просвете пищевода без изъязвления слизистой оболочки. Часть полипов может быть удалена при эндоскопии.

Сосудистые опухоли, гемангиомы, также наблюдаются редко, их размеры могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Обычно они текут бессимптомно, но иногда могут быть причиной кровотечения. Столь же редко наблюдаются и бессимптомно протекают лимфангиномы, диагноз которых может быть поставлен при эзофагоскопии. Очень редкие сообщения имеются о фибромах, миксомах, миобластомах, остеохондроматозе папилломатозе пищевода. Диагноз обычно ставится при гистологическом исследовании.

Ожоговая рубцовая стриктура пищевода.

Повреждение уксусной кислотой на втором месте после каустической соды. Особенно опасна 70% уксусная эссенция. Процесс рубцевания происходит первые 3-6 недель (1,5 мес). Периэзофагит и медиастинит могут присоединиться непосредственно к первичному повреждению пищевода, но могут возникнуть и в последующем при травмировании пищевода бужами. Подобные осложнения вначале могут протекать срыто. На него указывает умеренное повышение температуры, ускорение СОЭ. Симптомы усиливаются при формировании гнойника, прорыве его в плевральную или брюшную полости.

При 1 степени ожога – поражается слизистая; 2 ст. – подслизистый слой; 3 ст. – все слои. Стеноз возникает только при 3 степени. Со второй недели острые воспалительные явления сменяются изъязвлением. При 3ст. с конца 2-3 недели наступает стадия гранулирования.

Основное значение в диагностике рубцового сужения пищевода имеют рентгенологическое исследование и фиброэзофагоскопия, которые позволяют установить степень сужения, локализацию, протяженность и характер изменений в стенке пищевода.

Диагноз ожог пищевода устанавливают только после эзофагоскопии (при поступлении или на 3-5 сутки). Если через три недели появляется эпителизация, то ожог 2 ст. можно и не бужировать.

Ожог 3 ст. выявляется только у 30% детей.

Метод раннего профилактического бужирования считается оптимальным в случаях средней тяжести при проведении с 6 – 10 дня. Есть мнение, что бужирование следует выполнять не ранее 7 недель.

Осложнения при «слепом бужировании» возникают у 12% больных.

Принято считать, что бужирование должен производить один и тот же врач, дабы избежать перфорации. Лечение следует начинать с бужирования по металлической струне-проводнику с полыми бужами под местной анестезией. При форсированном бужировании под наркозом следует интубировать пищевод трубкой диаметром 11- 13 мм и оставлять ее сроком на 2-4 недели.

Существуют следующие опасности и осложнения при бужировании:

- Обострение воспалительного процесса после бужирования.

- Обтурация суженого пищевода

- Повреждение пищевод (при бужировании происходит надрывы, трещины и присоединившаяся инфекция может проникнуть в стенку пищевода, иногда она переходит на околопищеводную клетчатку и вызывает медиастинит с последующим развитием септического состояния. Это так называемая самопроизвольная перфорация после бужирования).

- Прободение пищевода. Ему способствует наличие карманов в рубцово-измененном пищеводе. Прободение при бужировании является одной из самых частых причин смерти после химических ожогов пищевода.

При перфорации над диафрагмой, место прободения располагается справа. К излечению склонны короткие кольцевидные стриктуры, а множественные стриктуры и тотальные трубчатые, наоборот, часто рецидивируют, при них приходится использовать бужирование «за нитку» через гастростому.

По данным наших исследований тактика бужирования позволила добиться хороших результатов в 84% случаев, удовлетворительных – в 6,3%, неудовлетворительные результаты составили 8,7%.

При неудаче бужирования прибегают к хирургическому лечению – эзофагопластике, замещая пищевод сегментами тонкой, толстой кишок или желудком.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных

5.4. Итоговый контроль знаний:

Тестовые задания по теме с эталонами ответов.
001. РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:

а) Мужчины

б) Женщины

в) В возрасте 40-50 лет

г) В возрасте 60-70 лет

д) Правильно А и Г

002. К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ФОНЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

1) Рубцовая стриктура

2) Ахалазия

3) Синдром Пламмера - Винсона

4) Пищевод Барретта

5) Кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)

003. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ:

а) Верхнюю треть

б) Среднюю треть

в) Нижнюю треть

г) Правильно Б и В

004. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

а) В печени

б) В легких

в) В почках

г) В костях

д) Во всех перечисленных органах

005. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ:

а) Язвенный

б) Узловой (бородавчато-папилломатозный)

в) Инфильтративный (скиррозный)

г) Все ответы верны

006. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Повышенное слюноотделение

б) Тошнота

в) Дисфагия

г) Рвота

д) Боли за грудиной

007. ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ИМЕТЬ:

а) Рефлекторный характер

б) Стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью

в) Смешанный-рефлекторный и механический характер

г) Все ответы верны

008. БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ:

а) Шеи

б) Грудной клетки

в) Эпигастрия

г) Все ответы верны

д) Верны ответы Б и В

009. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ:

а) Охриплость голоса

б) Кашель

в) Эмпиема плевры

г) Медиастинит

д) Всё перечисленное

010. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

а) Нарушение акта глотания

б) Изменение эластичности стенки пищевода

в) Неровность контура пищевода

г) Деформации рельефа слизистой

д) Правильно Б и Г

Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача№1

Больной 33 лет, в течение 5 лет отмечает тяжесть и боли за грудиной, резко усиливающиеся после приема пищи, дисфагию, отрыжку пищей по ночам, гнилостный запах изо рта. В анамнезе повторные бронхиты и пневмонии.

Вопросы:

1.Ваш предположительный диагноз?

2.Что необходимо провести для подтверждения диагноза?

3.С чем необходимо дифференцировать?

4.Какое лечение необходимо провести больному?

Задача № 2

Больная Ф., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, слабость, потливость, иногда затруднение при проглатывании грубой пищи. При осмотре определяется небольшое утолщение шеи, больше справа, расширение шейных вен, над яремной вырезкой прощупывается гладко-эластичное тело, которое при глотании кашле значительно выпячивается вверх, а в спокойном состоянии почти полностью погружается в грудную полость, не пульсирует. Щитовидная железа на шее не увеличена.

Вопрос:

1.О каком заболевании можно думать?

2.Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

3.Какое лечение необходимо провести больному?

Задача № 3

Больная Ф., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, слабость, потливость, затруднение при проглатывании грубой пищи. При осмотре определяется небольшое утолщение шеи, больше справа, расширение Шейных вен, над яремной вырезкой прощупывается гладко-эластичное тело, которое при глотании значительно выпячивается вверх, а в

спокойном состоянии почти полностью погружается в грудную полость, не пульсирует. Щитовидная железа на шее не увеличена.

1.Ваш предварительный диагноз?

2.Какие методы исследования необходимо выполнить у больной?

3.Какова хирургическая тактика при этом заболевании?

4.Какую операцию необходимо выполнить у больной?

5.Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

Задача № 4

Больной 60 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на дисфагию при приёме твёрдой пищи, чувство инородного тела в горле на уровне яремной вырезки. Кроме того, он сильно похудел и ослаб.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова Ваша тактика?
4. Какие современные виды эндоскопического лечения можно провести больному?
5. Какие виды пластики пищевода вы знаете?

Задача № 5

У больного имеется сужение нижней трети пищевода. Длительно страдал изжогой. Агрессивных жидкостей не употреблял. Сужение н/з пищевода.

Вопросы:

а. Чем объяснить нитевидное развитие стеноза пищевода?

б. Какое основное заболевание привело к развитию стеноза пищевода?

в. Что предпринять в создавшейся ситуации?

г. При отказе больного от радикальной операции, какую помощь необходимо предложить?

д. Как решить вопрос нетрудоспособности?

6.Домашнее задание по теме занятия.

Выдается методическая разработка для внеаудиторной работы студента по планируемой теме на следующее задание.

7.Рекомендации по выполнению НИР.

- Дифференциальная диагностика дисфагий.
- Клинические признаки перфорации пищевода.
- Рентгенологические признаки глубокой флегмоны шеи и медиастинита.
- Определение показаний к оперативному лечению дивертикулов пищевода.
- Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей пищевода.

8.. Рекомендуемая литература.

- основная:

7. Хирургические болезни/ под ред. В. Савельева и др. В 2-х Т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005

- дополнительная:

1. Стандарты практических знаний и умений по блоку хирургических дисциплин для студентов лечебного факультета (сост. П.А. Самотесов и др.), Красноярск, 2003

2. Нормативно-правовые и законодательные акты.

− Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;

− Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;

− Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. **N** 23 об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

− Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. **N** 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. № 705н»;

− Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 16.03.2011 N 174. Об утверждении Положения о лицензировании образовательной деятельности.

− Российская Федерация. Постановление Правительства РФ от 21.03.2011 N 184. Об утверждении Положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций.

− ГОСТ Р ИСО 9000-2001 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. №470-ст). «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;

− ГОСТ Р 52614.2-2006 (утвержден Приказом Ростехрегулирования от 15.12.2006 г. №309-ст) «Системы менеджмента качества. Руководящие указания по применению ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в сфере образования»;

− ГОСТ Р ИСО 9001:2008 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 18.12.2008 г. № 471-ст). «Системы менеджмента качества. Требования»

Методические рекомендации по разработке образовательных программ послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура), разработанные сотрудниками учебно-методического отдела Российской медицинской академии последипломного образования (начальник – к.пед.н, доцент С.Ю. Астанина) под руководством ректора – академика РАМН, профессора Л.К. Мошетовой.

- СТО СМК Основная профессиональная образовательная программа послевузовского профессионального образования (интернатура/ординатура). СТО СМК 4.2.16-12 : вып. 1.

Электронные ресурсы

1	ЭБС Colibris
2	ЭБС Консультант студента
3	ЭМБ Консультант врача
4	ЭБС ibooks
5	НЭБ e-Library
6	БД Nature
7	БД SAGE Premier
8	БД Oxford University Press
9	БД Scopus

10	БД Web of Science

1. **Индекс: ОД.О.01.1.4.29** Тема: «Открытые, закрытые повреждения грудной клетки».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение темы: Травмы органов грудной клетки частая и сложная патология, не редко требующая экстренного оперативного вмешательства, имеющая высокий процент летальности.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-4, ПК-5, ПК-6

- учебная: обучающийся должен:

Знать особенности клинической картины при возможных повреждениях органов грудной клетки при различных механизмах травмы, представлять объем медицинской помощи на различных этапах.

Должны иметь представления об осложнениях, связанных с не своевременном оказанием медицинской помощи.

Уметь: выявлять характерные лабораторные, инструментальные и клинические признаки, анализировать анамнестические, объективные и лабораторные данные, результаты инструментального и рентгенологического обследования больных с тем, чтобы поставить и правильно сформулировать диагноз, выбрать и обосновать наиболее рациональный метод лечения.

Владеть: Алгоритмом диагностики и лечения травм органов грудной клетки.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний

Тестирование.

1 МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ЕГО БЕСПОКОЯТ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ УШИБА, ОСОБЕННО ПРИ ДЫХАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ V-VII РЕБЕР СПРАВА ОТ ПЕРЕДНЕПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ – ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА. ПРИ ПЕРКУССИИ – ТИМПАНИТ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО – ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ОДЫШКИ И ТАХИКАРДИИ НЕТ. НЕКОТОРАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1) посттравматическая пневмония справа;

2) перелом V-VII ребер справа;

3) контузия правого легкого;

4) перелом V-VII ребер справа, травматический пневмоторакс;

5) гематома грудной стенки в области V-VII ребер.

2. МУЖЧИНА 40 ЛЕТ В АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ 4-5 ЧАСОВ ПРОСПАЛ НА УЛИЦЕ. ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ У НЕГО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ – ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 39°С. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ВНЕЗАПНО ПРИ КАШЛЕ ОТОШЛО ОКОЛО 200 МЛ ГНОЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

1) бронхоэктатическая болезнь;

2) острый абсцесс легкого;

3) плеврит;

4) обострение хронического бронхита;

5) рак легкого с развитием пневмонита.

3. У БОЛЬНОЙ С АБСЦЕССОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ОДЫШКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕНО КОЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ШИРОКИЙ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЖИДКОСТИ, РЕЗКОЕ СМЕЩЕНИЕ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ ВЛЕВО. ДИАГНОЗ?

1) эмпиема плевры;

2) бронхолегочная секвестрация;

3) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии;

4) напряженный спонтанный пневмоторакс;

5) пиопневмоторакс.

4. БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БОЛЬНИЦУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. НЕБОЛЬШОЙ ЦИАНОЗ ГУБ, ЭМФИЗЕМАТОЗНО РАСШИРЕНА ГРУДНАЯ КЛЕТКА, ИЗМЕНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК ПО ТИПУ "БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК", КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, РАССЕЯННЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КАКОМУ МЕТОДУ ОТДАДИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

1) бронхоскопия;

2) спирометрия;

3) бронхография;

4) томография;

5) рентгеноскопия грудной клетки.

5. ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА ПОКАЗАНА:

1) пункция перикарда

2) переливание крони

3) мочегонные

4) гемостатическая терапия

5) антибиотики

6. У БОЛЬНОГО 29 ЛЕТ, ГОТОВЯЩЕГОСЯ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА, ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1) антиагреганты;

2) кортикостероиды;

3) витамины группы В;

4) ненаркотические анальгетики;

5) седативные препараты. Выберите правильную комбинацию

7. МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ (СКРЫТАЯ) ВЕНА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ:

1) в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени

2) в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней

3) между листками глубокой фасции на всем протяжении

4) субфасциально

5) между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней

8. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА:

1) Тальмана

2) Шейниса

3) Гаккенбруха

4) Мейо-Претта

5) Броди-Троянова-Тренделенбурга

9. ДЛЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА ПОДВЗДОШНО-БСДРСННОГО СЕГМЕНТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

1) гиперемия кожи бедра в области прохождения вен

2) отек стопы и голени

3) распирающие боли в бедре

4) увеличение объема бедра и голени

5) цианотичность кожи бедра

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) облитерирующий тромбангит

2) облитерирующий атеросклероз

3) пункция и катетеризация артерий

4) экстравазальная компрессия артерий

5) полицитемия

5.2. Основные понятия и положения темы:

Причины травм:

1. Падение животного с высоты.

2. Автомобильные аварии.

3. Укусы более крупных животных.

4. Сдавления.

5. Огнестрельные и другие ранения грудной клетки.

Краткая характеристика травм.

- Травмы кожи и мышц грудной клетки (за редким исключением не несут опасности для жизни пациента).
- Переломы ребер (переломы последних ребер, перелом одного ребра или двух не соседних ребер, переломы ребер в верхней четверти, как правило, не требуют специального лечения).
- Разрывы диафрагмы. Большие разрывы диафрагмы приводят к смещению органов брюшной полости (чаще петель тонкого кишечника и желудка) в грудную полость. Диагностика затруднена, часто определяется через большой промежуток времени с развитием симптоматики поражения ЖКТ (рвота, кишечная непроходимость).
- Разрывы плевры и межреберных мышц. Приводят к пневмотораксу. Не всегда сочетаются с переломами ребер, что затрудняет определение места разрыва, и требует в таких случаях ревизии всей плевры.
- Гемоторакс. Скопление больших количеств крови (10 и более процентов объема легких) в грудной полости встречается довольно редко. Чаще всего мы сталкиваемся с диффузными кровоизлияниями в паренхиму легких, кровотечениями в просвет бронхов.
- Травматический отек легких. Может развиться сразу после травмы, а также в течение нескольких дней.
- Пневмоторакс. Наиболее распространенное повреждение грудной клетки. Требует постоянного мониторинга состояния пациента на протяжении нескольких суток. Прогноз лечения зависит от скорости поступления воздуха в грудную полость.

Методы диагностики.

1. Клинический осмотр. Позволяет оценить состояние внешних покровов, определить тип дыхания (грудное - брюшное), наличие парадоксального дыхания свидетельствует о переломах ребер и образовании подвижного сегмента грудной стенки, обязательная термометрия (каждые 1-2 часа до стабилизации состояния) у большинства пациентов с травмой легких отмечается быстрое падение температуры тела, аускультация легких не всегда дает представление о состоянии легких после травмы (ателектаз и дистелектаз сопровождаются ослаблением или полным отсутствием шумов

дыхания при этом патологические призвуки часто отсутствуют), но должна обязательно проводится.

2. Рентгеноскопия. Позволяет в динамике проследить работу органов грудной полости, оценить степень подвижности сломанных ребер, экскурсию диафрагмы, скорость поступления воздуха или крови в грудную полость.

3. Рентгенография. Рентгеновский снимок основной метод диагностики травм грудной клетки. Позволяет оценить степень пневматизации легких, наличие и локализацию кровоизлияний, ателектаз и дистелектаз легких, переломы ребер и сегментов грудной кости, предположить наличие разрывов диафрагмы. Стандартная методика рентгенографии предполагает наличие двух последовательно выполненных проекций легких, прямой и боковой, что дает информацию о месте наибольшей травматизации легочной паренхимы. В тех случаях, когда есть подозрение на наличие свободной жидкости в грудной полости необходимо сделать снимок с горизонтальным ходом лучей, что позволяет оценить уровень жидкости в грудной полости.

4. Контрастная рентгенография и рентгеноскопия. Использование рентгеноконтрастных веществ позволяет упростить диагностику разрывов диафрагмы и пищевода. Позволяет оценить моторику пищевода, появление контраста в грудной полости свидетельствует о его разрыве.

Лечение.

1. Цели лечебных мероприятий. Основная цель всех лечебных мероприятий состоит в восстановлении нормального газообмена в легких, что включает в себя противошоковые мероприятия, стабилизация кровообращения, нормализация объема легких и устранение повреждающих факторов.

2. Консервативные методы лечения. Первичная обработка ран, стабилизация участков грудной стенки участвующих в парадоксальном дыхании путем перевязки грудной клетки эластичным перевязочным материалом с целью уменьшить травматизацию легких подвижными отломками ребер. Закрытие проникающих ранений легких воздухонепроницаемым материалом. Восстановление объема легких путем откачивания воздуха из грудной полости. Остановка кровотечений из поверхностных ран. Интубация трахеи и переход на искусственную вентиляцию легких в случае невозможности самостоятельного дыхания. Следует избегать применения наркотизирующих средств до установления полной картины повреждения.

Медикаментозная терапия.

- Противошоковая терапия: внутривенное введение адекватных объемов плазмозамещающих растворов (предпочтение следует отдавать переливанию донорской крови), кортикостероидных препаратов.
- Коррекция ацидоза: лактатный раствор Хартмана, бикарбонат натрия.
- Стимуляторы сердечной деятельности: фосфокреатин.
- Легочные аналептики: этимизол.
- Антигипоксанты и стимуляторы кровообращения: олифен, актовегин, солкосерил, милдронат, рибоксин, пентоксифиллин, эмоксипин.
- Ноотропные препараты: пирацетам, кавинтон.
- Муколитики: амброксол, ацетилцистеин (вводится внутривенно или через интубационную трубку).
- Антибиотики: предпочтение отдается препаратам широкого спектра действия - цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим, ципрофлоксацин, тиенам.
- Диуретики: маннитол, фуросемид.
- Препараты подавляющие протеолиз в очагах повреждения: сандостатин, контрикал, гордокс. На все время лечения, до стабилизации состояния животное должно дышать воздухом содержащим повышенное содержание кислорода. Для этого пациента необходимо поместить в кислородную камеру или, если размеры животного или камеры не позволяют этого сделать, обеспечить поступление кислорода через интраназальный зонд. В зависимости от характера повреждения легких может потребоваться использование сухого, влажного или обогащенного парами этилового спирта кислорода.

Хирургическое лечение. Немедленного хирургического лечения требуют:

- Множественные переломы ребер, сопровождающиеся образованием подвижного сегмента грудной клетки, из-за дополнительной перфорации легких и плевры.
- Разрывы плевры в тех случаях когда сложно определить локализацию места разрыва может потребоваться ревизия всей грудной плевры.
- Разрывы легких, когда поступающий в грудную полость воздух, после откачивания быстро набирается вновь.
- Разрывы крупных кровеносных сосудов если не удается остановить кровотечение консервативными методами (накапливающаяся в грудной полости кровь может быть использована для аутогемотрансфузии).
- Большие разрывы диафрагмы сопровождающиеся смещением органов брюшной полости в грудную.
- Разрывы пищевода и наличие инородных тел в грудной полости.

5.3. Самостоятельная работа по теме

- отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате
- курация больных
- участие в перевязках больных, перенесших оперативное лечение
- разбор курируемых пациентов
- выявление типичных ошибок

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме занятия.

7. Механизм возникновения травм органов грудной клетки
8. Классификация травм
9. Какие осложнения возникают при повреждении органов грудной клетки
10. Хирургическая тактика при травмах органов грудной клетки
11. Какие виды травм подлежат консервативному лечению в условиях стационара, при правильной постановке диагноза
12. Какие инструментальные и аппаратные методы исследования обязательны при травмах органов грудной клетки
13. Функциональные возможности лапароскопии при травмах органов грудной клетки
14. Причины высокой летальности больных с травмами органов грудной клетки

Решение ситуационных задач

Задача №1

У больного с ножевым ранением в грудную клетку в окружности раны имеется подкожная эмфизема, гемопневмоторакса не выявляется

1. Является ли рана проникающей?
2. Как вы пришли к такому выводу?
4. Что предпринять тактически?
5. Каковы сроки нетрудоспособности после данного ранения?

Задача №2

У больного с ножевым ранением грудной клетки и закрытым пневмотораксом при плевральной пункции не удается достигнуть герметизма.

1. Чем объясняется отсутствие герметизма при пункции?
2. Надо ли дренировать плевральную полость и является ли это основным методом лечения?
3. Имеются ли показания к операции торакотомии?
4. Какие особенности интубационного наркоза во время операции при ранении легочной ткани.
5. Сроки реабилитации после лечения данного ранения?

Задача№3

Хирург произвел ушивание открытого пневмоторакса у раненого. Состояние больного после этого ухудшилось, нарастает одышка, дыхательная недостаточность, а вокруг ушитой раны появилась подкожная эмфизема.

1. Тактически правильно ли поступил хирург?
2. Почему наступило ухудшение состояния больного?
3. Неотложная помощь?
4. Что необходимо предпринять радикально?
5. Каковы сроки нетрудоспособности данного больного при правильном лечении?

Задача №4

У раненого в грудную клетку затемнен правый гемиторакс, средостение смещено влево, перкуторно тупость и дыхание не проводится, при плевральной пункции получено небольшое количество крови.

1. Как Вы сформируете диагноз?
2. Чем объяснить имеющееся состояние?
3. Консервативные методы лечения?
4. Показано ли оперативное лечение, и какое конкретно?
5. Каковы сроки реабилитации больного при таком ранении?

Задача№5

У раненого в грудную клетку рентгенологически небольшой гемоторакс слева. После ранения 1 час, состояние удовлетворительное.

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие диагностические мероприятия следует произвести?
3. Имеются ли показания к торакотомии?
4. Каков комплекс лечебных мероприятий для раненого?
5. Оптимальные сроки реабилитации при данном ранении?

6. Домашнее задание по теме занятия

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. **Индекс: ОД.О.01.1.5.30** Тема: «Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: Амбулаторно-поликлиническая служба, где начинают и завершают лечение около 80% больных хирургического профиля, – важнейший сектор системы здравоохранения, от качества функционирования которого зависит решение медико-социальных проблем, а управление амбулаторно-поликлинической помощью – одно из приоритетных направлений реформирования всей системы здравоохранения Российской Федерации.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-1, ПК-2, ПК-9, ПК-10, ПК-11

- учебная: обучающийся должен:

Знать: принципы организации работы хирургического отделения (кабинета) поликлиники, принципы работы с первичной медицинской документацией, классификацию, этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину основной хирургической патологии, лечение которой возможно в условиях поликлиники, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при хирургической патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи хирургическим больным; основные принципы и объём оказания медицинской помощи больным хирургического профиля в условиях поликлиники и на догоспитальном этапе (при экстренной хирургической патологии); кодировку хирургических заболеваний по МКБ-10; правила проведения диспансеризации хирургических больных, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: правильно собрать и интерпретировать жалобы и анамнез, придать правильное положение больному для объективного осмотра, проводить осмотр и основные физикальные методы обследования хирургического больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); назначать для подтверждения диагноза лабораторные методы обследования (анализы крови, мочи, кала, бактериологические и серологические исследования, цитологические исследования соскобов, пунктатов, промывных вод), основные инструментальные методы обследования (рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые) и интерпретировать их результаты; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с экстренной хирургической патологией и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить амбулаторную карту; сформулировать развёрнутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику; составить план лечения с учётом индивидуальных особенностей течения болезни и выполнять основные лечебные мероприятия, определить показания к операции, направлять больных на экстренную или плановую госпитализацию в стационар; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; основными приёмами физикального обследования больного (пальпация, перкуссия и аускультация живота, пальцевое ректальное исследование); техникой местной анестезии, методиками первичной хирургической обработки раны, хирургического

лечения панариция и абсцедирующего фурункула в условиях перевязочной; способностью поиска литературы и работы с литературными источниками.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестовые задания:

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

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

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

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

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

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

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

8. ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА

1) КЭК
2) курорт
3) принудительное лечение
4) работу с особым режимом
5) МСЭ

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

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

5.2. Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация и разбор больных, работа в перевязочной.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме 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.

Решение ситуационных задач по теме:

№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 ºС.

1. Ваш диагноз?

2. Каковы особенности течения заболевания у данной больной?

3. Тактика хирурга поликлиники?

4. Объём лечебных мероприятий?

5. Прогноз?

№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 булавовидно 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?

№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?

№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?

№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?

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. **Индекс: ОД.О.01.1.6.31** Тема: «Раны и раневая инфекция».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие

3. Значение темы: Учение о ранах является одной из основополагающих тем в хирургии. Вопросы лечения гнойно-некротических ран сохраняют свою актуальность. С развитием технологий растет количество огнестрельных ран. Ежегодно в стране регистрируется более 12 млн больных с ушибами, ранами, переломами костей верхних и нижних конечностей, что очень часто приводит к развитию гнойных процессов. В общей структуре хирургических заболеваний хирургическая инфекция наблюдается у 35-45% больных и протекает в виде острых и хронических болезней или нагноения посттравматических и послеоперационных ран (А.М. Светухин, ЮЛ. Амирасланов, 2003).

Проблема хирургической инфекции остается одной из актуальных в современной хирургии. Это связано как с высокой частотой заболеваемости, так и с существенными материальными затратами, что переводит эту проблему из разряда медицинских в разряд социально-экономических, т.е. государственных проблем. Особую значимость проблема приобрела в связи с ростом числа техногенных и природных катастроф, военных конфликтов и террористических актов.

К числу приоритетных вопросов вследствие большой социально-экономической значимости их решения следует отнести вопросы внутригоспитальной инфекции, развитие которой существенно увеличивает летальность, сроки пребывания пациентов в стационаре и требует значительных до¬полнительных расходов на лечение. Сегодня внутригоспитальную инфекцию переносят от 12 до 22% па¬циентов, летальность среди которых превышает 25%.

Ретроспективный анализ причин развития тяжелых гнойных осложнений у 15000 больных, переведенных из различных стационаров на лечение в специализированное отделение гнойной хирургии Института

хирургии имени А.В.Вишневского РАМН (г. Москва), выявил во многих случаях неоправданное использование антибиотиков (бензилпенициллина, полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов и аминогликозидов I-II поколений), малоэффективных в настоящее время, и устаревших препаратов для местного лечения ран (гипертонического раствора хлорида натрия, мази Вишневского, ихтиоловой мази, стрептоцидовой, тетрациклиновой, фурациллиновой, гентамициновой мази на жировой основе). В результате не обеспечивается должный антибактериальный эффект, а при местном лечении ран также не достигается необходимых обезболивающего, осмотического и противоотечного эффектов. Как показывают многочисленные исследования, изменилась и структура возбудителей гнойных осложнений ран (значительная доля приходится на анаэробы, грибы).

Формирование устойчивости микроорганизмов к «старым» препаратам диктует необходимость внедрения новых групп лекарственных средств с широким спектром активности (не только в отношении аэробов, но и анаэробов) и их применения в строгом соответствии с фазой раневого процесса..

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен обладать ПК-4, ПК-5, ПК-6
- учебная: обучающийся должен:

Знать: особенности клинической картины при ранениях при различных механизмах травмы, и фазах течения гнойного процесса, представлять объем медицинской помощи на различных этапах.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного; интерпретировать результаты обследования больных; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни. Провести предоперационную подготовку больных; проводить реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота (ПК-4, ПК-5, ПК-6).

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестирование.

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

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

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

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

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

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

7. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование:

1) Грамотрицательной микрофлоры
2) Грамположительной микрофлоры
3) Смешанной инфекции

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

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

10. Заживление раны вторичным натяжением - это:

1) Заживление через нагноение
2) Заживление через грануляции
3) Заживление по струпом
4) Всё перечисленное

5.2.Основные понятия и положения темы:

Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

Рана (vulnus) - это механическое нарушение целостности кожи или слизистой оболочки с возможным повреждением близлежащих тканей. Ранение - это механизм действия травмирующего агента на ткани и органы, вследствие которого образуется рана.

Рана - вид травмы, в том числе и операционной, и она всегда представляет угрозу развития тяжелых осложнений или даже жизни раненого. Учение о ранах является важнейшей теоретической основой хирургии, без знания которой невозможно успешное лечение ран.

Клиника ран

Клиническая картина раны зависит от масштабов местных повреждений тканей и органов и от общих реакций организма в ответ на травму.

Местными симптомами раны являются:

• боль (dolor) в момент ранения предопределяется механическим повреждением рецепторов и нервных стволов. Интенсивность боли зависит от количества нервных волокон и окончаний в области повреждения, реактивности организма и нервнопсихического состояния пострадавшего, а также скорости причинения повреждения и свойств предмета, которым оно причинено. Известно, что чувствительность к боли различных тканей и органов неодинакова. Наиболее интенсивная боль возникает в результате повреждения нервных стволов, надкостницы, пульпы зуба, пристеночной

брюшины, плевры и кожи. Менее интенсивная боль ощущается при повреждении подкожной жировой клетчатки, мышц, желудка, кишок и других органов. Безболезненными являются поражения вещества мозга и легких. Наиболее чувствительными к боли являются дети и лица с лабильной нервной системой. Чем острее оружие и чем быстрее нанесена рана, тем меньше повреждается нервных элементов и соответственно тем меньшей будет интенсивность боли. Хотя ощущение боли является защитной реакцией организма, при ее чрезмерной интенсивности истощается центральная нервная система, что способствует нарушениям функций жизненно важных органов и систем (шока);

• зияние раны (hiatus) предопределяется ее объемом, глубиной и количеством поперечно разорванных эластичных волокон кожи (лангеровских линий). Большое зияние возникает при поперечном повреждении мышц и толстого слоя подкожной жировой клетчатки;

• кровотечение (haemorrhagia) зависит от количества и анатомического строения поврежденных сосудов. Поражение крупных артерий и вен сопровождается массированным кровотечением. Поражение незначительного количества мелких сосудов и капилляров вызывает кровотечение, которое, как правило, относительно быстро прекращается, а излившаяся кровь образует сгусток. При ранах, нанесенных острыми предметами, кровотечение более выражено, чем при ранах, нанесенных тупыми предметами;

• общие реакции организма при возникновении поверхностных повреждений настолько незначительны, что клинически они не всегда определяются. При ранениях с большим участком повреждения клиническая картина и симптоматика обусловлены локализацией раны, интенсивностью кровотечения, наличием поражений жизненно важных органов, течением раневого процесса и развитием или отсутствием развития раневой инфекции.

Рана опасна острым кровотечением (что может привести к развитию у раненого анемии); развитием шока (геморрагического, травматического); повреждением жизненно важных органов (сердца, мозга и др.); развитием местной или общей инфекции (сепсиса, столбняка, бешенства, СПИДа и др.); функциональными расстройствами местного, регионарного или общего характера; смертью.

В ране различают края, стенки, дно, углы и содержимое. Размеры раны характеризуются ее длиной, шириной и глубиной. Проникая вглубь тела, раневой предмет разрушает ткани, сосуды, нервы, вызывает ушиб и сотрясение, а также оставляет после себя раневой канал.

Классификация ран

I. По характеру повреждения:

а) огнестрельная (пулевая, осколочная, в результате действия взрывной волны);

б) причиненная холодным оружием (ножевая, штыковая, другими предметами).

II. По механизму нанесения и в зависимости от ранящего агента: колотая

(vulnus punctum), резаная (vulnus incisum), рубленая (vulnus caesum), ушибленная (vulnus contusum), размозженная (vulnus conguassatum), рваная (vulnus laceratum), укушенная (vulnus morsum), отравленная (vulnus venenatum), смешанная (vulnus mixtum), огнестрельная (vulnus sclopetarium), ссадина (excoriatio), царапина (scarificatum).

III. По форме дефекта: линейная, дырчатая, лоскутная, с потерей вещества.

IV. По степени разрушения тканей:

а) с малой областью повреждения, характеризующаяся небольшим разрушением тканей по течению раневого канала, незначительным ушибом и сотрясением тканей вокруг нее (резаная, колотая, рубленая);

б) с большой областью повреждения (огнестрельная; рана, образовавшаяся в результате ушиба тяжелым предметом).

V. По глубине повреждения: поверхностная, проницаемая, сквозная, тангенциальная.

VI. По обстоятельствам получения повреждения: операционная, случайная, боевая.

VII. По степени инфицирования:

а) асептическая (операционная рана или рана, образовавшаяся после первичной хирургической обработки);

б) загрязненная микробами (в этой ране признаки воспаления не выражены);

в) инфицированная (рана имеет все клинические признаки воспаления - отек, покраснение, повышение температуры тканей, боль, нарушение функции).

VIII. Раны по виду заживления:

а) первичным натяжением (операционная рана и некоторые резаные раны);

б) вторичным натяжением (рана с нагноением и развитием грануляционной ткани);

в) под струпом (ожог).

Любая рана имеет свои особенности, которые следует учитывать во время оказания помощи.

Резаная рана наносится острым предметом. Она имеет линейную форму, острые углы, зияет, сильно кровоточит. Ткани вокруг нее почти не разрушаются. Зияние раны позволяет ее обследовать, а также способствует оттоку раневых выделений. Резаная рана наиболее благоприятна в плане заживления.

Рубленая рана причиняется тяжелым острым предметом. Она характеризуется большой глубиной, сильным кровотечением, умеренным ушибом и сотрясением тканей, возможным повреждением костей и жизненно важных органов.

Колотая рана наносится острым колющим предметом. Анатомической особенностью этой раны являются ее значительная глубина и незначительное повреждение кожных покровов, а также извилистый раневой канал. В области большого массива мышц в результате их сокращения раневой канал смещается и спадается. В этом случае при повреждении крупных сосудов, полых или паренхиматозных органов выделение кишечного содержимого или крови через рану иногда не происходит, что может явиться причиной

диагностических ошибок и неадекватного лечения. Колотые раны опасны еще и тем, что с колющим предметом в глубину тканей заносятся микроорганизмы, а раневое содержимое, не находя выхода на поверхность, становится для них питательной средой. При оказании первой помощи не рекомендуется вынимать колющий предмет из раны, чтобы не изменить направления раневого канала и иметь возможность определить его глубину.
Ушибленные, рваные и размозженные раны являются следствием действия тяжелого тупого предмета. Они характеризуются большим количеством размозженных, ушибленных, пропитанных кровью тканей со сниженной жизнеспособностью. Кровотечение при этих ранах не выражено вследствие тромбирования раздавленных сосудов. Все это создает благоприятные условия для развития инфекции. Такие раны очень болезненные, чаще всего приводят к нарушению местного кровообращения, возникновению вторичных некрозов и шока.
Укушенные раны характеризуются не столько глубиной и распространенностью повреждения, сколько массированным инфицированием вирулентной микрофлорой ротовой полости животных или человека. Течение этих ран чаще всего усложняется нагноением. Тягчайшим осложнением укуса является бешенство (rabies). Вирус бешенства выделяется больными животными большей частью со слюной, с которой в момент укуса и попадает в рану. Укусы крыс, мышей, белок и котов могут привести к развитию крысиной болезни (содоку).
Отравленные - это раны, образующиеся в результате укусов специфическими животными (ядовитыми змеями, пауками, насекомыми) или в результате загрязнения раны боевыми или промышленно-бытовыми ядовитыми веществами.
Смешанными являются раны, сочетающие в себе свойства разных ран (колото-резаная, рвано-ушибленная, загрязненная радиоактивными веществами и др.).
Огнестрельные раны делятся на пулевые, шаровые и осколочные. Вследствие специфического действия огнестрельного оружия они отличаются от других ран:
- специфическим механизмом образования;
- сложными изменениями анатомических соотношений тканей, предопределяющими сложность формы и структуры раневого канала;
- наличием большой зоны поражения близлежащих тканей (3 зоны повреждения);
- высокой степенью инфицирования;
- тяжелым течением раневых процессов.
Стенки раневого канала образуются из тканей, полностью потерявших жизнеспособность и являющихся участком первичного некроза. В поврежденных тканях обнаруживают инородные тела и микроорганизмы. К участку тканей, полностью потерявших жизнеспособность в момент ранения или в ближайшие часы после него, т. е. к участку первичного некроза непосредственно прилегают ткани (зона коммоции, молекулярного

сотрясения), изменения в которых выражены в меньшей степени, а степень их повреждения предопределяется многими факторами. Если зона первичного некроза формируется преимущественно в момент ранения или вскоре после него, то в тканях, несколько отдаленных от раневого канала, происходят более сложные изменения. Развитие вторичного некроза обусловлено как местными изменениями в тканях (развитием отека, сдавливанием в фасциальных футлярах мышц), так и нарушением внутриклеточных окислительно-восстановительных процессов с развитием метаболических нарушений, гипоксии, расстройств регионарного кровообращения, нейротрофической регуляции. Некроз тканей, особенно мышц, даже на некотором расстоянии от раневого канала создает благоприятные условия для развития анаэробной инфекции и предопределяет тяжесть течения таких ран.
Ссадина и царапина не сопровождаются масштабными повреждениями тканей, но они могут служить входными воротами для инфекции.

Раневой процесс

Раневой процесс - это совокупность последовательных изменений, происходящих в ране, и вызванных ими реакций всего организма, направленных на отграничение очага травматической деструкции, удаление из него патологических субстратов и ликвидацию последствий повреждения тканей.
Механизм развития раневого процесса относительно общей патологии - это частный случай воспаления, проявляющийся в местных деструктивно-восстановительных изменениях в ране и общих реакциях организма на раневой процесс.
Местная реакция организма на поражение. Универсальной защитной реакцией организма на травму является его способность к скорейшей локализации действия травмирующего фактора посредством формирования очага воспаления в близлежащих тканях с соответствующими сосудистыми, биохимическими и клиническими реакциями. Функциональное и морфологическое изменения, происходящие в ране, имеют определенную последовательность и условно поделены на периоды или фазы течения раневого процесса.
Наиболее распространенной является классификация М.И. Кузина (1977), в которой выделены основные фазы течения раневого процесса: первая - фаза воспаления, разделенная на два периода: период сосудистых изменений и период очищения раны от отмерших тканей; вторая - фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани; третья - фаза образования рубца и его реорганизация.
Б.М. Даценко и соавторы (1985) предложили свою классификацию раневого процесса, согласно которой различают три последовательные фазы его течения в гнойной ране: гнойно-некротическую фазу - в ране имеются некротические ткани и гнойное содержимое, края раны отекшие и уплотненные; фазу грануляций - рана очищается от гнойно-некротических

тканей и гноя, в ней появляется грануляционная ткань, постепенно заполняющая полость раны; фазу эпителизации, когда раневая поверхность покрывается эпителием, а рубец склерозируется.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

1. оценивать жалобы больного, выявляя данные за осложненное течение раневого процесса (усиление болей, появление признаков воспаления, развитие общей реакции организма в виде озноба, повышения температуры тела и др.);
2. подробно собирать анамнез заболевания, обращая особое внимание
3. на этиологические и патогенетические моменты образования раны, фоновые условия (стресс, алкогольная, медикаментозная, наркотическая интоксикация, насильственные действия и др.);
4. выявлять в анамнезе заболевания, влияющие на репаративный процесс и иммунный статус больного;
5. оценивать образ жизни и условия труда, устанавливать их возможное значение в развитии патологии;
6. производить внешний осмотр и интерпретировать полученные сведения (характер повреждения тканей, размеры раны, число повреждений, их локализация, наличие воспалительных изменений, опасность развития кровотечения, состояние регионарных лимфоузлов);

5.4. Итоговый контроль знаний.

Ответы на вопросы по теме занятия:

15.Рана и раневой процесс: определение.
16.Классификация ран.
17.Первичная хирургическая обработка раны.
18.Этапы заживления чистых ран.
19.Тактика ведения чистых ран.

Решение ситуационных задач по теме:

№1

На приеме у хирурга пациент, 32 лет, заболел 4 суток назад после приема обильной жирной пищи. Появились боли в надчревье 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 - 22,4х10, 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?

№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 - 26х109, 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?

№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?

№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, наросла 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 -

19,8х10 9, , резкий сдвиг формулы лейкоцитарной формулы влево. Из крови

высеян St. aureus.

1.Чем осложнилось течение абсцедирующего аппендикулярного инфильтрата?

2. Какие исследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

3. Хирургическая тактика и объем лечебных мероприятий?

4. Методы экстракорпоральной детоксикации при данной осложнении?189

5. Прогноз?

№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 - 26,8х10 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 1х1 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?

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. Занятие № 32 (ОД.О.01.1.6.32 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ (РАНЫ И РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ))

Тема: «Перитонит: классификация, этиопатогенез, диагностика. Методология хирургического лечения перитонита».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Значение темы: Одной из наиболее сложных проблем хирургии остается лечение абдоминальных гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений. В структуре хирургической заболеваемости перитонит и вызывающие его деструктивные поражения органов брюшной полости занимают одно из первых мест. Более того, в последние годы все чаще приходится иметь дело с запущенными формами этих заболеваний. Резко увеличилось число больных с инфицированными формами панкреонекроза, перфорацией желудочно-кишечного тракта, различными травматическими повреждениями органов брюшной полости, распространенным перитонитом различной этиологии. Летальность при этом не имеет какой-либо тенденции к снижению и колеблется, по данным последних лет, от 19 до 60%.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину перитонита, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с перитонитом; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при перитоните; кодировку перитонитапо МКБ-10; правила проведения диспансеризации при перитоните, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с перитонитом; интерпретировать результаты обследования больных с перитонитом; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с перитонитом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при перитоните и оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни и выполнять основные лечебные мероприятия при перитоните; проводить реабилитационные

мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации живота; техникой срединой лапаротомии; способами санации и дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

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

2. ДЛЯ ПЕРИТОНИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

1) рвота

2) задержка отхождения газов

3) учащение пульса

4) симптом Курвуазье

5) напряжение мышц брюшной стенки

3. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА

1) боли в животе

2) напряжение мышц передней брюшной стенки

3) рвота

4) задержка стула и газов

5) кровавый стул

4. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАН ПРИ

1) аппендикулярном инфильтрате

2) периаппендикулярном абсцессе

3) ферментативном перитоните

4) межкишечном абсцессе

5) распространённом гнойном перитоните

5. ДИАГНОЗ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

1) рентгенологически

2) анамнестически

3) на основании лабораторных признаков системного воспаления

4) по клиническим признакам

5) по характеру кишечной перистальтики

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

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

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

9. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) фашинный дренаж

2) дренаж Пенроуза

3) «сигарный» дренаж

4) дренаж Редона

5) перчаточный дренаж

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

5.2.Основные понятия и положения темы: (наглядные муляжи, таблицы и схемы по анатомии брюшной полости, доступам и оперативным вмешательствам при остромперитоните, алгоритмы оказания врачебной помощи и лечения).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных, работа с историями болезни, демонстрация и отработка практических навыков с интерпритацией результатов.

5.4. Итоговый контроль знаний
Ответы на вопросы по теме занятия.

Решение ситуационных задач по теме:

№ 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 - 18,5х109 /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.

№ 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.

№ 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

№ 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.

№ 5

Санитарным транспортом доставлен больной, 43 лет, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную рвоту, высокую температуру до 38°С. 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 со стояния. 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 выпаженное напряжение мышц вправом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина - Блюмберга. Размеры печени по Курлову 10 х 9 х 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

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.

1. Занятие № 33 (ОД.О.01.1.6.33 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ (РАНЫ И РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ))

Тема: «Хирургический сепсис. Класификация. Патогенез, клиника, диагностика».

2. Форма организации занятия: практическое занятие.

3. Значение изучения темы: И в настоящее время сепсис продолжает оставаться одной из самых сложных проблем теоретической и

практической медицины. Согласно мировой статистики, это заболевание по-прежнему продолжает оставаться одной из ведущих причин летальности при острой хирургической патологии и гнойно-воспалительных заболеваниях человека. При этом, за последние 50 лет частота сепсиса в большинстве стран мира возросла более чем в 10 раз, а летальность за последние 90 лет существенно не изменилась, оставаясь на достаточно высоких цифрах - около 30-40%, возрастая при развитии у больных септического шока до 80-90%. По литературным данным, ежегодно только в США регистрируется от 350 до 500 больных с диагнозом «сепсис», около 300 тысяч случаев септического шока и 150-200 тысяч смертельных исходов от этого заболевания.

4. Цели обучения:

- общая: обладать ОК-1, ОК-5, ОК-7, ОК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ПК-18, ПК-19, ПК-20, ПК-21, ПК-22, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27, ПК-28, ПК-29, ПК-30.

- учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую картину хирургичесого сепсиса, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования при данной патологии, алгоритм обследования, диагностические критерии, стандарты и порядки оказания квалифицированной медицинской помощи больным с хирургическим сепсисом; основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при хирургическом сепсисе; кодировку сепсиса по МКБ-10; правила проведения диспансеризации при сепсисе, законы и нормативные правовые акты, связанные с оказанием медицинской помощи населению, по работе с конфиденциальной информацией.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с хирургическим сепсисом; интерпретировать результаты обследования больных с хирургическим сепсисом; оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе больному с хирургическим сепсисом и определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения; заполнить историю болезни, амбулаторную карту; составить план лабораторного и инструментального обследований при хирургическом сепсисеи оценить результаты обследований; сформулировать развернутый клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику. Составить план лечения с учетом индивидуальных особенностей течения болезни при хирургическом сепсисеи выполнять основные лечебные мероприятия; проводить реабилитационные мероприятия и решать вопросы экспертизы нетрудоспособности пациента; осуществлять профилактику и диспансеризацию.

Владеть: врачебной этикой и деонтологией; методикой пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки, живота, мягких тканей; техникой вскрытий гнойников мягких тканей; дренирования мягких тканей и полостей организма.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестовые задания:

1. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1) повышение температуры тела выше 380 С или снижение ниже 360 С;

2) увеличение числа сердечных сокращении свыше 90 в минуту;

3) увеличение частоты дыхании (тахипноэ) свыше 20 в минуту или PaCO2 менее 32 мм рт. ст.

4) Среднее артериальное давление ≥ 100 мм рт. ст. или ≤ 65 мм рт. ст.

5) лейкоцитоз свыше 12х1012/л или менее 4х1012/л или незрелых форм более чем 10%.

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.

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 устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов

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 устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов.

5. К БИОМАРКЕРАМ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1) прокальцитонин;

2) С – реактивный белок;

3) серомукоид;

4) интерлейкин 6;

5) фактор некроза опухоли.

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.

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

8. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

1) APACHE II

2) SOFA

3) RANSON

4) GLASGO

5) MIP

9. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ПОЛИОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

1) APACHE II

2) SOFA

3) RANSON

4) GLASGO

5) MIP

10.ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЦНС ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

1) APACHE II

2) SOFA

3) RANSON

4) GLASGO

5) MIP

5.2.Основные понятия и положения темы:

(компьютерная презентация, иллюстрирующая варианты развития хирургических заболеваний, результаты инструментальных методов

исследования хирургической патологии, набор мультимедийных программ, схемы и таблицы по анатомии и оперативных вмешательств набрюшной полости).

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- разбор больных, работа с историями болезни, демонстрация и отработка практических навыков с интерпритацией результатов.Обсуждение теоретических основ текущей темы. Инструктаж обучающихся преподавателем (стандарты практических навыков, видеофильмы, истории болезней пациентов с хирургическими заболеваниями).

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме занятия.

Решение ситуационных задач по теме:

№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 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

№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 клетки справа, наросла 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

№3

На приеме у хирурга пациент, 32 лет, заболел 4 суток назад после приема обильной жирной пищи. Появились боли в надчревье 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 - 22,4х109, 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

№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 – 26х109, 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

№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, наросла 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 - 19,8х109, 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

6. Домашнее задание по теме занятия.

Согласно методическим указаниям к внеаудиторной работе по теме следующего занятия.