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

Кафедра общей хирургии

**Госпитальная хирургия**

**СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ
ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К
ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

 **для специальности 060103 - Педиатрия**

(очная форма обучения)

Красноярск

2015

УДК 617-089:616.6(07)

ББК 54.5:56.9

Ф 18

Госпитальная хирургия: сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям для специальности 060103 - Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Ю.С. Винник, А.А. Захарченко, Н.М. Маркелова [и др.]. – Красноярск: КрасГМУ, 2014. - 58 с.

**Составители:** д.м.н., проф. Винник Ю.С., д.м.н., проф. Захарченко А.А., д.м.н., доц. Маркелова Н.М., к.м.н., асс. Василеня Е.С., к.м.н., проф. Кочетова Л.В., к.м.н., асс. Пахомова Р.А.

Сборник методических указаний к практическим занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2000 по специальности 060103 - Педиатрия (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2000 г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

**Рецензенты**:

заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ, д.м.н., профессор Дыхно Ю.А

заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ, д.м.н., профессор Капсаргин Ф.П.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

2015

**Оглавление**

Тема: «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Острая артериальная непроходимость»…………………………………………... …….103

Тема: «Варикозная болезнь». 113

Тема: «Тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром. ТЭЛА». 133

Тема: «Спаечная кишечная непроходимость.». 147

Тема: «Заболевания забрюшинного пространства». 186

Тема: «Гнойные осложнения синдрома диабетической стопы» 278

Тема: «Генерализованная гнойная инфекция. Сепсис. Дифференциальная диа-гностика». 318

Тема: «Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы.» 326

Тема: « Желудочно-кишечные кровотечения. Дифференциальная диагностика»

Тема: «Послеоперационные грыжи брюшной стенки.». 336

Тема: «Острый живот. Дифференциальная диагностика» 342

Тема: «Очаговые заболевания печени» 403

Тема: «Осложнения острого аппендицита»…………………………………..413

1. Занятие №1

## Тема: «Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Острая артериальная непроходимость»

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

3. Значение изучения темы

Сосудистая травма занимает особое место в структуре скорой помощи в связи с тем, что смертность среди пациентов с сочетанной травмой и повреждением магистральных сосудов достигает 25,5%. Ранения сосудов в мирное время составляют 0,2-1,3% среди всех механических травм. Несмотря на то, что при лечении повреждений сосудов конечностей получены определенные успехи, частота ампутаций конечностей остается высокой (10-12%), что свидетельствует о больших экономических потерях общества при этом виде травмы. Повреждения магистральных сосудов сопровождаются многообразием клинических симптомов и частым сочетанием повреждений костей, мягких тканей в данной анатомической области или наличием травмы другой локализации, иногда превалирующей в общей клинической картине.

Современное хирургическое лечение повреждений магистральных сосудов заключается в остановке кровотечения и восстановлении проходимости магистральной артерии или вены. Результаты оказания медицинской помощи пострадавшим с травмой сосудов зависят от скорости доставки пострадавшего в стационар и качества оказания специализированной помощи. Часто бывает, что скорая помощь доставляет пострадавших, в том числе и с сосудистой травмой, в ближайший дежурный хирургический стационар, где оказать специализированную ангиохирургическую помощь в полном объеме не могут. Поэтому пациенты с сосудистой травмой попадают в специализированное отделение со значительной задержкой по времени. Результаты восстановительных операций на кровеносных сосудах во многом зависят от техникиих исполнения, специальных навыков, квалификации и подготовленности хирурга. При шоке и кровопотере, особенно на фоне тяжелой сочетанной травмы, при повреждении магистральной артерии конечности риск возникновения необратимых изменений в тканях очень высок. Предотвратить эти изменения можно быстрым восстановлением кровотока в поврежденном магистральном сосуде.

Цели обучения:

* - учебная: обучающийся должен **знать** современные инструментальные неинвазивные и инвазивные методы диагностики повреждений сосудов, **уметь** дифференцировать данную патологию с другими заболеваниями, интерпретировать результаты обследования (клинических анализов, рентгенограмм, специальных методов исследования), проводить консервати­вную терапию основных нозологических форм, диспансеризацию и реабилитацию больных после операции,владеть навыкамипостановки предварительного диагноза на основаниирезультатов биохимическихисследований; основами врачебных диагностическихилечебных мероприятийпооказанию первой врачебной помощипри неотложныхиугрожающих жизни состояниях; навыкамиприменения лекарственныхсредствпри лечении,реабилитациии пофилактикеразличных заболеваний и патологических состояний.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

20 мин Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

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 студентов:

а) курация больных в палате хирургического отделения

б) анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования хирургического больного

в) выполнение манипуляций в перевязочной

г) работа в диагностических кабинетах

д) объяснение алгоритма выбора того или иного метода лечения конкретной клинической ситуации, демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

е) демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в операционной.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

Тестовые задания по теме

1. ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) пальцевым прижатием, жгутом, давящей повязкой, форсированным сгибанием конечности;

2) перевязкой сосуда в ране

3) перевязкой сосуда на протяжении

4) введением коагулянтов

5) наложением сосудистого шва

2. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) пальцевым прижатием

2) наложением жгута

3) наложением давящей повязки

4) форсированным сгибанием конечности

5) наложением сосудистого шва

3. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ КРУПНЫХ СОСУДОВ

1) временная остановка кровотечения; ведение анальгетиков; вынос и эвакуация раненых со жгутом

2) переливание препаратов крови

3) ПХО раны

4) введение гемостатиков

5) первичная ампутация конечности

4. ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНОГО СОСУДА

1) незначительное кровотечение из раны

2) симптомы острой кровопотери

3) пульсация сосудов дистальнее раны.

4) гематома в области ранения

5) онемение, похолодание конечности

5. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1) артериальные, венозные

2) с повреждением окружающих тканей

3) обширные

4) механические

5) касательные

6. ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ 1 СТЕПЕНИ ЭТО

1) повреждения наружных слоев без ранения интимы

2) сквозное отверстие в стенке сосуда

3) полное пересечение сосуда

4) разрыв интимы

5) разрыв интимы и средней оболочки, образование аневризмы

7. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДОВ 3 СТЕПЕНИ ЭТО

1) повреждения наружных слоев без ранения интимы

2) сквозное отверстие в стенке сосуда

3) полное пересечение сосуда

4) разрыв интимы

5) полный перерыв сосуда, сопровождающийся обширным внутритканевым кровоизлиянием

8. НА ПОВРЕЖДЕНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ УКАЗЫВАЕТ

1) отсутствие пульса дистальнее места повреждения; гематома (свернувшаяся или пульсирующая) в тканях в зоне повреждения; сосудистые шумы при аускультации и дрожание при пальпации

2) ишемическая нейропатия

3) бледность, холодный пот, возбуждение или заторможенность

4) неврологическая симптоматика

5) АД ниже 100\60

9. В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДА ПОМОГАЮТ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1) ультразвуковая допплерография, ангиография

2) реовазография

3) рентгенография

4) плетизмография

5) энцефалография

10. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

1) ишемического инсульта

2) артериовенозных свищей

3) травматических аневризм

4) туннельного синдрома

5) олигоурии

Ситуационные задачи по теме.

**Задача №1**

В приемный покой скорой помощью доставлен больной с ножевым ранением в средней трети шеи справа.

1. Какие органы могут быть повреждены в данном случае?
2. Укажите основные клинические признаки повреждения крупных сосудов шеи
3. Укажите основные клинические признаки повреждения трахеи и гортани.
4. Укажите основные клинические признаки повреждения глотки и пищевода
5. Окажите первую помощь при ранении шеи с клиникой повреждения крупных сосудов шеи.

**Задача №2**

Скорой помощью в приемный покой доставлен мужчина 35 лет с ножевым ранением шеи. При осмотре определяется выраженная одышка, кашель с кровью. Рана 3x0,5 см на правой боковой поверхности шеи в нижней трети.

1. Чем объяснить тяжесть состояния?
2. Что срочного предпринять?
3. В чем состоит радикальное лечение?
4. Как правильно ушить рану трахеи?
5. Сроки нетрудоспособности при таком ранении?

**Задача №3**

Скорой помощью в приемный покой доставлен мужчина 35 лет. В области верхней трети правого бедра повязка обильно промокшая кровью, выше которой наложен жгут.

1. Перечислите признаки характерные для повреждения крупных сосудов?
2. В чем заключается первая врачебная помощь?
3. В чем заключается квалифицированная лечебная помощь?
4. Какие методы диагностики необходимо использовать?
5. Какие осложнения возможны?

**Задача №4**

Как врач скорой помощи вы вызваны на место автодорожной аварии. Пациент мужчина 39 лет. У него открытый перелом правого предплечья и из раны отмечается обильное кровотечение.

1. Какие встречаются повреждения сосудов?

2. Какие признаки указывают на повреждение магистральной вены?

3. Правила наложения жгута

4. Каков характер восстановительных операций при ранении магистральных артерий?

5. Реабилитация больного после оперативного вмешательства?

**Задача №5**

Как врач скорой помощи вы вызваны на место автодорожной аварии. Пациент мужчина 39 лет. У него из раны в с\3 правого бедра отмечается обильное кровотечение.

1. Классификация ранений?

2. Что включает временная остановка кровотечения?

3. Что включает окончательная остановка кровотечения?

4. Что включает борьба с анемией?

5. Какие осложнения возможны при переливании крови?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки длявнеаудиторной работы по теме.

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.

Для выполнения УИРС необходимо использовать литературу за последние 5 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используются библиографические источники из библиотеки КрасГМУ и интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии. Список тем УИРС:

* Особенности повреждений крупных артерий
* Особенности повреждений крупных вен
* Особенности послеоперационного периода при повреждении магистральных сосудов
* Методы исследования при повреждении магистральных сосудов
* Дифференциальная диагностика повреждений магистральных сосудов
* Первая врачебная и квалифицированная помощь при повреждении магистральных сосудов

1. Занятие №2

## Тема: «Варикозная болезнь

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

3. Значение изучения темы

По статистике, хроническими заболеваниями вен нижних конечностей страдает до 40% взрослого населения нашей страны. Варикозное расширение вен - наиболее часто встречающаяся патология среди населения. Ее осложнения в виде таких заболеваний, как дерматит, кровотечения, тромбоз, трофические язвы, часто приводят к длительной утрате трудоспособности, и иногда являются причиной инвалидности. Тромбоэмболия легочной артерии - одна из важнейших проблем клинической медицины. Уже более ста лет она привлекает внимание исследователей. Интерес к этой проблеме проявляют не только хирурги, но и специалисты других специальностей: терапевты, рентгенологи, патологоанатомы и др., т.к. ТЭЛА является одним из самых катастрофических осложнений, которое внезапно обрывает жизнь многих больных. Ежегодно в мире регистрируетсяоколо 600 000 случаев эмболии легочной артерии. Согласно патологоанатомическим отчетам, у 60% больных, умерших в больницах, обнаруживают признаки тромбоэмболических заболеваний. У 0,5% умерших в послеоперационном периоде, причиной смерти послужила ТЭЛА. Несвоевременное устранение угрозы и переход тромботического процесса из поверхностных в глубокие вены переводит течение заболевания в принципиально иное русло. Даже если у больного и не развивается ТЭЛА, которая непосредственно угрожает его жизни, возникший тромбоз магистральных вен и формирующаяся в последующем посттромбофлебитическая болезнь требуют сложного, дорогостоящего, длительного, иногда пожизненного лечения.

4. Цели обучения:

* учебная: обучающийся должен знать современные инструментальные неинвазивные и инвазивные методы диагностики заболеваний вен нижних конечностей, тромбозов системы нижней полой вены и тромбоэмболии легочной артерии, уметь дифференцировать данную патологию с другими заболеваниями, интерпретировать результаты обследования (клинических анализов, рентгенограмм, специальных методов исследования), проводить консервативную терапию основных нозологических форм, диспансеризацию и реабилитацию больных после операции,владеть навыкамипостановки предварительного диагноза на основаниирезультатов биохимическихисследований биологическихжидкостей человека; основамиврачебных диагностическихилечебных мероприятийпооказанию первой врачебной помощипри неотложныхиугрожающих жизни состояниях; навыкамиприменения лекарственныхсредствпри лечении,реабилитациии профилактикеразличных заболеваний и патологических состояний.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

5.2. Основные понятия и положения темы.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация больных;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

Тестовые задания по теме

1. У ЖЕНЩИНЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ГЛУБОКИЕ ВЕНЫ ПРАВОЙ ГОЛЕНИ ПРОХОДИМЫ, ИМЕЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В НИЖНЕЙ ТРЕТИ. ВЕНЫ МЯГКИЕ, Б/БОЛЕЗНЕННЫЕ, КОЖА НЕ ИЗМЕНЕНА. РЕКОМЕНДОВАНО

1) плановое оперативное лечение до родов

2) ношение эластических бинтов, радикальная флебэктомия в послеродовом периоде

3) сеансы склеротерапии до и после родов

4) операция Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальная флебэктомия после родов

5) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

2. У БОЛЬНОГО С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НОГ БОЛИ, ПОКРАСНЕНИЕ, УПЛОТНЕНИЕ ПО ХОДУ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НА ЛЕВОМ БЕДРЕ ДО СРЕДНЕЙ 1/3, ГИПЕРТЕРМИЯ. ОТЕКА И ЦИАНОЗА ПРАВОЙ НОГИ НЕТ. ТАКТИКА

1) выполнить ангиографическое исследование

2) перевязать бедренную вену

3) произвести операцию Троянова-Тренделенбурга

4) произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра

5) предписать строгий постельный режим

3. ПРОБА ПРАТТА С ДВУМЯ БИНТАМИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

1) для выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей

2) для определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей

3) для исследования недостаточности перфорантных вен

4) для диагностики окклюзии подколенной артерии

4. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ТРОМБОЗ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ТРОМБОЭМБОЛИИ

1) сосудов головного мозга

2) коронарных артерий

3) легочной артерии

4) легочных вен

5) артерий почек и печени

5. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1 неделю

2) 2 недели

3) 3 недели

4) 4 недели

5) 1,5-2 месяца

6. РЕГУЛЯРНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ТРЕБУЕТ АМБУЛАТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА

1) фенилина

2) трентала

3) антибиотиков

4) курантила

5) венорутона

7. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ

1) Гаккенбруха

2) Пратта-2

3) Гоманса

4) Дельбе-Пертеса

5) Шварца-Хейердала

8. ДЛЯ ОСТРОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА ХАРАКТЕРНО

1) резкий отек и гиперемия нижней конечности

2) аритмия;

3) отсутствие пульса на артериях стопы

4) перемежающаяся хромота

5) неустойчивый стул

9. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ

1) Гаккенбруха

2) Пратта-2

3) Гоманса

4) Дельбе-Пертеса

5) Шварца-Хейердала

10. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОБУ

1) трехжгутовую (Шейниса)

2) маршевую (Дельбе-Пертеса)

3) Троянова-Тренделенбурга

4) Пратта-2

5) Дельбе-Пертеса

Ситуационные задачи по теме.

**Задача №1**

В клинику для планового оперативного лечения варикозной болезни поступила больная 42 лет.

1. Какие пробы существуют для выявления несостоятельности перфорантных вен?

2. Какая операция выполняется при несостоятельности перфорантных вен?

3. Какие клинические проявления варикозной болезни являются показание к операции?

4. Сформулируйте показания для флебосклерозирующего лечения. Какую цель преследует операция Троянова-Тренделенбурга? В чем заключается эта операция?

5. Диспансеризация?

**Задача №2**

Женщина 38 лет, в анамнезе 2 самостоятельных родов, обратилась в поликлинику с жалобами на ощущение тяжести и полноты в правой нижней конечности, иногда ноющих болей, судорожных сокращений мышц ночью. Отеков правой нижней конечности не отмечает. При осмотре отмечаются телеангиэктазии в области правого голеностопного сустава.

1. Сформулируйте диагноз? Определите степень хронической венозной недостаточности. Обоснуйте ответ.
2. Предложите оптимальный на Ваш взгляд метод лечения. Обоснуйте ответ.
3. Что позволяет определить ультразвуковое сканирование при варикозной болезни сосудов нижних конечностей?
4. Какие задачи призвана решать фармакотерапия варикозной болезни?
5. Профилактика прогрессирования варикозной болезни?

**Задача №3**

У больного 46 лет клинически выявлен диагноз варикозной болезни, ХВН II ст.

1. Какое исследование оптимально определения состояния клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен.

2. Как проявляется ХВН II ст.

3. Какие задачи должна решать диагностика варикозной болезни вен нижних конечностей.

4. Показано ли оперативное лечение при ХВН-II ст., если да, то какие операции и в чем они заключаются.

5. Реабилитация пациентов после венэктомии?

**Задача №4**

Больная 46 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на болезненность по ходу большой подкожной вены на левом бедре и голени, по ходу вены резкая гиперемия. Температура тела 37,8 С. В анамнезе в течение 3 лет варикозное расширение вен левой нижней конечности.

1. Ваш диагноз?
2. Какая опасность грозит пациенту?
3. Какой метод диагностики оптимален при данном состоянии?
4. Предложите оптимальный на Ваш взгляд метод лечения?
5. Реабилитация пациентов после венэктомии?

**Задача №5**

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на наличие расширенных вен на правой нижней конечности, болезненность в области расширенных вен, чувство тяжести в ноге, преходящая отечность. Пробы Боди-Троянова-Тренделенбурга и Пратта положительны. При Дуплексном сканировании вен правой нижней конечности: Значительный сброс в устье большой подкожной вены справа, несостоятельность перфорантных вен голени и средней трети бедра справа. Глубокие вены бедра и голени без изменений.

1. Оцените степень ХВН. Обоснуйте ответ.

2. Определите тактику лечения.

3. Целесообразно ли в данном случае проведение флебографии.

4. Возможно ли у данного пациента использование склеротерапии. Обоснуйте ответ. Какое оперативное лечение возможно?

5. Прогноз?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.

Для выполнения УИРС необходимо использовать литературу за последние 10 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используются библиографические источники из библиотеки КрасГМУ и интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии. Список тем УИРС:

1. Клиника и диагностика варикозного расширения вен нижних конечностей;
2. Этиология и патогенез тромбозов НПВ;
3. Особенности диагностики сочетанных и комбинированных тромбозов НПВ;
4. Дифференциальная диагностика ТЭЛА;
5. Тактика консервативного лечения больных с ТЭЛА;
6. Экстренная хирургия ТЭЛА;
7. Диспансеризация больных с тромбозами НПВ и ТЭЛА.

1. Занятие №3

## Тема: «Тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром. ТЭЛА

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

3. Значение изучения темы

По статистике, хроническими заболеваниями вен нижних конечностей страдает до 40% взрослого населения нашей страны. Варикозное расширение вен - наиболее часто встречающаяся патология среди населения. Ее осложнения в виде таких заболеваний, как дерматит, кровотечения, тромбоз, трофические язвы, часто приводят к длительной утрате трудоспособности, и иногда являются причиной инвалидности. Тромбоэмболия легочной артерии - одна из важнейших проблем клинической медицины. Уже более ста лет она привлекает внимание исследователей. Интерес к этой проблеме проявляют не только хирурги, но и специалисты других специальностей: терапевты, рентгенологи, патологоанатомы и др., т.к. ТЭЛА является одним из самых катастрофических осложнений, которое внезапно обрывает жизнь многих больных. Ежегодно в мире регистрируетсяоколо 600 000 случаев эмболии легочной артерии. Согласно патологоанатомическим отчетам, у 60% больных, умерших в больницах, обнаруживают признаки тромбоэмболических заболеваний. У 0,5% умерших в послеоперационном периоде, причиной смерти послужила ТЭЛА. Несвоевременное устранение угрозы и переход тромботического процесса из поверхностных в глубокие вены переводит течение заболевания в принципиально иное русло. Даже если у больного и не развивается ТЭЛА, которая непосредственно угрожает его жизни, возникший тромбоз магистральных вен и формирующаяся в последующем посттромбофлебитическая болезнь требуют сложного, дорогостоящего, длительного, иногда пожизненного лечения.

4. Цели обучения:

* учебная: обучающийся должен знать современные инструментальные неинвазивные и инвазивные методы диагностики заболеваний вен нижних конечностей, тромбозов системы нижней полой вены и тромбоэмболии легочной артерии, уметь дифференцировать данную патологию с другими заболеваниями, интерпретировать результаты обследования (клинических анализов, рентгенограмм, специальных методов исследования), проводить консервативную терапию основных нозологических форм, диспансеризацию и реабилитацию больных после операции,владеть навыкамипостановки предварительного диагноза на основаниирезультатов биохимическихисследований биологическихжидкостей человека; основамиврачебных диагностическихилечебных мероприятийпооказанию первой врачебной помощипри неотложныхиугрожающих жизни состояниях; навыкамиприменения лекарственныхсредствпри лечении,реабилитациии профилактикеразличных заболеваний и патологических состояний.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

5.2. Основные понятия и положения темы.

5.3. Самостоятельная работа по теме:

- курация больных;

- заполнение историй болезни;

- разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

Тестовые задания по теме

1. У ЖЕНЩИНЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ГЛУБОКИЕ ВЕНЫ ПРАВОЙ ГОЛЕНИ ПРОХОДИМЫ, ИМЕЕТСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В НИЖНЕЙ ТРЕТИ. ВЕНЫ МЯГКИЕ, Б/БОЛЕЗНЕННЫЕ, КОЖА НЕ ИЗМЕНЕНА. РЕКОМЕНДОВАНО

1) плановое оперативное лечение до родов

2) ношение эластических бинтов, радикальная флебэктомия в послеродовом периоде

3) сеансы склеротерапии до и после родов

4) операция Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальная флебэктомия после родов

5) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

2. У БОЛЬНОГО С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НОГ БОЛИ, ПОКРАСНЕНИЕ, УПЛОТНЕНИЕ ПО ХОДУ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НА ЛЕВОМ БЕДРЕ ДО СРЕДНЕЙ 1/3, ГИПЕРТЕРМИЯ. ОТЕКА И ЦИАНОЗА ПРАВОЙ НОГИ НЕТ. ТАКТИКА

1) выполнить ангиографическое исследование

2) перевязать бедренную вену

3) произвести операцию Троянова-Тренделенбурга

4) произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра

5) предписать строгий постельный режим

3. ПРОБА ПРАТТА С ДВУМЯ БИНТАМИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

1) для выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей

2) для определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей

3) для исследования недостаточности перфорантных вен

4) для диагностики окклюзии подколенной артерии

4. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ТРОМБОЗ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ТРОМБОЭМБОЛИИ

1) сосудов головного мозга

2) коронарных артерий

3) легочной артерии

4) легочных вен

5) артерий почек и печени

5. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1 неделю

2) 2 недели

3) 3 недели

4) 4 недели

5) 1,5-2 месяца

6. РЕГУЛЯРНЫЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ТРЕБУЕТ АМБУЛАТОРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА

1) фенилина

2) трентала

3) антибиотиков

4) курантила

5) венорутона

7. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ

1) Гаккенбруха

2) Пратта-2

3) Гоманса

4) Дельбе-Пертеса

5) Шварца-Хейердала

8. ДЛЯ ОСТРОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА ХАРАКТЕРНО

1) резкий отек и гиперемия нижней конечности

2) аритмия;

3) отсутствие пульса на артериях стопы

4) перемежающаяся хромота

5) неустойчивый стул

9. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ПРОБУ

1) Гаккенбруха

2) Пратта-2

3) Гоманса

4) Дельбе-Пертеса

5) Шварца-Хейердала

10. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОБУ

1) трехжгутовую (Шейниса)

2) маршевую (Дельбе-Пертеса)

3) Троянова-Тренделенбурга

4) Пратта-2

5) Дельбе-Пертеса

Ситуационные задачи по теме.

**Задача №1**

В клинику для планового оперативного лечения варикозной болезни поступила больная 42 лет.

1. Какие пробы существуют для выявления несостоятельности перфорантных вен?

2. Какая операция выполняется при несостоятельности перфорантных вен?

3. Какие клинические проявления варикозной болезни являются показание к операции?

4. Сформулируйте показания для флебосклерозирующего лечения. Какую цель преследует операция Троянова-Тренделенбурга? В чем заключается эта операция?

5. Диспансеризация?

**Задача №2**

Женщина 38 лет, в анамнезе 2 самостоятельных родов, обратилась в поликлинику с жалобами на ощущение тяжести и полноты в правой нижней конечности, иногда ноющих болей, судорожных сокращений мышц ночью. Отеков правой нижней конечности не отмечает. При осмотре отмечаются телеангиэктазии в области правого голеностопного сустава.

1. Сформулируйте диагноз? Определите степень хронической венозной недостаточности. Обоснуйте ответ.
2. Предложите оптимальный на Ваш взгляд метод лечения. Обоснуйте ответ.
3. Что позволяет определить ультразвуковое сканирование при варикозной болезни сосудов нижних конечностей?
4. Какие задачи призвана решать фармакотерапия варикозной болезни?
5. Профилактика прогрессирования варикозной болезни?

**Задача №3**

У больного 46 лет клинически выявлен диагноз варикозной болезни, ХВН II ст.

1. Какое исследование оптимально определения состояния клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен.

2. Как проявляется ХВН II ст.

3. Какие задачи должна решать диагностика варикозной болезни вен нижних конечностей.

4. Показано ли оперативное лечение при ХВН-II ст., если да, то какие операции и в чем они заключаются.

5. Реабилитация пациентов после венэктомии?

**Задача №4**

Больная 46 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на болезненность по ходу большой подкожной вены на левом бедре и голени, по ходу вены резкая гиперемия. Температура тела 37,8 С. В анамнезе в течение 3 лет варикозное расширение вен левой нижней конечности.

1. Ваш диагноз?
2. Какая опасность грозит пациенту?
3. Какой метод диагностики оптимален при данном состоянии?
4. Предложите оптимальный на Ваш взгляд метод лечения?
5. Реабилитация пациентов после венэктомии?

**Задача №5**

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на наличие расширенных вен на правой нижней конечности, болезненность в области расширенных вен, чувство тяжести в ноге, преходящая отечность. Пробы Боди-Троянова-Тренделенбурга и Пратта положительны. При Дуплексном сканировании вен правой нижней конечности: Значительный сброс в устье большой подкожной вены справа, несостоятельность перфорантных вен голени и средней трети бедра справа. Глубокие вены бедра и голени без изменений.

1. Оцените степень ХВН. Обоснуйте ответ.

2. Определите тактику лечения.

3. Целесообразно ли в данном случае проведение флебографии.

4. Возможно ли у данного пациента использование склеротерапии. Обоснуйте ответ. Какое оперативное лечение возможно?

5. Прогноз?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме.

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.

Для выполнения УИРС необходимо использовать литературу за последние 10 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используются библиографические источники из библиотеки КрасГМУ и интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии. Список тем УИРС:

1. Клиника и диагностика варикозного расширения вен нижних конечностей;
2. Этиология и патогенез тромбозов НПВ;
3. Особенности диагностики сочетанных и комбинированных тромбозов НПВ;
4. Дифференциальная диагностика ТЭЛА;
5. Тактика консервативного лечения больных с ТЭЛА;
6. Экстренная хирургия ТЭЛА;
7. Диспансеризация больных с тромбозами НПВ и ТЭЛА.

**1. Занятие №4**

## Тема: «Спаечная кишечная непроходимость»

2. Форма работы:

подготовка к практическим занятиям.

подготовка материалов по НИРС

3. Значение темы: язвенный колит – хроническое заболевание,характеризующееся некротизирующим воспалением слизистой оболочки и подслизистого слоя толстой кишки неспецифического характера неизвестной этиологии с развитием местных и системных осложнений. По тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимает одно из ведущих мест среди болезней желудочно-кишечного тракта, при этом ежегодно отмечается прирост заболеваемости во всем мире. Знание особенностей развития, клиники и диагностики является необходимым в практике хирургических специальностей.

4. Цель занятия:

на основе теоретических знаний и практических умений, обучающийся **должен**

**знать:** этиологию, патогенез и классификацииязвенного колита, тактику врача в зависимости от стадии заболевания, консервативные методы лечения, показания и противопоказания к тем или иным методам лечения, оперативные методы лечения, современные консервативные методики лечения, осложнения хирургической коррекции и способы устранения,

**уметь:** классифицировать язвенный колит, провести осмотр пациента для установки диагноза, заполнить протокол проведения ректороманоскопии, определить показания и выбрать метод лечения, ассистировать на выполнении оперативных вмешательств, распознать ранние и поздние осложнения лечения и выбрать наиболее подходящий метод коррекции.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний (тесты).

5.2. Основные понятия и положения темы (таблицы, схемы, алгоритмы, слайды)

5.3. Самостоятельная работа по теме:

а) отработка практических навыков

б) участие в осмотрах больных

в) участие в перевязках больных

г) разбор курируемых пациентов

г) выявление типичных ошибок

5.4. Итоговый контроль знаний:

решение ситуационных задач

подведение итогов.

Тестовые задания

1. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ

1) аналогичной острой дизентерии

2) крайне редко

3) 1:1 000 больных с хроническими колитами

4) 1:1 000 человек населения

5) 4-20:100000 человек населения

2. ПРИЧИНА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

1) психическая травма

2) физическая травма

3) перенесенная кишечная инфекция

4) микробное начало

5) причина неизвестна

3. КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВКЛЮЧАЕТ

1) этиологического принципа

2) стадия процесса

3) вид возбудителя

4) тип язв

5) активность процесса

4. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

1) понос

2) угревая сыпь

3) запоры

4) боли в животе

5) тошнота и рвота

5. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ВКЛЮЧАЕТ

1) имодиум

2) солевые слабительные

3) антихолинэстеразные препараты

4) ганглиоблокаторы

5) стероидные гормоны

6. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

1) кровотечение

2) острая токсическая дилатация толстой кишки

3) отсутствие эффекта от консервативной терапии

4) острая форма болезни

5) рак на фоне неспецифического язвенного колита

7. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ЭКСТРЕННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

1) холод местно

2) применение гемостатиков, препаратов крови и ее дериватов

3) применение противошоковых инфузионных сред

4) назначение стероидных препаратов

5) назначение наркотических средств

8. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

1) применение гемостатических средств

2) проведения курса стероидной терапии

3) проведения курса антибиотикотерапии

4) коррекция гомеостаза

5) лаваж толстой кишки

9. К ВИДАМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ОТНОСЯТСЯ

1) эндотрахеальный наркоз

2) спинальная анестезия

3) комбинированный наркоз

4) проводниковая анестезия

5) внутривенное обезболивание

10. К ЧИСЛУ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ, ОТНОСЯТСЯ

1) колопроктэктомия

2) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

3) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илео - и сигмостомы

4) левосторонняя гемиколэктомия

5) брюшно-анальная резекция прямой

кишки

Ситуационные задачи по теме:

Задача №1

У больного, страдающего тяжелой формой язвенного колита, через час от момента наступления острой токсической дилатации толстой кишки открылось профузное толстокишечное кровотечение с выделением алой крови. Проводимая интенсивная терапия в течение 2 часов без эффекта.

1. Чем обусловлено появление кровотечения?

2. Какое лечение следует применить больному?

3. Какая операция является методом выбора для лечения данных опасных для жизни осложнений?

4. Какие препараты будут использоваться в предоперационной подготовке?

5. В какие сроки возможно проведение следующего этапа операции?

Задача №2

У больного 45 лет, впервые выявленный язвенный колит, средней степени тяжести, тотальное поражение, активность 3. При поступлении состояние средней тяжести, в клинике превалирует частый жидкий стул с обильной примесью крови и слизи.

1. Какой вид лечения вы выберите?
2. Какие показания к данному лечению?
3. Какие препараты вы будете использовать?
4. Преимущественный путь введения?
5. Показания к операции?

Задача №3

У больной 42 лет, страдающей среднетяжелой формой ЯК, на фоне обострения заболевания произошло резкое ухудшение состояния. Отмечается сильное вздутие живота и асимметрия брюшной стенки. Перистальтика кишечника отсутствует, число дефекаций значительно уменьшилось. Температура 39 градусов С.

1. Какое осложнение ЯК следует заподозрить?

2. Какое исследование необходимо провести больной для подтверждения диагноза?

3. Какое лечение следует предпринять?

4. Какой объем лечения наиболее рациональный?

5. В какой срок показано оперативное лечение?

Задача №4

Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови и слизи до 8 раз за сутки, периодические боли в левых отделах живота. при эндоскопии признаки язвенного колита с активностью 2, множество псевдополипов, по ирригоскопии – левосторонне поражение.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования можно выполнить?
3. План консервативного лечения
4. Препарат выбора для комбинированного терапевтического лечения?
5. Показания к оперативному лечению

Задача №5

У больной 23 лет после эмоционального стресса возникли тянущие боли по ходу ободочной кишки, стул до 6 раз в сутки с примесью слизи, тенезмы, из анамнеза известно, что появление подобных жалоб связывает с употреблением в пищу томатов, цельного молока.

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 для уяснения темы занятия:

Подготовка к занятию по плану следующего методического указания.

7. Рекомендации по выполнению НИРС (список тем):

1. Современные препараты в лечении ЯК
2. Хирургическое лечение язвенного колита
3. Этиология и патогенез язвенного колита

**1. Занятие №6**

**Тема: «Гнойные осложнения синдрома диабетической стопы»**

**2. Формы работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

**3.Значение темы.**

По данным Всемирной организации здравоохранения во всех странах мира насчитывается более 120 млн. больных сахарным диабетом (СД). Изменения в сосудистой, нервной и костной системах при сахарном диабете, наиболее выраженные в периферических отделах нижних конечностей, способствуют частому развитию гнойно-некротических процессов в стопе. Различные гнойные и гнойно-некротические поражения стоп (флегмоны, гангрена пальцев и стоп, трофические язвы, остеомиелиты и др.) отмечаются у 64,8 % больных сахарным диабетом (Мохов Е. М. с соавт., 2005). О важности этой проблемы может свидетельствовать и высокий процент инвалидизации среди этих больных.

**4. Цели обучения:**

***учебная***:

* обучающийся **должензнать** классификацию синдрома диабетической стопы (СДС), характеристику различных этиопатогенетических форм заболевания, возможные осложнения. Ориентироваться в вопросах этиологии, патогенеза. Представлять алгоритм диагностики и принципы лечения СДС в зависимости от характера патологическогопроцесса;
* обучающийся **должен обладать** способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного; - способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
* обучающийся **должен у*меть*** собрать анамнез, провести физикальный осмотр, сформулировать диагноз, выбрать адекватную тактику лечения;
* обучающийся **должен*владеть*** этическими и деонтологичесимипринципами общения.

**5. План изучаемой темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

Устный опрос, тестовый контроль

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

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

* курация больных хирургического отделения
* анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования
* работа в перевязочной под контролем преподавателя / врача отделения
* участие в диагностических манипуляциях
* посещение операционной,
* заполнение историй болезни;
* разбор курируемых больных.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

 **ответы на вопросы по теме занятия:**

1. Понятие синдрома диабетической стопы и диабетической микроангиопатии.
2. Патогенез нарушений микроциркуляции при сахарном диабете
3. Варианты течения синдрома диабетической стопы.
4. Клиника и диагностика синдромадиабетической стопы и гнойных осложнений.
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения.
6. Методы оценки результатов лечения.
7. Реабилитация и диспансеризация больных с синдромом диабетической стопы и микроангиопатиями.
8. Роль организации плановой помощи в ранней диагностике и лечении СДС.
9. Неинвазивные и инвазивные методы исследования.
10. Роль высоких технологий в диагностике и лечении СДС

**Решение тестовых заданий:**

1. ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ИГРАЮЩИЙ ГЛАВНУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ СДС

1) полинейропатия, микроангиопатия

2) гиперхолистеринемия

3) нарушение регенерации

4) нарушение функции печени

5) нарушение функции поджелудочной железы

2. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ ПРИ СДС ИСПОЛЬЗУЮТ

1) определение ригидности затылочных мышц

2) определение болевой чувствительности с помощью иголки

3) определение общей чувствительности с помощью ангиотензина

4) симптом Кернига

5) позу Ромберга

3. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ПРИ СДС

1) ультразвуковая допплерография с определением лодыжечно-плечевого индекса

2) ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным картированием

3) рентгеноконтрастная ангиография артериального русла нижних конечностей

4) радиоизотопная ангиография

5) магнитно резонансная томография

4. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СТЕПЕНИ ИШЕМИИ СТОПЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) ультразвуковая допплерография с определением лодыжечно-плечевого индекса

2) ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным картированием

3) рентгеноконтрастная ангиография артериального русла нижних конечностей

4) определение транскутанного напряжения кислорода на стопе

5) радиоизотопная ангиография

5. В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) терапия, направленная на компенсацию сахарного диабета

2) глубокая рентгенотерапия

3) нестероидные противовоспалительные препараты

4) глюкокортикостероиды

5) повышенная физическая нагрузка

6. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СДС

1) нарушение чувствительности

2) лихорадка, связанная с наличием очага воспаления

3) отсутствие пульсации артерии стопы

4) выраженная сухость кожных покровов стопы

5) перемежающаяся хромота

7. ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ СДС

1) местно

2) внутримышечно

3) внутривенно

4) внутриартериально

5) внутрикостно

8. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЛЕЖИТ ПРИНЦИП

1) хирургической обработки гнойного очага, полной разгрузки конечности

2) назначения повышенных доз инсулина

3) применения гепатопротекторов

4) возможно более ранней и высокой ампутации

5) выполнения экстренной ангиографии

9. ПОКАЗАНИЯ К АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ СДС

1) нарушение чувствительности

2) влажная гангрена стопы с распространением инфекции на проксимальные отделы конечности

3) перемежающаяся хромота

4) сухая гангрена пальца стопы

5) боли в стопе

10. БОЛЬНЫЕ С НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЖАЛУЮТСЯ НА

1) сильные боли в ногах, иррадиирущие в поясницу

2) боли в нижних конечностях по типу «перемежающейся хромоты»

3) резкое снижение чувствительности стоп и парестезии

4) боли в икроножных мышцах после непродолжительной ходьбы и нарушение чувствительности и парестезии в области стоп

5) выраженная сухость кожных покровов стоп

**Решение ситуационных задач по теме:**

**Задача №1**

В поликлинику обратился больной 61 года, в анамнезе в течение 20 лет страдает сахарным диабетом, перемежающей хромотой (около 100-150 м), зябкость стоп в зимнее время, снижение чувствительности стоп. Является курильщиком с 35 летним стажем, при объективном обследовании выявлено резкое ослабление пульсации на стопах и правой подколенной артерии. Имеется некроз 3-4 пальцев правой стопы.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача поликлиники?
3. Диагностические мероприятия?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз, реабилитация?

**Задача №2**

В приемный покой хирургического стационара обратился больной 72 лет, с жалобами на наличие трофической язвы на 3 пальце левой стопы, боль в области трофической язвы, слабость, повышение температуры тела до 37,5 С. При осмотре: левая стопа бледная, прохладная на ощупь, вены запустевшие, деформация костей отсутствует. Чувствительность в области левой стопы сохранена. На тыльной поверхности 3 пальца левой стопы имеется трофическая язва 1х1х0,3 см, с неровными краями, в дне трофической язвы определяется сухожилие. Отделяемое из трофической язвы серозно-гнойное, скудное. Пальпация 3 пальца левой стопы резко болезненная. Пульсация на бедренных артериях сохранена, на подколенных артериях и артериях стоп ослаблена. Больной страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет.

1. Ваш диагноз?
2. Какие инструментальные методы обследования необходимо выполнить больному?
3. Лечебная тактика?
4. Какая группа инвалидности показана больному?
5. Прогноз, профилактика?

**Задача №3**

В поликлинику обратился больной Ш., 89 лет, с жалобами на отек, гиперемию правой стопы, боль в области 5 пальца правой стопы, почернение 5 пальца правой стопы. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет больной страдает сахарным диабетом. Последние 10 лет отмечает боль в стопах в покое, чувство онемения и зябкости стоп, снижение чувствительности в области стоп. При осмотре: правая стопа прохладная на ощупь, с участками гиперкератоза, пальпация правой стопы безболезненная. Имеется деформация стоп. На ангиографии сосудов правой нижней конечности магистральные артерии проходимы, имеется сегментарный стеноз бедренной артерии до 30% на протяжении 4 см.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Перечислите направления консервативной терапии для коррекции ишемии конечностей?
4. Перечислите принципы консервативной терапии у данного больного после выписки из стационара
5. Прогноз, диспансеризация?

**Задача №4**

К врачу поликлиники обратилась больная 54 лет, с жалобами на наличие трофической язвы на левой стопе, слабость. Из анамнеза известно, что в течение последних 15 лет больная страдает сахарным диабетом 2 типа. При осмотре на левая стопа теплая на ощупь, пульсация на бедренных артериях сохранена, на подколенных артериях и артериях стопы ослаблена, вены стоп полнокровны. Чувствительность в области стоп снижена, кожа на стопах ороговевшая, местами имеются нарывы, трещины. На подошвенной поверхности левой стопы имеется трофическая язва 2х2х0,3 см в диаметре, с зоной перифокального воспаления. Отделяемое из трофической язвы гнойное, скудное.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные обследования необходимо выполнить?
3. Лечебная тактика?
4. Перечислите факторы риска развития данного заболевания?
5. Прогноз, диспансеризация?

**Задача №5**

В хирургическое отделение поступил больной 74 лет с жалобами на отек, гиперемию левой стопы, боль в левой стопе, повышение температуры тела до 38 С. Длительно лечился по поводу инфицированной трофической язвы на подошвенной поверхности левой стопы. Лечился амбулаторно. При осмотре левая стопа отечная, гиперемированная, на подошвенной поверхности определяется инфильтрат 5\*5 см, резко болезненный, с флюктуацией в центре.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга
3. Консервативная терапия?
4. Критерии отнесения больного к группе риска по синдрому диабетической стопы?
5. Прогноз, диспансеризация?

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

(формулировка темы следующего занятия, раздача методических рекомендаций для внеаудиторной работы следующей темы)

**7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой**

* 1. Современные виды диагностики СДС
	2. Дифференциальная диагностика различных форм диабетической стопы
	3. Современные принципы лечения в зависимости от стадии и формы СДС.
	4. Принципы лечения СДС
	5. Современные методы хирургического лечения СДС

1. Занятие №8

## Тема: «Генерализованная гнойная инфекция. Сепсис. Дифференциальная диа-гностика»

2. Формы работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

3.Значение темы.

Сепсис («заражение крови») одно из самых опасных и тяжёлых осложнений раневой инфекции. Актуальность проблемы сепсиса определяется тремя факторами: частотой развития, высокой летальностью и значительной стоимостью лечения. Летальность при сепсисе остаётся чрезвычайно высокой и достигает 35-69% (в зависимости от формы сепсиса и вида возбудителя), а при септическом шоке достигает 90%. Неутешительны отдаленные результаты лечения сепсиса.

4.Цели обучения:

* ***общая***: должен обладать способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну; а также способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками;
* **учебная**:
* обучающийся **должензнать** классификацию, клиническую картину, стадии и исходы сепсиса, значение ранней диагностики. Дать понятие о синдроме полиорганной недостаточности и септическом шоке. Знать алгоритм диагностики и принципы хирургического лечения гнойных очагов при сепсисе, методы активной детоксикации организма, особенности современной антибактериальной и иммунотерапии, коррекции нарушения гомеостаза и ухода за септическими больными;
* обучающийся **должен** проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного; выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
* обучающийся **должен у*меть*** интерпретировать анализы крови септического больного, оценить маркеры сепсиса, уметь отличить септическую рану от несептической, составить план лечения септического больного, определиться с диагнозом, выбрать адекватную тактику лечения;
* обучающийся **должен*владеть*** этическими и деонтологичесимипринципами общения.

5.План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний (устный опрос, тестовые задания)

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

* курация больных хирургического отделения
* анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования
* работа в перевязочной под контролем преподавателя / врача отделения
* участие в диагностических манипуляциях
* посещение операционной,
* заполнение историй болезни;
* разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

Ответы на вопросы по теме занятия:

1) Определение сепсиса

2) Классификация сепсиса по микробному возбудителю

3) Классификация сепсиса по локализации первичного очага

4) Классификация сепсиса по клиническому течению

5) Классификация сепсиса по выраженности клинических проявлений

6) Классификация сепсиса по времени развития

7) Виды ответной реакции макроорганизма в зависимости от состояния реактивности (защитных сил)

8) Три основных фактора в патогенезе сепсиса

9) Синдром системной воспалительной реакции

10) Какие органы наиболее подвержены патологическим изменениям при сепсисе?

11) Общие клинические симптомы сепсиса

12) Характерные изменения сердечно-сосудистой системы при сепсисе

13) Характерные изменения паренхиматозных органов при сепсисе

14) Особенности раневого процесса при сепсисе

15) Бактериологические исследования при сепсисе

16) Осложнения сепсиса

17) Принципы лечения сепсиса

18) Принципы местного лечения очага при сепсисе

19) Рациональные пути введения антибиотиков при сепсисе

20) Современные методы детоксикации при сепсисе

21) Специфические и неспецифические способы повышения защитных сил макроорганизма

Решение тестовых заданий:

1. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ВОЗМОЖЕН ПРИ

1) вторичных распространенных гнойных перитонитах (деструкция полого органа, запущенные формы кишечной непроходимости)

2) столбняке

3) ХПН

4) деструктивной пневмонии

5) остром парапроктите

2. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «СЕПСИС» НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

1) спектр предполагаемых возбудителей в зависимости от локализации первичного очага

2) наличие дисбактериоза

3) грибковые поражения кожи

4) результат бактериологического исследования

5) диарея

3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ВКЛЮЧАЕТ

1) энтеростомию

2) ликвидацию патологического очага, санацию брюшной полости, дренирование, декомпрессию тонкого кишечника

3) дренирование забрюшинного пространства

4) ушивание брюшной полости наглухо

5) люмботомию

4. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ И РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

1) 24 часа

2) 48 часов

3) 72 часа

4) 96 часов

5) по показаниям

5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

1) приточно-аспирационное дренирование

2) дренаж Пенроуза

3) «сигарный» дренаж

4) дренаж Редона

5) перчаточный дренаж

6. ОПТИМАЛЬНЫЙ РЕЖИМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

1) эскалационная терапия

2) деэскалационная терапия

3) применение только местных антисептических средств на начальном этапе, антибактериальная терапия – при ухудшении состояния больного

4) фторхинолоны

5) защищенные пенициллины

7. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА МОГУТ БЫТЬ

1) пневмококки

2) палочки Коха

3) шигеллы

4) вирусы

5) синегнойная палочка

8. СЕПТИЦЕМИЯ - ЭТО:

1) гнойно-резорбтивная лихорадка

2) сепсис с метастазами

3) сепсис без метастазов

4) сепсис на фоне бактериемии

5) инфекция, вызванная стафилококком

9. ПРИЗНАК ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СЕПСИСЕ

1) олигоурия

2) необходимость ИВЛ

3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л

4) динамическая кишечная непроходимость

5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

10. ПРИЗНАК ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ

1) олигоурия

2) необходимость ИВЛ

3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л

4) динамическая кишечная непроходимость

5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

Решение ситуационных задач по теме:

Задача №1

Больному А. 66 лет по поводу диабетической гангрены правой стопы и голени произведена ампутация на уровне средней трети бедра. На 4-е сутки в связи с нагноением швы с культи сняты, рана разведена, дренирована. В течение последующих 10 дней гнойное отделяемое из раны прекратилось, но грануляции вялые, бледные, культя отечная. Общее состояние тяжелое, отмечается серо-землистый цвет кожных покровов, иктеричность склер. Температура тела 39-40° С, АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 120-130 уд/мин. Тахипное. В правом подреберье пальпируется выступающий на 5 см край печени.

1. Какое развилось осложнение в результате нагноения раны культи бедра?
2. Какие клинико-лабораторные признаки свидетельствуют в пользу резвившегося осложнения?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения этого осложнения и выявления степени интоксикации?
4. Укажите вероятные причины этого осложнения?

Задача №2

В хирургическую клинику доставлена молодая женщина, с гнойным лактационным маститом правой молочной железы. Давность заболевания – 12–14 дней. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно. При осмотре общее состояние расценено как очень тяжелое, сознание спутанное, контакт с больной затруднен. Акроцианоз, пальпируется увеличенная селезенка. Местно – наружные квадранты правой молочной железы представляют собой единый воспалительный инфильтрат с кожной гиперемией, размягчением в центре и положительным симптомом флюктуации.

1. Сформулируйте диагноз
2. Есть ли клинические признаки септического шока, какие?
3. В какое отделение следует госпитализировать больную?
4. Что лежит в основе хирургического лечения этой больной?
5. Принципы консервативной терапии

Задача №3

У больного 24 лет, страдающего наркотической зависимостью, в течение 12 дней отмечается общая гипертермия до 40° С, прогрессирует слабость, потеря массы тела, появилась иктеричность склер и кожных покровов. Тахипное, АД 120/70 мм рт. ст., тахикардия, частота сердечных сокращений – 136 уд/мин, диурез 30 мл/час. На уровне подкожных вен имеются «дорожки» от инъекций. Больному выполнена рентгенография органов грудной клетки – выявлена правосторонняя пневмония, выполнено УЗИ органов брюшной полости – выявлены признаки абсцесса в правой доле печени объемом в 50 см3 ЭКГ, взяты клинические и биохимические анализы крови, мочи. Взята кровь для выявления ВИЧ-инфекции, маркеров вирусного гепатита, наличия бактериемии. С диагнозом «сепсис» больной госпитализирован.

1. Сформулируйте диагноз сепсиса с учетом источника сепсиса, течения клинической картины, выраженности клинических проявлений,
2. Какое развилось осложнение?
3. Какие изменения ожидаются в клиническом анализе крови?
4. Каким гнойным очагом (первичным или вторичным) является абсцесс печени
5. Лечебная тактика по отношению к абсцессу печени?

Задача №4

В приемное отделение доставлен больной, 70 лет, в тяжелом состоянии. Вял, адинамичен. Температура вечером - 39,2оС, утром - 37,8°С. Пульс 110 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, сухие, влажные хрипы с обеих сторон. Язык сухой, обложен. В левой ягодичной области в верхне-наружном квадранте определяется резко болезненный, гиперемированный инфильтрат, куда, со слов больного, 2 недели назад была сделана инъекция магнезии. На левом бедре и правом предплечье участки инфильтрации с гиперемией и размягчением, которые появились позднее первого очага. В анализах крови анемия, лейкоцитоз до 15 × 109/л, гипопротеинемия.

1. Сформулируйте диагноз
2. Как расценить колебания температуры?
3. Что послужило причиной развития осложнения?
4. Какова лечебная тактика?
5. Чем объяснить гипопротеинемию?

Задача №5

В хирургическое отделение доставлен больной 50 лет, страдающий сахарным диабетом. Болен 3 недели. Заболевание началось с карбункула спины. К врачу не обращался. При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледная с сероватым оттенком, гиподинамичен. Пульс 120 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст., в легких жесткое дыхание. Язык обложен бледным налетом. На спине обширный инфильтрат 15×16 см с некротическим участком, множественные инфильтраты на туловище и конечностях. В анализах: анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, протеинурия, лейкоцитурия. Из крови высеян золотистый стафилококк.

1. Сформулируйте диагноз
2. Чем объяснить протеинурию, лейкоцитурию?
3. Что явилось предрасполагающим фактором для развития сепсиса?
4. Тактика хирургического лечения
5. Объем консервативного лечения

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

(формулировка темы, раздача методичек для внеаудиторной работы следующей темы)

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой

1. Современные виды диагностики перитонита.
2. Дифференциальная диагностика перитонита
3. Современные методы лечения перитонита в зависимости от стадии и характера поражения.
4. Интенсивная терапия острого перитонита
5. Профилактика послеоперационного перитонита

1. Занятие №8

## Тема: «Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

Разновидность занятия: семинарское занятие.

Методы обучения: активный, интерактивный.

3. Значение изучения темы:

Распространенность и выявляемость острого панкреатита продолжает увеличиваться. Особенно в последние годы отмечается значительный рост числа больных этим заболеванием, которое часто протекает под разными клиническими масками, обусловливая трудности и запоздалую диагностику заболевания, тем самым, удлиняя сроки начала необходимого комплексного лечения этого тяжелого недуга. Таким образом, острый панкреатит продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии и требует совершенствования в подходе к лечению.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен овладеть принципами диагностики и лечения острого панкреатита и его осложнений с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, построения клинического диагноза, дифференциальной диагностики, освоить лечебно-диагностический алгоритм при остром панкреатите, вопросы предоперационной подготовки больных и ведения послеоперационного периода, усвоить правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.

 - учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, патогенез острого панкреатита. Клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения острого панкреатита показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Правила переливания кровезаменителей и инфузионных сред.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым панкреатитом. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Оказать первую помощь. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболевания.

Владеть методикой пальпации живота, внутримышечных и внутривенных инъекции, определения группы крови и резус-фактора, техникой дренирования сальниковой сумки, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

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:

а) курация больных в палате хирургического отделения

б) анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования хирургического больного

в) выполнение манипуляций в перевязочной

г) работа в диагностических кабинетах

д) объяснение алгоритма выбора того или иного метода лечения конкретной клинической ситуации, демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

е) демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в операционной.

5.4. Итоговый контроль знаний

-дневники курации, представления о больном

**-**ответы на вопросы по теме занятия

-решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме

Знать:

1. Патогенез острого панкреатита.

2. Классификацию осложнений острого панкреатита.

3. Клинику острого панкреатита.

4. Лечебно-диагностический алгоритм при остром панкреатите.

5. Лечебно-диагностический алгоритм при осложнениях острого панкреатита.

Уметь:

1.Провести дифференциальную диагностику острого панкреатита.

2. Провести предоперационную подготовку при панкреонекрозе.

Владеть:

1. Методикой дренирования сальниковой сумки при панкреонекрозе.

2. Техникой лапароцентеза.

Решение тестовых заданий по теме

1. В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

1) микробной флоре

2) плазмоцитарной инфильтрации

3) микроциркуляторным нарушениям

4) аутоферментной агрессии

5) венозному стазу

2. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ШКАЛУ

1) RANSON

2) APACHE

3) sofa

4) saps

5) saps ii

3. ОСНОВНОЕ В ИНТЕНСИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

1) трансфузионная программа, направленная на борьбу с гиповолемией с целью гемодилюции

2) внутримышечное введение спазмолитиков

3) адекватное обезболивание

4) переливание компонентов крови

5) внутривенное введение блокаторов протоновой помнпы

4. ПОКАЗАНИЕ К ЧРЕЗКОЖНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ПЕРИОД АСЕПТИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТА

1) сформированные острые псевдокисты сальниковой сумки

2) наличие очагов деструкции в сальниковой сумке по данным КТ

3) лейкоцитоз крови 20х109/л и более

4) ферментативный перитонит

5) сдвиг лейкоцитарной формулы влево

5. ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

1) Протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов

2) воздействия эластазы на стенки венулы, междольковые соединительнотканные перемычки

3) повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов

4) спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза

5) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И дпк ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НАЗНАЧАЮТ

1) дротавернин

2) контрикал

3) омепразол

4) 5-фторурацил

5) даларгин

7. В фазу токсемии острого панкреатита хирургические вмешательства должны ограничиваться

1) малоинвазивными вмешательствами (лапароскопия, чрезкожная пункция острых жидкостных скоплений брюшной полости)

2) лапаротомией

3) лапаростомией

4) наложением проточно-аспирационного дренирования брюшной полости

5) наложением проточно-трансмембранного диализа

8. ПЯТНА ЦИАНОЗА НА БОКОВЫХ СТЕНКАХ ЖИВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИМПТОМА

1) Грюнвальда

2) Мондора

3) Грея–Тернера

4) Кера

5) Воскресенского

9. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВСКРЫТИЮ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ОЧАГОВ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ В ФАЗЕ ТОКСЕМИИ

1) неэффективность комплексной консервативной терапии в течение 2-3 дней и нарастание полиорганной недостаточности

2) пиретическая температура тела в течение 3 дней

3) лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

4) жидкостные образования в брюшной полости по данным УЗИ

5) выраженный болевой синдром

10. наиболее информативный метод диагностики острого деструктивного панкреатита

1) УЗИ

2) обзорная рентгенография брюшной полости

3) диагностическая лапароскопия

4) лапароцентез

5) компьютерная томография с болюсным контрастированием

Решение ситуационных задач

№1

У больного, поступившего в стационар с тяжелой формой острого панкреатита, на 5 сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась температура, наросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - 18x109, эозинофилы.-3, юные - 1, палочкоядерные - 29, сегментоядерные - 52, СОЭ - 48 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?

3. Ваша лечебная тактика?

4. Дифференциальная диагностика?

5. Реабилитация и диспансеризация?

№2

У больного, поступившего в стационар с острым панкреатитом (тяжелое течение), на 14 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и пояснице слева, появилась гектическая температура до 39,5С. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту, язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты - крови- 20,5х 109.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?

3. Ваша тактика лечения?

4. Дифференциальная диагностика?

5. Реабилитация и диспансеризация?

№3

Больной, 37 лет, доставлен через сутки с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2 С, АД - 95/60 мм рт. ст., лейкоциты - 17х109.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

4. Дифференциальная диагностика?

5. Реабилитация и диспансеризация?

№4

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/мин., АД - 100/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации напряжение и болезненность в эпигастрии. Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. В крови: лейкоциты - 12,0х109; амилаза - 67 г/л; 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. Реабилитация и диспансеризация?

№5

У больного, 43 лет, злоупотреблявшего алкоголем, ночью появились боли опоясывающего характера в верхней половине живота, многократная рвота, не приносящая облегчения. При поступлении, через 4 часа состояние - средней тяжести. Консервативные мероприятия в течение 8 часов (спазмолитики, инфузионная терапия в объеме 2-х литров, паранефральная блокада) к улучшению не привели. Состояние больного прогрессивно ухудшалось. Появилось напряжение мышц в подвздошных областях, положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Ваш диагноз?

2. Причина прогрессивного ухудшения состояния больного?

3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначите?

4. Ваш план лечения?

5. Реабилитация и диспансеризация?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

Методические указания для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной)

работе к следующему практическому занятию согласно плана.

7. Рекомендации по выполнению НИРС:

Для выполнения НИРС нужно использовать литературу за последние 5 лет. НИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМУ, Интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Темы:

А. Хирургическая тактика при панкреонекрозе.

Б. Методы экстракорпоральной детоксикации при панкреонекрозе.

1. Занятие №9

## Тема: «Желудочно-кишечные кровотечения. Дифференциальная диагностика»

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

Разновидность занятия: семинарское занятие.

Методы обучения: активный, интерактивный.

3. Значение изучения темы:Прободная язва - тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет) обычно в осенний или весенний период, что, по-види­мому, связано с сезонным обострением язвенной болезни. Во время войн и экономических кризисов частота прободения возрастает в 2 раза, что связано с ухудшением питания и негативным психо-эмоциональным фоном. Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте, как в детском - до 10 лет, так и в старческом - после 80, но, в основном, встречается у больных от 20 до 40 лет. Для молодых людей характерна перфорация язв, локализу­ющихся в двенадцатиперстной кишке (85%), для пожилых - в желудке. Таким образом, перфоративная язва желудка и ДПК продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии и требует совершенствования в подходе к лечению.

4. Цели обучения:

- общая: обучающийся должен овладеть принципами диагностики и лечения прободной язвы желудка и ДПК с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, построения клинического диагноза, дифференциальной диагностики, освоить лечебно-диагностический алгоритм при прободной язве желудка и ДПК, вопросы предоперационной подготовки больных и ведения послеоперационного периода, усвоить правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.

 - учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, патогенез прободной язвы желудка и ДПК. Клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения прободной язвы желудка и ДПК, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе. Правила переливания кровезаменителей и инфузионных сред.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с прободной язвой желудка и ДПК. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Оказать первую помощь. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболевания.

Владеть методикой пальпации живота, внутримышечных и внутривенных инъекции, определения группы крови и резус-фактора, техникой ушивания перфоративной язвы желудка и ДПК, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний:

Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

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:

а) курация больных в палате хирургического отделения

б) анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования хирургического больного

в) выполнение манипуляций в перевязочной

г) работа в диагностических кабинетах

д) объяснение алгоритма выбора того или иного метода лечения конкретной клинической ситуации, демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

е) демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в операционной.

5.4. Итоговый контроль знаний

-дневники курации, представления о больном,

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме

**-**ответы на вопросы по теме занятия

Знать:

1. Классификацию прободной язвы желудка и ДПК живота.
2. Лечебно-диагностический алгоритм при прободной язве желудка и ДПК.
3. Ведение послеоперационного периода у больных с прободной язвой желудка и ДПК.
4. Показания к паллиативным и радикальным операциям при язвенной болезни желудка и ДПК.
5. Лечебно-диагностический алгоритм при перфоративной язве желудка и ДПК?

Уметь:

1. Ушить перфоративную язву желудка и ДПК на симуляторе

Решение тестовых заданий по теме

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАТИВНУЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУЮ ЯЗВУ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ НАЧИНАЕТСЯ С

1) рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью

2) обзорной рентгеноскопии брюшной полости

3) экстренной гастродуоденоскопии

4) ангиографии

5) лапароскопии

2. ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ ИМИТИРОВАТЬ

1) симптом Кохера

2) симптом Ситковского

3) симптом Образцова

4) клинику кишечной непроходимости

5) почечную колику

3. БОЛЬНОМУ СДЕЛАНА РЕЗЕКЦИЯ 2/3 ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА. ОПЕРАЦИЯ ЗАВЕРШАЕТСЯ

1) дренированием брюшной полости в подпеченочном пространстве, введением зонда в желудок

2) ушиванием наглухо брюшной полости

3) наложением управляемой лапаростомии

4) дренированием малого таза

5) интубированием тонкой кишки

4. ПАЛЛИАТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

1) ушивание перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову

2) резекция 2/3 желудка по Бильрот I

3) резекция 2/3 желудка по Бильрот II

4) субтотальная резекция желудка

5) тотальная гастрэктомия

5. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРФОРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

1) задняя стенка желудка

2) малая кривизна желудка

3) большая кривизна желудка

4) передняя стенка ДПК (в области луковицы) и выходного отдела желудка

5) кардиальный отдел желудка

6. ОДИН ИЗ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫХ ПРИЗНАКОВ ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

1) появление свободной жидкости в брюшной полости (притупление перкуторного звука в отлогих местах живота)

2) появление свободного газа в брюшной полости (исчезновение печёночной тупости, симптом «серпа» на обзорной рентгенограмме брюшной полости)

3) подкожная эмфизема на передней брюшной стенке

4) положительный симптом Щёткина-Блюмберга

5) «кинжальная» боль в животе

7. ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО РУ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

1) «низкая» дуоденальная язва и технические трудности обработки дуоденальной культи

2) является операцией выбора

3) наличие признаков пилородуодельного стеноза

4) «прикрытая» перфорация

5) сочетание перфорации с язвенным кровотечением

8. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДПК В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ

1) ушивание перфорации

2) ультраселективная ваготомия

3) лапароскопическая резекция желудка

4) наложение гастроэнтероанастомоза

5) резекция желудка по Бальфуру

9. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ

1) умеренная боль в животе или спустя 2-3 часа локальная боль в эпигастрии

2) кинжальная боль

3) напряжение мышц живота

4) отсутствие печеночной тупости

5) многократная рвота

10. ПРИ УШИВАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ОБЯЗАТЕЛЬНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

1) резекция большого сальника

2) биопсия края язвы

3) биопсия печени

4) пункция селезенки

5) гастротомия

Решение ситуационных задач

№2

Больной 32 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделюинтенсивные голодные и ночные боли, 7 часов назад появилась резкая боль в эпигастрии. Вызвал скорую помощь. Пальпаторно: резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД 80/60 мм рт. ст. Пульс 56 в мин.

1. Действие врача скорой помощи.

2. Какой диагноз можно предположить?

3. Какие исследования помогут Вам уточнить диагноз?

4. Действия хирурга стационара.

5. Третичная профилактика.

№3

Скорую помощь вызвал пациент 20 лет. Врач скорой помощи увидел его лежащим на правом боку, стонущим и скрежещущим зубами, заболел 15 минут назад. Последнюю неделю он жаловался на сильную изжогу. При осмотре: стонет, бледен, колени приведены к животу, холодный пот, глаза выражают испуг, просит скорейшей помощи. Пульс 58 уд/мин. АД 90/40 мм рт ст.. Дыхательные экскурсии неглубокие, тахипные. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов не слышно. Попытка уложить на спину увенчалась успехом на короткое время, больной принимает прежнее положение. Передняя брюшная стенка в дыхании не участвует, пальпация живота болезненная, резкое напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии живота четко определить печеночную тупость не удается.

1. Действие врача скорой помощи.

2. Ваш диагноз.

3. Действия врача хирурга в стационаре.

4. Объем оказания помощи в хирургическом стационаре.

5. Вторичная профилактика.

№4

Больной 58 лет поступил в хирургическое отделение через 28 часов после перфоративной язвы желудка с выраженными явлениями разлитого перитонита. Состояние больного тяжелое. Срочно оперирован. Язва с перфорационным отверстием находится в рубцово-измененном пилорическом отделе желудка.

1. Какое оперативное пособие Вы примените в данном случае?

2. Особенности ушивания перфоративного отверстия.

3. Как Вы закончите операцию?

4. Прогноз хирургического лечения в данных условиях?

5. Третичная профилактика.

№5

Утром в больницу обратился молодой человек 20 лет. Накануне вечеров почувствовал резкую боль в подвздошной области. После приема анальгина боли несколько уменьшились. В анамнезе детские инфекции и аппендэктомия в 16-летнем возрасте. Объективно состояние больного средней тяжести. На лице испуг. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, сухой. Пульс 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот плоской формы, в акте дыхание участвует плохо. При пальпации болезненность в эпигастрии и, в меньшей степени, в правой половине живота. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины по правому флангу. При перкуссии печеночная тупость неотчетливо.

1. Ваш диагноз

2. Ваши действия для уточнения диагноза

3. Тактика врача хирургического отделения

4. Какое лечение назначите?

5. Третичная профилактика

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.

Методические указания для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе к следующему практическому занятию согласно плана.

7. Рекомендации по выполнению НИРС:

Для выполнения НИРС нужно использовать литературу за последние 5 лет. НИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМУ, Интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.Темы:

А. Хирургическая тактика при перфоративной язве ДПК, осложненной распространенным гнойным перитонитом.

Б. Трудные случаи диагностики перфоративной язвы желудка и ДПК.

1. Занятие №10

## Тема: «Грыжи брюшной стенки живота»

2. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3. Значение изучения темы

Среди больных с хирургической патологией брюшной полости, больные с грыжами составляют 5-20%. Таким образом, грыжи живота продолжают оставаться актуальной проблемой в хирургии и требуют совершенствования в подходе к лечению. Паховые, бедренные и пупочные грыжи относятся к наружным грыжам живота. Наружная грыжа - это выхождение органов брюшной полости, покрытых париетальным листком брюшины, через врожденные или приобретенные дефекты брюшной стенки под кожу

4. Цели обучения:

* - учебная: обучающийся должен **знать** этиопатогенез, анатомическое строение, классификацию и клиническую картину наружных грыж живота. Знать алгоритм диагностики и принципы хирургического лечения паховых, бедренных и пупочных грыж.
* **уметь** физикально определять размеры грыжевых ворот, уметь отличить прямую паховую грыжу от косой, составить план лечения больного, определиться с диагнозом, выбрать адекватную хирургическуютактику лечения;
* **владеть** навыками постановки предварительного диагноза; основами врачебных диагностическихилечебных мероприятийпооказанию первой врачебной помощипри неотложныхиугрожающих жизни состояниях; навыками применения лекарственныхсредствпри лечении,реабилитациии пофилактикеразличных заболеваний и патологических состояний.

5. План изучения темы:

5.1. Контроль исходного уровня знаний.

20 мин Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

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 больных;

- заполнение представлений; академических историй болезни

- разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

Тестовые задания по теме

1. НИЖНЯЯ СТЕНКА ПАХОВОГО КАНАЛА

1) поперечная фасция

2) нижний край наружной косой мышцы живота

3) жимбернатова связка

4) паховая связка

5) край подвздошной кости

2. ПРОИЗВОДЯЩИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

1) пожилого возраста

2) прогрессирующего похудания

3) особенностей строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж

4) заболеваний, вызывающих повышение внутрибрюшного давления

5) паралича нервов брюшной стенки

3. НАЛИЧИЕ ЯИЧКА В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГРЫЖИ

1) скользящей

2) ущемленной

3) бедренной

4) врожденной

5) косой паховой

4. ПРЯМУЮ ПАХОВУЮ ГРЫЖУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛАБОСТЬ СТЕНКИ

1) задней

2) верхней

3) передней

4) нижней

5) всех стенок

5. МЕТОД, ОБЛЕГЧАЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ И ВОДЯНКИ ЯИЧКА

1) пункция

2) аускультация

3) экстренная операция

4) трансиллюминация

5) пальпация

6. БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

1) холодным натечником

2) паховой грыжей

3) липомой

4) кистой бартолиниевой железы

5) варикозным узлом

7. ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ВРОЖДЕННОЙ ГРЫЖИ ОБРАЗОВАН

1) париетальной брюшиной

2) брыжейкой кишки

3) влагалищным отростком брюшины

4) висцеральной брюшиной

5) поперечной фасцией

8. ОТДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БЕДРЕННУЮ ГРЫЖУ ОТ ВАРИКОЗНОГО УЗЛА ОВАЛЬНОЙ ЯМКИ ПОЗВОЛЯЮТ

1) восходящая функциональная флебография

2) аускультация (дующий шум при кашле) и пальпаторное определение обратной волны крови при кашле

3) пункция узла

4) термография

5) рентгенография

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПЛАСТИКА

1) по Сапежко

2) по Лексеру

3) по Мейо

4) по Мартынову

5) по Крымову

10. ОРГАНЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ СПРАВА

1) тонкая кишка

2) правая почка

3) мочевой пузырь или слепая кишка

4) сигмовидная кишка

5) левый яичник с маточной трубой

**Ситуационные задачи по теме**.

Задача №1

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жид­кости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

1. Почему это произошло?
2. Как закончить операцию?
3. Как избежать подобных осложнений?
4. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.
5. Срок нетрудоспособности.

Задача №2

Больного 60 лет оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не дает возможности надежного укрепления стенок пахового канала.

1. Каким образом вы укрепите его стенки, чтобы избежать повтор­ного рецидива?

2. Какой вид современной пластики можно применить?

3. Какой наркоз предпочтителен для данного больного?

4. Тактика ведения больного в стационаре.

5. Прогноз для жизни и для трудоспособности

Задача №3

У больного 25 лет во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

1. К какому типу относится такая грыжа.

2. В чем заключается осо­бенность оперативного вмешательства у данного больного?

3. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.

4. Срок нетрудоспособности?

Задача №4

У мужчины 30 лет страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5 х 1,5 см, мягкоэластической кон­систенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его – 1 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 прием явился допризывник, направленный военкоматом. Во время обследования установлено, что оба наружных отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре. Положителен симптом кашлевого толчка. Каких-либо выпячиваний в этой области не обна­ружено.

1. Ваш диагноз?

2. Какова ваша тактика в отношении данного больного?

3. Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе.

4. Срок нетрудоспособности.

5. Может ли данный призывник призван на службу в ближайшие 2 месяца?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки длявнеаудиторной работы по теме.

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой.

Для выполнения УИРС необходимо использовать литературу за последние 5 лет. УИРС осуществляется по выбору студентов. Используются библиографические источники из библиотеки КрасГМУ и интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии. Список тем УИРС:

1. Новые технологии в лечении грыж.

2.Методы пластики задней стенки пахового канала

1.Занятие №11

## Тема: «Острый живот. Дифференциальная диагностика»

2.Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

3.Значение темы.

Среди острых заболеваний органов брюшной полости перитонит является наиболее частым и грозным осложнением. Исход перитонита во многом определяется сроком установления правильного диагноза и своевременностью оказанной специализированной помощи. Вне зависимости от своей специализации врач должен уметь диагностировать это угрожающие жизни больного заболевание и иметь представление об объеме и срочности необходимой хирургической помощи. Изучение методов диагностики и принципов лечения перитонита является важным моментом подготовки врачей хирургических специальностей.

4.Цели обучения:

* общая: должен обладать способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну; а также способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками;
* учебная:
* обучающийся **должензнать** анатомию и физиологию брюшной полости, особенности строения брюшины. Ориентироваться в вопросах этиологии, патогенеза, классификации перитонита. Представлять алгоритм диагностики и принципы лечения перитонита в зависимости от стадии и распространенности патологическогопроцесса;
* обучающийся **должен обладать** способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного -способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний; способностью и готовностью назначать больным адекватное (терапевтическое и хирургическое) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
* обучающийся **должен у*меть*** собрать анамнез, провести физикальный осмотр, определить симптомы перитонита, определиться с диагнозом, выбрать адекватную тактику лечения;
* обучающийся **должен*владеть*** этическими и деонтологичесимипринципами общения.

5.План изучения темы.

5.1. Контроль исходного уровня знаний

Устный опрос, тестовый контроль

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

5.3. Самостоятельная работа по теме:

* курация больных хирургического отделения
* анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования
* работа в перевязочной под контролем преподавателя / врача отделения
* участие в диагностических манипуляциях
* посещение операционной,
* заполнение историй болезни;
* разбор курируемых больных.

5.4. Итоговый контроль знаний:

 ответы на вопросы по теме занятия:

1. Анатомические данные и физиологические свойства брюшины.
2. Классификация перитонитов по этиологии, причинам возникновения, характеру течения, характеру возбудителя, выпота, распространенности, отграниченности, фазе течения.
3. Патогенез острого вторичного неспецифического инфекционного перитонита.
4. Клиническая картина острого перитонита по фазам его течения.
5. Особенности течения перитонита у детей, стариков, ослабленных больных, в послеоперационном периоде.
6. Дифференциальная диагностика перитонитов.
7. Профилактика и хирургическое лечение перитонитов (этапы операции, виды дренирования и показания к нему, перитонеальный лаваж, лапаростомия, планируемые лапаросанации).
8. Послеоперационное ведение больных с острым перитонитом.
9. Отграниченный перитонит, его формы в зависимости от локализации, лечение.
10. Пневмококковый, гонококковый перитонит.
11. Послеоперационные перитониты.

Решение тестовых заданий:

1. РЕАКТИВНАЯ СТАДИЯ ПЕРИТОНИТА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

1) 4-6 часов

2) 24 часа

3) 48 часов

4) 72 часа

5) более 72 часов

2. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ БРЮШИНЫ ПРОИСХОДИТ

1) при перфорации язвы желудка

2) при перфорации червеобразного отростка

3) при аднексите

4) гематогенным путем

5) при ранении кишечника

3. ДЛЯ ПЕРИТОНИТА В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ ХАРАКТЕРНО

1) повышение артериального давления

2) падение артериального давления, тахикардия

3) напряжение мышц передней брюшной стенки

4) вялая перистальтики кишечника

5) диарея

4. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРИТОНИТА

1) рвота

2) боли в животе

3) кровавый стул

4) задержка стула и газов

5) напряжение мышц передней брюшной стенки

5. СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПРИ

1) разлитом перитоните

2) местном неотграниченном перитоните

3) абсцессе дугласова пространства

4) аппендикулярном инфильтрате

5) остром аппендиците

6. АБСОЛЮТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРИТОНИТА

1) вздутие живота

2) усиленная перистальтика кишечника

3) прогрессирующее повышение давления на фоне тахикардии

4) чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости

5) симптомы раздражения брюшины

7. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА СПОСОБСТВУЕТ

1) недостаточность швов

2) санация брюшной полости во время операции

3) дренирование брюшной полости

4) проведение тщательного гемостаза

5) продолжительности операции до 2,5-3 часов

8. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТСЯ ШОК, СЕПСИС, ШОКОВОЕ ЛЕГКОЕ, ПНЕВМОНИЯ, А ТАКЖЕ

1) печеночно-почечная недостаточность

2) гиперкоагуляция

3) диспротеинемия

4) острое расширение желудка

5) тромбоэмболия легочной артерии.

9. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА, ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией

2) гемосорбция

3) санационная релапаротомия

4) эндолимфатическое введение антибиотиков

5) локальная внутрижелудочная гипотермия.

10. ДЛЯ ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ПЕРИТОНИТА ХАРАКТЕРНО

1) субфебрильная температура

2) гиповолемия

3) усиление кишечных шумов

4) гиперпротеинемия

5) усиление перистальтики

Решение ситуационных задач по теме

Задача №1

Больной Р., 45 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на острые боли в эпигастрии, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда отметил момент резкой, «кинжальной» боли в эпигастральной области, была однократная рвота съеденной пищей. В анамнезе: в течение 10 лет страдает язвенной болезнью ДПК. Последнее обострение 1 год назад. Лечился амбулаторно. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 124 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, напряженный и резко болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика кишечника резко ослаблена.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
3. Тактика хирурга стационара
4. Алгоритм действий хирурга во время операции
5. Профилактика перитонита при осложнениях язвенной болезни?

Задача №2

В хирургическую клинику доставлен больной с жалобами на боли в животе, больше в правой подвздошной области, усиливающиеся при движении, лихорадку до 38,5°С, тошноту, общую слабость. Из анамнеза: больше 2 суток назад появились боли в эпигастральной области, через несколько часов спустившиеся в правую подвздошную область. После приема анальгетиков и спазмолитиков боли уменьшились. При осмотре: больной беспокоен, покрыт липким потом, АД 100/60 мм.рт.ст., ЧСС 112 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, болезненный и напряженный во всех отделах, больше справа. Симптомы раздражения брюшины положительные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Каким доступом будете оперировать?
3. Каким способом обрабатывается культя отростка в условиях тифлита?
4. Назовите методы санации брюшной полости при перитоните?
5. В чем заключается профилактика перитонита при остром аппендиците?

Задача №3

В приемном отделении находится больной 55 лет. Вчера на работе появились боли в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. На работе принял анальгин, дома – теплую грелку на живот; боли утихли, но на второй день возобновились. Многократно рвота. Эйфоричен. Пульс -116 в минуту, АД - 95/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот напряжен и болезненный во всех отделах, больше справа внизу. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз -18,5x109/л, температура тела – 37,8°С.

1. Ваш диагноз?
2. Какие действия больного привели к ускорению деструктивных процессов
3. Какова хирургическая тактика в данном случае?
4. Какой применить наркоз?
5. В чем заключается реабилитация после операции?

Задача №4

Больной 23 лет 3 часа назад получил удар в живот ногой. Жалуется на боли в животе, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД-120/60 мм. рт. ст, пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный во всех отделах. Перкуторно определяется тимпанит, печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы единичные, слабые.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует отсутствие печеночной тупости?
3. Какие необходимы диагностические мероприятия для уточнения диагноза?
4. При наличии внутрибрюшного кровотечения будете ли Вы проводить реинфузию крови?
5. Тактика лечения?

Задача №5

Больная 29 лет жалуется на боли по всему животу. Боли появились около 22 часов тому назад с последующей локализацией их в правой подвздошной области, затем распространились по всему животу. Состояние больной средней тяжести. Пульс в среднем 120 ударов в минуту. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются.

1. Сформулируйте диагноз
2. Что могло быть причиной данного заболевания?
3. Тактика лечения?
4. Варианты послеоперационного ведения больной?
5. Профилактика данного заболевания?

6. Домашнее задание для уяснения темы занятия

(формулировка темы следующего занятия, раздача методических рекомендаций для внеаудиторной работы следующей темы)

7. Рекомендации по выполнению НИРС, в том числе список тем, предлагаемых кафедрой

1. Современные виды диагностики перитонита.
2. Дифференциальная диагностика перитонита
3. Современные методы лечения перитонита в зависимости от стадии и характера поражения.
4. Интенсивная терапия острого перитонита
5. Профилактика послеоперационного перитонита

**1. Занятие №13**

**Тема: «Осложнения острого аппендицита»**

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

Разновидность занятия: семинарское занятие.

Методы обучения: активный, интерактивный.

**3. Значение изучения темы**: Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки, одно из самых распространенных хирургических заболеваний. За­болеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 человек на 1000 населения. Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1-0,3*%,* послеоперационные осложнения - 5-9%. Таким образом, острый аппендицит продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии и требует совершенствования в подходе к лечению.

**4. Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен овладеть принципами диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений с учетом индивидуальных особенностей течения болезни, построения клинического диагноза, дифференциальной диагностики, освоить лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците, вопросы предоперационной подготовки больных и ведения послеоперационного периода, усвоить правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией.

 - учебная: обучающийся должен:

Знать: этиологию, патогенез острого аппендицита. Клиническую картину заболевания, современные методы клинического, лабораторного и инструментального обследования, способы и методы лечения острого аппендицита, показания к их применению. Принципы тактики на догоспитальном этапе.Правила переливания кровезаменителей и инфузионных сред.

Уметь: собирать жалобы и анамнез, проводить физикальное обследование больного с острым аппендицитом. Заполнить историю болезни, амбулаторную карту. Составить план лабораторного и инструментального обследования. Сформулировать развернутый клинический диагноз. Оценить результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Оказать первую помощь. Определить профиль лечебного учреждения, куда должен быть направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Осуществлять профилактику и диспансеризацию заболевания.

Владеть методикой пальпации живота, внутримышечных и внутривенных инъекции, определения группы крови и резус-фактора, техникой «кисетного» и «Z-образного» шва, техникой изготовления дренажей и методами дренирования брюшной полости, техникой ретроцекальной блокады по Ю.М. Лубенскому.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний:**

Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

**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:**

а) курация больных в палате хирургического отделения

б) анализ лабораторных и инструментальных результатов исследования хирургического больного

в) выполнение манипуляций в перевязочной

г) работа в диагностических кабинетах

д) объяснение алгоритма выбора того или иного метода лечения конкретной клинической ситуации, демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в учебной комнате

е) демонстрация куратором и отработка обучающимися практических навыков в операционной.

**5.4. Итоговый контроль знаний**

Дневники курации, представления о больном, ситуационные задачи

Ответы на вопросы по теме занятия

**Знать:**

1. Патогенез острого аппендицита.

2. Классификацию осложнений острого аппендицита.

3. Клинику острого аппендицита.

4. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците.

5. Лечебно-диагностический алгоритм при осложнениях острого аппендицита.

Уметь:

1.Провести дифференциальную диагностику острого аппендицита.

2. Провести предоперационную подготовку при остром аппендиците и его осложнениях.

**Владеть:**

1. Методикой аппендэктомии.

2. Методикой вскрытия тазовых абсцессов.

**Решение тестовых заданий по теме**

1. Наиболее рациональныЙ метод обработки культи аппендикса у взрослых

1) перевязка шелковой лигатурой с погружением культи

2) перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи

3) погружение неперевязанной культи

4) перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи

5) перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи

2. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ИГЛА ВЕРЕША ВВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ДОСТУП В

1) околопупочной области

2) правой подвздошной области

3) под мечевидным отростком грудины

4) правом подреберье

5) левом подреберье

3. РАЗВИТИЕ ПИЛЕФЛЕБИТА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

1) остром катаральном аппендиците

2) остром флегмонозном аппендиците

3) остром флегмонозно-язвенном аппендиците

4) гангренозном аппендиците

5) эмпиеме червеобразного отростка

4. типичное место расположения основания червеобразного отростка на слепой кишкЕ

1) на медиальной стенке

2) на латеральной стенке

3) на передней стенке

4) на куполе в месте схождения тений

5) на задней стенке

5. симптом ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ (усилением)БОЛИ в правой подвздошной области В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА на левом боку

1) Ровзинга

2) Бартомье-Михельсона

3) Ситковского

4) Яуре-Розанова

5) Щеткина-Блюмберга

6.при ретроцекально РАСПОЛОЖЕННОМ ЧЕРВЕОБРАЗНОМ ОТРОСТКЕ НАИБОЛеЕ ИНФОРМАТИВЕН СИМПТОМ

1) Ровзинга

2) Бартомье-Михельсона

3) Ситковского

4) Образцова

5) Щеткина-Блюмберга

7. в сложных КЛИНИЧЕСКИХ случаях дооперационный диагноз острого аппендицита МОЖНО УТОЧНИТЬ

1) диагностической лапароскопией

2) лапароцентезом

3) УЗИ органов брюшной полости

4) обзорной рентгенографией брюшной полости

5) фиброколоноскопией

8. ПРИ КАПИЛЛЯРНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ С БРЫЖЕЙКИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ АППЕНЭКТОМИИ СЛЕДУЕТ ЗАВЕРШИТЬ ОПЕРАЦИЮ

1) ушиванием брюшной полости наглухо

2) наложением лапаростомы

3) дренированием брюшной полости трубчатым дренажом, ушиванием брюшной полости

4) дренированием брюшной полости «сигарным» дренажом, ушиванием брюшной полости

5) дренированием брюшной полости дренажом из перчаточной резины, ушиванием брюшной полости

9. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО распространенным ПЕРИТОНИТОМ, ИСПОЛЬЗУЮТ ДОСТУП

1) трансректальный

2) параректальный

3) срединная лапаротомия

4) нижне-срединный

5) Волковича−Дьяконова

10. ПОСЛЕ РАССАСЫВАНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА АППЕНДЭКТОМИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ЧЕРЕЗ

1) 1-2 недели

2) 3-4 недели

3) 2-3 месяца

4) 5-6 месяцев

5) 8-12 месяцев

**Решение ситуационных задач**

**№1**

На прием к хирургу поликлиники обратился больной М., 19 лет, с жалобами на интенсивную боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту жидкий стул, повышение температуры тела до 38 С. Болеет в течение суток. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледно-розового цвета, живот не вздут, симметричный, при пальпации болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области. ОАК: лейкоциты 15\*109/л, СОЭ – 26 мм/ч. ОАМ – без патологии.

1. Диагноз? Тактика хирурга поликлиники?

2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию в первую очередь? Тактика хирурга приемного отделения стационара?

3. Вид и объем лечения?

4. Длительность пребывания на больничном листе? Реабилитационные мероприятия на амбулаторном этапе?

5. Третичная профилактика?

**№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, язык сухой, густо обложек белым налетом. Пульс 110 уд/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/л.

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/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**

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилилась боль в правой подвздошной области, появились ознобы. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, пульс 94 уд в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, незначительно болезненным в правой подвздошной области, Симптомы раздражения брюшины отрицательные. УЗИ брюшной полости: в правой подвздошной ямке определяется инфильтрат, размером 8\*8 см, с очагами пониженной и повышенной эхогенности в центре. ОАК: лейкоциты 16\*109, СОЭ – 29 мм/ч.

1. Диагноз?

2. Ваша тактика лечения?

3. Срок нетрудоспособности?

4. Реабилитация в послеоперационном периоде? Рекомендации при выписке из стационара?

5. Вторичная профилактика?

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия.**

Методические указания для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной)

работе к следующему практическому занятию согласно плана.

**7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

Для выполнения НИРС нужно использовать литературу за последние 5 лет. НИРС осуществляется по выбору студентов. Используется библиографические источники в библиотеке КрасГМУ, Интернет. Результаты работы докладываются на практическом занятии.

Темы:

А. Хирургическая тактика при различных вариантах расположения червеобразного отростка.

Б. Трудные случаи диагностики острого аппендицита