

ГБОУ ВПО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ МЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

(Иваново, ул. Шошина, 8. 4^я городская больница. Тел. 37-02-45)

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ
ПО КУРСУ ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Острый аппендицит»
5 курс лечебный факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Острый аппендицит. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Осложнения.

Мотивация.

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 встречается в возрасте от 20 до 40 лет. Летальность составляет 0,1 — 0,3%, послеоперационные осложнения — 5 — 9%. Трудности диагностики этого заболевания, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой, свидетельствуют о том, что проблема лечения острого аппендицита не потеряла свою актуальность.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику острого аппендицита и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с острым аппендицитом (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение острого аппендицита	1

Уровни овладения практическими навыками:

- 1.иметь представления, знать показания;
- 2.принять участие, оценить;
- 3.выполнить под руководством;
- 4.выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы необходимо иметь представление об анатомии червеобразного отростка (месте его расположения, вариантах расположения, строение стенки), его значении в организме. Необходимо знать фазы воспалительной реакции организма (альтерация, экссудация, пролиферация) и ее стадии (катаральная, флегмонозная, гангренозная).

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки, одно из самых распространенных хирургических заболеваний. Наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 40 лет. Летальность составляет 0,1 – 0,3 %, послеоперационные осложнения встречаются в 5 – 9 % случаев. Причины острого аппендицита до сих пор окончательно не установлены. Основной путь инфицирования энтерогенный. Непосредственными возбудителями воспаления становятся разнообразные микроорганизмы (бактерии, вирусы, простейшие). Среди бактерий чаще всего обнаруживают анаэробную неспорообразующую флору.

Формы острого аппендицита отражают степень (стадию) воспалительных изменений в червеобразном отростке.

- Катаральный.
- Флегмонозный.
- Гангренозный.

Осложнения:

- Перфорация.
- Перитонит.
- Аппендикулярный инфильтрат.
- Абсцессы брюшной полости.
- Забрюшинная флегмона.
- Пилефлебит.

Острый аппендицит характеризуется определенным симптомокомплексом, претерпевающим соответствующие изменения по мере развития воспалительного процесса.

Катаральный аппендицит (возникновение болей, их локализация и характеристика, симптомы Кохера-Волковича, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона; температурная реакция, лейкоцитоз).

Флегмонозный аппендицит (ригидность мышц, симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, температурная реакция, лейкоцитоз).

Гангренозный аппендицит (перитонеальная симптоматика, «токсические ножницы»).

Особенности клиники атипичных форм. Особенности клиники у беременных, пожилых и детей.

Диагностика аппендицита (термометрия, анализ крови и мочи, динамическое наблюдение, роль спазмолитиков, УЗИ и лапароскопия). Тактика при остром аппендиците. Клиника осложнений острого аппендицита. Особенности тактики при аппендикулярном инфильтрате (значение УЗИ и роль колоноскопии).

Лечение острого аппендицита и его осложнений. Особенности антибактериальной терапии на современном этапе в зависимости от формы воспаления отростка.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез острого аппендицита.
2. Классификация острого аппендицита.
3. Патоморфология острого аппендицита.
4. Клиническая картина острого аппендицита (особенности катаральной, флегмонозной и гангренозной формы).
5. Особенности клинического проявления атипичных форм (эмпиема червеобразного отростка, ретроцекальный аппендицит, тазовый аппендицит, подпеченочное расположение червеобразного отростка, левосторонний острый аппендицит).
6. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение острого аппендицита.
7. Осложнения острого аппендицита (перфорация, инфильтрат, абсцессы, пилефлебит, перитонит).
8. Особенности острого аппендицита у беременных, детей и пожилых.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводят самостоятельный осмотр больного с острым аппендицитом или подозрением на острый аппендицит или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

«Доставлен больной, 72 лет, с аппендицитом 3-х суточной давности в стадии инфильтрата. Температура 37,0, пульс 120 ударов в минуту, инфильтрат величиной с мужской кулак. Боли постоянные средней интенсивности. Лейкоцитоз 6,0: эозинофилов-0, юных-5, палочкоядерных-20, сегментированных-65, лимфоцитов-6, моноцитов-4. Установлено, что прогрессируют явления раздражения со стороны брюшины. Общее состояние ухудшается. Какое обследование Вы назначите? Какое лечение Вы проведете? Какой Ваш прогноз?»

Контрольные ситуационные задачи.

Поступает больной 70 лет с жалобами на небольшие, но стойкие боли в правой подвздошной области, которые появились у него сутки назад. Диспепсических расстройств нет. Температура нормальная. Ранее никогда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел. При осмотре: язык суховат, пульс 80 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. В правой подвздошной области локальная болезненность. Симптом Ровзинга и Ситковского не выявляются. Перитонеальной симптоматики нет. Лейкоцитоз в крови $6,1 \times 10^9$ в 1 мкл. В моче изменений нет.

ВОПРОСЫ:

1. Ваши действия при осмотре больного в амбулаторных условиях?
2. При необходимости осмотра больного другим специалистом (например, хирургом) какой вид транспортировки Вы предложите?
3. Какие заболевания можно предположить?
4. Выберете лечебно-диагностическую тактику ведения больного в стационаре?
5. Какие дополнительные обследования на Ваш взгляд необходимы?
6. Выберете методы лечения, согласующиеся с предполагаемым диагнозом.

У больного 45 лет, страдающего комбинированным митральным пороком сердца с выраженным нарушением кровообращения, находящегося в состоянии тяжелой декомпенсации, 2 часа назад появились умеренной силы боли в правой подвздошной области, поднялась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота. Год и два года назад у

него были подобные приступы болей, которые самостоятельно быстро прошли. При осмотре: язык влажный, пульс 90 в минуту, мерцательная аритмия, дефицит – 40 ударов. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. Край печени пальпируется на 8 см ниже подреберья, слегка болезненный. В правой подвздошной области болезненность и небольшая ригидность мышц. Слабopоложительная перитонеальная симптоматики. Лейкоцитоз в крови $9,2 \times 10^9$ в 1 мкл. В моче изменений нет.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести у этого пациента?
3. Выберете тактику ведения больного?
4. Какой диагностический метод, уточняющий диагноз Вы предпочтете (динамическое наблюдение с контролем анализов, лапароскопию или УЗИ)?
5. Если в процессе диагностических мероприятий Вы не сможете исключить острую хирургическую патологии данному пациенту, то операция ему показана или противопоказана (больной не операбелен)?

У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура $37,8^{\circ}$ С. Язык сухой обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительная перитонеальная симптоматика. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитоз в крови $16,0 \times 10^9$ в 1 мкл. В моче следы белка, 5 – 6 лейкоцитов в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. К какому специалисту Вы направите больного для консультации?
2. Какой предположительный диагноз Вы поставите?
3. Выберете лечебно-диагностическую тактику ведения данной пациентки.
4. Ваши действия в случае отказа больной от дополнительного обследования и хирургического лечения, мотивированные беспокойством о ребенке.
5. Есть ли необходимость в антибактериальной терапии в послеоперационном периоде если операция потребует? Как на Ваш взгляд лучше провести антибактериальную терапию?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.

5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

по проведению практического занятия
по теме «Острый холецистит»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Острый холецистит. Эпидемиология. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Мотивация.

Острый холецистит в настоящее время занимает лидирующие позиции в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, постепенно оттесняя на вторые позиции острый аппендицит. При этом постоянно увеличивается доля пациентов пожилого и старческого возраста. Процент поздней госпитализации при данной патологии не имеет тенденции к снижению и доходит до 30-40%. Все это диктует необходимость изучения острого холецистита.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику острого холецистита и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с острым холециститом (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение острого холецистита	1

Уровни овладения практическими навыками:

- 1.иметь представления, знать показания;
- 2.принять участие, оценить;
- 3.выполнить под руководством;
- 4.выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы «Острый холецистит» необходимо знание анатомии желчевыводящих путей и печени, физиологии печени и роли желчи в пищеварении. Необходимо знать фазы воспалительной реакции организма (альтерация, экссудация, пролиферация) и ее стадии (катаральная, флегмонозная, гангренозная).

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Возникновение острого холецистита связано с действием нескольких факторов, среди них ведущую роль играет желчная гипертензия. В клинической практике в подавляющем большинстве случаев холецистит развивается на фоне ЖКБ. Ему обычно предшествует обтурация камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока. В этих условиях эндогенная инфекция желчного пузыря становится вирулентной и развивается катаральное, флегмонозное и гангренозное поражение стенки желчного пузыря.

Классификация.

- Калькулезный.
- Некалькулезный (бескаменный).

- Катаральный.
- Флегмонозный.
- Гангренозный

Осложнения.

- Перфорация.
- Перитонит.
- Перипузырный инфильтрат и абсцесс.
- Гнойный холангит.
- Механическая желтуха.
- Желчные свищи.

Патоморфология катарального, флегмонозного и гангренозного холецистита.

Клиническая картина.

Острый холецистит развивается преимущественно у лиц старше 50 лет, больные пожилого и старческого возраста составляют более 50%. Соотношение мужчин и женщин среди пациентов составляет 1:5.

Острый холецистит возникает внезапно с появлением интенсивных болей в животе с локализацией в правом подреберье. Постоянные симптомы острого холецистита – тошнота и рвота. Симптомы при осмотре: Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Щеткина-Блюмберга, пальпируемое дно желчного пузыря, зависят от стадии воспалительного процесса. Лабораторное обследование при остром холецистите включает общий анализ крови и мочи, диастазу мочи, желчные пигменты мочи, билирубин, сахар крови. Чрезвычайно важные данные у этой группы больных дает УЗИ печени, желчного пузыря, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железу. Наличие конкрементов в холедохе, стриктуры холедоха и другую патологию позволяет диагностировать эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография ЭРХПГ. На современном этапе развития медицине шире стали применяться компьютерная томография и магнито-ядерный резонанс.

Больные с острым холециститом подлежат срочной госпитализации в хирургическое отделение и должны находиться под постоянным наблюдением хирурга. Эффективное

лечение острого холецистита предполагает соблюдения принципа активной хирургической тактики. Деструктивный холецистит с различными вариантами течения – показания к хирургическому вмешательству в течение первых 24 – 48 часов пребывания больного в стационаре. Экстренная операция показана при всех формах деструктивного холецистита, осложненного местным или распространенным перитонитом. В остальных случаях проводится консервативная терапия, направленная на уменьшение и ликвидацию желчной гипертензии и противовоспалительное лечение.

Чрезвычайно сложной проблемой является острый холецистит, осложненный механической желтухой. В этом случае хирургическая тактика зависит от двух факторов: выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и брюшной полости, а также тяжести состояния больного. Проблему механической желтухи более подробно планируется разобрать в весеннем семестре.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез острого холецистита. Калькулезный и некалькулезный холециститы.
2. Классификация острого холецистита.
3. Патоморфология острого холецистита.
4. Клиническая картина острого холецистита и его осложнений.
5. Диагностика острого холецистита.
6. Хирургическая тактика и лечение острого холецистита.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводят самостоятельный осмотр больного с острым холециститом или подозрением на острый холецистит или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

«Поступила больная 26 лет с жалобами на сильные приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвоту, температуру 37,0. При осмотре: язык влажный, пульс 70 ударов в минуту, больная беспокойна, часто меняет положение, живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. О каком заболевании надо думать и какое обследование необходимо назначить больной»

Контрольные ситуационные задачи.

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 20 лет страдающей желчнокаменной болезнью и холециститом, а также тяжелым диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, рвота, температура 38°C. Боли держатся уже 3 сутки. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слепка вздут. Резкая болезненность в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Остальные отделы живота безболезненны. Симптом Щеткина — Блюмберга локализован в правом подреберье. Пульс 96 в минуту. Лейкоцитов в крови 12,0·10⁹ в 1 мкл. Сахара в крови 2,46 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваши предположения после осмотра больной в приемном отделении и получении анализов?
2. Дальнейшие действия врача приемного отделения?
3. Какие дополнительные обследования необходимы данной пациентке?
4. Какой будет тактика ведения?
5. Если потребуется оперативное вмешательство, каким будет его объем?

К Вам за советом обратилась соседка 48 лет, у которой три дня назад после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до $38,3^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота. Самостоятельно принимала спазмолитики, обезболивающие, антибиотики, после чего боли значительно уменьшились. При пальпации правого подреберья определяется болезненность и напряжение мышц, перитонеальной симптоматики нет.

ВОПРОСЫ:

1. Ваши действия?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Сформулируйте лечебно-диагностическую тактику у данной больной.
4. Амбулаторное или стационарное обследование показано этой пациентке?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Галка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Острый панкреатит»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Острый панкреатит. Эпидемиология. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Мотивация.

Острый панкреатит относится к числу наиболее частых заболеваний неотложной хирургии органов брюшной полости, уступая лишь аппендициту и холециститу. Летальность при остром панкреатите зависит от формы заболевания и при гнойных осложнениях достигает 40-60%. В основе лечения больных острым панкреатитом лежат физиологические принципы, поэтому при изучении данной темы особое значение имеет понимание механизмов нарушений, развивающихся при этом заболевании.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику острого панкреатита и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с острым панкреатитом (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение острого панкреатита.	1

Уровни овладения практическими навыками:

- 1.иметь представления, знать показания;
- 2.принять участие, оценить;
- 3.выполнить под руководством;
- 4.выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для освоения темы необходимо знать анатомию поджелудочной железы, ее роль во внешнесекреторной и внутрисекреторной функции. По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

В основе острого панкреатита лежит асептическое воспаление поджелудочной железы с процессами аутоферментативного некробиоза и некроза органа, что приводит к нарушению функции железы её расплавлению. Основным этиологическим факторам развития острого панкреатита относятся заболевания внепечёночных желчных путей (до 45%), приём суррогатов алкоголя, повреждения железы вследствие тупой травмы, заболевания двенадцатиперстной кишки, прием лекарственных препаратов.

Классификация:

1. Отёчный панкреатит.
2. Стерильный панкреонекроз.
3. Инфицированный панкреонекроз.

Осложнения панкреатита:

1. Местные осложнения: парапанкреатический инфильтрат, псевдокиста, флегмона забрюшинного пространства, перитонит, наружные панкреатические свищи, аррозивные кровотечения.
2. Внебрюшные: панкреатогенный шок, септический шок, полиорганная недостаточность.

Клиника панкреатита:

Клиническая картина острого панкреатита складывается из триады Мондора: боль, рвота, метеоризм. Болевые ощущения носят интенсивный характер, локализуются в эпигастрии с иррадиацией в спину, или носят «опоясывающий» характер. Рвота многократная, мучительная и не приносящая облегчения. Живот вздут, преимущественно в верхних отделах, отмечается снижение или отсутствие пульсации брюшного отдела аорты - симптом Воскресенского. Также для панкреатита характерны симптомы Мейо-Робсона, Грюнвальда, Тернера.

Осложнения панкреатита сопровождаются ухудшением состояния больного, усилением боли, появлением перитонеальной симптоматики, развитием полиорганной недостаточности.

Диагностика острого панкреатита складывается из лабораторных методов диагностики: общий анализ крови, мочи, диастаза мочи, амилаза крови, биохимический анализ и т.д. Для диагностики острого панкреатита и его разнообразных форм используют: УЗИ, лапароскопию, КТ, чрескожные пункции под контролем УЗИ, РХПГ.

Лечение острого панкреатита комплексное: применение препаратов подавляющих секрецию поджелудочной железы, снятие нагрузки, улучшение реологии крови, купирование болевого синдрома. Хирургическое лечение применяется при развитии осложнений и направлено на устранение воспаления, дренирование секрета поджелудочной железы, удаление некрозов.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез острого панкреатита.
2. Классификация острого панкреатита.
3. Патоморфология острого панкреатита.
4. Осложнения острого панкреатита.
5. Клиническая картина острого панкреатита и его осложнений.
7. Диагностика острого панкреатита.
8. Хирургическая тактика и лечение острого панкреатита.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с острым панкреатитом или подозрением на острый панкреатит или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

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

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участвует в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Блюмберга и Мейо - Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения. Температура - 37.20С. АД - 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты - 17 x 10⁹/л.»

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Обоснование лечебной тактики?
4. Показания к операции?
5. Вид и объем операции?

Контрольные ситуационные задачи.

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37°С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят.

Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные.

ВОПРОСЫ:

1. Ваши предположительные диагнозы после первичного осмотра?
2. Какие обследования необходимы в данном случае?
3. Какой будет лечебная тактика на догоспитальном этапе и в стационаре?
4. Ваш прогноз относительно данного случая?

У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась

небольшая болезненность в эпигастриальной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (пара-нефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей – физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8 ед.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом следует расценивать течение заболевания?
3. Какой должна быть тактика лечения?
4. Показано ли оперативное лечение? Если – «да», то какое?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Острая кишечная непроходимость»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Острая кишечная непроходимость. Причины, клиника, диагностика. Принципы лечения.

Мотивация.

Кишечная непроходимость составляет относительно небольшую часть больных острыми хирургическими заболеваниями, но сопровождается летальностью в среднем 15-20%. Сложность диагностики, трудности правильной оценки конкретной клинической ситуации и выбора оптимальной тактики лечения являются характерными для острой кишечной непроходимости. Поэтому настоящая тема по практической значимости занимает одно из центральных мест в курсе хирургических болезней.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику острой кишечной непроходимости и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п/п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с острой кишечной непроходимостью (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение острого кишечной непроходимости.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;

3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Топографо-анатомическое строение и физиологические особенности работы кишечника.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Острая кишечная непроходимость характеризуется нарушением пассажа кишечного содержимого по направлению от желудка к заднему проходу. Кишечная непроходимость это одно из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Термин «кишечная непроходимость» является собирательным, так как нарушение проходимости может возникнуть от самых разнообразных причин: опухолей, заворота кишок, сдавления просвета кишки спайками, обтурации инородными телами.

Классификация:

1. Динамическая
спастическая
паралитическая
2. Механическая
странгуляционная
обтурационная
смешанная

Острая кишечная непроходимость вызывает в организме больного выраженные нарушения, связанные с потерей большого количества электролитов, развитием эндотоксикоза, нарушением моторной и резорбтивной функции кишечника.

Клиника.

Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости – боли в животе, вздутие, рвота, задержка стула и газов. Проявления будут зависеть от вида непроходимости и её уровня, времени, прошедшего с момента развития непроходимости. Характерные симптомы для непроходимости - симптомы Валя, Тэневера, Склярова и т.д.

К основным инструментальным методам диагностики непроходимости относятся рентгенологические с контрастированием барием. Рентгенологические признаки: кишечные арки, чаши Клойбера, симптом перистости, задержка пассажа бария. Обязательным является изучение электролитного состава крови, эндоскопические исследования (колоноскопия, ирригоскопия).

Лечение острой кишечной непроходимости комплексное, направленное на устранение препятствия, коррекцию водно-электролитного состава крови, нормализацию белкового состава крови.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения непроходимости показано оперативное лечение. Его объём зависит от причин непроходимости и её запущенности.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез острой кишечной непроходимости.
2. Классификация острой кишечной непроходимости.
3. Патоморфология острой кишечной непроходимости.
4. Клиническая картина острой кишечной непроходимости в зависимости от вида.
5. Диагностика острой кишечной непроходимости.
6. Хирургическая тактика и лечение острой кишечной непроходимости.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с острой кишечной непроходимостью или подозрением на острую кишечную непроходимость или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Больной Ш., 62 лет, доставлен в хирургическое отделение врачом скорой помощи с предположительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость». В последние два месяца отмечает запоры, вздутие живота, слизь и следы крови в кале. 12 часов назад появились схваткообразные боли в животе, тошнота, резко усилилось вздутие живота, перестали отходить газы. При поступлении язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно – тимпанит, аускультативно - кишечные шумы усилены. При ректороманоскопии обнаружена опухоль, резко стенозирующая просвет сигмовидной кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Оценка анатомических данных?
3. Какой дополнительный метод используется при не информативности ректороманоскопии?
4. Какова должна быть тактика лечения больного?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больного.
3. Объясните лечебную тактику в зависимости от возможных результатов обследования.

Больная 26 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, отсутствие стула, неотхождение газов, рвоту. Больная кричит, требует, чтобы сделали операцию.

По рассказам больной, несколько лет назад она попала в автомобильную катастрофу и у нее были разорваны желудок, толстая и тонкая кишки, повреждены печень и селезенка. После этого у нее периодически развивается спаечная непроходимость, по поводу которой ее трижды оперировали.

Общее состояние больной удовлетворительное. Температура нормальная, пульс 80 в минуту. На животе по средней линии виден большой послеоперационный рубец. При пальпации живот резко болезненный во всех отделах, напряжен, во всех отделах резко выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика нормальная; язык чистый, влажный; при обследовании прямой кишки патологии не обнаружено. Лейкоцитов в крови $7,8 \times 10^9$ в 1 мкл. Больные, соседи по палате, сообщили, что, когда врач выходит из палаты, больная

успокаивается, перестает кричать.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные обследования?
3. Ваша лечебно-диагностическая тактика.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

по проведению практического занятия
по теме «Перитонит»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Перитонит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, хирургическая тактика.

Мотивация.

Проблема перитонита остаётся актуальной, несмотря на все достижения научно-технического прогресса. Средние показатели летальности удерживаются на уровне 20 – 30%, а при наиболее тяжёлых формах, к примеру, послеоперационном перитоните – достигают 40 – 50 %. В настоящее время проблема перитонита тесно связана с проблемой сепсиса как синдрома системного воспалительного ответа при наличии инфекционного начала.

Понимание этиологии и патогенеза перитонита чрезвычайно важно для врача любой специальности, что объясняет необходимость его изучения в курсе хирургических болезней.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику перитонита, согласно представлению его как абдоминального сепсиса. Научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п/п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с перитонитом (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение перитонита.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;

2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Анатомия и физиология париетальной и висцеральной брюшины.

Пути распространения инфекции в брюшную полость, микрофлора кишечника.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Перитонит проявляется как вторичное патологическое состояние, осложняющее течение первичного патологического процесса, травмы либо заболевания, приведшего к образованию источника - воспалительной или травматической деструкции органов брюшной полости. Тяжесть перитонита определяется характером источника и в зависимости от длительности его существования.

Классификация:

1. По этиологии:

-первичный;

-вторичный;

-третичный;

2. По распространенности:

-местный;

-разлитой;

3. По характеру экссудата:

-серозно-фибринозный;

-фибринозно-гнойный;

-гнойный;

-каловый; и т.д.

4. Фаза течения:

-отсутствие сепсиса;

-сепсис;

-тяжёлый сепсис;

-септический шок.

В основе развития перитонита лежит развитие воспалительного процесса в брюшной полости за счет бактериального обсеменения и развитие синдрома энтеральной недостаточности. Развитие сепсиса в итоге приводит к развитию полиорганной недостаточности.

Клиника перитонита характеризуется разлитыми болями в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины (симптом Щёткина-Блюмберга), отсутствие перистальтики кишечника, нарастающими явлениями угнетения сознания, полиорганной недостаточности.

Лечение перитонита хирургическое, направленно на устранение причины перитонита, купирование воспалительного процесса. Для лечения перитонита применяются программные релапаротомии, массивная инфузионная и антибактериальная терапия.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез перитонита.
2. Классификация перитонита.
3. Патоморфология перитонита.
4. Клиническая картина перитонита.
5. Диагностика перитонита.

6. Хирургическая тактика и лечение перитонита.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на перитонит или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлен больной Н., 43 лет. Состояние больного тяжелое, кожные покровы серого цвета, больной заторможен, предъявляет жалобы на боли по всему животу, слабость. Из анамнеза известно, что три дня назад появились боли в верхних отделах живота, которые постепенно усиливались и локализовались во всех отделах. Объективно: ЧД 26 в/мин., пульс 120 уд/мин, язык сухой, живот резко болезненный во всех отделах напряжен, положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования Вам необходимы?
3. Какова Ваша тактика лечения?

Контрольные ситуационные задачи.

В хирургическое отделение стационара доставлена больная М., 42 лет, с диагнозом «острый аппендицит». Заболела 3 дня назад, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, была однократная рвота. Подобные боли возникали и раньше, она связывала их с явлениями хронического холецистита. Самостоятельно приняла но-шпу, анальгин, местно - теплые грелки. Затем боли постепенно локализовались в правой подвздошной области, наблюдался частый жидкий стул. Через 3 суток, вследствие резкого ухудшения состояния обратилась за медицинской помощью. Дежурный хирург после осмотра больной поставил диагноз деструктивного аппендицита, осложненного разлитым перитонитом. После кратковременной предоперационной подготовки больная оперирована. Разрезом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. В брюшной полости большое количество гноя. С техническими трудностями произведена операция аппендэктомии, брюшная полость осушена и дренирована через основной разрез.

1. Каковы клинические признаки распространенного перитонита аппендикулярного происхождения?
2. В течение какого времени проводится предоперационная подготовка в подобных случаях?
3. Правильно ли выбран оперативный доступ?
4. Принципы ведения послеоперационного периода в данном случае?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Преоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Грыжи живота»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Грыжи живота. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.

Мотивация.

Грыжи встречаются в любом возрасте и являются причиной ограниченной трудоспособности у большей части зрелого населения, что делает правильное и своевременное лечение этой патологии важной задачей практической хирургии. Своевременное плановое оперативное лечение грыж предотвращает развитие осложнений, представляющих очень серьезную угрозу жизни больного. Врач любой специальности должен иметь представление о грыжах — как хирургической патологии и уметь ориентироваться в случае ущемления грыжи.

Цель занятия.

Освоить клинику и диагностику грыж. Научиться формулировать хирургическую тактику при свободной и ущемленной грыже.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с грыжами живота (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение грыж. Особенности лечения ущемленной грыжи.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;

2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Анатомия передней брюшной стенки, пахового и бедренного каналов.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Грыжей живота называют выход внутренностей из брюшной полости с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

Любая грыжа имеет следующие составные части: грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое и оболочки грыжи. Образование грыжи связано с наличием «слабых мест» в передней брюшной стенке, чрезмерной физической нагрузкой.

Классификация:

1. По этиологии

-врождённые;

-приобретенные.

2. По локализации:

-паховые;

-бедренные;

-пупочные;

-белой линии;

-редкие.

3. По клиническому течению:

-неосложненные;

-осложнённые;

-рецидивные.

Клиника.

Период формирования грыжи характеризуется болями, возникающими при повышении внутрибрюшного давления. Постепенно формируется опухолевидное образование, появляющееся в положении стоя и исчезающее в положении лёжа, постепенно увеличивается в размерах. При ущемлении грыжи клиника будет зависеть от грыжевого содержимого. Если это петли кишки будет отмечаться клиника непроходимости, грыжевое выпячивание неврагивное, отрицательный симптом «кашлевого толчка». При ущемлении пряди большого сальника выраженные болевые ощущения в грыжевом мешке. При ущемлении стенки мочевого пузыря, позывы на мочеиспускание.

Лечение грыж оперативное. При отсутствии ущемления - лечение в плановом порядке. При ущемлении - операция в экстренном порядке.

Выделяют множество вариантов пластики апоневроза. В настоящий момент предпочтение отдаётся ненатяжным видам пластики с применением сетчатых аллотрансплантатов.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез грыж.
2. Анатомия передней брюшной стенки.
3. Классификация грыж.
4. Патоморфология грыж.
5. Клиническая картина ущемленных и неущемлённых грыж.
6. Диагностика грыж.

7. Хирургическая тактика и лечение грыж.
8. Виды пластики грыжевых дефектов.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на перитонит или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Оперируя больную Л., 68 лет по поводу ущемленной паховой грыжи, хирург после вскрытия грыжевого мешка обнаружил умеренное количество серозно-геморрагического выпота и две петли тонкой кишки, которые после рассечения ущемляющего кольца макроскопически были не изменены, перистальтировали, брюшина была блестящей, пульсация сосудов отчетливая. Кишечные петли вправлены в брюшную полость. Операция закончилась грыжесечением и пластикой пахового канала по Спасокукоцкому.

Вопросы:

1. Какой вид ущемления в данном случае?
2. Какие данные свидетельствуют о виде ущемления у данного больного?
3. Какая ошибка была допущена при выполнении операции?
4. Укрепление какой стенки пахового канала производится при способе Спасокукоцкого?

Контрольные ситуационные задачи.

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течении 5 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените действия врача приемного отделения.
2. Какие варианты течения заболевания можно предположить?
3. Какой должна быть хирургическая тактика у подобных больных?
4. Просматривается ли юридическая ответственность в действиях врача в данном случае?

Больной доставлен в отделение с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течении 6 лет страдал правосторонней пахово - мошоночной грыжей. От предлагаемого ранее оперативного лечения отказался. В течении 10 лет язвенная болезнь 12- перстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ФГДС - язва в стадии рубцевания. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 124 в минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8 7 6 см. напряженное, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость.

Определить наличие симптома "кашлевого толчка" из-за сильных болей не представляется возможным.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
3. Какое лечение Вы предложите больному?
4. Какой оперативный доступ?
5. Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой патологии?

У больного К., 45 лет, при физической работе на приусадебном участке появились боли и выпячивание выше пупка. Придя домой, больной приложил к выпячиванию грелку, принял горячую ванну. Однако боли не стихали, и был доставлен в приемное отделение районной больницы. Дежурный врач (терапевт по специальности со стажем работы 2 года) после инъекции но-шпы, вправил выпячивание в брюшную полость. Для динамического наблюдения больной был госпитализирован в хирургическое отделение. Состояние больного не улучшилось, боли приняли схваткообразный характер, появились тошнота, рвота, вздутие живота. После инъекции раствора промедола боли на короткое время уменьшились. Утром осмотрен дежурным хирургом и оперирован с подозрением на ложное вправление ущемленной грыжи белой линии живота. На операции был обнаружен некроз петли тонкой кишки, вправленной вместе с ущемляющим кольцом.

Вопросы:

1. К чему приводят неправильные действия пациента?
2. Дежурный терапевт не назначил консультацию какого специалиста?
3. Допустимо ли назначение анальгетика и вправление выпячивания в брюшную полость в подобных случаях?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больному?
5. Критерии жизнеспособности тонкой кишки?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

по проведению практического занятия
по теме «Схема истории болезни»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Схема академической истории болезни. Курация больных.

Мотивация.

История болезни является совокупностью данных, полученных при непосредственном опросе больного и проведения различных методик обследования больного. В ходе написания истории болезни врач вычленяет основные данные по заболеванию больного, позволяющие поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику, определяется с лечебно-диагностической тактикой ведения больного.

Цель занятия.

Освоить и закрепить методику обследования больного с хирургической патологией. Освоить написание академической истории болезни.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п/п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Написание академической истории болезни.	4

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;

4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Схема написания истории болезни, методика обследования больного с хирургической патологией.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.

2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.

3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000

4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.

5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.

2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.

3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.

4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.

5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.

6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.

7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Сочетанная травма»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Сочетанная травма. Понятие. Современное состояние проблемы. Принципы оказания первой помощи. Повреждение полых и паренхиматозных органов.

Мотивация.

Сочетанная травма в современном мире является одной из трёх основных причин смертности населения, причём у населения в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Среди причин летальных исходов от травм, на долю сочетанных травматических повреждений приходится более 60 %, хотя они составляют 8-10% всех стационарных больных с повреждениями. Таким образом, увеличивающаяся частота встречаемости сочетанной травмы, трудности определения тактики ведения больных с данной патологией, а также высокий процент летальных исходов определяют актуальность данной проблемы.

Цель занятия.

Освоить клинические проявления повреждения органов и систем при сочетанной травме. Научиться определять тяжесть состояния больного и тактику его лечения на различных этапах оказания медицинской помощи. Освоить правила оказания первой помощи.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с сочетанной травмой (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение повреждений при сочетанной травме.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Механизмы получения травм. Принципы оказания первой медицинской помощи.

Основные положения темы.

Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей одним травмирующим агентом. Сочетанная травма относится к одной из трёх основных причин смертности населения, причём у населения в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Летальность при сочетанной травме достигает 45 %.

Классификация: (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского)

- 1 группа - сочетанная черепно-мозговая травма;
- 2 сочетанная травма спинного мозга;
- 3 сочетанная травма груди;
- 4 сочетанная травма живота и органов брюшинного пространства;
- 5 сочетанная травма опорно-двигательного аппарата;
- 6 сочетанная травма с двумя и более тяжёлыми (доминирующими) повреждениями;
- 7 сочетанная травма без тяжёлых повреждений.

Клиническая картина сочетанной травмы будет определяться полученными повреждениями той или иной анатомической области.

В оказании помощи больным с сочетанной травмой выделяют 4 основных этапа:

1. догоспитальный этап. На данном этапе врачу необходимо оказать необходимые элементы первой помощи, постараться вывести больного из шокового состояния, обезболить, выполнить иммобилизацию, остановить видимые кровотечения. Основой тактики лечения больного на данном этапе является выявления доминирующего повреждения, т.е. такого

повреждения, которое без лечения смертельно, а при лечении даёт летальность более 10%; и доставить больного кратчайшим путем туда, где ему будет оказана специализированная медицинская помощь.

2. Реанимационный этап. Проводятся противошоковые мероприятия, оказывается специализированная хирургическая помощь, вид и объём которой определяются повреждениями.

3. Профильный клинический этап. На данном этапе проводится комплексное лечение, направленное на устранение осложнений, начальный этап реабилитации.

4. Реабилитационный этап. Лечение, направленное на восстановление поврежденных органов и нарушенных функций, социальная адаптация пострадавшего.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Понятие сочетанной травмы, этиология, патогенез.
2. Классификация сочетанной травмы.
3. Принципы первой помощи.
4. Клиническая картина сочетанной травмы.
5. Диагностика и тактика сочетанной травмы на догоспитальном этапе.
6. Хирургическая тактика и лечение сочетанной травмы.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводят самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на сочетанную травму или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

На место дорожно-транспортного происшествия брила бригада скорой помощи. Имеется один пострадавший, мужчина, около 40 лет. Пострадавший в сознании, несколько заторможен, предъявляет жалобы на боли в животе нечёткой локализации, слабость, головокружение. Объективно: зрачки одинаковые, ЧД 20 в мин., пульс 130 в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Живот несколько не напряжён, болезненный во всех отделах, положительный симптом Кулемпкамфа. Также имеются множественные гематомы черепа, ссадины, подозрения на перелом костей левой голени.

Вопросы:

1. Какие повреждения имеются у пострадавшего?
2. Какую первую помощь необходимо оказать пострадавшему?
3. Какое на Ваш взгляд доминирующее повреждение?
4. Ваша тактика по эвакуации пострадавшего и дальнейшего лечения?

Контрольные ситуационные задачи.

Вы оказываете первую помощь на месте автокатастрофы. В результате столкновения двух легковых автомобилей повреждения получили 3 человека. Один водитель находится в бессознательном состоянии, зажат на сиденье. Пассажир вылетел через лобовое стекло, лежит на спине, на дороге, не может подняться, жалуется на головные боли, боли в области таза и нижних конечностей. Другой водитель самостоятельно передвигается, пытается извлечь пострадавшего зажатого в машине.

ВОПРОСЫ:

1. Как Вы организуете свою работу, при условии, что у Вас есть один помощник?
2. Опишите последовательность действий при обследовании пострадавших.

3. Какие основные патологические синдромы необходимо корректировать на догоспитальном этапе?
4. Куда Вы госпитализируете пострадавших?
5. Ваши действия в случае отказа от госпитализации менее пострадавшего водителя?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Осложнения язвенной болезни»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Осложнения язвенной болезни.

Мотивация.

Язвенная болезнь во всем мире является широко распространенным заболеванием. Несмотря на обширный список фармакологических препаратов, схем их применения, число осложнений язвенной болезни продолжает расти. Вместе с этим продолжает расти процент летальности от осложнений язвенной болезни и достигает 5-15% в зависимости от вида осложнения. Сочетание этих факторов диктует важность изучения этой проблемы.

С точки зрения хирургической практики большое значение имеют следующие осложнения язвенной болезни (перфорация, пенетрация, стеноз, кровотечение и малигнизация). Зачастую от правильно выбранной тактики на догоспитальном этапе зависит результат хирургического лечения конкретного пациента.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику, принципы лечения осложнений язвенной болезни и научиться формулировать хирургическую тактику при следующих осложнениях (перфорация, пенетрация, кровотечение и малигнизация).

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с осложнениями язвенной болезни (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения язвенной болезни.

Основные положения темы.

Хирургия язвенной болезни в первую очередь - хирургия её осложнений.

К осложнениям язвенной болезни относятся:

1. Перфорация.
2. Кровотечение.
3. Пилородуоденальный стеноз.
4. Пенетрация.
5. Малигнизация.

Перфорация - тяжелое, угрожающее жизни осложнение, занимающее ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни. Клиника определяется выходом кислого содержимого в брюшную полость и развитием перитонита.

Состояние больного тяжелое, вынужденно - согнутое положение. Кожные покровы бледные, давление низкое, тахикардия. Живот напряжен, болезненный во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, отмечается исчезновение печёночной тупости, отсутствие перистальтики. В течении заболевания выделяют три фазы: шока, мнимого благополучия, гнойного перитонита.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявляется свободный газ под куполами диафрагмы. Также для уточнения диагноза применяют ФГДС, лапароскопию.

Лечение хирургическое. К основным методам хирургического лечения относят ушивание перфорации, резекция желудка.

Пилородуоденальный стеноз.

Деформация и сужение пилородуоденальной области развивается вследствие рубцевания многократно рецидивирующих язв, что влечет за собой ту или иную степень её непроходимости и замедление эвакуации желудочного содержимого.

В течение заболевания выделяют несколько стадий. Стадия компенсации характеризуется чувством переполнения в эпигастральной области после приема пищи, редкими рвотами, приносящими облегчение. В стадии субкомпенсации добавляется боль и отрыжка воздухом. Выявляется «шум плеска» в проекции желудка, обильная рвота съеденной накануне пищей. Декомпенсированный стеноз характеризуется резким похуданием больного, обезвоживанием, явлениями судорог, многократными рвотами, резким увеличением желудка в размерах.

Для диагностики применяются ФГДС, рентгеноконтрастные исследования желудка с определением моторной и эвакуаторной функции желудка. Также применяется весь комплекс лабораторной диагностики.

Лечение комплексное, включает в себя объемную инфузионную терапию, восполнения ОЦК, белков, минералов, аминокислот. Ежедневное выполнение откачиваний из желудка. Оперативное лечение применяется при декомпенсированном стенозе и включает резекцию желудка, наложение обходных анастомозов, дренирующие операции.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез язвенной болезни.
2. Классификация осложнений язвенной болезни.
3. Клиника и диагностика прободной язвы.
4. Клиника и диагностика пилородуоденального стеноза.
5. Клиника и диагностика пенетрации язвы и малигнизации.
6. Хирургическая тактика и лечение осложнений язвенной болезни.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на осложнения язвенной болезни или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Больной 51 год. Поступил с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку "тухлыми яйцами", резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая рвота с остатками пищи, съеденной на кануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, "шум плеска", натощак ниже уровня пупка. АД - 90/75 мм рт. ст. Положительный синдром Хвостека.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного баланса.
4. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?
5. Тактика лечения.

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическую рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически лечился амбулаторно и стационарно. В последние полгода отмечается резкое ухудшение состояния. Анализ крови: эр. - 3.7 10¹²/л, Нв - 96 г/л, лейкоц. - 6.7 10⁹/л. Общий белок плазмы - 88 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. Что необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. От каких заболеваний необходимо дифференцировать?
4. План лечения?
5. Объем операции?

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии; с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, определяется шум плеска.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз может быть поставлен?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?
3. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

У больного, имеющего длительный «желудочный» анамнез, внезапно возникли сильнейшие боли в животе. Он был вынужден осторожно лечь и лежал неподвижно; при малейшем движении боли усиливались. Была однократная рвота. Через полчаса боли почти полностью прошли. Больной самостоятельно ушел домой. На следующий день пришел к врачу, так как у него оставались небольшие боли в правом подреберье и температура тела повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре живот мягкий, безболезненный, за исключением правого подреберья, где имелась умеренная болезненность, защитное напряжение мышц и слабо выраженные перитонеальные симптомы. Печеночная тупость сохранена. Пульс 80 в минуту. Язык влажный. При рентгеноскопии органов брюшной и грудной полостей патологии не выявлено. Лейкоцитов в крови $8,6 \times 10^9$ в 1 мкл.

ВОПРОСЫ:

1. Ваши дальнейшие действия?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Обоснуйте лечебно-диагностическую тактику у данного пациента.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное).

Издательства МИК. Иваново. 2000

4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.

5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.

2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.

3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.

4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.

5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.

6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.

7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Механическая желтуха»
5 курс лечебного факультета

Автор Станкевич А.М.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Механическая желтуха. Понятие. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Мотивация.

Механическая желтуха относится к тяжёлым хирургическим заболеваниям. Тяжесть заболевания обусловлена трудностью диагностики, необходимостью дифференциальной диагностики с другими формами желтухи, а также широким спектром осложнений со стороны различных органов и систем. Развитие механической желтухи может быть обусловлено множеством заболеваний. Процент летальности при этом заболевании напрямую зависит от ранней диагностики и тактики лечения. На догоспитальном этапе врач любой специальности сталкивается с пациентами этой группы, что заставляет проводить диагностические мероприятия и определять сроки и место госпитализации больных.

Цель занятия.

Освоить этиологию, клинику, диагностику механической желтухи и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с механической желтухой (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Анатомия и топографическая анатомия желчевыводящих путей. Цикл образования и выведения желчных пигментов.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Механическая желтуха- осложнение патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих путей.

Причины развития механической желтухи:

1. Доброкачественные(80%):

- холедохолитиаз;
- стеноз большого дуоденального сосочка;
- холангит;
- острый папиллит, полипы большого дуоденального сосочка;
- острый и хронический панкреатит;
- рубцовая стриктура желчевыводящих путей;
- редкие (врожденные аномалии).

2. Злокачественные поражения различной локализации(20%):

- рак большого дуоденального сосочка, поджелудочной железы, желчного пузыря, холедоха;
- первичный и метастатический рак печени.

Синдром механической желтухи следует рассматривать как сложный патофизиологический комплекс, проявляющийся признаками поражения всех органов и систем, преимущественно печени и почек.

Клиника механической желтухи будет складываться из наличия желтушного окрашивания кожи и склер, зуда, нарушением функции печени, обесцвечиванием кала и симптомами заболевания, которое обусловило развитие желтухи. В случае холедохолитиаза, как наиболее частой причины - это появление желтухи на фоне выраженных болей в правом подреберье, тошнота. При опухолевом поражении «малые» признаки опухоли, похудание, субфебрилитет и т.д.

Диагностика механической желтухи основывается на лабораторных показателях, среди которых превалирует биохимический анализ крови, содержание и соотношение билирубинов. Инструментальные методы: УЗИ, ЭРХПГ, КТ, лапароскопия.

Лечение комплексное, направленное на коррекцию печеночной недостаточности (белковосинтетической функции, обезвреживающей функции), дезинтоксикационная терапия. Тактика хирургического лечения определяется причиной, вызвавшей развития желтухи, и делится на радикальное (устранение основного заболевания и ликвидация желтухи) и паллиативное (различные пути дренирования, создания возможности оттока желчи). Особое место в лечении механической желтухи принадлежит ЭРХПГ.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез механической желтухи. Основные причины.
2. Дифференциальная диагностика механической желтухи.
3. Клиническая картина механической желтухи и её осложнений.
4. Диагностика механической желтухи.

5. Роль ЭРХПГ в диагностике и лечении механической желтухи.

6. Хирургическая тактика и лечение механической желтухи.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на механическую желтуху или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Примеры ситуационной задачи.

Больной Г., 53 лет госпитализирован в хирургическое отделение клиники с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, многократную рвоту, повышение температуры до 38,7 С. При осмотре кожные покровы обычной окраски, склеры иктеричны. Язык суховат. Живот при пальпации резко болезнен и напряжен в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. В течение 48 часов больному проводилась консервативная терапия (антибиотики, спазмолитики, блокада круглой связки печени, локальная гипотермия) без каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови возрос до $17,6 \times 10^9/\text{л}$.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Частые осложнения при данной патологии?
5. Тактика лечения?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 48 лет поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку и в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость, за 2 месяца потерял 4 кг массы. У больного часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 4 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у больного появилась желтуха, которая постепенно нарастает. Живот мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов $9,2 \times 10^9$ в 1 мкл, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что Вы предпримите для дифференциальной диагностики?
3. Какова тактика лечения больного?
4. Каков прогноз при различных видах лечения?

Больная 56 лет поступила в отделение с жалобами на боли схваткообразного характера в правом подреберье, преимущественно в ночное время, подъёмы температуры до 38 градусов, желтушность кожи и склер темную мочу. Больна в течение 4 дней. Ранее не обследовалась. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз 15 г/л , со сдвигом влево. На УЗИ обнаружены камни желчного пузыря, холедох 12 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?

3. Какова тактика лечения больной?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.

2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.

3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000

4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.

5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.

2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.

3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.

4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.

5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.

6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.

7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра госпитальной хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

по проведению практического занятия
по теме «Сепсис»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Системная воспалительная реакция и сепсис.

Мотивация.

Сепсис в настоящий момент остаётся проблемой медицинского, демографического и экономического значения. Весьма существенным является отсутствие стандартизации диагностики и лечения госпитальных инфекций на основе доказательных микробиологических, фармакологических и клинических исследований. Кроме того, сепсис является одной из основных причин летальности больных и может осложнять течение различных заболеваний и локальных воспалительных процессов. Всё это определяют исключительную актуальность данной проблемы.

Цель занятия.

Познакомиться с современными взглядами на системную воспалительную реакцию. Освоить этиологию, клинику и диагностику хирургического сепсиса. Изучить методики хирургического лечения и антибактериальной терапии сепсиса.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного с хирургическим сепсисом (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Хирургическое лечение сепсиса.	1

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;
4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Пути распространения микроорганизмов в организме. Микрофлора кишечника.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Системная воспалительная реакция (СВР) – патогенетическая и клинико-физиологическая основа различных патологических процессов и заболеваний хирургического, инфекционного, онкологического, гематологического и другого характера. В основе этой реакции лежит генерализованный ответ макроорганизма на повреждения и определяется запуском каскадных гуморальных и клеточных реакций.

Сепсис по современным воззрениям представляет собой генерализованную(системную) реакцию организма на инфекцию любой этиологии.

СВР характеризуется повышением или резким снижением температуры тела, увеличением частоты пульса более 90 уд/мин, гипервентиляцией, лейкоцитозом более 12 г/л, при наличии незрелых форм. Сепсис характеризуется наличием очага инфекции и двух или более признаков СВР. Важное значение в развитии сепсиса играет первичный очаг инфекции - это очаг инфекционного воспаления, откуда идет процесс распространения микроорганизмов и эндогенных токсинов в организме. Процесс развития сепсиса, особенно при отсутствии адекватного лечения приводит к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу. В диагностике сепсиса важное место занимает посев крови и других биологических жидкостей. с определением чувствительности к антибиотикам, что позволяет корректировать терапию сепсиса.

Лечение сепсиса заключается в ликвидации первичного очага инфекции. Хирургический сепсис чаще осложняет течение перитонитов. Консервативное лечение заключается в массивной антибиотикотерапии применением нескольких антибиотиков, различных путей введения, после определения чувствительности микрофлоры. Также это массивная дезинтоксикационная терапия, направленная на выведения токсинов из организма(плазмозферез и др.) Коррекция полиорганных нарушений.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Понятие системная воспалительная реакция. Патофизиология.
2. Понятие сепсиса.
3. Клиническая картина сепсиса и СВР..
4. Диагностика сепсиса.
5. Понятие первичного очага инфекции.
6. Хирургическая тактика лечения сепсиса.
7. Принципы антибиотикотерапии и дезинтоксикационной терапии сепсиса.

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент. Кроме того группы студентов (2-3 человека) проводит самостоятельный осмотр больного с перитонитом или подозрением на механическую желтуху или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Больной Г., 53 лет находился на лечении в хирургическом отделении по поводу

прободной язвы желудка, разлитого гнойного перитонита. Оперирован, выполнялась лапаротомия, ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На четвёртые сутки отмечается резкое ухудшение состояния: заторможенность, вялость, боли во всех отделах живота, фебрильную температуру до 40 градусов Цельсия. В анализах лейкоцитоз до 25 г/л, со сдвигом до юных форм, суточный диурез 400 мл.

Вопросы:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы помогут в подтверждении диагноза?
3. Какова тактика лечения больного?
4. Каков прогноз?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 78 лет поступил в отделение с клиникой влажной гангрены правой нижней конечности. От предложенного оперативного лечения отказался. В течение длительного времени страдает сахарным диабетом, на инсулине.

Вопросы:

1. Возможно ли развитие у больного сепсиса?
2. Что необходимо для профилактики осложнений?
3. Ваша тактика лечения применительно к этому больному?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента.

Информационное письмо. Иваново. 2006.

6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.

7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

по проведению практического занятия
по теме «Итоговое занятие»
5 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Станкевич А.М.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Итоговое занятие. Разбор историй болезни. Тесты. Зачёт.

Мотивация.

Итоговое занятие позволяет выявить огрехи в изучении тем занятий цикла, усвоить дополнительную информацию. Разбор истории болезни позволяет выявить ошибки в формулировке диагнозов, определении лечебно–диагностической тактики ведения больного, помогает взглянуть на заболевание больного с другой точки зрения. Тестирование и зачёт по практическим навыкам позволяет оценить степень подготовленности студента по пройденным темам.

Цель занятия.

Закрепить пройденный материал. Проанализировать истории болезни.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

№ п\п	Умения	Уровень освоения
1	Клиническое обследование больного (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с выявлением специфических симптомов.	4
2	Назначение обследования больного, согласно клинической картине.	4
3	Проведение дополнительных методов обследования.	2
4	Определение лечебно-диагностической тактики по конкретному случаю.	3
5	Заполнение медицинской документации.	3
6	Написание академической истории болезни.	4

Уровни овладения практическими навыками:

1. иметь представления, знать показания;
2. принять участие, оценить;
3. выполнить под руководством;

4. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Пройденный материал, академические истории болезни.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

1. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2. Лекция.

Дополнительная литература.

1. Альбицкий В.Б. Хирургические болезни. Клинические лекции для субординаторов. В 2 частях. – Иваново: областное книжное издательство «Талка», 1993.
2. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
3. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
4. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

1. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
2. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
3. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
4. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
5. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
7. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.