

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 «Заболевания щитовидной железы»
6 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Балагуров Б.А.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Заболевания щитовидной железы. Диффузный, узловой зоб, тиреотоксикоз, тиреоидит.

Мотивация.

Заболевания щитовидной железы в структуре патологии эндокринных органов занимают второе по частоте место после сахарного диабета. В последние годы отмечается неуклонный рост тиреопатии, суммарная частота которых даже вне зон зобной эндемии достигает 20% общей заболеваемости. В эндемичных по зобу регионах, где проживает около трети населения Земли, эта цифра превышает 50%.

Только за последние 5 лет абсолютный прирост числа вновь выявленных заболеваний в экономически развитых странах составил 51,8% среди женщин и 16,7% среди мужчин. Повсеместно увеличивается число больных не только доброкачественными узловыми образованиями или нарушениями функции щитовидной железы, но и злокачественными опухолями.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику заболеваний щитовидной железы и научиться формулировать показания к хирургическому лечению при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|---|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного заболеваниями щитовидной железы (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 заболевания щитовидной железы | 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 щитовидной железы (месте её расположения, взаимоотношении с другими органами), её значении в организме.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

По данным ВОЗ, на Земном шаре зарегистрировано около 300 000 000 больных зобом, из них в России более 1 000 000. Основная причина развития зоба – дефицит йода в окружающей среде. Зоб – собирательное понятие, так как этим термином называют различные по происхождению заболевания щитовидной железы гиперпластического, неопластического или воспалительного характера, сопровождающиеся узловым или диффузным увеличением этого органа.

Классификация.

Происхождение зоба:

- эндемический;
- спорадический.

Степень увеличения щитовидной железы:

- 0 - железа не прощупывается и не видна.
- I - железа прощупывается, но не заметна при глотании.
- II - железа видна при глотании, хорошо прощупываются обе доли и перешеек.
- III - железа видна на глаз, у больного так называемая "толстая шея".
- IV - железа больших размеров, изменяет форму шеи.
- V - зоб достигает очень больших размеров, вызывает деформацию шеи и сдавливает средостение.

Форма зоба:

- диффузный;
- узловой;
- многоузловой (полинодозный);
- смешанный.

Функциональное состояние железы:

- эутиреоидное;
- гипотиреоидное;
- гипертиреоидное (тиреотоксический зоб).

Степени тяжести тиреотоксикоза:

- субклинический (лёгкое течение);
- манифестный (среднетяжёлое);
- осложнённый (тяжёлое).

Воспалительные заболевания щитовидной железы:

- острый тиреоидит;
- подострый тиреоидит де Кервена;
- хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото;
- фиброзный тиреоидит Риделя.

Обычно жалобы больных с узловым зобом носят неспецифический характер. Первые симптомы носят локальный характер: дискомфорт в области шеи, чувство давления.

При диффузном токсическом зобе можно выделить синдромы:

- синдром поражения сердечно-сосудистой системы;
- синдром гипокортицизма;
- синдром поражения других желёз внутренней секреции;

- синдром поражения центральной и периферической нервной системы;
- синдром катаболических нарушений;
- синдром поражения органов пищеварительной системы;
- глазной синдром.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- исследование в сыворотке крови концентрации Т3, Т4, ТТГ;
- радионуклидное сканирование;
- рентгенологическое исследование;
- ларингоскопия и фиброларингоскопия;
- УЗИ;
- Тонкоигольная аспирационная биопсия.

Показания к оперативному лечению узлового зоба:

- зоб не менее III степени;
- наличие компрессионного синдрома;
- быстрый рост узлового образования.

Показания к оперативному лечению диффузного токсического зоба:

- отсутствие стойкого эффекта от консервативной терапии;
- большой объём щитовидной железы;
- тяжёлый тиреотоксикоз;
- зоб III- V степени вне зависимости от тяжести тиреотоксикоза.

Методики оперативного лечения:

- экстрафасциальная;
- субфасциальная (по Николаеву О. В.).

Послеоперационные осложнения:

- парез или паралич голосовых связок;
- гипопаратиреоз;
- кровотечение;
- трахеомалация;
- тиреотоксический криз.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез заболеваний щитовидной железы.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы.
3. Патоморфология зоба.
4. Клиническая картина заболеваний щитовидной железы.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение заболеваний щитовидной железы.
6. Послеоперационные осложнения.

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 заболеванием щитовидной железы или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Больная 42 лет в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом III степени. Основной обмен +50%. Больная раздражительна, плаксива. Отмечает потерю в массе (за полгода на 6 кг). Пульс 132 в минуту. Направлена в клинику для операции.

ВОПРОСЫ:

1. Какая операция показана больной?
2. Какая необходима предоперационная подготовка?
3. Что явится критерием, определяющим готовность больной к операции?
4. Какое следует применить обезболивание?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловый эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотны.

ВОПРОСЫ:

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больную?

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. 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 «Нагноительные заболевания лёгких и плевры»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Нагноительные заболевания лёгких и плевры.

Мотивация.

Воспалительные заболевания лёгких и плевры - одна из наиболее сложных проблем торакальной (грудной) хирургии. В настоящее время наблюдается постоянный рост количества больных с острыми заболеваниями лёгких. Это связано с возрастающим загрязнением окружающей среды, широким нерациональным использованием антибиотиков, бытовой аллергией, курением, неблагоприятными социальными факторами, возрастанием числа лиц с вторичными иммунодефицитами различного происхождения. Однако, повышенный интерес к данной проблеме связан не только с большой частотой случаев заболевания, но и особым характером течения патологического процесса. Отмечается увеличение числа тяжелых и бурно протекающих форм нагноительных заболеваний лёгких, сопровождающихся грозными осложнениями. Так, эмпиема плевры, развивается у 10-40% больных с острыми абсцессами лёгкого и у 20-80% больных с гангреней легочной ткани. Быстро прогрессирующая гнойно-некротическая деструкция лёгких требует своевременной интенсивной терапии. Запоздалая диагностика и неадекватное лечение приводят к развитию необратимых изменений в организме и неблагоприятному исходу.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику нагноительных заболеваний лёгких и плевры и научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические навыки.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с нагноительным заболеванием лёгких и плевры (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 нагноительных заболеваний лёгких и плевры | 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 органов грудной клетки. Физиологии и патофизиологии лёгких и плевры.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

При распространённой деструкции лёгких, вызванной ассоциацией высоковирулентных полирезистентных микроорганизмов, до настоящего времени результаты лечения остаются неудовлетворительными и сохраняется высокая летальность. При остром абсцессе – 10%, при распространённой гангрене – 50%.

Классификация.

Этиология:

- постпневмонические;
- посттравматические;
- аспирационные;
- обтурационные;
- гематогенные.

Клинико-морфологическая характеристика:

- острый абсцесс:
 - ✓ единичный;
 - ✓ множественный (односторонний или двусторонний);
- гангрена лёгкого:
 - ✓ ограниченная (гангренозный абсцесс);
 - ✓ распространённая.

Осложнения:

- эмпиема плевры (острая и хроническая);
- лёгочное кровотечение;
- аспирационное воспаление противоположного лёгкого;
- тяжёлый сепсис, септический шок.

В целом клиническая картина острого абсцесса и гангрены лёгкого идентичны, но есть и различия, прежде всего в тяжести состояния пациентов, выраженности эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Симптоматика:

- слабость, недомогание;
- фебрильная, а затем гектическая лихорадка;
- боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе;
- кашель;
- дыхательная недостаточность;
- интоксикационный синдром;
- перкуторно – укорочение звука над поражённым лёгким;
- аускультативно – ослабление или отсутствие дыхания на стороне патологии.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- рентгенологическое исследование;
- общий анализ крови;
- компьютерная томография;
- фибробронхоскопия;
- бронхиальная ангиография.

Лучшие результаты лечения в условиях торакального отделения.

Консервативное лечение:

- дезинтоксикация;
- антибактериальная терапия с обязательной профилактикой системных микозов;
- санация трахеобронхиального дерева;
- постуральный дренаж;
- вибрационный массаж грудной клетки;
- чрескожное дренирование инфицированной полости.

Показания к оперативному лечению:

- абсцесс лёгкого, осложнённый продолжающимся кровотечением;
- гангрена лёгкого.

Типы операций:

- пневмотомия;
- плевроабсцессостомия;
- пневмонэктомия;
- декорткация лёгкого – при хронической эмпиеме плевры;
- плеврэктомия – при хронической эмпиеме плевры.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез нагноительных заболеваний лёгких и плевры.
2. Классификация нагноительных заболеваний лёгких и плевры.
3. Клиническая картина нагноительных заболеваний лёгких и плевры.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение нагноительных заболеваний лёгких и плевры.
5. Послеоперационные осложнения.

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 нагноительным заболеванием лёгких и плевры или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

28-летний мужчина в течение года страдает хроническим кашлем. Весной и осенью этого года перенес воспаление легких, которое было быстро вылечено соответствующей терапией. Объективно: гемоптоз - прожилки крови, по утрам неприятный запах изо рта, трехслойная мокрота. Слева в проекции нижней доли влажные, незвучные крупно- и среднепузырчатые хрипы. Температура 37,2°. Умеренный цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек

ВОПРОСЫ:

1. Какой клинический диагноз?
2. Какова тактика лечения?
3. Нуждается ли больной в операции?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5гр. С. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

ВОПРОСЫ:

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больного?

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 «Врождённые и приобретённые пороки сердца»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Врождённые и приобретённые пороки сердца.

Мотивация.

Сердечно-сосудистые нарушения встречаются приблизительно у 1 % всех живых новорожденных. При раннем распознавании порока точная диагностика анатомических аномалий в настоящее время не вызывает затруднений, и большинство детей удается спасти с помощью медикаментозного или хирургического лечения.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику заболеваний щитовидной железы и изучить принципы лечения, сроки и виды оперативного лечения.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п/п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с пороком сердца (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 врождённых и приобретённых пороков сердца | 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 сердца, особенностях его кровоснабжения и функционирования.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Врождённые пороки – изменения нормального строения сердца и магистральных сосудов, возникающие вследствие нарушения внутриутробного развития и незавершённости анатомического строения сердца при окончательном формировании постнатального кровообращения.

Приобретённые пороки – те, которые возникли как осложнение какого-либо заболевания или в результате травмы. Они характеризуются различными патологическими изменениями клапанного аппарата, приводящими к расстройству функций органа и всей системы кровообращения.

Жалобы появляются при декомпенсации кровообращения и заключаются в быстрой утомляемости и одышке. Характерны частые респираторные заболевания, отставание в физическом развитии ребёнка. При приобретённых пороках характерны: сердцебиение, кашель, боли в области сердца.

Классификация.

Врождённые пороки.

- I группа – пороки, имеющие внутрисердечное сосудистое патологическое сообщение со сбросом венозной крови в артериальное русло;
- II группа – пороки с внутрисердечным сообщением и сбросом артериальной крови в малый круг кровообращения;
- III группа – пороки без смешивания артериальной и венозной крови, при которых нарушения гемодинамики вызваны сужением магистральных сосудов.

Основные причины формирования приобретённых пороков – это ревматизм и инфекционный эндокардит.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- зондирование (катетеризация) сердца;
- рентгенологическое исследование;
- УЗИ;
- компьютерная томография;
- МРТ;
- сцинтиграфия.

Лечение врождённых пороков только оперативное.

При определении показаний к оперативному лечению приобретённых пороков учитывается степень стеноза или регургитации.

Основные виды лечения приобретённых пороков:

- комиссуротомия;
- протезирование клапанов;
- чрескожная баллонная дилатация клапанов.

При протезировании клапанов необходимо назначение антикоагулянтов.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез пороков сердца.
2. Классификация пороков сердца.
3. Гемодинамическая сущность различных пороков.
4. Клиническая картина пороков сердца.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение пороков сердца.
6. Проблема инфекционного эндокардита.

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 пороком сердца.

Пример ситуационной задачи.

Больной 45 лет предъявляет жалобы на периодические сердцебиения, одышку, боли в области сердца. Болен около 1 месяца. Пол года назад перенёс ангину. Объективно: цианоз носогубного треугольника. При аускультации сердца: раздвоение 2 тона над лёгочной артерией, диастолический шум.

ВОПРОСЫ:

1. Какую обследовать больного?
2. Какая тактика лечения?
3. Каков прогноз в послеоперационном периоде?

Контрольные ситуационные задачи.

На прием к кардиохирургу в детскую поликлинику мать привела девочку в возрасте 3 лет. Со слов матери девочка отстаёт в росте (она весит 11 кг), часто болеет пневмонией, а во время бега задыхается.

При осмотре отмечается бледность кожных покровов. При пальпации грудной клетки определяется систолодиастолическое дрожание в проекции основания сердца. Артериальное давление —110/30 мм рт. ст. При аускультации во II межреберье слева от грудины определяется грубый систолодиастолический шум.

ВОПРОСЫ:

1. Какое заболевание предварительно Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы диагностики можно применить в амбулаторных условиях для уточнения диагноза?
3. Какие изменения можно ожидать при дополнительных методах диагностики для подтверждения диагноза?
4. При постановке диагноза каковы Ваши действия?
5. Каковы анатомические предпосылки для развития данной патологии?
6. В каком возрасте лучше оперировать больных?
7. Какие операции выполняются при этой патологии?
8. Средняя продолжительность жизни больных?
9. Какое нормальное давление в легочной артерии?

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 «Хронические облитерирующие заболевания аорты и её ветвей»
6 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Балагуров Б.А.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Хронические облитерирующие заболевания аорты и её ветвей.

Мотивация.

Смертность от заболеваний сердца и сосудов у мужчин в России в 2-3 раза выше, чем в США и странах Европы. Последствия тяжелы и трагичны. Так, у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (по некоторым данным, ими страдает 35% мужчин старше 65 лет) частота развития гангрены достигает 25%. 30–40% случаев ишемического инсульта обусловлены окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий (сонных и позвоночных). Стеноз почечных артерий является самой распространенной причиной вторичной артериальной гипертонии и наблюдается у 1–5% страдающих этим заболеванием.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику хронических облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей и научиться формулировать показания к хирургическому лечению при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|---|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с хроническим облитерирующим заболеванием аорты и её ветвей (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 хронических облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей | 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 сердечно-сосудистой системы, строении артериальной стенки, биохимические показатели нарушения обмена холестерина.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

По данным ВОЗ, на Земном шаре зарегистрировано около 300 000 000 больных зобом, из них в России более 1 000 000. Основная причина развития зоба – дефицит йода в окружающей среде. Зоб – собирательное понятие, так как этим термином называют различные по происхождению заболевания щитовидной железы гиперпластического, неопластического или воспалительного характера, сопровождающиеся узловым или диффузным увеличением этого органа.

Симптоматика: перемежающаяся хромота, боли в ногах, парестезии, ощущение похолодания пальцев стоп, судороги в ногах.

Классификация.

Локализация поражения:

- аорто-подвздошный сегмент;
- бедренно-подколенный сегмент;
- подколенно-берцовый сегмент;
- многоэтажное поражение;
- мультифокальное поражение.

Характер поражения:

- стеноз;
- окклюзия.

Стадии хронической артериальной недостаточности конечностей по Фонтейну – Покровскому.

- I – дистанция перемежающейся хромоты непостоянная, до 1000 м.;
- II – дистанция лимитирующей перемежающейся хромоты:
- ✓ A – более 200 м.;
- ✓ B – менее 200 м.;
- III – больной может пройти несколько шагов, боли в покое;
- IV – трофические нарушения (язвы, некрозы, гангрена).

Диагностика:

- физикальное обследование;
- ультразвуковое доплеровское исследование, дуплексное сканирование;
- чрескожное измерение напряжения кислорода;
- ангиография;
- лабораторная диагностика (липидный обмен).

Консервативное лечение:

- препараты, улучшающие реологию крови;
- лечение дислипидотемии;
- средства, активирующие метаболические процессы;
- препараты простагландина E1;
- глюкокортикоиды, НПВС и иммунотерапия при тромбангите;
- физиолечение;
- санаторно-курортное лечение.

Оперативное лечение:

- бужирование и баллонная ангиопластика;
- эндартерэктомия;
- шунтирование;
- протезирование сосудов;
- реваскуляризирующие операции;
- ампутация конечности (IV ст.)

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей.
2. Классификация облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей.
3. Патоморфологические изменения сосудистой стенки.
4. Клиническая картина облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение облитерирующих заболеваний аорты и её ветвей.
6. Показания к оперативному лечению.

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 облитерирующим заболеванием аорты и её ветвей.

Пример ситуационной задачи.

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50 м, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над ней отчетливо выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо больному?
3. Ваша лечебная тактика ведения пациента?

Контрольные ситуационные задачи.

На прием к хирургу поликлиники обратился пациент – мужчина 37 лет с жалобами на перемежающуюся хромоту (дистанция безболевого ходьбы 20 м), зябкость стоп и кистей, усиливающаяся на холоде. В течение последнего года – периодические боли за грудиной при эмоциональной нагрузке, дважды за последние три года перенес поверхностный тромбофлебит нижних конечностей.

Давность заболевания около 5 лет. Связывает с работой на холоде. Из хронических интоксикаций отмечает курение.

При осмотре – бледность, снижение кожной температуры стоп и кистей. Пульсация на артериях тыла стоп отсутствует, на заднеберцовых - ослаблена с обеих сторон; на лучевых и локтевых – удовлетворительная. Систолического шума над магистральными артериями не определяется. По ходу большой подкожной вены в верхней трети правой голени – эластический безболезненный тяж (со слов больного – следствие воспаления, произошедшего 10 месяцев назад).

ВОПРОСЫ:

1. Наличие какой сосудистой патологии наиболее вероятно у данного пациента?

2. Какова стадия заболевания в описанном клиническом случае?
3. Какие методы дополнительного обследования необходимо применить у данного больного?
4. Каковы общие принципы лечения данного больного?
5. Специалисты какого профиля должны участвовать в лечебно-диагностическом процессе данного больного?
6. Какие еще системные сосудистые поражения Вы знаете?

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 «Острые венозные тромбозы»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Острые венозные тромбозы.

Мотивация.

Острые тромбозы системы нижней полой вены - одна из сложных и чрезвычайно важных проблем ангиологии, и это обусловлено прежде всего тем, что они являются основным источником (свыше 90%) легочных эмболии, нередко с летальным исходом. Кроме того, в 80-95% случаев после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей в последующем развивается клиника посттромботической болезни. По отношению к общему числу больных с заболеваниями вен нижних конечностей больные острыми венозными тромбозами составляют 30% обследованных.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику острых венозных тромбозов, показания к оперативному лечению, виды операций.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п/п | Умения | Уровень освоения |
|-------|---|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с острым венозным тромбозом (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 острых венозных тромбозов. | 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 венозных сосудов, патофизиологические изменения при нарушении свёртывающей системы крови. Факторы свёртывания крови.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Основными симптомами острых венозных тромбозов являются: боль, отёк, трофические нарушения.

Основа этиопатогенеза тромбозов – триада Вирхова:

- изменение состава крови;
- повреждение сосудистой стенки;
- замедление тока крови.

Классификация.

Локализация:

- сосудистый бассейн: верхняя или нижняя полая вены;
- венозная система: поверхностная, глубокая, перфорантная;
- вены, поражённые тромботическим процессом.

Направление распространения:

- проксимальное (восходящее);
- дистальное (нисходящее).

Характер тромбоза:

- окклюзивный;
- неокклюзивный.

Степень гемодинамических расстройств:

- лёгкая;
- средней тяжести;
- тяжёлая.

Осложнения:

- ТЭЛА;
- венозная гангрена;
- посттромбофлебитическая болезнь.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- определение содержания D-димера в плазме;
- радионуклидное исследование с меченым фибриногеном;
- дуплексное ультразвуковое ангиосканирование;
- ангиография.

Задачи лечения венозного тромбоза:

- остановить распространение тромбоза;
- предотвратить ТЭЛА;
- не допустить прогрессирование отёка;
- восстановить проходимость вен;
- предупредить рецидив тромбоза.

Виды оперативных вмешательств:

- эндоваскулярные операции;
- пликация нижней полой вены;
- перевязка вен;
- паллиативная тромбэктомия.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез острых венозных тромбозов.
2. Классификация острых венозных тромбозов.

3. Патоморфологические изменения в сосуде при острых венозных тромбозов .
4. Клиническая картина острых венозных тромбозов.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение острых венозных тромбозов.

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 венозным тромбозом или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие Вы предложите дополнительные методы обследования больной?
3. Ваши лечебные мероприятия?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 35 лет, предъявляет жалобы на боли в левой ноге в течение 2 суток. В течение 5 лет страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей. Объективно: по внутренней поверхности левой голени определяется плотный болезненный тяж, гиперемия, отёчность.

ВОПРОСЫ:

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больного?

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 «Заболевания молочных желёз»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Заболевания молочных желёз.

Мотивация.

В последние годы отмечена тенденция к увеличению доброкачественных заболеваний молочных желёз, которые диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. У пациенток старше 40 лет различные патологические состояния молочных желёз выявляются в 60% случаях. При этом наиболее часто наблюдается:

1. диффузная форма мастопатии (50%)
2. узловая форма мастопатии (20%)
3. фиброаденома (18%)
4. рак молочной железы (2%)

Таким образом, около 75-80% женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желёз.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику заболеваний молочных желёз, определять тактику лечения.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больной с заболеванием молочных желёз (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 заболеваний молочных желёз | 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 и физиологии молочных желёз, зависимость состояния молочных желёз от гормонального фона.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Мастит – воспаление ткани молочной железы, которое в подавляющем большинстве случаев возникает у женщин во время лактации.

Фиброзно-кистозная болезнь – это комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного и пролиферативного характера.

Классификация мастита.

Происхождение мастита:

- лактационный;
- нелактационный.

Характер воспалительного процесса:

- негнойный (серозный, инфильтративный);
- гнойный.

Локализация гнойника:

- субареолярный;
- подкожный;
- интрамаммарный;
- ретромаммарный.

Распространённость процесса:

- ограниченный;
- диффузный;
- тотальный.

Классификация фиброзно-кистозной мастопатии.

- диффузная;
- узловая;
- фибroadенома;
- аденома.

При мастите больные жалуются на боли, отёк молочной железы, повышение температуры тела. Начало заболевания острое, чаще связано с лактацией.

При фиброзно-кистозной болезни пациентки отмечают наличие чаще безболезненного уплотнения в молочной железе.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- исследование гормонального фона;
- маммография;
- пневмоцистография;
- УЗИ;
- галактография;
- дуктография;
- пункционная биопсия.

Лечение мастита консервативное (антибиотикотерапия, дезинтоксикация,

ингибиторы лактации) и оперативное (вскрытие, дренирование гнойника).

Лечение фиброзно-кистозной болезни консервативное (противовоспалительное, нормализация обмена метаболизма, гормонального фона, диспансеризация) и оперативное (иссечение патологических образований с обязательным гистологическим исследованием).

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез заболеваний молочной железы.
2. Классификация заболеваний молочной железы.
3. Патоморфологические изменения в ткани молочной железы при патологии.
4. Клиническая картина заболеваний молочной железы.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение заболеваний молочной железы.
6. Профилактика послеродового мастита.
7. Диспансеризация при фиброзно-кистозной 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) проводят самостоятельный осмотр больного с заболеванием молочной железы или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Больная 22 года, в течение 3 дней отмечает интенсивные боли в левой молочной железе, её отёчность, наличие участка уплотнения и гиперемии. В анамнезе роды 2 месяца назад. Также предъявляет жалобы на задержку молока в поражённой железе.

ВОПРОСЫ:

1. Каков диагноз?
2. Какова тактика лечения?
3. Какое следует применить обезболивание в случае оперативного пособия?
4. Как осуществлять послеродовую профилактику мастита?

Контрольные ситуационные задачи.

Больная 30 лет. В анамнезе 2 аборта. Детей не имеет. Около полу года назад при мытье в душе нащупала у себя в левой молочной железе плотноватое безболезненное образование. Ранее за помощью не обращалась. Объективно: в нижненаружном квадранте левой молочной железы определяется плотное безболезненное узловое образование 1,5 см. в диаметре без признаков остро воспаления.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предположительный диагноз Вы поставите?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больную?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

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. 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 «Травма органов грудной полости»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Травма органов грудной полости. Гемоторакс. Пневмоторакс.

Мотивация.

За последние годы наблюдается значительное увеличение травм груди и живота.

Они занимают третье место после травм конечностей и головы и составляют 10—15% всех механических повреждений. Эти травмы имеют большую социальную значимость, т.к. 90% пострадавших составляют лица трудоспособного возраста. Летальность при этих повреждениях довольно высокая и составляет 17-- 30 %. Несмотря на значительные достижения современной хирургии, многие тактические вопросы при оказании помощи пострадавшим с повреждениями груди и живота остались нерешенными.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику травма органов грудной полости. Научиться распознавать гемоторакс, пневмоторакс, определять показания к дренированию плевральной полости и оперативному лечению.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование пострадавшего с травмой грудной органов грудной полости (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 при травмах органов грудной полости, гемотораксе, пневмотораксе. | 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 грудной клетки, плевральной полости, физиологических основах вдоха-выдоха.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Классификация.

Характер травмы:

- закрытая;
- открытая.

Состояние костного скелета:

- повреждения рёбер, грудины, позвоночника;
- без повреждений.

Повреждение внутренних органов:

- ранения лёгкого, трахеи, бронхов, сердца, крупных сосудов, непарной вены, грудного протока, пищевода;
- отсутствуют.

Осложнения:

- пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный, напряжённый);
- эмфизема (подкожная, медиастинальная);
- ателектаз лёгкого;
- пневмония;
- респираторный дистресс-синдром;
- гемоторакс (малый, средний, большой);
- тампонада сердца;
- хилоторакс;
- абсцесс лёгкого, эмпиема плевры, гнойный медиастинит.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- рентгенологическое исследование;
- общеклинические анализы;
- плевральная пункция;
- торакоскопия;
- бронхоскопия, эзофагоскопия;
- УЗИ.

Основные задачи лечения: ликвидация опасных для жизни состояний, восстановление целостности и функций поражённых органов, профилактика осложнений.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Основные патоморфологические изменения в органах грудной полости при травме.
2. Классификация травм органов грудной полости.
3. Клиническая картина травм органов грудной полости.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение травм органов грудной полости.
5. Осложнения травм органов грудной полости и их лечение.

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 травмой органов грудной полости.

Пример ситуационной задачи.

Больной Т. 45 лет, около 3 часов назад в драке получил удар ногой в грудь. Предъявляет жалобы на боль в области грудины, одышку, сердцебиение, общую слабость. При осмотре видимой деформации грудной клетки нет, пальпаторно – боль в области тела и мечевидного отростка грудины; при обзорной рентгенографии грудной клетки выявлен перелом тела грудины.

ВОПРОСЫ:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Необходима ли госпитализация пострадавшего?
3. Какие лечебно-диагностические мероприятия нужно выполнить?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной С., 24 лет, оперативный сотрудник криминальной милиции, во время задержания преступника получил огнестрельное ранение в левую половину грудной клетки.

По приезду реанимационной бригады «Скорой медицинской помощи» установлено: состояние больного тяжелое. Шок I – II ст. Вербальный контакт с пострадавшим значительно затруднен. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз губ, холодный пот. Слева спереди по срединно-ключичной линии в проекции II – III межреберий имеется огнестрельная рана диаметром около 1 см, умеренно кровоточащая. Пульс нитевидный с перебоями с частотой 100 уд. в мин. АД 80/40 мм.рт.ст. Перкуторно границы сердца определить не представляется возможным в виду наличия у пациента подкожной эмфиземы. Аускультативно – тоны сердца глухие, имеются единичные экстрасистолы. Одышка с ЧД – 26 в мин. Дыхание справа выслушивается во всех отделах с жестким оттенком, слева - значительно ослаблено. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий, практически безболезненный во всех отделах. Печеночная тупость сохранена. Перитонеальные симптомы отрицательные.

ВОПРОСЫ:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз?
2. Повреждения каких органов возможны при данном ранении? Укажите границы “опасной зоны” для их повреждения.
3. Куда и в какие сроки необходимо госпитализировать указанного больного?
4. Каков объем экстренной догоспитальной помощи у данного пациента?
5. Какие существуют пункционные методы диагностики при данной патологии и в каких точках проводится подобная пункция?
6. Какова тактика ведения больного? Оперативный доступ?
7. Возможно ли проведение эндотрахеального наркоза без предварительного торакоцентеза и дренирования плевральной полости?
8. В каком средостении располагается поврежденный орган?
9. Какими артериями кровоснабжается поврежденный орган?

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. 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 «Инородные тела пищевода»
6 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Балагуров Б.А.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Инородные тела пищевода. Химические ожоги пищевода.

Мотивация.

Инородные тела пищевода являются часто встречающейся патологией. И не смотря на то, что 80-90 % инородных тел проходят через ЖКТ без каких либо проблем, ежегодно от данной патологии погибает до 1500 человек.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику инородных тел пищевода, химических ожогов пищевода, а также методы лечения при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п/п | Умения | Уровень освоения |
|-------|---|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с инородным телом пищевода или химическим ожогом пищевода (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 при инородных телах пищевода, химических ожогах пищевода. | 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 пищевода (месте его расположения, взаимоотношении с другими органами), его значении в

организме.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Инородные тела пищевода обычно задерживаются в местах физиологических сужений. Пациенты предъявляют жалобы на боль в горле, дисфагию, неприятные ощущения при глотании, слюнотечение.

Осложнения при инородных телах пищевода:

- некроз и перфорация стенки пищевода;
- флегмона шеи;
- медиастинит;
- плеврит;
- остеомиелит позвонков;
- аррозионное кровотечение.

Тяжесть химического ожога пищевода, а также его общее токсическое воздействие на организм зависят от концентрации принятого вещества, его количества, химической природы, времени воздействия на слизистую, сроков оказания помощи, реактивности организма.

Степени ожога пищевода:

- I степень – повреждение поверхностных слоёв эпителия слизистой оболочки;
- II степень – поражение слизистой оболочки на всю глубину с распространением процесса на подслизистый слой;
- III степень – распространение повреждения на все слои пищевода, нередко с вовлечением окологлоточной клетчатки и соседних структур.

Периоды в клиническом течении ожогов:

- острый период – 2 недели;
- период мнимого благополучия – 2-3 недели;
- период формирования рубцовой стриктуры – начиная с 4-5 недели;
- период поздних осложнений.

Диагностика:

- анамнез;
- физикальное обследование;
- эзофагоскопия;
- рентгенологическое исследование с контрастированием.

Лечение инородных тел пищевода: удаление через эзофагоскоп; при невозможности эндоскопического удаления – оперативное.

Лечение химических ожогов пищевода: консервативное, бужирование, оперативное, возможно наложение гастростомы.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Патоморфологические изменения пищевода при инородных телах и химических ожогах.
2. Периодичность клинического течения химических ожогов пищевода.
3. Клиническая картина инородных тел пищевода.
4. Осложнения при инородных телах и химических ожогах пищевода.
5. Лечение инородных тел пищевода, химических ожогов пищевода.
6. Бужирование пищевода.

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 инородным телом пищевода или химическим ожогом пищевода.

Пример ситуационной задачи.

Мальчик 5 лет, со слов матери около 1 часа назад играл маленькими пластиковыми кубиками («игральные кости»). Через 20 минут оказалось, что одного из кубиков не хватает, одновременно ребёнок стал плакать, жаловаться на боли в груди. Объективно: общее состояние удовлетворительное, мальчик испуган; живот мягкий, безболезненный. При пальпации, перкуссии и аускультации грудной клетки патологических симптомов не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какими методами необходимо подтвердить диагноз?
3. Какая лечебная тактика может быть применима в данном случае?
4. Какие возможны осложнения при этой патологии?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 64 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, усиливающиеся во время приема пищи, затруднение прохождения твердой пищи, периодически - рвота, похудание, слабость.

Около 1,5 месяцев назад, находясь в выраженном алкогольном опьянении, на даче, выпил около 50 мл неизвестной жидкости (со слов больного - спиртосодержащей). В течение 3 дней после этого беспокоили боли за грудиной и в эпигастральной области, затруднение при глотании. Но в дальнейшем боли уменьшились, больной вел обычный образ жизни, за медицинской помощью не обращался. Через месяц после этого стал замечать затруднение при проглатывании твердой пищи, появилось обильное слюноотделение. Дисфагия постепенно усиливалась, появились боли за грудиной, все чаще стало беспокоить срыгивание после приема пищи. Отмечает похудание и слабость. Дважды в течение месяца была рвота с примесью крови.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Питание понижено. Температура нормальная. Пульс – 76 уд/мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Печень + 2 см из-под реберной дуги. Край печени умеренно болезненный. Перистальтика активная. Стул – через каждые 2-3 дня.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения
4. диагноза?
4. Какова тактика врача поликлиники?
5. Перечислите физиологические и анатомические сужения пищевода.
6. Классификация химических ожогов пищевода.
7. Назовите виды бужирования.
8. Первая помощь при химических ожогах пищевода.
9. Перечислите ранние и поздние осложнения после химических ожогов пищевода.
10. Какие показания к оперативному лечению данной патологии?

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. 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. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
5. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
6. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.
7. Методические разработки. Иваново. 2003.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Юридические аспекты хирургической деятельности»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Юридические аспекты хирургической деятельности.

Мотивация.

Сегодняшнее состояние правового регулирования медицинской деятельности в России представляет собой большой массив нормативных правовых актов, в котором достаточно нелегко сориентироваться. В связи с этим сегодня все больше говорят о самостоятельной отрасли права - "медицинском праве".

Безусловно, весь объем правовой информации в области медицинской деятельности практикующему врачу знать не нужно, однако ему, а особенно руководителю медицинского учреждения, необходимо обладать основными знаниями в области юридической ответственности и умением их практической реализации.

Цель занятия.

Изучить и усвоить основные положения Основ законодательства РФ от 22 июля 1993 г. "Об охране здоровья граждан".

Практические навыки.

| № п/п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Знать Основы законодательства РФ от 22 июля 1993 г. "Об охране здоровья граждан".. | 4 |
| 2 | Знать вид и меру юридической ответственности, предусмотренной действующим законодательством. | 4 |
| 3 | Понимать те юридические критерии, которые позволяют квалифицировать то или иное действие или бездействие врача как виновное. | 4 |
| 4 | Заполнение медицинской документации. | 3 |

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 знать основные положения Конституции Российской Федерации.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2004 N 151-ФЗ)

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2004 N 151-ФЗ)

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2004 N 151-ФЗ)

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Основные положения статьи 30. Права пациента.
2. Основные положения статьи 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.
3. Основные положения статьи 32. Согласие на медицинское вмешательство.
4. Основные положения статьи 33. Отказ от медицинского вмешательства.
5. Основные положения статьи 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.
6. Каковы те юридические критерии, которые позволяют квалифицировать то или иное действие или бездействие врача как виновное?
7. Что такое вид и мера юридической ответственности, предусмотренные действующим законодательством?

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент.

Пример ситуационной задачи.

Медицинская сестра дала пациенту препарат, заведомо зная, что он с просроченным сроком действия, надеясь на его безопасность, а в результате этого пациент получил сильнейшее отравление (тяжкий вред здоровью).

ВОПРОСЫ:

5. Виновна ли медицинская сестра?
6. В чём может быть выражена вина медицинской сестры: умысел или неосторожность?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной, находясь на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом:

облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей попросил лечащего врача вызвать на консультацию ангиохирурга из другого лечебного учреждения, находящегося в этом же городе (так как сомневался в правильности проводимого лечения). Лечащий врач отказался выполнить просьбу пациента, не мотивируя свой отказ.

ВОПРОСЫ:

1. Нарушил ли врач права пациента?
2. Если права пациента нарушены, то какие? Назовите руководящий документ и номер статьи.
3. Каковы должны быть действия лечащего врача в данном случае?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

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

4. Лекция.

Дополнительная литература.

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

Собственные издания.

8. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
9. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
10. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
11. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
12. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
13. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
14. 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 «Разбор схемы написания истории болезни»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Разбор схемы написания истории болезни. Курация больных.

Мотивация.

История болезни, основной медицинский документ, который составляют на каждого больного, обращающегося в лечебно-профилактическое учреждение. История болезни обеспечивает преемственность в осуществлении лечебно-профилактических мероприятий для всех врачей, наблюдающих больного. В необходимых случаях служит материалом для судебного и судебно-медицинского следствия.

Цель занятия.

Освоить методику написания, правильность оформления истории болезни. Научиться правильному формулированию диагноза в хирургической клинике.

Практические навыки.

| № 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 |

Уровни овладения практическими навыками:

5. иметь представления, знать показания;
6. принять участие, оценить;
7. выполнить под руководством;
8. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы необходимо иметь представление о назначении, правилах оформления студенческой истории болезни.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

История болезни - это сжатый отфильтрованный отчет об эпизодах лечения пациента в системе здравоохранения.

Цели ведения истории болезни можно подразделить на три группы: ведение истории болезни способствует лечению пациента, обеспечивает финансовую и юридическую отчетность и помогает проведению клинических исследований.

Основной целью ведения истории болезни является содействие лечению пациента. История болезни обобщает то, что было с пациентом в прошлом, и документирует наблюдения, диагностические выводы и планы медицинского персонала. В определенном смысле она является внешней памятью, к которой специалисты здравоохранения могут обратиться, когда они вспомнят о пациенте спустя некоторое время.

История болезни является также средством взаимодействия между специалистами и обратившимися к ним врачами, между врачами и медицинскими сестрами и т.д. В больнице она является основным проводником действий. Врачи инициируют диагностические и терапевтические действия, записывая соответствующие распоряжения на бланках рецептов и заказов (направлений). Сотрудники, получающие рецепты и заказы, в свою очередь, записывают свои действия и наблюдения; например лаборанты записывают результаты лабораторных тестов, фармацевты регистрируют отпуск лекарств, а медицинские сестры записывают детали своего взаимодействия с пациентами.

Больничная история болезни является основным механизмом, обеспечивающим преемственность лечения в течение госпитализации пациента. Амбулаторная история болезни помогает обеспечить преемственность лечения от одного визита пациента к другому. Поскольку ожидаемая продолжительность жизни растет и популяция стареет, центр тяжести амбулаторного медицинского обслуживания смещается в сторону профилактики и лечения хронических заболеваний, а не лечения острых заболеваний. Амбулаторная история болезни позволяет медицинским работникам просматривать данные, собранные за достаточно большие промежутки времени, и тем самым изучать течение проблем и заболеваний пациента.

История болезни является основным документом, по которому можно судить, получил ли пациент надлежащее лечение. В ней нередко содержится информация о действиях медицинских работников и основаниях для этих действий. Для медицинского работника, втянутого в судебное разбирательство, содержание истории болезни может быть защищающим или инкриминирующим. Помимо соответствия юридическим требованиям, история болезни служит основой для профессиональной или ведомственной оценки качества; организации по контролю за соблюдением профессиональных стандартов PSRO и организации по аккредитации больниц судят о качестве оказанного лечения на основании информации, содержащейся в историях болезни. Юридические требования также оказывают влияние на способы ведения историй болезни и на их содержание. Записи в истории болезни должны быть нестираемыми и храниться по меньшей мере семь лет с момента последнего визита пациента. Истории болезни детей должны храниться, пока те не станут взрослыми; многие эксперты рекомендуют хранить записи в истории болезни всю жизнь пациента плюс еще семь лет.

Ведение историй болезни влияет также на финансовое положение учреждения. Информация, обеспечивающая классификацию пациентов по клинко-статистическим группам системы, извлекается из историй болезни. Плательщики за лечение пациента отказываются оплачивать процедуры, не зафиксированные в истории болезни. Если, к примеру, плательщики обнаруживают общий счет за лекарства, без детализации по номенклатуре, количеству и цене, то администраторам больниц приходится обращаться к истории болезни за детальной информацией о выписанных рецептах. С другой стороны, в больницах тщательно просматриваются истории болезни в поисках выполненных процедур,

которые не вошли в счета на оплату лечения пациента.

Издавна истории болезни являются источниками новых медицинских знаний. Ретроспективные исследования выписок из истории болезни позволили выявить важные медицинские причинно-следственные отношения - например, что курение увеличивает риск раковых заболеваний, что применение оральных контрацептивов увеличивает риск тромбоза вен и легочных эмболий. Большинство эпидемиологических исследований основано на ретроспективном анализе значительного числа историй болезни.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Как правильно оформить жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, настоящее состояние в истории болезни.
2. Как правильно формулировать диагноз хирургического больного.
3. Как определить перечень заболеваний, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Как должным образом вести дневники наблюдений, оформлять эпикризы (предоперационный, этапный, выписной).
5. Что такое библиография?

Учебные ситуационные задачи.

По теме занятия подготовлены ситуационные задачи в виде раздаточного материала, которые индивидуально решает каждый студент.

Пример ситуационной задачи.

Больной Н. 48 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит. Дежурный врач в истории болезни не отразил характер болей, длительность, при сборе анамнеза не уточнил, пытался ли пациент самостоятельно лечиться, наличие или отсутствие лекарственной непереносимости.

ВОПРОСЫ:

1. Допустимо ли такое ведение документации?
2. Как может повлиять на судьбу больного неполно собранный анамнез?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной М. 38 лет, находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом: язвенная болезнь, хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложнённая кровотечением. В виду того, что кровотечение остановилось, пациент не был оперирован, но был оставлен под наблюдение дежурной бригады. Ночью, когда больной пошёл в туалет, то потерял сознание, в виду того, что кровотечение возобновилось, поэтому был немедленно прооперирован (выполнена резекция 2/3 желудка). Утром на при разборе данного случая, на конференции, выяснилось, что лечащий врач и дежурный, в своих дневниках (дневном и вечернем) не отразили состояние сердечно-сосудистой системы (АД и пульс).

ВОПРОСЫ:

1. Какие параметры состояния здоровья, необходимо обязательно отражать в дневниках наблюдения больного?
2. Могло ли правильное отражение сведений о состоянии пациента отразиться на его судьбе?
3. Какова может быть ответственность медицинского работника за неправильное оформление истории болезни?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

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

Дополнительная литература.

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

Собственные издания.

8. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
9. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
10. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
11. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
12. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
13. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
14. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Хроническая венозная недостаточность»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Хроническая венозная недостаточность.

Мотивация.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей в настоящее время является наиболее распространенной формой патологии среди пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями. С такими больными сталкиваются врачи разных специальностей как в условиях стационара, так и на амбулаторном приеме. В развитых странах Европы и Северной Америки до 25% трудоспособного населения страдает ХВН. Среди лиц старше 70 лет эта патология встречается в 6–10 раз чаще, чем у лиц моложе 30 лет.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику хронической венозной недостаточности 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 хронической венозной недостаточностью (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 хронической венозной недостаточности. | 1 |

Уровни овладения практическими навыками:

5. иметь представления, знать показания;
6. принять участие, оценить;
7. выполнить под руководством;
8. выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы необходимо иметь представление об анатомии сердечно-сосудистой системы, строении венозной стенки, особенностях строения венозной системы нижних конечностей, свёртывающей системы крови.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Хроническая венозная недостаточность – синдром, возникающий при нарушениях венозного возврата из нижних конечностей.

Заболевания, вызывающие развитие хронической венозной недостаточности:

1. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.
2. Посттромбофлебитическая болезнь.
3. Флебодисплазии.

Классификация по СЕАР.

- класс 0 – нет видимых симптомов болезни вен при осмотре и пальпации, но есть характерные жалобы;
- класс 1 – телеангиэктазии и ретикулярные вены;
- класс 2 – варикозно-расширенные вены;
- класс 3 – отёк, боли, тяжесть, быстрая утомляемость в икроножных мышцах;
- класс 4 – трофические расстройства (пигментация кожи, липодерматосклероз);
- класс 5 – кожные изменения, указанные выше + зажившая трофическая язва;
- класс 6 – кожные изменения, указанные выше + открытая язва.

Диагностика.

Задачи инструментальной диагностики ХВН.

1. Оценка состояния глубоких вен, их проходимости и функции клапанного аппарата.
2. Обнаружение рефлюкса крови через остиальные клапаны большой и малой подкожных вен.
3. Определение протяжённости поражения клапанного аппарата стволов подкожных вен, а также уточнение особенностей их анатомического строения.
4. Выявление и точная локализация недостаточных перфорантных вен.

Диагностика включает:

- физикальное обследование;
- ультразвуковая доплерография, ангиосканирование;
- радионуклидная флебография;
- рентгенконтрастная флебография;
- компьютерная томография;
- МРТ.

Дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями:

- острый венозный тромбоз;
- лимфедема;
- хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей;
- пояснично-крестцовый остеохондроз;
- деформирующий остеоартроз;
- недостаточность кровообращения и нефротический синдром;
- периферические полиневропатии.

Лечение:

- консервативное (основа – флеботоники);
- эластическая компрессия;
- флебосклерозирующее (склеротерапия);
- хирургическое: операции разобщения и операции, направленные на удаление варикозных вен.

Осложнения ХВН:

- варикотромбофлебит;
- кровотечение из варикозного узла;
- трофическая язва.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

7. Этиология и патогенез ХВН.
8. Классификация ХВН.
9. Клиническая картина ХВН.
10. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение ХВН.
11. Осложнения ХВН.

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 хронической венозной недостаточностью.

Пример ситуационной задачи.

Больной 40 лет предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в левой голени, отёк, тяжесть. Данные симптомы усиливаются после физической нагрузки и в конце дня, а по утрам практически не беспокоят. Болен около 2-х лет.

ВОПРОСЫ:

4. Какую обследовать больного?
5. Каков диагноз больного?
6. Какая тактика лечения?
7. Какие консервативные методы лечения применимы у данного пациента?
8. Какие трудовые рекомендации необходимо дать больному?

Контрольные ситуационные задачи.

Больная К. 28 лет, предъявляет жалобы на тяжесть в ногах к вечеру, иногда отёчность в течение 4-х лет. Данные симптомы появились во время беременности и после родов не исчезли. Работает продавцом («всё время на ногах»). При осмотре на голенях множественные телеангиэктазии, варикозно-расширенные вены, гиперпигментация.

ВОПРОСЫ:

1. Какое заболевание предварительно Вы можете поставить?
2. Какие дополнительные методы диагностики можно применить в амбулаторных условиях для уточнения диагноза?
3. Какие изменения можно ожидать при дополнительных методах диагностики для подтверждения диагноза?
4. При постановке диагноза каковы Ваши действия?
5. Каковы анатомические предпосылки для развития данной патологии?
6. Какие операции выполняются при этой патологии?

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

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

Дополнительная литература.

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

1993.

7. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
8. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
9. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
10. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

8. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
9. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
10. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
11. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
12. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
13. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
14. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

по проведению практического занятия
по теме «Тромбоэмболические осложнения в хирургической практике»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Тромбоэмболические осложнения в хирургической практике.

Мотивация.

Все более широкая распространенность тромбоэмболических осложнений обусловлена общим старением населения, гиподинамией, ожирением, распространенностью предшествующих хронических заболеваний вен, врожденных и приобретенных тромбофилий, онкологических заболеваний, растущей частотой сложных и травматичных хирургических вмешательств. При возросшем мастерстве хирургов на фоне общего снижения послеоперационной летальности отмечается угрожающий рост доли фатальных легочных эмболий.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику тромбоэмболических осложнений и научиться формулировать лечебную тактику при данной патологии.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с тромбоэмболическим осложнением (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 тромбоэмболических осложнений. | 1 |

Уровни овладения практическими навыками:

- 5.иметь представления, знать показания;
- 6.принять участие, оценить;
- 7.выполнить под руководством;
- 8.выполнить самостоятельно.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы необходимо иметь представление об анатомии сердечно-сосудистой системы, свёртывающей системы крови, факторах, способствующих тромбообразованию.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Под термином тромбоэмболия лёгочных артерий понимают окклюзию лёгочного ствола или его ветвей различного калибра тромбом, первично образовавшимся в венах большого круга кровообращения либо правых полостях сердца и принесённым в сосудистое русло лёгких током крови.

Клинические проявления ТЭЛА зависят от ряда факторов:

- локализация эмболов;
- степень нарушения лёгочной перфузии и гемодинамики;
- наличие инфаркта лёгкого и инфарктной пневмонии;
- исходное состояние больного;
- сопутствующие заболевания;
- время, прошедшее с момента эмболии.

Основные симптомы:

- боли в груди;
- одышка;
- кашель с мокротой;
- кровохарканье;
- цианоз лица и верхней половины туловища.

Дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями:

- пневмония;
- инфаркт миокарда;
- позиционный синдром;
- тяжёлая бактериальная плевропневмония;
- гемо-, гидрперикард;
- тромбоз верхней полой вены;
- септический шок.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- ЭКГ;
- обзорная рентгенография;
- перфузионное сканирование (сцинтиграфия лёгких);
- эхокардиография;
- рентгеноконтрастное исследование (ангиография);
- радионуклидная флебография;
- УЗИ сосудов нижних конечностей.

Лечение:

- антикоагулянты (прямые и непрямые);
- активаторы эндогенного фибринолиза;
- эмболэктомия из лёгочных артерий – при крайне тяжёлых расстройствах гемодинамики;
- симптоматическая и патогенетическая терапия.

Профилактика ТЭЛА.

1. Первичная.
 1. Активный режим для стационарных больных с факторами риска тромбоза.
 2. Возвышенное положения нижних конечностей.

3. Эластическое битование нижних конечностей.
4. Прерывистая пневматическая компрессия или электрическая стимуляция икроножных мышц.
5. Назначение антитромбогенных средств (гепарин).
2. Вторичная.
 1. перевязка или пликация вен.
 2. Установка фильтров.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

7. Этиология и патогенез тромбоэмболических осложнений.
8. Классификация ТЭЛА.
9. Клиническая картина ТЭЛА.
10. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение тромбоэмболических осложнений.
11. Профилактика ТЭЛА.

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 тромбоэмболическим осложнением.

Пример ситуационной задачи.

Больной 62 года, предъявляет жалобы на интенсивные боли в груди справа, одышка, резкую слабость. Данные симптомы появились пол часа назад. В анамнезе инфаркт миокарда, ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра по поводу гангрены правой стопы. Объективно: притупление перкуторного звука при пальпации грудной клетки справа, цианоз лица, акцент 2 тона над лёгочной артерией.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какие методы диагностики должны быть применены?
3. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?
4. Как и где лечит больного?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной 40 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на боли в грудной клетке справа, одышку, кашель, в мокроте – прожилки крови, лихорадку.

Больной месяц назад подвернул правую стопу, в травмпункте был диагностирован перелом наружной лодыжки правой малоберцовой кости без смещения отломков. Лечился амбулаторно. Имобилизация гипсовой лонгетой длилась 25 дней, после снятия которой отметил отек голени. Консолидация отломков удовлетворительная. Указанные жалобы (на боли, одышку, лихорадку) отмечает в течение трех дней.

При поступлении состояние среднетяжелое. Температура тела 38,0 °С. Пульс - 100 ударов/мин, АД - 100/70 мм рт. ст. В средне-нижних отделах правого легкого – притупление легочного звука, аускультативно - ослабление дыхания, крепитация. Обращает на себя внимание отек правых голени и стопы. При пальпации правой икроножной мышцы – умеренная болезненность.

ВОПРОСЫ:

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Как можно было профилактировать такое осложнение?
3. Какие методы дополнительного обследования необходимо применить у данного больного?

4. Каковы общие принципы медикаментозного лечения данного больного?
5. Какие хирургические методы профилактики подобных легочных осложнений Вы знаете?
6. Какой должна быть тактика хирурга поликлиники?
7. Какое патологическое состояние развивается в большинстве случаев в отдаленном периоде после длительной иммобилизации конечности по поводу перелома костей голени?
8. Какие основные медикаментозные препараты применяются для лечения подобного осложнения?
9. С какими заболеваниями надо дифференцировать это осложнение?
10. Каков механизм развития легочных осложнений у этого больного (пути распространения патологического процесса с периферии)?

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. 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 «Заболевания прямой кишки»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Заболевания прямой кишки. Парапроктиты.

Мотивация.

Геморроем страдает 10 % взрослого населения, среди болезней прямой кишки он составляет около 40 %. На 1.000 практически здоровых людей выявляют 5 больных со свищами прямой кишки. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без ликвидации его внутреннего отверстия, у 50-100% больных в последующем формируется свищ прямой кишки. В 30% свищи рецидивируют у больных, прооперированных по поводу самих свищей прямой кишки, а у 4,9-33% больных парапроктитом отмечается недостаточность анального сфинктера.

Цель занятия.

Освоить клинику, диагностику заболеваний прямой кишки. Научиться формулировать хирургическую тактику при данной патологии.

Практические навыки.

| № п\п | Умения | Уровень освоения |
|-------|---|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с заболеванием прямой кишки (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 заболеваний прямой кишки. | 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 прямой кишки. По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Жалобы, предъявляемые при геморрое: боль в области заднего прохода, ощущение инородного тела в области заднего прохода, кровотечение.

Классификация.

Геморрой:

- наружный;
- внутренний.

Парапроктит:

- острый (подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный);
- хронический (свищи: экстрасфинктерные, интрасфинктерные, трансфинктерные).

При наружном геморрое основные жалобы – боль и ощущение инородного тела в области заднего прохода. При внутреннем геморрое, в отличие от наружного, основная жалоба – на кровотечение в момент дефекации.

При анальной трещине чаще всего предъявляют жалобы на очень интенсивные жалобы в области заднего прохода при дефекации и натуживании, иногда капли крови на нижнем белье.

При парапроктите ведущими являются жалобы на боль в области ануса, остро возникшую, повышение температуры тела, наличие болезненной припухлости.

Предрасполагающие факторы:

- запоры;
- поносы;
- беременность;
- тяжёлый физический труд, связанный с подъёмом тяжестей;
- длительное сидение;
- бронхо-лёгочная патология (кашель)

Диагностика:

- жалобы;
- физикальное обследование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректоскопия;
- ирригоскопия, фиброколоноскопия (для исключения другой патологии);
- фистулография – при свищах.

Лучшие результаты лечения в условиях проктологического отделения.

Консервативное лечение геморроя, анальной трещины:

- диета;
- изменение образа жизни, работы, ограничение поднятия тяжестей;
- лечение бронхо-лёгочной патологии;
- обезболивание;
- флеботоники;
- местные лекарственные формы, содержащие гепарин, НПВС, гемостатики;
- местные лекарственные формы, содержащие репаратанты – при анальной

трещине.

Оперативное лечение геморроя – геморроидэктомия.

Оперативное лечение анальной трещины – иссечение трещины.

Лечение острого парапроктита – хирургическое – вскрытие, дренирование гнойника.

Лечение хронического парапроктита – хирургическое – иссечение свища и лигатурным методом.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

6. Этиология и патогенез нагноительных заболеваний прямой кишки.
7. Классификация заболеваний прямой кишки.
8. Клиническая картина заболеваний прямой кишки.
9. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение заболеваний прямой кишки.
10. Послеоперационное ведение больных.

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 заболеванием прямой кишки или оценивает ранний послеоперационный период при данной патологии.

Пример ситуационной задачи.

Женщина 35 лет, обратилась с жалобами в поликлинику на боли в области заднего прохода, ощущение инородного тела в течение 3-х дней. Данные симптомы появились после того как перенесла бронхит (сильно кашляла). Объективно: в области заднего прохода на 7 часах определяется синюшный болезненный узел около 1,5х1,5 см.

ВОПРОСЫ:

1. Какой клинический диагноз?
2. Какова тактика лечения?
3. Нуждается ли больная в операции?

Контрольные ситуационные задачи.

Больной К. 42 лет, жалуется на интенсивные боли в области ануса в течение 2-х дней, ознобы по ночам, повышение температуры тела, боль при дефекации. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,5⁰ С; в области заднего прохода определяется резко болезненный инфильтрат 5х6 см., гиперемия, отёк.

ВОПРОСЫ:

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как будете лечить больного?
4. Какими могут быть последствия перенесённого острого парапроктита?

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 «Хирургические заболевания толстой кишки»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Хирургические заболевания толстой кишки.

Мотивация.

Заболевания ободочной кишки является сравнительно частой патологией и согласно современным данным на 1000 населения приходится 1 больной. Так в НИИ проктологии ежегодно получают стационарную помощь 2500 больных и консультативную 15000 больных с различными поражениями толстой кишки. В настоящее время на основании клинических и морфологических критериев выделяют две основные нозологические формы – неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, которые представляют собой одну из наиболее серьезных проблем.

Эти заболевания сотни тысяч людей, лишая их трудоспособности и угрожая их жизни.

Цель занятия.

Освоить клинику и диагностику хирургических заболеваний толстой кишки, основные принципы оперативного лечения.

Практические умения, подлежащие усвоению при изучении темы.

| № п/п | Умения | Уровень освоения |
|-------|--|------------------|
| 1 | Клиническое обследование больного с заболеванием толстой кишки (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 заболеваний толстой кишки. | 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 толстого кишечника, особенностях его кровоснабжения и функционирования.

По исходным знаниям проводится устный опрос.

Основные положения темы.

Жалобы, предъявляемые пациентами с заболеванием толстого кишечника носят, в основном, неспецифический характер. Это могут быть: боли различной интенсивности в различных отделах живота, тошнота, неустойчивый стул (чередование поносов с запорами), метеоризм, тенезмы, снижение аппетита, потеря массы тела.

Заболевания толстого кишечника:

- неспецифический язвенный колит;
- болезнь Крона;
- ишемический колит;
- полипоз толстого кишечника;
- дивертикулёз толстой кишки.

Диагностика:

- физикальное обследование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- ректоскопия;
- ирригоскопия;
- фиброколоноскопия с возможной биопсией.

Осложнения заболеваний толстого кишечника:

- перфорация;
- острая кишечная непроходимость;
- кровотечение;
- абсцесс брюшной полости;
- свищи (наружные и внутренние).

Лечение заболеваний толстой кишки чаще консервативное. Сюда относятся:

- диета;
- слабительные;
- антибиотикотерапия;
- НПВС;
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника;
- симптоматическое лечение.

При полипозе толстой кишки возможно эндоскопическое удаление полипов с биопсией.

При ишемическом колите необходимо применение спазмолитиков, антиагрегантов, антикоагулянтов.

Оперативное лечение применяется при осложнениях заболеваний толстого кишечника, при малигнизации (подозрении на малигнизацию) полипов, а также при неэффективности консервативного лечения и может заключаться в резекции поражённых участков кишки.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

1. Этиология и патогенез заболеваний толстой кишки.
2. Классификация заболеваний толстого кишечника.
3. Клиническая картина заболеваний толстой кишки.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и лечение заболеваний толстой кишки.
5. Осложнения заболеваний толстой кишки. Принципы оперативного лечения.

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 заболеванием толстой кишки.

Пример ситуационной задачи.

Больной 30 лет, предъявляет жалобы на периодическое нарушение стула в течение многих лет, вздутие живота, иногда примесь слизи, крови в кале, повышение температуры по вечерам. При сборе анамнеза выяснилось, что мать страдала полипозом толстой кишки. Объективно: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. Ректально – патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Какой будет предположительный диагноз?
2. Как подтвердить данный диагноз?
3. Какие методы лечения можно использовать, применительно к этому пациенту?
4. Необходимо ли наблюдение в дальнейшем за больным и в чём оно может состоять?

Контрольные ситуационные задачи.

Больная С. 67 лет, жалуется на слабость, снижение аппетита в течение 1 года, периодически тошноту. Также отмечает, что, иногда, в кале появляется примесь крови. Объективно: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, слабо болезненный по ходу толстого кишечника. При фиброколоноскопии выявлен полип сигмовидной кишки с подозрением на малигнизацию, взята биопсия.

ВОПРОСЫ:

1. Какое заболевание предварительно Вы можете поставить?
2. При постановке диагноза каковы Ваши действия?
3. Какие операции выполняются при этой патологии?

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 «Зачёт по практическим навыкам»
6 курс лечебного факультета

Автор Балагуров Б.А.
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Зачёт по практическим навыкам.

Мотивация.

Умение применять полученные знания и навыки в повседневной работе является основной задачей обучения в высшем учебном медицинском заведении.

Цель занятия.

Определить уровень усвоения практических навыков.

Практические навыки.

| № 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 |

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 обобщить и систематизировать знания и навыки, полученные в течение цикла.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

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

Дополнительная литература.

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

Собственные издания.

8. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
9. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
10. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
11. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
12. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
13. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
14. 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 «Итоговое занятие»
6 курс лечебного факультета

Автор
«Утверждаю»
Заведующий кафедрой

Балагуров Б.А.
Покровский Е.Ж.

Тема занятия.

Итоговое занятие.

Мотивация.

Необходимость систематизации полученных знаний, навыков, структуризации прочитанного учебно-методического материала позволяет лучше усвоить данную информацию, а также легче воспроизводить и применять на практике.

Цель занятия.

Обобщить и систематизировать полученные знания, а также оценить уровень их усвоения.

Исходные знания по теме.

Для успешного усвоения темы необходимо иметь системное представление об основных хирургических заболеваниях, их этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении.

Вопросы для обсуждения по теме занятия.

6. Юридические аспекты хирургической деятельности.
7. Правила написания истории болезни в хирургической клинике.
8. Хроническая венозная недостаточность.
9. Тромбоэмболические осложнения в хирургической практике.
10. Заболевания прямой кишки.
11. Хирургические заболевания толстого кишечника.
12. Заболевания прямой кишки.
13. Хирургические заболевания толстого кишечника.

Учебные ситуационные задачи.

Задачи соответствуют задачам приведённым в соответствующих темах.

Список рекомендуемой литературы.

Основная литература.

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

Дополнительная литература.

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

7. Хирургические болезни. – Учеб. для мед. вузов. – Иваново: МИК, 1998.
8. Евтихов Р.М. с соавт. Острая абдоминальная хирургическая патология (избранное). Издательства МИК. Иваново. 2000
9. Бельков А.В. Факультетская хирургия: тесты: учебное пособие / А.В. Бельков (и др.) – Ростов н/Д: Феникс, 2007.
10. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. – М., Издательство «Триада-Х», 2005.

Собственные издания.

8. Контрольные вопросы (в рисунках) по курсу частной хирургии. Методические разработки. Иваново. 1992.
9. Курирование хирургического больного. Методические разработки. Иваново. 1992.
10. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции. Методические разработки. Иваново. 2003.
11. Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды. Методические разработки. Иваново. 2003.
12. Правовые основы регулирования взаимоотношения врача и пациента. Информационное письмо. Иваново. 2006.
13. История болезни хирургического стационара. Информационное письмо. Иваново. 2006.
14. Курация и написание истории болезни хирургического пациента. Учебно-методические разработки. Иваново. 2007.