

Задача №4

Мужчина 43г. Жалобы: опоясывающие боли после еды, в анамнезе 10 лет ЯБЖ. Живот и анализы в норме.

Диф.д: перфорация, панкреатит, Язвенная болезнь Хронический гастродуоденит
Функциональная диспепсия

Обслед: ОАК; ОАМ; биохимический анализ крови (определение сывороточного железа, билирубина, АЛТ, АСТ, альфа-амилазы); неинвазивная диагностика *Helicobacter pylori* (ХЕЛИК-тест); определение суммарных антител к *Helicobacter pylori* (HP) в сыворотке крови ИФА-методом; УЗИ органов брюшной полости, обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом; исследование кала (копрограмма).

ФЭГДС: обнаружение язвенного дефекта, рубцевания и/или малигнизации;

получение биоптата для морфологического исследования и определения HP
инфекции.

Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения;
осложнение: пенетрация язвы

Хирургическое лечение: стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка с удалением язвы или оставлением ее дна на органе в который она пенетрировала.

Задача №5

Мужчина 23 г. Жалобы на опухолевидное образование после операции (2 года назад).
Через 6 мес опух.обр. При осмотре по сред.линий живота рубец 15см.

Диагноз: Послеоперационная грыжа белой линии живота.

Основные: Ректальное исследование - Общий анализ крови. - Общий анализ мочи. -
ЭКГ. - Микрореакция. - Анализ крови на ВИЧ. - Флюорография. - Определение
глюкозы крови. - Коагулограмма; - Кал на яйца глистов.

Дополнительные: -Спирометрия; -УЗИ грыжи; -УЗИ абдоминальное и малого таза; -
Обзорная рентгенография легких и брюшной полости; -Магнитно-резонансная
томография или компьютерная томография с пробой Вальсальвы (Valsalva); -
Рентгеноконтрастная герниография; -Ирригоскопия.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с доброкачественными
новообразованиями брюшной стенки (в основном это липомы, фибролипомы,
нейрофибромы).

Операция при грыже состоит из двух основных этапов — грыжесечения, которое

включает в себя иссечение грыжевого мешка и пластику, которая включает в себя закрытие грыжевых ворот

Абсолютное большинство операций производится с использованием сетчатых имплантатов. В зависимости от расположения сетки относительно слоев передней брюшной стенки выделяют пять основных типа пластик:

1. Метод герниопластики ГПБС 'onlay'(анлей)- накладка сетки сверху мышечноапоневротического слоя;
2. Метод герниопластики ГПБС 'inlay'(инлей)- вкладка сетки между грыжевыми краями мышечно-апоневротического слоя;
3. Метод герниопластики ГПБС 'sublay» (саблей)- подкладка сетки снизу мышечно-апоневротического слоя с ограничением сетки от органов брюшной полости брюшиной (частью грыжевого мешка) или прядью большого сальника;
4. Метод герниопластики ГПБС 'ПРОМ'(айпом) - внутрибрюшное наложение сетчатого протеза в области грыжевых ворот непосредственно на брюшину. Может быть выполнено открыто или лапароскопически;
5. Комбинированный метод герниопластики ГПБС - метод герниопластики с использованием собственных местных тканей с укреплением их алломатериалом (сеткой). Комбинирование используется как дополнение двух самостоятельных пластик:

14 задача

Мужчина 49 лет, жалобы на рвоту в виде «кофейной гущи». ОАК: эритроциты – 2,6 (кровотечение давно), НВ – 86 (анемия средней степени)

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, осложненная желудочно-кишечным кровотечением. Анемия. Шок 2 степени.

(Шок I степени: сознание сохранено, больной контактен, слегка заторможен, систолическое АД превышает 90 мм.рт.ст, пульс учащен;

Шок II степени: сознание сохранено, больной заторможен, систолическое АД 90-70 мм ртст, пульс 100-120 в 1 минуту, слабого наполнения, дыхание поверхностное;

Шок III степени: больной адинамичен, заторможен, систолическое АД ниже 70 мм.рт.ст, пульс более 120 в 1 минуту, нитевидный, ЦВД равно 0 или отрицательное, наблюдается отсутствие мочи (анурия);)

2. Rp.: Omeprazoli 0.02

D. t. d. #20 in caps.

S. По 1 капсуле 1 раз в день до еды натощак.

3. Медицинская карта стационарного больного Форма 001/у

4. Неотложная диагностика.

1) Экстренная фиброгастроскопия или рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки – позволяют уточнить наличие, величину, локализацию язвы, характер кровотечения.

2) В ОАК – Снижение гематокрита, анемия и лейкоцитоз.

3) При пальцевом исследовании прямой кишки – дегтеобразный стул.

4) Информативно определение объема циркулирующей крови.

(Различают 3 степени кровопотери: - умеренную – не более 25 % исходного ОЦК (1-1,25 л крови); - большую, равную в среднем 30–40 % ОЦК (1,5-2,0 л крови); - массивную – более 40 % исходного ОЦК (2 л крови).)

5) Контроль АД, ЭКГ в динамике

Дифференциальная диагностика:

+ Кровотечение из острых язв и эрозий желудка и ДПК

+ Геморрагический гастрит

+ Синдром Маллори-Вейсса

+ Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка

+ Кровотечение из распадающегося рака пищевода, желудка

Рекомендации: явиться на прием к врачу общей практики в течение первых 3-х дней после выписки из стационара.

5. Тактика ВОП: Экстренная госпитализация.

Базисная фармакотерапия:

1. Ранитидин (зантак, гистак и др. аналоги) — 300 мг в сутки преимущественно однократно вечером (19-20 часов) и антацидный препарат (ма-алокс, фосфалюгель, альмагель, гель и др.) в качестве симптоматического средства для быстрого

купирования болей и диспепсических расстройств.

2. Фамотидин (фамосан, квамател,) - 40 мг в сутки преимущественно однократно вечером (в 19-20 ч) и антацидный препарат в качестве симптоматического средства.

3. Омепразол (лосек, ромесек, омез и др. аналоги) 20 мг в 14-15ч. и антацидный препарат в качестве симптоматического средства. Вместо омеп-разола может быть использован париет 20 мг/сут или лансопразол 30 мг/сут, или пантопразол 40 мг/сут.

2) Нейтрализация соляной кислоты, уменьшение изжоги – антациды (гастал, фосфалюгель маалокс, алмагель)

3) Гастропротективные средства – сукральфат (вентер)

Сукральфат (Вентер) 1 г. х 4 раза в день или 2 г. х 2 раза в день

4) Эрадикация геликобактера – аминопенициллины (амоксциллин), макролиды (кларитромицин, азитромицин), имидазолы (метронидазол), коллоидный субцитрат висмута (де-нол), пиллобакт

1. Висмута субцитрат коллоидный, внутрь 120 мг х 4 раза в сутки

2. Метронидазол (Эфлоран) внутрь 400 мг х 2 раза в день

3. Тетрациклин внутрь 500 мг х 4 раза в день.

5) При кровотечение – сандостатин.

Хирургическое лечение.

Продольная гастротомия и ушивание дефекта при кровотечении

15 задача

Мужчина 63 лет, жалобы на постоянные труднокупируемые боли, боли в эпигастрии, ставили диагноз ЯБЖ, эритроциты 3,0, НВ 95 (анемия легкой степени – 120-95, средней степени 94-80, тяжелая 79-65, опасная для жизни меньше 65).

Диагноз: рак, малигнизация язвы

Малигнизация язвы желудка.

Клиника:

1) Изменение характера болевого синдрома.

2) Уменьшение интенсивности болей, исчезновение их периодичности и зависимости от приема пищи

3) Появление симптомов, свойственных раку желудка:

+На ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Первыми жалобами бывают

чувство тяжести и распирания в эпигастрии, снижение аппетита, тошнота, рвота, беспричинная слабость, быстрая утомляемость, беспричинное похудание, побледнение, апатия, отвращение к тому или иному роду пищи, дискомфорт после приема пищи, диспепсические явления.

+К поздним симптомам относятся нарушение проходимости в антральном отделе желудка в той или иной степени. С ростом опухоли появляется устойчивая задержка желудочного содержимого. Больной быстро худеет, кожа становится худой, возникает раковая кахексия.

Возможны: стенокардические боли, повторяющиеся при переходе процесса на диафрагму, плевру. (при раке малой кривизны и дна желудка)

Метастазы: печень, легкие, позвоночник.

Диагностика:

1.Рентгенологический метод исследования:

+ появление дефекта наполнения («плюс-ткань»)

+ увеличение размеров язвенного дефекта

2.ФГДС:

+ инфильтрация краев язвы

+ бугристая слизистая, легкая ранимость

3.Анализ крови:

Анемия, увеличение СОЭ

Лечение – оперативное. Тотальная гастроэктомия.

13 задача

Ребенок 38,7, болеет, по словам матери отравился. Постоянно плачет, правая сторона болит, отстаёт в акте дыхания. Брюшная стенка напряжена. Лейкоциты -14

Дифференциальная диагностика: ОКН, ОКИ, аппендицит

Диагноз: острый аппендицит, локализованный перитонит

Острый аппендицит с локализованным перитонитом (с перитонеальным абсцессом) - локализованный процесс гнойного воспаления брюшины, возникающий, как правило, на фоне аппендикулярного инфильтрата (см. "Острый аппендицит другой и неутонченный" - К35.8) и являющийся осложнением острого аппендицита.

Периаппендикулярный абсцесс - представляет собой гнойник вокруг сохранившегося деструктивного аппендикса.

Аппендикулярный абсцесс - представляет собой гнойник на месте расплавленного червеобразного отростка.

Клинические критерии диагностики

лихорадка, диспепсия, нечастая рвота, тошнота, сухость языка, дизурия, локальная болезненность в правой подвздошной области, интоксикация, напряжение мышц живота, симптомы раздражения брюшины, приведение ног к туловищу в лежачем положении, болезненность справа при ректальном обследовании, болезненность справа при вагинальном обследовании

Симптомы, течение

Признаки аппендикулярного абсцесса:

- сохраняющиеся или нарастающие симптомы раздражения брюшины;
- нарастание симптомов интоксикации;
- локальная болезненность;
- гипертермия.

Выявление физикальных признаков перитонита:

- Симптом Ровзинга (патогномичный симптом) – левой рукой через брюшную стенку сигмовидную кишку прижимают к крылу подвздошной кости, перекрывая просвет; правой рукой производят толчкообразные движения в проекции нисходящей ободочной кишки, при этом боль возникает в правой подвздошной области.
- Симптом Ситковского – усиление боли в положении больного на левом боку (более характерен для повторных приступов аппендицита).
- Симптом Бартомье-Михельсона – усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку (отросток становится более доступным пальпации).
- Симптом Раздольского – при симметричной сравнительной перкуссии правой и левой подвздошной области отмечается гиперестезия справа.

- Симптом Воскресенского (симптом «рубашки» или «скольжения») – через рубашку производят скользящее движение от реберной дуги до паховой связки и обратно слева и справа, при этом отмечается гиперестезия, значительное усиление болезненности справа.
- Симптом Образцова – в положении лежа поднимают вытянутую правую ногу больного и просят медленно ее опустить, при этом больной ощущает глубокую боль в поясничной области справа из-за болезненного напряжения подвздошно-поясничной мышцы. Симптом Образцова характерен для ретроцекального, ретроперитонеального аппендицита.
- Симптом Тараненко-Богдановой (аппендицит у беременных) – ослабление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку и усиление боли в положении на правом боку из-за давления беременной матки на воспаленный отросток.
- Симптом Щеткина-Блюмберга - ладонной поверхностью 2-4 пальцев руки плавно надавливают на переднюю брюшную стенку, задерживают в этом положении руку в течение нескольких секунд, после чего отдергивают руку, при этом больной отмечает резкое усиление боли.

Диагностика

1. УЗИ. Абсцесс определяется как анэхогенное образование неправильной формы, в просвете которого может быть виден детрит.

Если абсцесс имеет небольшие размеры, он может быть трудно отличим от кишечных петель, поэтому для выявления конфигурации кишечника требуется проведение УЗИ в динамике.

Воспалительный инфильтрат забрюшинного пространства определяется:

- у пациентов с параколитом - по ходу восходящей ободочной кишки;
- у пациентов с паранефритом - в проекции почек;
- у пациентов с пораженной собственно забрюшинной клетчаткой - над пупартовой связкой или вдоль гребня подвздошной кости.

2. Компьютерная томография является наиболее надежным способом выявления абсцессов.

3. Диагностическая пункция тазового абсцесса. Пункция предполагаемого гнойника у женщин выполняется у мужчин и детей через переднюю стенку прямой кишки, у женщин - через задний свод влагалища.

ЛЕЧЕНИЕ

Аппендикулярный инфильтрат. Рекомендуется консервативное лечение, поскольку риск перфорации прошел, а удаление аппендикса на этой поздней стадии может быть затруднительным и вызывать осложнения. В настоящее время рутинная аппендэктомия после стихания процесса считается нецелесообразной.

В большинстве случаев аппендикс оказывается разрушен. Возможно возникновение фибропластического инфильтрата - замещение инфильтрата соединительной тканью с формированием в брюшной полости плотной и болезненной воспалительной опухоли, которая зачастую осложняется частичной кишечной непроходимостью. Таким пациентам иногда производится правосторонняя гемиколэктомия, диагноз уточняется только после гистологического исследования опухоли.

Аппендикулярный абсцесс. Показано дренирование под рентгенологическим контролем или хирургически.

Хирургическое дренирование позволяет через стандартный разрез в правой подвздошной области выявить и удалить остатки некротизированного аппендикса вместе с каловыми камнями. Среди недостатков данного способа - вероятность развития серьезных осложнений вследствие травмирования тканей и органов, прилежащих к абсцессу.

Неоперативное лечение с применением дренирования под рентгенологическим контролем сопровождается меньшим количеством осложнений и, согласно имеющимся данным, дает эквивалентную хирургическому дренированию частоту операций или повторных операций.

Если пациенты находятся в удовлетворительном общем состоянии и не имеют явных признаков перитонита, целесообразно применять неоперативный подход.

К врачу общей практики обратилась женщина 20 лет с жалобами на боль в горле, усиливающуюся при глотании и попытке открыть рот, обильное слюноотечение, неприятный запах изо рта, общую слабость, повышение температуры тела до 40 °С.

Из анамнеза: шесть дней назад заболела ангиной. Лечение принимала, без эффекта. Ухудшение состояния с ночи, когда почувствовала повышение температуры до 38,0° С.

Объективно: Состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные, на ощупь влажные. Речь затруднена. Открывание рта затруднено, выраженная асимметрия глотки за счет инфильтрации мягкого неба справа, правая небная миндалина отечна и доходит до язычка, смещенного влево; лимфатические узлы в зачелюстной области увеличены, болезненны при пальпации, больше справа.

Вопросы:

1. Выставить диагноз
2. Выписать (по возможности электронные) рецепты по ЛС пациенту
3. Заполнить медицинскую документацию (по возможности электронную) по заданной патологии
4. Составить план диагностики пациенту с заданной патологией
5. Составить план лечения пациента с заданной патологией
6. Составить план наблюдения и ведения пациента с заданной патологией

Ответ к задаче №1:

1. Паратонзиллярный абсцесс.
2. Госпитализация в стационар – как? Какие документы? Какая госпитализация?

К врачу общей практики на прием пришел мужчина 56 лет с жалобами на зябкость в ногах, покалывание, чувство «ползанья мурашек», похолодание. Ноги сильно мерзнут в холодную погоду, теплые носки не помогают. Появляются боли в икроножных мышцах, когда пройдет больше километра, приходится останавливаться и отдыхать.

В анамнезе: работает чабаном. Курит до 1 пачки в день, употребляет алкоголь 200-300мл в неделю (со слов). Наследственные заболевания отрицает. К врачам ранее не обращался и не обследовался.

Объективно: Рост 155см. Вес 110кг. ИТМ – 45,8. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 140/80 мм рт.ст. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Status localis: Кожные покровы нижних конечностей бледной окраски, гипотрофичны. Пульс на подколенной артерии обеих стоп снижен, слабого наполнения; на тыльной артерии стоп пульс не пальпируется.

Вопросы:

- выставить диагноз
- заполнить медицинскую документацию
- составить план диагностики
- составить план лечения
- составить план наблюдения и ведения
- определить показания к консультации узких специалистов
- выписать рецепт по ЛС

Ответ к задаче 2

1. Атеросклероз артерий нижних конечностей I стадии.

2. Амбулаторная карта

3. План обследования:

- коагулограмма (АЧТВ, МНО,ПТИ, ПВ, фибриноген),
- биохимический анализ крови (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП),
- УЗАС брюшной аорты, артерий нижних конечностей

4. Немедикаментозное лечение:

- отказ от курения, алкоголя
- диета 10 – исключается жирное, бобовые, жирное мясо, свежий хлеб, сдоба, соленое, маринады, чеснок, грибы, щавель, приправы, жареные и сваренные вкрутую яйца.
- тренировочная ходьба до достижения боли в ноге со скоростью 3км/ч
- снижение веса
- физиолечение

Медикаментозное лечение:

- эноксапарин натрия 20 мг/сут подкожно – 10 дней
- ацетилсалициловая кислота 75мг 1 р/день постоянно передсном
- пентоксофиллин 200мг внутривенно капельно на 500мл физраствора № 5
- симвастатин начальная доза по 10 мг 1 раз в день вечером. Контроль через 2 месяца. При неэффективности дозу повысить. Курс 6 месяцев
- бисопролол 5мг 1 раз в сутки, длительно под контролем АД и пульса

5. План ведения больного:

- наблюдение у ангиохирурга 2 раза в год
- УЗИ артерий 1 раз в год
- контроль липидного спектра крови 1 раз в год
- контроль коагулограммы 1 раз в год
- консервативная сосудистая терапия ежегодно при наличии показаний

РЕЦЕПТ

Rp.: Sol. Enoxaparinii sodii 0,1 – 0.2 ml

D. t. d. № 10

S. Вводят п/к в передне- или заднелатеральную область брюшной стенки на уровне пупка

Женщина 43 лет. Жалуется на чувство тяжести, боли, усталость в ногах при ходьбе, отек голеней к концу рабочего дня, варикозное расширение вен.

В анамнезе: считает себя больной с 23 лет. Работает продавщицей в супермаркете. Наследственность отягощена по материнской линии- у матери и у бабушки были операции на венах нижних конечностей по поводу образования тромбов. Курит с 16 лет. В настоящее время выкуривает до 10 сигарет в день. Замужем. Двое детей.

Объективно: в вертикальном положении больной на внутренней поверхности голеней и бедер видны расширенные поверхностные вены в виде узлов различной величины, кожа над ними не изменена, пальпация болезненна, эластичность вен снижена.

Вопросы:

- выставить диагноз
- заполнить медицинскую документацию
- составить план диагностики
- составить план лечения
- составить план наблюдения и ведения
- определить показания к консультации узких специалистов
- выписать рецепт по ЛС

Ответы к задаче 3

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы и воспаления

2. Заполнение амбулаторной карты форма 025-у

3. Обследование:

-УЗИ с доплерографией вен нижних конечностей

- коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, гематокрит)

4. Немедикаментозное лечение:

- избегать длительного положения «стоя» и «сидя»

- занятия подвижным спортом

- бросить курить

- ношение удобной обуви на невысоком каблуке

- периодический отдых с возвышенным положением нижних конечностей

-ношение компрессионного белья 2 класса компрессии

Медикаментозное лечение:

- эноксапарин 1,5мг/кг х 1 раз в день подкожно. Курс 7-10 дней

- место мази Лиотон, препараты Диосмина

5. Консультация ангиохирурга – для вопроса решения о возможности оперативного лечения

РЕЦЕПТ

Rp.: Sol. Enoxaparini sodii 0,1 – 0.2 ml

D. t. d. № 10

S. Вводят п/к в передне- или заднелатеральную область брюшной стенки на уровне пупка

Мужчина, 48 лет, водитель с многолетним стажем работы, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в области анального отверстия, периодические выделения крови из заднего прохода в момент дефекации, чувство жжения в этой области, постоянные запоры. Болеет около 1 года, к врачам не обращался, самостоятельно применял ректальные свечи. Питается нерегулярно, алкоголем не злоупотребляет.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Положение вынужденное, полусидячее. Рост 172 см, вес 84 кг. Подавлен, в обстановке ориентирован. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены.. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Границы сердца не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 удара в минуту. АД 120\80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стула не было 3 дня.

Status localis: В области ануса имеется умеренный перианальный отек тканей, внутри от которого, закрывая анус, находится группа из 5 увеличенных геморроидальных узлов, багрового цвета, резко болезненных, которые при натуживании выпадают и самостоятельно вправляются.

Вопросы:

1. Выставить диагноз
2. Выписать (по возможности электронные) рецепты по ЛС пациенту
3. Заполнить медицинскую документацию (по возможности электронную) по заданной патологии
4. Составить план диагностики пациенту с заданной патологией
5. Составить план лечения пациента с заданной патологией
6. Составить план наблюдения и ведения пациента с заданной патологией

Ответ к задаче №4:

1. DS предварительный: Хронический геморрой, внутренний, 2 стадия, период обострения

2. Рецепт пациенту не выписывается, так как он нуждается в дальнейшем обследовании и лечении у хирурга и проктолога.

3. Больному по КМИС в электронном виде делается запись приема в амбулаторной карте и выдаются направления на общеклинические анализы: ОАК, ОАМ.

4. Больной направляется на консультацию к хирургу поликлиники, проктологу, на ректороманоскопию.

5. План лечения и вид лечения (консервативное либо оперативное) определяет хирург поликлиники.

6. - Взять больного на «Д» учет

- Диета бесшлаковая 3-7 дней: белковый омлет, мясной говяжий бульон, отварное мясо через мясорубку, слизистые каши (на воде с небольшим кусочком масла), белые сухари (3—4 сухаря в день) и обильное питье (4—6 стаканов едва подслащенного чая) с постепенным переходом на обычную. Ввести в рацион больше овощей и фруктов.

- Регулирование функции кишечника (стул должен быть ежедневный, мягкой консистенции)

- изменение образа жизни (желательно сменить профессию на другую, не связанную с длительным сидением и физическими нагрузками) - при запорах – Сироп «Дюфалак» по 20-25мл утром натощак .

- осмотр хирурга 2 раза в год

-ректороманоскопия, колоноскопия по показаниям

- явка на прием после консультации хирурга и проктолога

К врачу общей практики обратился мужчина 52 лет, у которого после пребывания в парной появились сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Кроме того, больной обратил внимание на покраснение глаза, резкое ухудшение зрения.

При осмотре левого глаза: застойная инъекция, роговая оболочка отечная, рисунок радужки смазан, зрачок широкий до 6 мм в диаметре, на свет реакция снижена.

При пальпации левый глаз плотный, но боли при пальпации не усиливаются.

Вопросы:

1. Выставить диагноз
2. Выписать (по возможности электронные) рецепты по ЛС пациенту
3. Заполнить медицинскую документацию (по возможности электронную) по заданной патологии
4. Составить план диагностики пациенту с заданной патологией
5. Составить план лечения пациента с заданной патологией
6. Составить план наблюдения и ведения пациента с заданной патологией

Ответ к задаче №5:

1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.
2. Дифференциальная диагностика с острым иридоциклитом левого глаза.
3. Закапать раствор пилокарпина 1% неоднократно: в течение первого часа - 4 раза через 15 минут, затем каждые 30 минут, далее каждый час. Закапать 20% раствор глюкозы 2-3 раза на протяжении 3-4 часов. Поставить горчичник на затылок, на висок, вдоль позвоночного столба, сделать горячую ножную ванну (помнить о возможности ортостатического коллапса).
4. После этого срочно направить больного в ближайший офтальмологический стационар.

Мужчина 60 лет, обратился с жалобами на опухолевидное образование в правой паховой области.

Из анамнеза morbi: Болен 5 лет, образование постепенно увеличивается в диаметре, вызывает боль при нагрузке. Ранее не обращался. Лечение не принимал.

Из анамнеза vitae: Туберкулез, вен.заболевания отрицает. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Рост-170см, вес-55кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС-80 уд/мин. АД-130/85 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены.

Status localis: В правой паховой области отмечается опухолевидное образование, которое имеет тенденцию к увеличению при натуживании, физической нагрузке и опускается в мошонку, что вызывает боли и снижение трудоспособности.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику и каковы основные отличия от других образований мошонки?
3. По каким признакам Вы отдифференцируете косую и прямую грыжу?
4. Какова тактика в данном случае?
5. Укажите возможные послеоперационные осложнения?

Ответ к задаче 6:

1. Косая правосторонняя паховая грыжа
2. Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с водянкой оболочек яичка. Основные отличия:

Водянка имеет округлую, овальную, а не грыжевидную форму.

Консистенция-плотно-эластическая в отличие от мягко –эластической при грыже.

Поверхность гладкая.

Пальпаторно при водянке нельзя определить яичко и придаток.

Пальпаторно при водянке определяется верхний полюс, который отделен от пахового канала, при УЗИ-образование, содержащее жидкость. При грыже пальпируемое образование имеет «ножку».

Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с варикоцеле.

При варикоцеле обнаруживаются «змеевидное» расширение вен семенного канатика, которые легко спадаются при надавливании, имеет «тестоватую» консистенцию.

При осмотре - асимметрия паховой области, наличие опухолевидного образования, увеличивающегося при натуживании, кашле. При пальцевом исследовании пахового канала при грыже расширено наружное паховое кольцо, определяется положительный симптом «кашлевого толчка».

3.1 Форма и расположение грыжевого мешка: продолговатый, грыжевидной формы, располагается по ходу пахового канала; при прямой-округлой формы, располагается у медиальной части пупартовой связки.

3.2 Отношение к мошонке: косая-часто опускается в мошонку, прямая-редко.

3.3 Отношение грыжевого мешка к элементам семенного канатика. При косой-мешок в

составе элементов семенного канатика, латеральнее. При прямой- грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика.

4. Необходимо оперативное лечение, направить в стационар
5. Нагноение раны, кровотечение из раны, гематома мошонки.
6. При неосложненном течении послеоперационного периода выписка из стационара на 6-7 сутки, амбулаторное лечение 2-3 недели

Вызов врача ВОП на дом к мужчине 38 лет с жалобами на слабость, головокружение, тошноту, изжогу, режущие, жгучие боли в области эпигастрия натошак и через 2-3 часа после приема пищи, отдающие в спину, однократную рвоту «кофейной гущей», однократный черный дегтеобразный стул. Из анамнеза: считает себя больным в течение 2х лет, когда после переаттестации на работе впервые появились сжимающие боли в верхней половине живота, голодные ночные боли. За помощью в медицинские учреждения не обращался, самостоятельно принимал алмагель, старался соблюдать диету. 2 недели назад потерял работу, злоупотреблял алкоголем, после чего вновь появились боли. Вредные привычки: курит по 1,5 упаковки сигарет в день. Аллергии на медикаменты нет. Наследственность отягощена: бабушка по отцовской линии умерла от рака желудка в возрасте 67 лет.

Общее состояние тяжелое. Рост 182 см, вес 78 кг. Мужчина несколько заторможен, отвечает на вопросы после паузы. Астенического телосложения, пониженного питания. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожные покровы чистые, бледные, влажные. Видимые слизистые бледно-розовые, сухие. Язык густо обложен белым налетом, сухой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в 1 минуту. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 110 ударов в 1 мин. АД 80/60 мм. рт. ст. Пульс частый, слабого наполнения, 110 уд. в 1 минуту. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в эпигастральной и пилоро-бульбарной областях. Печень у края реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул жидкий, черного цвета, дегтеобразной консистенции. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

- Выставить диагноз
- выписать (по возможности электронные) рецепты по ЛС пациенту
- заполнить медицинскую документацию (по возможности электронную) по заданной

патологии

- составить план диагностики пациенту с заданной патологией
- составить план лечения пациента с заданной патологией
- составить план наблюдения и ведения пациента с заданной патологией
- определить показания к консультации узких специалистов при необходимости

Ответ к задаче №7:

1. Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, осложненная кровотечением.
2. Тактика ВОП: Экстренная госпитализация.
3. Рекомендации: явиться на прием к врачу общей практики в течение первых 3-х дней после выписки из стационара.

9. Перелом руки со смещением.

По локализации переломы предплечья разделяются на три сегмента:

- 1) проксимальный сегмент
- 2) средний (диафизарный) сегмент
- 3) дистальный сегмент

По локализации переломы плеча разделяются на три сегмента:

- Проксимальный отдел:
- Диафиз:
- Дистальный отдел:

Диагностика:

-Рентгенография предплечья или плеча в двух проекциях.

Лечение:

Адекватное обезболивание.

Трамадол

раствор для инъекций 100мг/2мл по 2 мл в ампулах

50 мг в капсулах, таблетках

Кетопрофен

раствор для инъекций 100 мг/2мл в ампулах по 2 мл

150мг пролонгированный в капсулах

100мг в таб. и капс.

Наложение шины Крамера.

- закрытая ручная одномоментная репозиция при переломах со смещением;
- новокаиновые блокады;
- наложение иммобилизационных средств (шины, мягкие повязки, гипсовой лонгеты, циркулярной гипсовой повязки, брейс, ортез) в ранние сроки, срок иммобилизации 4-8 недель. Необходим постоянный контроль за шиной или повязкой для профилактики ишемии дистального отдела конечности и пролежня

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях [9]:

При переломах верхнего конца локтевой и лучевой костей применяются такие виды операции:

- Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой костей с внутренней фиксацией (для остеосинтеза используются пластины, винты различных модификаций);
- Применение внешнего фиксирующего устройства на лучевую и локтевую кости (для остеосинтеза применяются аппараты внешней фиксации);
- Другие восстановительные и пластические манипуляции на лучевой и локтевой костях.

При переломах тела [диафиза] локтевой и лучевой костей применяются такие виды операции:

- Закрытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой костей с внутренней фиксацией (для остеосинтеза используется стержни и пластины различных модификации с винтами);
- Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой костей с внутренней

фиксацией (для остеосинтеза используется стержни и пластины различных модификации с винтами);

- Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой костей без внутренней фиксации;
- Применение внешнего фиксирующего устройства на лучевую и локтевую кости (для остеосинтеза применяется аппараты внешней фиксации);

При переломах нижнего конца локтевой и лучевой костей применяются такие виды операции:

- Закрытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой костей с внутренней фиксацией (для остеосинтеза используется пластины различных модификации с винтами);
- Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой костей с внутренней фиксацией (для остеосинтеза используется пластины различных модификации с винтами);
- Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой костей без внутренней фиксации;
- Применение внешнего фиксирующего устройства на лучевую и локтевую кости (для остеосинтеза применяется аппараты внешней фиксации);
- Другие восстановительные и пластические манипуляции на лучевой и локтевой костях.

Антибактериальная терапия При воспалении послеоперационной раны и для профилактики послеоперационных воспалительных процессов применяются антибактериальные препараты. С этой целью применяются цефазолин или гентамицин при аллергии на β -лактамы или ванкомицин при выявлении/высоком риске наличия метициллин-резистентного золотистого стафилококка.

8. М 25 лет, жалобы на боль в нижней трети голени.

Абсолютные признаки переломах: патологическая подвижность, физическое обследование сопровождается сильной болью, явление крепитации костных отломков, деформация продольной оси конечности в месте перелома.

Диагноз: Закрытый перелом нижней трети правой голени.

Диагностика: Рентгенография в 2-х проекциях.

Лечение:

-Адекватное обезболивание. Кеторолак 1 мл/30 мг в/м.

При сильных болях наркотические анальгетики – (например: трамадол 50 - 100 мг в/в, или морфин 1% - 1,0 мл в/в)

-Наложение шины Дитерихса перед транспортировкой;

-Хирургическое вмешательство:79.16 - Закрытая репозиция костных отломков большеберцовой и малоберцовой костей с внутренней фиксацией;79.36 - Открытая репозиция костных отломков большеберцовой и малоберцовой костей с внутренней фиксацией;

Наложение гипса.

Дальнейшее ведение. В послеоперационном периоде для профилактики нагноения послеоперационной раны назначается антибиотикотерапия (ципрофлоксацин 500 мг в/в 2 раза в день, цефуроксим 750мг*2 раза в день в/м, цефазолин 1,0 мг*4 раза в день в/м, цефтриаксон – 1,0 мг*2 раза в день в/м, линкомицин 2,0 2 р/д в/м), метронидазол 100*2 р/д и инфузионная терапия по показаниям.

Реабилитация. ЛФК. Массаж.

7. Пациент 47 лет, жалобы на

-расширение вен левой голени;

-распирание в ногах;

-судороги.

Варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) – состояние венозной системы нижних конечностей, при котором стенка подкожных вен теряет свою эластичность. В результате этого сосуды растягиваются, на отдельных их участках образуются узловатые расширения, происходит нарушение работы клапанов и ухудшение венозного кровотока.

Проба Троянова-Тренделенбурга позволяет диагностировать клапанную недостаточность большой подкожной вены бедра и перфорантов. При ее проведении больного укладывают на спину, приподнимают ногу под углом 45—60° и дают подкожным венам опорожниться от крови. В верхней трети бедра накладывают резиновый жгут. После чего пациента переводят в вертикальное положение. Оценку результатов пробы производят до и после снятия жгута. Выделяют 4 возможных варианта пробы:- заполнение подкожных вен после снятия жгута происходит медленно, в течение 30 сек и более, что свидетельствует о нормальной функции клапанного аппарата;- заполнение подкожных вен после снятия жгута происходит в течение

нескольких секунд током крови сверху вниз, что свидетельствует о недостаточности клапанов большой подкожной вены;- заполнение подкожных вен происходит в течение нескольких секунд до снятия жгута. После снятия жгута кровенаполнение подкожных вен не увеличивается, что свидетельствует о клапанной недостаточности перфорантных вен;- подкожные вены быстро заполняются до снятия жгута. После снятия жгута кровенаполнение большой подкожной вены возрастает.

Проба Гаккенбруха позволяет судить о состоянии остального клапана (клапан устья) большой подкожной вены. Больного, находящегося в вертикальном положении, просят энергично покашлять. Повышение внутрибрюшного давления в виде толчка передается с нижней полой и подвздошной вен на бедренную и большую подкожную вены. При недостаточности остального клапана кашлевой толчок ощущается в проекции большой подкожной вены бедра тотчас ниже ее устья. В ряде случаев кашлевой толчок передается по ходу всего ствола большой подкожной вены. Это указывает на несостоятельность всех ее клапанов.

Маршевая проба Дельбе-Пертеса характеризует проходимость глубоких вен, что позволяет дифференцировать варикозную болезнь от посттромбофлебитической. Маршевую пробу проводят в вертикальном положении больного при максимально наполненных поверхностных венах. На верхнюю треть бедра накладывают резиновый жгут для пережатия большой подкожной вены. В этом случае отток возможен лишь по глубокой венозной системе. После чего больного просят ходить или маршировать на месте в течение 5—10 минут. Быстрое опорожнение поверхностных вен наступает при хорошей проходимости глубокой венозной системы за счет оттока крови по перфорантам. Если этого не происходит и появляется распирающая боль, можно предположить наличие посттромботической окклюзии глубоких вен.

Диагностика: ОАК, Коагулограмма,УЗДГ(уз доплерография) или УЗАС(уз ангиосканирование) вен нижних конечностей.

Диагноз: Варикозное расширение вен нижних конечностей слева (ВРВНК). Еп (не удается установить этиологический фактор).

As – поверхностные вены
Ap – перфорантные вены
Ad - глубокие вены
An – не удается выявить изменения в венозной системе

Лечение:

Компрессионная терапия: может осуществляться как эластическими, так и неэластическими изделиями: эластические бинты, компрессионный трикотаж.

Выбор класса компрессионного изделия после диагностических мероприятий.

□□□

*Эноксапарин 1мг/кг два раза в день или 1,5 мг/кг один раз в день, подкожно.

Хирургическое лечение. Комбинированная флебэктомия или стриппинг

Показания к операции: · недостаточность остиальных клапанов (подтвержденная инструментальными методами исследования); · венозный рефлюкс; · экстравазальная компрессия вен (синдром Мей-Тернера);

Задача 10

Открытый косой перелом наружной трети ключицы(это я примерно написала, та как задачи нет) А сама классификация такая:

Переломы ключицы по локализации подразделяются:

Наружный (акромиальный конец);

Средней трети ключицы;

Внутренней (грудинный конец) трети ключицы.

По характеру отломков:

Поперечные переломы;

Косопоперечные переломы;

Косые переломы;

Оскольчатые переломы.

В зависимости от вида повреждения:

Открытые переломы;

Закрытые переломы.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Рентгенография ключицы
4. ЭКГ

Жалобы: на боли в области ключицы, нарушение функции верхней конечности,

наличие ран при открытых переломах.

Анамнез: наличие травмы с прямым (сильный удар по ключице, падение тяжелых предметов на область надплечья), или непрямым (падение на отведенную руку) механизмом травмы.

Физикальное обследование:

При осмотре отмечается:

- 1) вынужденное положение конечности;
- 2) отек в области ключицы;
- 3) деформация в области ключицы;
- 4) кровоизлияние в окружающие ткани в области ключицы.

При пальпации отмечается:

- 1) боль в области ключицы;
- 2) болезненность, усиливающаяся при осевой нагрузке, в области ключицы;
- 3) грубая патологическая подвижность в области ключицы;
- 4) крепитация отломков в области ключицы.

Лабораторные исследования – отсутствие патологических изменений в анализах крови и мочи.

Инструментальные исследования:

- На рентгенологических снимках выявляется нарушение костной структуры ключицы, наличие линии излома.

Показания для консультации специалистов:

- консультация нейрохирурга при повреждении нерва и сочетанной травме головного мозга,

- консультация хирурга при сочетанной травме живота,
- консультация ангиохирурга при сопутствующем повреждении сосудов,
- консультация уролога при повреждении органов мочеполовой системы,
- консультация терапевта при наличии сопутствующих заболеваний терапевтического профиля.
- консультация эндокринолога при наличии сахарного диабета и зоба.

Дифференциальная диагностика: смещение есть/нет, закрытый/открытый.

Лечение:

Обезболивание: Трамадол 50мг -1мл в/м, можно прокаин

АБ – цефазолин 1,0в/в

Нвпс: парацетамол 500мг

8образная повязка(можно Дезо) или кольца Дельбе

Новокаиновая блокада

Закрытая одномоментная ручная репозиция (срок иммобилизации 1-6недель)

Госпитализация в травматологическое отделение

Задача 11

Д/з Поверхностный ожог стопы 2 степени

Диагностика: ОАК, остальное по показаниям, инструментальное тоже по показаниям.

Диф.диагностика: по степени тяжести, а так не требуется.

Лечение : Я думаю, что тут тепловой ожог, хотя в задаче не пишут точно.(кипяток по-моему раз пузыри там)

При тепловом ожоге:

- прекращение воздействия травмирующего агента

-охлаждение места ожога (20-25С) 10минут

-Обезболивание : Трамадол 50мг-1мл в/м

-Асептическая повязка

- если есть ожоговый шок, то оксигенотерапия смотря на сатурацию. Инфузионная терапия(кристаллоидный раствор 1,5-2л), обезболивание, Преднизолон 30-60мг, Диазепам (если пациент возбужден), антигистаминные (димедрол), эуфиллин 2,4%-10мл в/в медленно, потом госпитализация.

-если нет шока, то отправляем домой

Задача 12

Д.з. острый аппендицит (какой именно, это уже после операции узнаем или по анализам примерно)

Диагностика: ОАК, ОАМ, Б.Х, коагулограмма, микрореакция

Диф.диагностика: острый живот.

Лечение: экстренная госпитализация (лапароскопическая аппендэктомия)

Задача 3

Пациент 58 лет. Жалобы на похудание, рвота с едой тухлый запах изо рта. 20 лет ЯБЖ. Шум плеска в желудке.

СОЭ 10, Лейкоцитов – 6

Диагноз: Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, осложненная пилоростенозом, II стадия – субкомпенсированный стеноз.

Стеноз привратника

1.Жалобы:

+ Ощущение переполнения в эпигастрии

+ Тошнота, рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение

+ Боли

+ Слабость, вялость, судороги

2. Осмотр:

+ Признаки алиментарной дистрофии вплоть до истощения, снижение тургора кожи, слабый пульс, тахикардия, гипотония

+ «Шум плеска» в эпигастрии натощак

При лабораторном исследовании – нарушения водно-электролитического баланса

В анализе крови – сгущение крови, уменьшение содержания хлоридов, увеличение количества мочевины.

3. Классификация:

I стадия – компенсированный стеноз:

- Тошнота, чувство тяжести в эпигастрии, отрыжка воздухом
- Умеренное расширение желудка, сужение ПД канала более 1 см, задержка эвакуации бария до 6-12 часов

II стадия – субкомпенсированный стеноз:

- Отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне
- Похудание, обезвоживание, бледность кож. покр.
- «Шум плеска» в эпигастрии натощак
- Значительное расширение желудка, сужение пилородуоденального канала до 1-0,5 см
- Задержка эвакуации бария до 12-24 часов

III стадия – декомпенсированный стеноз:

- Нарастающая слабость
- Зловонная рвота (иногда несколько раз в день)
- Выраженные водно-электролитные нарушения
- Симптоматика полиорганной недостаточности
- Резкое расширение желудка, сужение ПД канала до 0,1 см, задержка эвакуации бария более 24 часов, тонус, моторика и секреция желудка резко снижены

4. Диагностика

Рентгеноскопическое исследование с сульфатом бария:

- Расширение желудка
- Ослабление перистальтики
- Сужение привратника
- Задержка эвакуации из желудка

Эндоскопическая диагностика:

- Значительное увеличение желудка
- Натощак содержит застойное содержимое, слизь
- Сужение и деформация пилородуоденального канала
- Снижение тонуса и моторики желудка
- Атрофия слизистой оболочки желудка

5. Лечение – оперативное.

Суб- и декомпенсированный стеноз – абсолютное показание к операции.

Цели операции:

- + устранение нарушений эвакуации
- + удаление стенозирующей язвы
- + стойкое подавление кислото- и пепсинпродуцирующие функции желудка

Резекция 2/3 желудка. В тяжелых случаях ограничиваются наложением гастроэнтероанастомоза, который обеспечивает проходимость в двенадцатиперстной кишке.

Задача 1

66 лет, женщина. Жалобы: отсутствие стула и газов, нерегулярный стул, в кале слизь, состояние тяжёлое, мочеотделение свободное, живот вздут.

При пальпации: сильно болезненный, перкуторно: тимпанит, симптом Обуховской больницы.

Анализы: лейкоцитоз. Рентген: чаши Клойбера.

1. ДЗ: ОКН на уровне сигмовидной кишки.

2. План обследования: УЗИ ОБП, ОАК, ОАМ. Также можно сделать Ирригоскопию, если локализация толстокишечная, достаточно аккуратно. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ, ЭКГ по показаниям, БИОХИМИЯ.

3. Дифференциальный диагноз: МКБ, онкология, окклюзия мезентериальных сосудов.

4. Спаечная болезнь брюшной полости. Обтурационная толстокишечная непроходимость. (Пример)

5. Лечение: Тактика лечения определяется формой непроходимости - динамическая непроходимость - консервативное лечение, механическая непроходимость требует хирургического вмешательства. Чем тяжелее состояние поступившего с ОКН больного, тем более он нуждается в предоперационной подготовке, которую должен, проводить анестезиолог-реаниматолог совместно с хирургом не более 2 ч.

Консервативное лечение

- v Декомпрессия желудка
- v Паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, позволяет отличить динамическую непроходимость от механической.
- v Инфузионно-детоксикационная терапия
- v Через 40 — 60 мин - очистительная клизма.

Лечение хирургическое:

Экстренная операция (выполненная в течение 2 часов с момента поступления) показана при ОКН в следующих случаях:

- * При непроходимости с признаками перитонита
- * При непроходимости с клиническими признаками интоксикации и дегидратации (то есть, при второй фазе течения ОКН)
- * В случаях, когда на основании клинической картины складывается впечатление о наличии странгуляционной формы ОКН.

Границы резекции: отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 35-40 см, и в сторону отводящего отдела 20-25 см.

Задача 2

Мужчина, 35 лет, кинжальная боль, язвенная болезнь желудка 5 лет, положение: согнувшись, холодный пот. Живот втянут, не участвует в акте дыхания. Печеночная тупость не определяется.

ОАК: СОЭ 10, лейкоциты 15

1.ДЗ: Язвенная болезнь желудка, хроническая форма, осложнённая перфорацией, период шока

Или

Перфоративная язва желудка, период шока

2.ОАК, ОАМ, Биохимия, коагулограмма, ЭФГДС, рентгенологическое исследование с пневмогастрографией, УЗИ обп, кт. После операции: гистология, цитология.

3.Лечение: экстренная госпитализация в хирургический стационар, операция.

Предоперационно: АБ профилактика за 60 минут до разреза внутривенно пенициллина, цефалоспорины.

Паллиативные операции:

- ушивание язвы;
- иссечение язвы с последующим медикаментозным лечением;
- тампонада перфоративного отверстия изолированным участком большого сальника методом Graham;
- тампонада перфоративного отверстия методом Опеля-Поликарпова (Cellan-Jones)(при больших каллезных язвах, когда имеются противопоказания к резекции желудка, а ушивание приводит к прорезыванию швов).

Радикальные операции:

- резекция желудка;
- иссечение язвы с ваготомией.

ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.