

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

ПМ.01 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

МДК 01.01.02 ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ

для обучающихся по специальности
31.02.01 Лечебное дело

Ставрополь, 2022 г.

Методические указания к практическим занятиям составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» утвержденная приказом Министерства образования и науки РФ от 12 мая 2014 г. № 514 и программой ПМ.01 Диагностическая деятельность МДК 01.01.02 пропедевтика и диагностика в хирургии.

Составитель: Ермакова И.В.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 31.00.00 Клиническая медицина Протокол № 7 от «26» мая 2022 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 6 от 26.05.2022 г

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	
Пропедевтика и диагностика в хирургии, травматологии и онкологии	
Практическое занятие 1. Сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация	
Практическое занятие 2. Лабораторные и инструментальные методы исследования при хирургических заболеваниях	
Практическое занятие 3. Значение ведущих синдромов и симптомов в хирургии	
Практическое занятие 4. Семиотика болезней органов брюшной полости	
Практическое занятие 5. УП Семиотика болезней груди	
Практическое занятие 6. УП Симптомы поражения сосудов	
Практическое занятие 7. УП Основные симптомы при травмах	
Практическое занятие 8. Нарушение периферического кровообращения	
Практическое занятие 9. Диагностика хирургических заболеваний головы, лица, полости рта.	
Практическое занятие 10. Диагностика хирургических заболеваний шеи, трахеи, пищевода	
Практическое занятие 11. Диагностика заболеваний щитовидной железы	
Практическое занятие 12. Хирургические заболевания органов грудной клетки	
Практическое занятие 13. Хирургические заболевания брюшной стенки и органов брюшной полости	
Практическое занятие 14. Диагностика хирургических заболеваний прямой кишки.	
Практическое занятие 15. Диагностика хирургических заболеваний мочеполовых органов	
Диагностика хирургических болезней (болезней уха, горла, носа)	
Практическое занятие 1. Диагностика болезней носа и придаточных пазух	
Практическое занятие 2. Диагностика болезней глотки, гортани и трахеи	
Диагностика хирургических болезней (заболеваний глаз)	
Практическое занятие 1. Методика исследования органа зрения	
Практическое занятие 2. Диагностика травм органа зрения	

Цели освоения дисциплины:

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

Иметь практический опыт:

- обследования пациента;
- интерпретации результатов обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики, постановки предварительного диагноза;
- заполнения истории болезни, амбулаторной карты пациента;

Знать:

- топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;
- биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;
- основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;
- строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;
- определение заболеваний;
- общие принципы классификации заболеваний;
- этиологию заболеваний;
- патогенез и патологическую анатомию заболеваний;
- клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;
- методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Уметь:

- планировать обследование пациента;
- осуществлять сбор анамнеза;
- применять различные методы обследования пациента;
- формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;
- оформлять медицинскую документацию.

Процесс подготовки и выполнения практических занятий направлен на формирование следующих компетенций:

ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
-------	--

ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6.	Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами.
ОК 7.	Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.
ОК 9.	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку
ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.4. Проводить диагностику беременности.

ПК 1.5. Проводить диагностику комплексного состояния здоровья ребенка.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ЛР 3 Соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России. Лояльный к установкам и проявлениям представителей субкультур, отличающий их от групп с

деструктивным и девиантным поведением. Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих

ЛР 6 Проявляющий уважение к людям старшего поколения и готовность к участию в социальной поддержке и волонтерских движениях

ЛР 7 Осознающий приоритетную ценность личности человека; уважающий собственную и чужую уникальность в различных ситуациях, во всех формах и видах деятельности

ЛР 8 Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных и иных групп. Сопричастный к сохранению, преумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства

ЛР 9 Соблюдающий и пропагандирующий правила здорового и безопасного образа жизни, спорта; предупреждающий либо преодолевающий зависимости от алкоголя, табака, психоактивных веществ, азартных игр и т.д. Сохраняющий психологическую устойчивость в ситуативно сложных или стремительно меняющихся ситуациях

ЛР 10 Заботящийся о защите окружающей среды, собственной и чужой безопасности, в том числе цифровой

ЛР 11 Проявляющий уважение к эстетическим ценностям, обладающий основами эстетической культуры

ЛР 13 Демонстрирующий готовность и способность вести диалог с другими людьми, достигать в нем взаимопонимания, находить общие цели и сотрудничать для их достижения в профессиональной деятельности

ЛР 14 Проявляющий сознательное отношение к непрерывному образованию как условию успешной профессиональной и общественной деятельности

ЛР 15 Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами.

ЛР 16 Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность

ЛР 20 Освоивший психологию профессионального общения

ЛР 28 Участвующий в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей профессии

ЛР 30 Осознающий социальную значимость труда, стремящийся добросовестно и ответственно работать, бережно относиться к результатам труда

ПРОПЕДЕВТИКА И ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ

ПЗ 1. Сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация

Теоретическая часть

Л 2.1. Методы обследования пациентов с хирургической патологией

Л 2.2. Сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация

Вопросы к практическому занятию

1. Расскажите о порядке и правилах осмотра хирургического больного.
2. Какие конституциональные типы телосложения вы знаете.
3. Перечислить порядок объективного исследования больного по органам и системам.
4. Сколько областей живота вы знаете, назовите их.
5. Что выявляется при осмотре ротовой полости?
6. Что выявляется при осмотре живота?
7. Для чего используется перкуссия у хирургического больного?
8. Для чего используется аускультация у хирургического больного?
9. Что позволяет выявить метод измерения у хирургического больного.
10. Что позволяет выявить поверхностная пальпация живота?
11. Что позволяет выявить глубокая пальпация живота?
12. Что такое местный статус?
13. На основании чего формируется предварительный диагноз?
14. Как формируется основной (клинический) диагноз?

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. С какого вида пальпации начинается обследование живота:

- а) с поверхностной;
- б) глубокой;
- в) скользящей;
- г) локальной.

2. Для определения локальной болезненности в определённых точках живота используется:

- а) поверхностная пальпация;
- б) проникающая пальпация;
- в) перкуссия;
- г) аускультация.

3. Пузырная точка располагается:

- а) на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка;
- б) у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги;
- в) на границе нижней и средней трети линии соединяющей пупок с осью подвздошной кости;
- г) на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними осями крыльев подвздошных костей.

4. Для определения перистальтики кишечника используют:
- а) пальпацию;
 - б) осмотр;
 - в) перкуссию;
 - г) аускультацию.
5. В какой области живота в норме пальпируется червеобразный отросток:
- а) пупочной;
 - б) эпигастральной;
 - в) правой подвздошной;
 - г) левой подвздошной.
6. Выделяют областей живота:
- а) 10;
 - б) 9;
 - в) 6;
 - г) 3 .
7. При кишечной непроходимости живот:
- а) доскообразный;
 - б) вздут;
 - в) не изменён;
 - г) втянут.
8. Синдром Щёткина - Блюмберга определяется путём:
- а) глубокой пальпации живота;
 - б) поверхностной пальпации живота;
 - в) резким отпускаянием руки;
 - г) перкуссии живота.
9. Status localis -это:
- а) местный статус;
 - б) настоящий статус больного;
 - в) история жизни;
 - г) история заболевания.
10. При гемотораксе перкуторный звук на стороне поражения:
- а) легочный;
 - б) коробочный;
 - в) тупой;
 - г) тимпанический.
11. С какой стороны начинает пальпацию хирург:
- а) с места локализации болей;
 - б) с левого подреберья с областей, удалённых от болезненного очага;
 - в) с областей, удалённых от болезненного очага;
 - г) с правого подреберья.
12. Основной метод объективного обследования у пациента с «острым животом»
- а) перкуссия;
 - б) пальпация;
 - в) аускультация;
 - г) сбор анамнеза.
13. Пилородуоденальная точка расположена:

- а) на границе нижней и средней трети линии соединяющей пупок с осью подвздошной кости;
- б) у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой рёберной дуги;
- в) на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка;
- г) на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними осями крыльев подвздошных костей.

14. Симптом флюктуации определяет:

- а) наличие жидкости;
- б) наличие воздуха;
- в) размеры органов;
- г) объём конечности.

15. Симптом Пастернацкого выявляется методом:

- а) аускультации;
- б) осмотра;
- в) пальпации;
- г) поколачивания.

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

16. При осмотре живота оценивается:

- а) наличие боли;
- б) форма;
- в) степень напряжения мышц;
- г) местное повышение температуры;
- д) участие в акте дыхания;
- е) симметричность.

ИНСТРУКЦИЯ: ПОДБЕРИТЕ СООТВЕТСВИЕ

17. Точки проникающей пальпации:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1) Точка Мак-Бурнея | а) Точка Керра |
| 2) Пузырная | б) Аппендикулярная |
| | в) Пилородуаденальная |

18. Виды аускультации:

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| 1) Прямая | а) Звук слышится на расстоянии |
| 2) Непрямая | б) С применением фонендоскопа |

ВАРИАНТ № 2

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. Исследование ЖКТ начинается с:

- а) с осмотра живота;
- б) с осмотра полости рта;
- в) с пальпации живота;
- г) с аускультации живота.

2. С какой стороны начинает пальпацию хирург:

- а) с места локализации болей;
- б) с левого подреберья с областей, удалённых от болезненного очага;
- в) с областей, удалённых от болезненного очага;
- г) с правого подреберья.

3. Методическую пальпацию органов брюшной полости разработал:

- а) Де Гаян;
- б) Ауэнбруггер;
- в) Лаэнник;
- г) Образцов.

4. Точка Мак-Бурнея это:

- а) пузырьная;
- б) пилородуаденальная;
- в) аппендикулярная;
- г) сосудистая.

5. Основным методом объективного обследования у пациента с «острым животом»

- а) перкуссия;
- б) пальпация;
- в) аускультация;
- г) сбор анамнеза.

6. Выделяют областей живота:

- а) 10;
- б) 9;
- в) 6;
- г) 3.

7. Пилородуоденальная точка расположена:

- а) на границе нижней и средней трети линии соединяющей пупок с осью подвздошной кости;
- б) у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги;
- в) на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка;
- г) на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними осями крыльев подвздошных костей.

8. Перитонит- это воспаление:

- а) брюшины;
- б) плевры;
- в) слизистой кишечника;
- г) перикарда.

9. Пузырная точка располагается:

- а) на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка;
- б) у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги;
- в) на границе нижней и средней трети линии соединяющей пупок с осью подвздошной кости;
- г) на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними осями крыльев подвздошных костей.

10. Дисфагия - это:

- а) нарушение акта дыхания;
- б) затрудненное глотание;
- в) отрыжка;
- г) слюнотечение.

11. Окружность и длину конечности измеряют :

- а) линейкой;
- б) угломером;
- в) тазомером;
- г) сантиметровой лентой.

12. Синдром Щёткина - Блюмберга определяется путём:

- а) глубокой пальпации живота;
- б) поверхностной пальпации живота;
- в) резким отпускаянием руки;
- г) перкуссии живота.

13. Status localis -это:

- а) местный статус;
- б) настоящий статус больного;
- в) история жизни;
- г) история заболевания.

14. Нефроптоз- это:

- а) опущение стенок влагалища;
- б) опущение почек;
- в) опухоли почек;
- г) обследование мочевого пузыря специальным прибором.

15. Крепитация это:

- а) размягчение в центре воспалительного инфильтрата;
- б) «хруст» при пальпации;
- в) судорожное сокращение мышц;
- г) покраснение кожных покровов.

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Метод поколачивания по поясничной области оценивается как:

- а) положительный;
- б) отрицательный;
- в) тяжёлый;
- г) крайне – тяжёлый;
- д) сомнительный;
- е) удовлетворительный.

ИНСТРУКЦИЯ: ПОДБЕРИТЕ СООТВЕТСВИЕ

17. Виды аускультации:

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| 1) Прямая | а) Звук слышится на расстоянии |
| 2) Непрямая | б) С применением фонендоскопа |

18. Точки проникающей пальпации:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1) Точка Мак-Бурнея | а) Точка Керра |
| 2) Пузырная | б) Аппендикулярная |
| | в) Пилородуаденальная |

ПЗ 2. Лабораторные и инструментальные методы исследования при хирургических заболеваниях

Теоретическая часть

Л 2.3. Лабораторные и инструментальные методы исследования при хирургических заболеваниях

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое аспирационная биопсия?
2. Охарактеризуйте понятие «диагностическая операция».
3. Перечислите основные лабораторные исследования у пациентов с патологией моче – половой системы.
4. Что позволяет выявить УЗИ почек?
5. Какие Вы знаете методики рентгенологического исследования при патологии мочевыделительной системы?
6. Охарактеризуйте эндоскопические методы исследования в урологии.
7. Какова роль эндоскопических исследований?
8. Дайте характеристику рентгеноконтрастным исследованиям;
9. Опишите принципы радиоизотопной диагностики;
10. Расскажите об ультразвуковых исследованиях в хирургии;
11. Что такое компьютерная и ядерно-резонансно-магнитная томография?
12. Опишите тепловизионные методы исследования и их применение в хирургии;
13. Опишите малую хирургию в диагностике патологических процессов;
14. Какие вы знаете лабораторные методы исследования?

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ ОТНОСЯТ:

- а) пункцию, биопсию;
- б) эндоскопические методы;
- в) рентгенологические методы;
- г) всё перечисленное верно.

2. ЛАПАРОСКОПИЯ - ЭТО:

- а) осмотр брюшной полости;
- б) осмотр мочевого пузыря;
- в) осмотр слизистой оболочки толстой кишки;
- г) осмотр предстательной железы.

3. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ ЭТО:

- а) холеграфия;
- б) томография;
- в) ангиография;
- г) бронхография.

4. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЮТ:

- а) обзорную рентгенографию грудной клетки;

- б) эзофагоскопию;
- в) УЗИ;
- г) радиоизотопное исследование.

5. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) лабораторные методы;
- б) специальные методы;
- в) функциональные методы;
- г) эндоскопические методы.

6. ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ - ЭТО:

- а) осмотр слизистой желудка специальным прибором;
- б) осмотр под рентгеновским аппаратом;
- в) рентгеноскопия с введением контрастного вещества;
- г) осмотр слизистой пищевода специальным прибором.

7. КАКОЙ ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ:

- а) колоноскопия;
- б) лапароскопия;
- в) рентгенография;
- г) бронхоскопия.

8. РАДИОИЗОТОПНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ:

- а) для выявления первичных опухолей;
- б) для определения распространённости злокачественного процесса;
- в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов;
- г) правильно всё.

9. ДУКТОГРАФИЯ - ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

- а) бесконтрастное рентгенологическое;
- б) контрастное рентгеноскопическое;
- в) ультразвуковое;
- г) радиоизотопное.

10. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОВ:

- а) томография;
- б) ангиография;
- в) бронхография;
- г) пиелография.

11. К МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСИТСЯ:

- а) холедохоскопия;
- б) цистоскопия;
- в) ирригография;
- г) ректороманоскопия.

12. АНУРИЯ - ЭТО:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи;
- г) невозможность опорожнить мочевой пузырь.

13. БЕЛОК В МОЧЕ - ЭТО:

- а) олигурия;
- б) альбуминурия;
- в) пиурия;
- г) цилиндрурия.

14. УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) анурия;
- б) полиурия;
- в) энурез;
- г) олигурия.

15. НАЛИЧИЕ БАКТЕРИЙ В МОЧЕ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) пиурия;
- б) бактериурия;
- в) гематурия;
- г) олигурия.

16. НАЛИЧИЕ КРОВИ В МОЧЕ - ЭТО:

- а) гематурия;
- б) альбуминурия;
- в) пиурия;
- г) олигурия.

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

17. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРОЛОГИИ:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) экстреторная урография;
- в) обзорная рентгенография грудной клетки;
- г) ретроградная пиелография;
- д) артрография;
- е) почечная ангиография.

ИНСТРУКЦИЯ: ПОДБЕРИТЕ СООТВЕТСВИЕ

18. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Уретрография | а) Исследование суставов |
| 2) Маммография
железы | б) Исследование молочной |
| 3) Краниография
мочеиспускательного канала | в) Исследование |
| 4) Артрография | г) Исследование черепа |

19. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ МОЧИ:

- | | |
|----------------|--|
| 1) Пиурия | а) Бактерий в моче |
| 2) Гематурия | б) Гной в моче |
| 3) Бактериурия | в) Кровь в моче |
| | г) Жирные вещества в моче |
| | д) Выделение воздуха с мочой или газа. |

20. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 1) Ларингоскопия | а) Исследование брюшной полости |
| 2) Бронхоскопия | б) Исследование гортани |
| 3) Лапароскопия | в) Исследование мочевого пузыря |
| 4) Цистоскопия | г) Исследование бронхов |

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- а) перкуссия;
- б) УЗИ;
- в) аускультация;
- г) пальпация.

2. НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

- а) асцит;
- б) гидроторакс;
- в) гидроперикардиум;
- г) анасарка.

3. ОГРАНИЧЕННОЕ СКОПЛЕНИЕ КРОВИ В ТКАНЯХ - ЭТО:

- а) гемартроз;
- б) гемоторакс;
- в) гематома;
- г) гемоперткардиум.

4. МАММОГРАФИЯ - ЭТО ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

- а) ультразвуковое;
- б) рентгенологическое;
- в) радиоизотопное;
- г) термографическое.

5. ПОЛИУРИЯ - ЭТО:

- а) увеличение количества выделяемой мочи за сутки;
- б) уменьшение количества выделяемой мочи за сутки;
- в) полное прекращение выделения мочи;
- г) невозможность опорожнить мочевого пузыря.

6. НАЛИЧИЕ В МОЧЕ ГНОЯ - ЭТО:

- а) гематурия;
- б) альбуминурия;
- в) пиурия;
- г) олигурия.

7. ДЛЯ ПРОБЫ ПО НЕЧИПОРЕНКО СОБИРАЮТ:

- а) мочу в течение суток через каждые 3 часа;
- б) среднюю порцию утренней мочи;
- в) ночную мочу за 10 часов;
- г) суточную мочу в одну емкость.

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК:

- а) пиелография;
- б) урография;
- в) цистография;
- г) томография.

9. ЦИСТОСКОПИЯ - ЭТО:

- а) внутривенное введение контрастного вещества;
- б) обследование мочевого пузыря оптическим прибором;
- в) рентгенография мочевого пузыря наполненного контрастным веществом;
- г) обследование функциональной способности почек.

10. ПНЕВМОТУРИЯ - ЭТО:

- а) выделение воздуха с мочой;
- б) наличие жирных веществ;
- в) присутствие в моче лимфы;
- г) наличие бактерий в моче.

11. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ В КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) лейкоцитоз;
- б) лейкопения;
- в) эритроцитоз;
- а) тромбоцитоз.

12. АРТРОГРАФИЯ - ЭТО:

- а) контрастное исследование суставов;
- б) исследование сосудов;
- в) контрастное рентгенологическое исследование почек;
- г) исследование кровотока.

13. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОТНОСИТСЯ:

- а) томография;
- б) УЗИ;
- в) лапароскопия;
- г) термография.

14. КОЛОНОСКОПИЯ - ЭТО:

- а) осмотр брюшной полости;
- б) осмотр мочевого пузыря;
- в) осмотр слизистой оболочки толстой кишки;
- г) осмотр предстательной железы.

15. НАКОПЛЕНИЕ КРОВИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

- а) гемоторакс;
- б) гемоперикардиум;
- в) гемартроз;
- г) гемоперитонеум.

16. УВЕЛИЧЕНИЕ СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) анурия;
- б) полиурия;
- в) энурез;
- г) олигурия.

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕ МЕНЕЕ ОДНОГО ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРОЛОГИИ:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) экстреторная урография;
- в) обзорная рентгенография грудной клетки;
- г) ретроградная пиелография;
- д) артрография;
- е) почечная ангиография.

ИНСТРУКЦИЯ: ПОДБЕРИТЕ СООТВЕТСВИЕ

18. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 1) Ларингоскопия | а) Исследование брюшной полости |
| 2) Бронхоскопия | б) Исследование гортани |
| 3) Лапароскопия | в) Исследование мочевого пузыря |
| 4) Цистоскопия | г) Исследование бронхов |

19. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗАХ МОЧИ:

- | | |
|----------------|--|
| 1) Пневмотурия | а) Бактерий в моче |
| 2) Гематурия | б) Гной в моче |
| 3) Липурия | в) Кровь в моче |
| | г) Жирные вещества в моче |
| | д) Выделение воздуха с мочой или газа. |

20. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- | | |
|-----------------|--|
| 1) Уретрография | а) Исследование суставов |
| 2) Маммография | б) Исследование молочной железы |
| 3) Краниография | в) Исследование мочеиспускательного канала |
| 4) Артрография | г) Исследование черепа |

Ситуационные задачи

Задача № 1

В хирургическое отделение доставлен больной 82 лет с жалобами на нарушение функции левого бедра после падения на землю. Больной не может встать на ногу. Функция конечности в тазобедренном суставе резко ограничена из-за боли. Какой метод исследования вы проведете у данного больного для подтверждения предполагаемого диагноза?

Задача № 2

У больного после операции по поводу перитонита аппендикулярного происхождения не отходят газы и нет стула. Живот напряжен и болезненный при пальпации. Каким методом исследования можно определить наличие или отсутствие перистальтики кишечника?

Задача № 3

У больной, страдающей гипертонической болезнью, после внутримышечной инъекции в верхне-наружный квадрант правой ягодицы раствора сернокислой магнезии на 3 сутки появилась припухлость и покраснение кожи. Какие методы исследования вы используете у данной больной?

ПЗ 3. Значение ведущих синдромов и симптомов в хирургии

Теоретическая часть

Л 2.4. Значение ведущих синдромов и симптомов в хирургии

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое болевой синдром?
2. Что такое диспептический синдром?
3. Что такое синдром патологических примесей в стуле?
4. Что такое дизурический синдром?

Задания к практическому занятию

Выявление специфических симптомов острых хирургических заболеваний:

Симптом Ровзинга - появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

Симптом Ситковского - появление или усиление боли в правом боку при повороте больного на левый бок.

Симптом Кохера-Волковича - смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область при остром аппендиците.

Симптом Бартомье-Михельсона - усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

Симптом Образцова - усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.

Симптом Раздольского - при перкуссии пальцем брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области при остром аппендиците.

Симптом Воскресенского - находясь справа от больного, левой рукой натягивается рубашка за нижний край (для равномерного скольжения). Кончики II, III и IV пальцев правой руки устанавливают в подложечной области и во время вдоха больного (при наиболее расслабленной брюшной стенке) кончиками пальцев с умеренным давлением на живот проделывают быстрое скользящее движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают руку, не отрывая ее. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает резкое усиление боли. Характерен для острого аппендицита.

Симптом Щёткина-Блюмберга - напряжение мышц живота и усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

Симптом Мерфи - усиление боли при пальпации жёлчного пузыря в момент глубокого вдоха.

Симптом Грекова-Ортнера - появление боли при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге;

Симптом Керра - болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья (холецистит). Точка Керра - точка, расположенная на пересечении наружного края правой прямой мышцы живота и рёберной дуги. Соответствует расположению желчного пузыря.

Симптом Мюсси-Георгиевского - болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками правой грудино-ключично-сосковой мышцы. Характерен для острого холецистита.

Симптом Боткина (симптом холецистокоронарный) - боли в области сердца при наличии патологического процесса в области желчного пузыря (холецистит, желчнокаменная болезнь и пр.).

Симптом Мейо-Робсона - определяется болезненность в области левого реберно-позвоночного угла (при воспалении поджелудочной железы).

Симптом Хольстеда- цианоз отдельных участков кожи живота при остром панкреатите.

Френикус-симптом (диафрагмальный нерв) - болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в надключичной области, в проекции диафрагмального нерва на шее. Возникает вследствие раздражения ветвей этого нерва при некоторых острых заболеваниях и повреждениях органов брюшной и грудной полостей. Справа Ф.-с. может выявляться при остром холецистите, а также при прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, поддиафрагмальном абсцессе и других заболеваниях; слева - при прободении язвы желудка, разрыве селезенки, внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость, панкреатите, поддиафрагмальном абсцессе и др. При диафрагмальном плеврите и нижнедолевой пневмонии Ф.-с. может выявляться как справа, так и слева.

Симптом Валя - при острой кишечной непроходимости, кишечная петля вздувается (эвентрация) и образует над участком препятствия местно ограниченный фиксированный метеоризм с высоким тимпанитом над ним (асимметрия живота). Пальпаторно определяется вздутая петля.

Симптом Склярова - шум плеска в кишечнике при кишечной непроходимости.

Симптом Обуховской больницы - баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, определяемое пальцевым исследованием; признак заворота сигмовидной кишки.

Симптом «падающей капли» или лопающихся пузырьков» – определяются путем аускультации брюшной полости с помощью фонендоскопа. Симптом «падающей капли» может определяться пальпаторно-аускультативно: при медленном надавливании и медленном отпуске появляется шум «падающей капли» (кишечная непроходимость).

Симптом «шум плеска» (при стенозе привратника) – вызывается толчкообразными движениями брюшной стенки в области эпигастрия кончиками 2х-3х пальцев. «Шум плеска» появляется при наличии в желудке значительного количества жидкости и газа (более четко выявляется с помощью фонендоскопа).

Симптом Пастернацкого - при нанесении коротких ударов боковой поверхностью кисти по поясничной области ниже XII ребра возникает боль. Положительный при нарушении оттока мочи из почки, при воспалительных процессах почки и в околопочечной клетчатке. Симптом может быть положительным при поражениях позвоночника и воспалении ретроперитонеально расположенного червеобразного отростка.

ПЗ 4. Семиотика болезней органов брюшной полости

Теоретическая часть

Л 2.5. Семиотика болезней органов брюшной полости

Вопросы к практическому занятию

1. Дайте общую характеристику воспалительных заболеваний органов брюшной полости
2. Назовите возможные причины
3. Что такое непроходимость кишечника?
4. Что такое острый аппендицит?
5. Что такое прободная язва?
6. Что такое защемление грыжи?
7. Что такое мезентериальный острый тромбоз?
8. Опишите клинику кровотечения ЖКТ
9. Что такое перитонит?
10. Опишите клинику острого холецистита

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

1. Техника пальпации передней брюшной стенки
2. Техника аускультации передней брюшной стенки
3. Техника перкуссии передней брюшной стенки

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ТЕХНИКА ПАЛЬПАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать пальпацию:

Поверхностная пальпация:

Наличие напряжения мышц передней брюшной стенки:

локальное (при местном перитоните);

«доскообразный» живот (при разлитом перитоните).

Определение зоны наибольшей болезненности при глубокой пальпации.

Выявление объёмного образования в брюшной полости.

Оценка размера селезёнки и почек.

Выявление специфических симптомов острых хирургических заболеваний:

Симптом Ровзинга - появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

Симптом Ситковского - появление или усиление боли в правом боку при повороте больного на левый бок.

Симптом Кохера-Волковича - смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область при остром аппендиците.

Симптом Бартомье-Михельсона - усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

Симптом Образцова - усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.

Симптом Раздольского - при перкуссии пальцем брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области при остром аппендиците.

Симптом Воскресенского - находясь справа от больного, левой рукой натягивается рубашка за нижний край (для равномерного скольжения). Кончики II, III и IV пальцев правой руки устанавливают в подложечной области и во время вдоха больного (при наиболее расслабленной брюшной стенке) кончиками пальцев с умеренным давлением на живот проделывают быстрое скользящее движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают руку, не отрывая ее. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает резкое усиление боли. Характерен для острого аппендицита.

Симптом Щёткина-Блюмберга - напряжение мышц живота и усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

Симптом Мерфи - усиление боли при пальпации жёлчного пузыря в момент глубокого вдоха.

Симптом Грекова-Ортнера - появление боли при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге;

Симптом Керра - болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья (холецистит). Точка Керра - точка, расположенная на пересечении наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги. Соответствует расположению желчного пузыря.

Симптом Мюсси-Георгиевского - болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками правой грудино-ключично-сосковой мышцы. Характерен для острого холецистита.

Симптом Боткина (симптом холецистокоронарный) - боли в области сердца при наличии патологического процесса в области желчного пузыря (холецистит, желчнокаменная болезнь и пр.).

Симптом Мейо-Робсона - определяется болезненность в области левого реберно-позвоночного угла (при воспалении поджелудочной железы).

Симптом Хольстеда- цианоз отдельных участков кожи живота при остром панкреатите.

Френикус-симптом (диафрагмальный нерв) - болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в надключичной области, в проекции диафрагмального нерва на шее. Возникает вследствие раздражения ветвей этого нерва при некоторых острых заболеваниях и повреждениях органов брюшной и грудной полостей. Справа Ф.-с. может выявляться при остром холецистите, а также при прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, поддиафрагмальном абсцессе и других заболеваниях; слева - при прободении язвы желудка, разрыве селезенки, внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость, панкреатите, поддиафрагмальном абсцессе и др. При диафрагмальном плеврите и нижнедолевой пневмонии Ф.-с. может выявляться как справа, так и слева.

Симптом Валя - при острой кишечной непроходимости, кишечная петля вздувается (эвентрация) и образует над участком препятствия местно

ограниченный фиксированный метеоризм с высоким тимпанитом над ним (асимметрия живота). Пальпаторно определяется вздутая петля.

Симптом Склярова - шум плеска в кишечнике при кишечной непроходимости.

Симптом Обуховской больницы - баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, определяемое пальцевым исследованием; признак заворота сигмовидной кишки.

Симптом «падающей капли» или лопающихся пузырьков» – определяются путем аускультации брюшной полости с помощью фонендоскопа. Симптом «падающей капли» может определяться пальпаторно-аускультативно: при медленном надавливании и медленном отпуске появляется шум «падающей капли» (кишечная непроходимость).

Симптом «шум плеска» (при стенозе привратника) – вызывается толчкообразными движениями брюшной стенки в области эпигастрия кончиками 2х-3х пальцев. «Шум плеска» появляется при наличии в желудке значительного количества жидкости и газа (более четко выявляется с помощью фонендоскопа).

Симптом Пастернацкого - при нанесении коротких ударов боковой поверхностью кисти по поясничной области ниже XII ребра возникает боль. Положительный при нарушении оттока мочи из почки, при воспалительных процессах почки и в околопочечной клетчатке. Симптом может быть положительным при поражениях позвоночника и воспалении ретроперитонеально расположенного червеобразного отростка.

ТЕХНИКА АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, фонендоскоп, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать аускультацию:

Аускультация живота даёт возможность услышать перистальтические, артериальные и венозные шумы, шум трения и шум плеска.

Аускультация проводится до пальпации и перкуссии, так как данные манипуляции могут подавить перистальтические шумы.

В норме перистальтические шумы очень переменчивы. Нередко их не удаётся выслушать на протяжении пяти минут, а затем их частота взрывообразно увеличивается до 30 в минуту. Усиление перистальтических шумов – довольно специфичный, но малочувствительный признак непроходимости тонкой кишки.

Артериальные шумы наблюдаются у 4-20% здоровых людей и у 1-2% всех обращающихся в лечебные учреждения. С возрастом частота их появления уменьшается. Диагностическое значение артериальных шумов зависит от локализации.

Диагностическое значение систолических шумов средне- и низкочастотных в эпигастрии наблюдается и у здоровых людей, особенно у беременных женщин (выслушивается у 20% женщин без излишек жировой ткани, а у мужчин гораздо

реже). Обычно такой доброкачественный шум локализуется на ограниченном пространстве между мечевидным отростком и пупком, в отличие от систолических шумов, связанных со структурными аномалиями, например стенозом почечной артерии, которые распространяются за пределы эпигастрия. Источником доброкачественного систолического шума является червный ствол.

Диагностическое значение систолических шумов в верхнем квадранте, как правило, указывает на опухоль печени, обычно гепатому или метастаз. Шум возникает в сосудах опухоли или вследствие сдавления ею сосудов печени. Кроме того шум может возникать при гепатите, циррозе печени, артериовенозных мальформациях, иногда - при недостаточности трёхстворчатого клапана.

Наиболее распространённые причины систолического шума в левом верхнем квадранте – рак поджелудочной железы и сосудистые аномалии селезёнки. Более редкая причина систолического шума в левом (или правом) квадранте живота – аневризма брюшной аорты или крупных артерий брюшной полости (почечных, чревных, брыжеечных).

Артериальный шум в одном из верхних квадрантов живота наблюдается при аномалиях сосудов почки с соответствующей стороны, но он чаще не систолический, а продолжительный, и слышен, хотя и менее отчётливо, в эпигастрии.

Диагностическое значение венозных шумов в эпигастрии и вокруг пупка при наличии венозных коллатералей в виде «головы Медузы» у больных циррозом печени с портальной гипертензией. Он продолжительный, глухой («гул»). Его называют шумом (или симптомом) Крювлье-Баумгартена.

Диагностическое значение шума трения зависит от локализации. Шум в правом верхнем квадранте живота указывает на инфаркт (или опухоль) печени, в левом – на те же заболевания селезёнки.

Шум плеска возникает при сотрясении полых органов, содержащих скопление жидкости и газа.

ТЕХНИКА ПЕРКУССИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, плессиметр, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать перкуссию:

Перкуссия помогает оценить размер и локализацию скоплений газов брюшной полости, выявить скопление жидкости (асцит, переполненный мочевой пузырь), определить границы паренхиматозных органов (печени, селезёнки) и солидных объёмных образований.

Перкутируют все четыре квадранта живота лёгким постукиванием. Перкуссия даёт ориентиры для пальпации, указывая тимпаническим звуком скопления газа и тупым – границы паренхиматозных органов. Аускультация должна

предшествовать перкуссии, так как последняя может повлиять на интенсивность перистальтических шумов.

ПЗ 5. УП Семиотика болезней груди Теоретическая часть

Л 2.6. Семиотика болезней груди

Вопросы к практическому занятию

1. Перечислите симптомы при болезнях органов дыхания
2. Что такое цианоз?
3. Дайте классификацию болей в грудной клетке
4. Перечислите виды кашля
5. Что такое кровохарканье?
6. Дайте характеристику ритму дыхания
7. Перечислите виды нарушения ритма дыхания
8. Что такое одышка и какая она бывает?
9. Дайте определение дыхательной недостаточности
10. Назовите причины дыхательной недостаточности
11. Расскажите клинику дыхательной недостаточности

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

1. Составить набор инструментов для плевральной пункции.

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ (торакоцентез)

Показания: экссудативный и гнойный плеврит, пневмоторакс, гемоторакс.

Оснащение:

1. стерильный лоток;
2. пункционная игла длиной 10 см, диаметром 1 мм;
3. дренажная трубка;
4. зажим;
5. пинцеты;
6. шприц с инъекционной иглой — 2;
7. раствор новокаина 0,5% — 10 мл;
8. спирт 70° этиловый;
9. стерильный перевязочный материал;
10. пробирка из бактериологической лаборатории;
11. рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекции;
12. лейкопластырь;
13. резиновые перчатки.

ПЗ 6. УП Симптомы поражения сосудов

Теоретическая часть

Л 2.8. Симптомы поражения сосудов

Вопросы к практическому занятию

1. Перечислите основные признаки сосудистых заболеваний
2. Расскажите о нарушении мозгового кровообращения
3. Дайте понятие варикозного расширения вен конечностей
4. Назовите причины атеросклеротических болезней сосудов

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

1. Бинтование конечности эластичным бинтом.
2. Проведение функциональных проб для выявления артериальной недостаточности.
3. Проведение функциональных диагностических пробы при венозной недостаточности.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ

БИНТОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ ЭЛАСТИЧНЫМ БИНТОМ

Показания: варикозная болезнь, лимфостаз, невриты, растяжения.

Оснащение:

- эластичный бинт.

1. Бинтовать нижние конечности нужно сразу после пробуждения, пока они не отекли.
 2. Эластичный бинт следует накладывать равномерными витками без складок, чтобы избежать травмирования кожи при движении.
 3. Его начинают накладывать от суставов пальцев стопы. Обязательно бинтуется и пятка, при этом формируется так называемый замок, который позволит исключить соскальзывание повязки при движении.
 4. Бинт, свернутый в рулон, необходимо раскручивать только наружу и в непосредственной близости от кожи. Только такая техника позволит избежать перерастяжения бинта и слишком высокой компрессии на нижнюю конечность.
 5. Каждый последующий виток бинта должен перекрывать предыдущий на 30–50%.
 6. Повязка должна полностью закрывать всю стопу и голень до коленного сустава.
 7. Стопу (по отношению к голени) надо бинтовать под прямым углом, в противном случае ходьба станет весьма проблематичной.
 8. По мере бинтования необходимо ослаблять степень компрессии.
 9. Чтобы эластичный бинт лучше держался на ноге, особенно на бедре, лучше всего накладывать слои бинта попеременно в восходящем и нисходящем направлениях — будет сформирована так называемая елочка из слоев бинта.
 10. Бинтование заканчивайте на 10–15 см выше больной зоны ноги.
- После проведения этой процедуры нужно 20–30 мин походить. Правильность наложения эластичного бинта очень легко определить: после окончания бинтования кончики пальцев слегка синеют, но восстанавливают свой

естественный цвет при ходьбе. Такие симптомы, как онемение пальцев стопы, ощущение пульсации под бинтами, возникновение болевых ощущений означают лишь одно — вы слишком туго перебинтовали ноги либо класс эластичного бинта был подобран неверно.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. Проба Троянова-Тренделенбурга: больного укладывают горизонтально и приподнимают больную ногу вверх. Легким поглаживанием освобождают вену от наполняющей её крови. Затем прижимают вену вверху у места впадения её в бедренную вену. Не отпуская руки, просят больного встать на ноги. Венозная сеть не заполнена. Если теперь быстро отнять руку, то можно видеть, как кровь устремляется сверху вниз и заполняет вену. Это означает, что симптом Тренделенбурга положительный. Он указывает на наличие обратного тока крови сверху вниз.

2. Проба Дельбе-Пертеса: на конечность с наполненными венами накладывают эластичный бинт и просят больного маршировать в течение 10 минут. Если глубокие вены проходимы, то кровь по коммуникантным венам оттекает в глубокие, поверхностные вены спадаются (это положительный симптом). При непроходимости глубоких вен поверхностные остаются напряженными, это оценивается как отрицательная проба Дельбе-Пертеса.

3. Проба Шейниса: больному в горизонтальном положении накладывают 3 жгута (не артериальных, а сдавливающих только поверхностные вены). Первый - на верхнюю треть бедра, второй - над коленным суставом, третий - ниже коленного сустава. Затем больной встает. Если вены между жгутами заполняются кровью, то это свидетельствует о несостоятельности коммуникантных вен.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. Симптом Опделя-Бюргера:

В положении лежа больной поднимает конечности вверх и удерживает 1-2 минуты. Стопа пораженной ноги становится бледной. После опускания ног в горизонтальное положение бледность сменяется гиперемией.

2. Проба Самуэlsa.

В горизонтальном положении больной совершает сгибательные и разгибательные движения в голеностопных суставах. При нарушении кровообращения наступает бледность стопы и боль в икроножной мышце.

3. Коленный феномен Д.И. Панченко.

Сидя на стуле, больной укладывает пораженную конечность на здоровую. Через 1-2 минуты появляются боли в мышцах голени или стопы, онемение пальцев, парестезии.

ПЗ 7. УП Основные симптомы при травмах Теоретическая часть

Л 2.9. Основные симптомы при травмах

Вопросы к практическому занятию

1. Что такое травма?
2. Расскажите о классификации травм
3. Что такое сотрясение?
4. Что такое вывих?
5. Что такое перелом?

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

1. Измерение длины конечностей.
2. Определение силы мышц.
3. Пальпация позвоночника.

АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Измерение верхней конечности.

Длина всей руки измеряется от края акромиального отростка до конца III пальца, конечность должна быть опущенной.



Измерение длины плеча проводится от края акромиального отростка до локтевого отростка при согнутой руке в локтевом суставе до 90°. Длина предплечья замеряется от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости. В норме длина обеих конечностей и их фрагментов слева и справа одинакова.

Измерение нижней конечности.

Расстояние от вершины большого вертела до края наружной лодыжки - это абсолютная длина конечности. Ее можно измерить по фрагментам: длина бедра + длина голени.



Относительная или клиническая длина нижней конечности измеряется расстоянием от передней верхней ости подвздошной кости до края внутренней лодыжки



Полученные показатели абсолютной и относительной длины необходимо сопоставить между собой на каждой стороне, а затем сравнить левую и правую стороны. В норме соотношения левой и правой стороны одинаковые, при односторонней патологии тазобедренного сустава это соотношение может (хотя и не всегда) нарушаться.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИЛЫ МЫШЦ

Определение силы мышц плечевого пояса.

Исследуемый, согнув руки в локтевых суставах, поднимает их до уровня плеч и удерживает в таком положении. Врач, положив руки на локтевые суставы сверху,

оказывает давление вниз. По степени сопротивления оценивается сила мышц плечевого пояса.

Определение силы мышц, сгибающих предплечье.

Исследуемый сгибает руку в локтевом суставе и удерживает ее в таком положении. Врач делает попытку разогнуть ее, упершись одной рукой в плечо, другой захватив руку на уровне лучезапястного сустава



Определение силы мышц, разгибающих предплечье в локтевом суставе.

Рука исследуемого максимально согнута в локтевом суставе. Врач одной рукой удерживает его за плечо, другой, захватив за предплечье на уровне лучезапястного сустава, оказывает сопротивление исследуемому при разгибании руки в локтевом суставе.

Определение силы сгибателей и разгибателей кисти.

Врач одной рукой фиксирует предплечье исследуемого на уровне дистальной трети предплечья, другой рукой фиксирует его ладонь, препятствуя сгибанию, а потом разгибанию кисти в лучезапястном суставе.

Определение силы мышц кисти.

Врач попеременно или одновременно вкладывает указательный и средний пальцы в кисть исследуемого и просит их сжать. По степени сжатия оценивается сила сгибателей пальцев.

Определение силы сгибателей бедра.

Исследуемый лежит с вытянутыми ногами. Врач, положив руку на коленную чашечку или чуть выше, и, зафиксировав коленный сустав, предлагает ему согнуть ногу. По величине усилия, приложенного к удержанию ноги в вытянутом положении, оценивается сила.



Определение силы сгибателей и разгибателей стопы.

Исследуемый лежит на спине со стопами, свисающими над краем кушетки. Врач одной рукой фиксирует голень, другой, захватив стопу в дистальном отделе, оказывает сопротивление при ее сгибании и разгибании в голеностопном суставе.

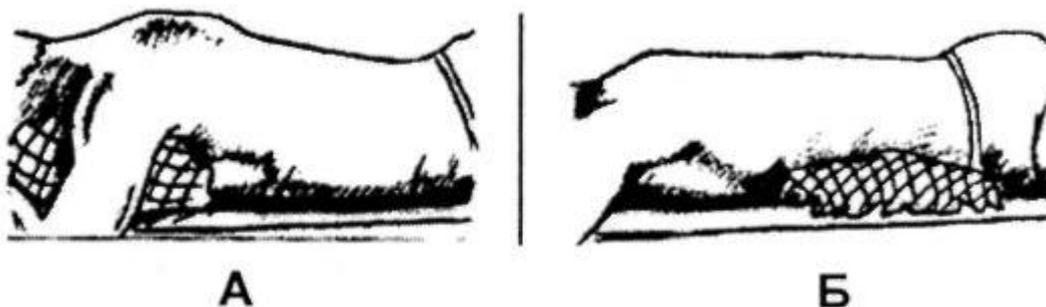


Определение силы мышц сгибающих и разгибающих пальцы стопы.

Врач фиксирует пальцы стопы их поперечным захватом между большим и указательным пальцами и просит исследуемого выполнить сгибание и разгибание пальцев.

Пальпация позвоночника

Пальпация позвоночника проводится в вертикальном положении исследуемого, с наклоном туловища вперед, и обязательно в горизонтальном положении на животе в условиях максимального расслабления мышц. Пальпируя шейный и поясничный отделы, в положении лежа, необходимо использовать подкладную ватную подушку. Этим достигается не только расслабление мышц, но и расширение межостистых промежутков.



Положение исследуемого и подкладной подушки при пальпации шейного отдела позвоночника (А) грудного и поясничного отделов позвоночника (Б).

При пальпации позвоночника очень важно исследовать высоту стояния и положение остистых отростков, величину межостистых промежутков в разных отделах позвоночника, состояние над- и межостных связок, исследовать мышцы справа и слева от позвонков на одном уровне, места выхода межпозвонковых нервов, межреберные промежутки от позвоночника до грудины.



Пальпация над- и межостистых связок.

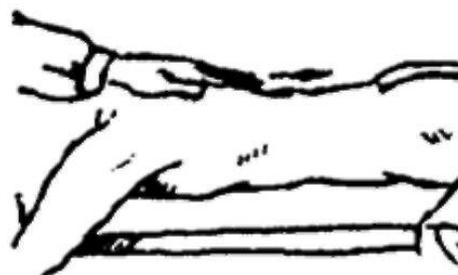
Указательный или средний палец правой руки, лучше в полусогнутом состоянии с достаточной силой погружается в межостистые пространства. Рука может располагаться перпендикулярно или вдоль позвоночника. Возникающая боль указывает на повреждение связок или диска. При подозрении на разрыв межостистых связок исследование проводится с подкладкой подушек под живот больного. Такое положение расширяет межостистое пространство и благоприятствует выявлению резкого расширения его и появлению западений между соседними остистыми отростками при разрыве связок.

Уровень стояния и положение остистых отростков проверяется двумя способами:

- рука врача плоско укладывается на позвоночник так, чтобы указательный палец правой руки располагался на вершинах отростков; при вертикальном положении исследуемого пальцы должны быть направлены вверх.



При горизонтальном положении - они могут быть направлены вниз.



Ощупывание проводится от IV-V шейного позвонка до крестца включительно.

При нормальном строении позвоночника остистые отростки располагаются строго по вертикальной линии (можно ориентироваться по гиперемии кожи над вершинами отростков). В разных отделах позвоночника высота остистых отростков разная, наибольшая она в грудном отделе. Надо обращать внимание на уровень рядом лежащих отростков. В норме между соседними отростками нет значительных перепадов, за исключением уровня VII шейного и II поясничного

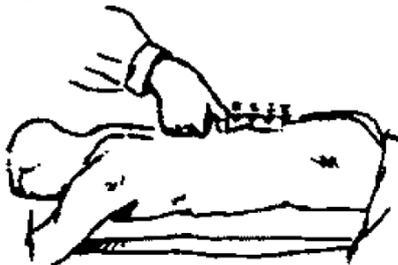
позвонков. Выбухание, западение, отклонение в сторону в норме не отмечается, при их появлении необходимы специальные исследования для определения причины. Отклонение нескольких остистых отростков в сторону указывает на искривление позвоночника (сколиоз).

Исследуя остистые отростки, важно обратить внимание на величину промежутков между ними. В норме в разных отделах она разная, но переход величины между соседними позвонками постепенный. Значительное увеличение или сужение промежутков между соседними отростками, появление болезненности при пальпации - признаки неблагополучия (растяжение или разрыв межостистой связки, смещение позвонка, перелом остистого отростка).

Далее остистые отростки необходимо пропальпировать, используя давление (компрессию) большим или средним пальцем.

Этими способами выявляется болезненность.

Исследование проводится сверху вниз от позвонка к позвонку. С особой тщательностью исследуются те места, где выявлены отклонения при осмотре или имеется болезненность. При компрессии большим пальцем для большего усилия он устанавливается вертикально, однако вначале давление должно быть умеренным, далее оно возрастает, но только до появления болезненности.



ПЗ 8. Нарушение периферического кровообращения

Теоретическая часть

Л 2.11. Нарушение периферического кровообращения

Вопросы к практическому занятию

1. Расскажите классификацию заболеваний вен и артерий.
2. Какие нозологические формы относятся к острым нарушениям артериального кровообращения.
3. Перечислите виды эмболий.
4. Дайте определение понятию – тромбоз. Назовите структурные элементы тромба и виды тромбов.
5. Назовите основные симптомы при тромбозе сосудов нижних конечностей.
6. ТЭЛА, причины, клиника, диагностика.
7. Облитерирующий эндартериит: причины, клиника.
8. Облитерирующий атеросклероз: причины, клиника.
9. Назовите какие функциональные пробы проводят при артериальной недостаточности.
10. Варикозная болезнь: причины, клиника.
11. Назовите какие функциональные пробы проводят при венозной недостаточности.
12. Какие методы функциональной диагностики заболеваний артерий и вен конечностей вы знаете?
13. Какие особенности подготовки больного к методам обследования (доплерографии, ангиографии, флебографии) вы знаете?
14. Дайте определение понятию «омертвление (некроз)».
15. Каковы причины омертвления тканей?
16. Опишите виды и клиническую характеристику некроза.
17. Опишите клиническую характеристику сухой гангрены.
18. Опишите клиническую характеристику влажной гангрены.
19. Опишите клинические признаки трофических язв.
20. Дайте определение и опишите клинические признаки пролежней.
21. Дайте определение и расскажите классификацию свищей.
22. Опишите причины возникновения и клинические признаки свища.
23. Назовите методы исследований для диагностики некрозов, гангрен, язв и свищей.

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

4. Бинтование конечности эластичным бинтом.
5. Проведение функциональных проб для выявления артериальной недостаточности.
6. Проведение функциональных диагностических пробы при венозной недостаточности.
7. Уход за гастростомой.
8. Уход за цистостомой.
9. Исследование свищевых ходов при помощи фистулографии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400 м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

ЗАДАНИЯ:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите причины и клинические стадии данного заболевания.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №2

На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в н/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре - в виде мягкого шнура, а в н/3 бедра и по всей голени - варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

ЗАДАНИЯ:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Дайте определение и перечислите основные причины данного заболевания.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №3

В стационаре находится больная с диагнозом: варикозное расширение вен обеих нижних конечностей. Внезапно у нее разорвался варикозный узел, и началось значительное кровотечение. Вызванная м/с выявила: все вокруг залито кровью. Пациентка бледная, испуганная, жалуется на слабость, головокружение. На внутренней поверхности обеих голени видны выступающие с узловыми расширениями вены. Кожа над ними истончена, пигментирована. На средней трети (с/3) боковой поверхности правой голени имеется дефект кожных покровов, из которого истекает темно-вишневого цвета кровь.

Пульс 100 в мин. АД 105/65 мм рт. ст. ЧДД 22 в мин. Нарушений со стороны внутренних органов не выявлено.

ЗАДАНИЯ

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите основные причины данного заболевания.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №4

Фельдшер ФАП посетил на дому больную 53 лет, предъявляющую жалобы на сильные боли в левой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Болеет вторые сутки. При осмотре кожа левой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность левой голени больше правой на 5 см. Пальпаторно выявляется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Дайте определение и перечислите основные причины данного заболевания.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №5

Фельдшера ФАП вызвали к больной 29 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией. 3 часа назад у неё резко возникли боли в правой голени и стопе. Больная стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, движения в голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация бедренной артерии прощупывается отчетливо под паупертовой связкой, на остальных артериях конечности пульс не определяется.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите стадии заболевания в зависимости от времени.
3. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.

Задача № 6

У пациентки, год назад после беременности, разрешившейся родами, на правой нижней конечности появилась «капиллярная сеть», единичные вариксы на голени. Отек конечностей не отмечает.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования.

Задача №7

На ФАП обратился больной, 60 лет с жалобами на утомляемость правой ноги после ходьбы на 1500 м, отмечает онемение, нарушение чувствительности. Указанные изменения появились месяц назад.

Объективно: кожные покровы на правой ноге не изменены – телесного цвета, тёплые на ощупь, трофических расстройств нет. Пульс на артериях стопы и в подколенной ямке ослаблен, на бедренной - не изменён.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования, методиках их проведения.

Задача № 8

У больного, 75 лет, около двух часов назад появились резкие боли в правой нижней конечности – по ощущениям напоминающие «удар электрического тока». Из анамнеза – страдает ИБС, мерцательной аритмией.

Объективно: кожные покровы правой нижней конечности бледные, прохладные на ощупь, пульсация определяется только на бедренной артерии под паупартовой связкой, активные движения в суставах и чувствительность не нарушены.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Дайте определение и перечислите основные виды эмболий.

Задача №9

У 58-летнего больного за последний год появились боли в области мышц бедра и голени через каждые 20-25 метров ходьбы. В настоящее время жалуется на онемение, зябкость стоп, постоянные боли в первом пальце стопы. *Объективно:* гипотрофия мышц бедер и голени, волосы на коже нижней половины голени отсутствуют, пульсация на обеих бедренных артериях резко ослаблена, на подвздошных артериях – выраженный систолический шум, на ногтевой фаланге пальца правой стопы имеется некроз кожи диаметром 1,5 см, который не заживает в течение месяца.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Задача №10

Больной, 57 лет, поступил в клинику с жалобами на распирающие боли в левой нижней конечности, равномерный отек мягких тканей. Боли и отек появились внезапно, в утренние часы. В анамнезе варикозное расширение вен нижних конечностей с 20 лет. При обследовании со стороны органов грудной клетки выявлена возрастная патология. Пульс – 92 уд в минуту, температура тела – 36,9 градусов. При осмотре: обращает внимание стекловидный отек мягких тканей левой нижней конечности до паховой складки. Пульс на тыльной артерии стопы ослаблен, расширены подкожные вены голени.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.

Задача №11

Пациент К., 52 лет находится в отделении реанимации 35 суток после автомобильной аварии с диагнозом закрытая черепно-мозговая травма, перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника. При осмотре в области крестца,

затылка, на локтевых сгибах и пятках определяются участки гиперемии, местами с зоной некроза в центре и воспалительным валом вокруг.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите эндогенные и экзогенные причины возникновения данной патологии.
3. Назовите стадии развития данной патологии.

Задача №12

Больная С, страдающая около 5 лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов, возникшего после ушиба голени. При осмотре отмечается дефект кожных покровов 4 на 5 см, с подрывными краями, грязно - серого цвета с гнойным отделяемым.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите причины и дайте определение понятию данной патологии.

Задача №13

Больная С. 69 лет страдающая длительно сахарным диабетом, срезала ноготь на I пальце левой стопы. Через 2 дня появился отек в области пальца, покраснение, дергающие боли. Лечилась дома самостоятельно. Через 5 дней палец стал сине-багрового цвета, отек и покраснение перешли на всю стопу, резкие боли, t до 38 гр, и только через неделю доставлена в больницу. При осмотре состояние больной тяжелое. Сухой язык. PS 120 уд\мин, АД 140\90мм рт.ст, одышка, влажные кожные покровы, t 39.3, глюкоза крови 18 ммоль\л. Левая стопа резко отечна, гиперемирована с переходом на н\3 голени. На тыле стопы участки грязно-серого цвета. Пальцы стопы также изменены. I палец грязно-черного цвета. Движения в пальцах стопы отсутствуют. PS на подколенной артерии и стопе не определяется, на бедренной артерии - сохранен. Повязка промокает зловонным отделяемым.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите причины данной патологии.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №14

Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите диф.диагностику данной патологии.

3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.

Задача №15

Больной К. 24 лет госпитализирован в стационар с наличием свища на передней поверхности шеи, который периодически закрывается. На уровне щитовидной железы имеется свищевое отверстие 0,2 см в диаметре со скудным отделяемым. Введённый в свищевой ход 1% раствор метиленового синего проник в ротовую полость.

ЗАДАНИЯ:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите причины и расскажите классификацию данного заболевания.
3. Составьте диагностическую программу в ЛПУ.
4. Расскажите об исследовании свищевых ходов при помощи фистулографии.

Задача №16

У 58-летнего больного за последний год появились боли в области мышц бедра и голени через каждые 20-25 метров ходьбы. В настоящее время жалуется на онемение, зябкость стоп, постоянные боли в первом пальце стопы. *Объективно:* гипотрофия мышц бедер и голени, волосы на коже нижней половины голени отсутствуют, пульсация на обеих бедренных артериях резко ослаблена, на подвздошных артериях – выраженный систолический шум, на ногтевой фаланге пальца правой стопы имеется некроз кожи диаметром 1,5 см, который не заживает в течение месяца.

ЗАДАНИЯ

4. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
5. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
6. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ БИНТОВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ ЭЛАСТИЧНЫМ БИНТОМ

Показания: варикозная болезнь, лимфостаз, невриты, растяжения.

Оснащение:

- эластичный бинт.

1. Бинтовать нижние конечности нужно сразу после пробуждения, пока они не отекли.
2. Эластичный бинт следует накладывать равномерными витками без складок, чтобы избежать травмирования кожи при движении.
3. Его начинают накладывать от суставов пальцев стопы. Обязательно бинтуется и пятка, при этом формируется так называемый замок, который позволит исключить соскальзывание повязки при движении.
4. Бинт, свернутый в рулон, необходимо раскручивать только наружу и в непосредственной близости от кожи. Только такая техника позволит избежать перерастяжения бинта и слишком высокой компрессии на нижнюю конечность.

5. Каждый последующий виток бинта должен перекрывать предыдущий на 30–50%.
 6. Повязка должна полностью закрывать всю стопу и голень до коленного сустава.
 7. Стопу (по отношению к голени) надо бинтовать под прямым углом, в противном случае ходьба станет весьма проблематичной.
 8. По мере бинтования необходимо ослаблять степень компрессии.
 9. Чтобы эластичный бинт лучше держался на ноге, особенно на бедре, лучше всего накладывать слои бинта попеременно в восходящем и нисходящем направлениях — будет сформирована так называемая елочка из слоев бинта.
 10. Бинтование заканчивайте на 10–15 см выше больной зоны ноги.
- После проведения этой процедуры нужно 20–30 мин походить. Правильность наложения эластичного бинта очень легко определить: после окончания бинтования кончики пальцев слегка синеют, но восстанавливают свой естественный цвет при ходьбе. Такие симптомы, как онемение пальцев стопы, ощущение пульсации под бинтами, возникновение болевых ощущений означают лишь одно — вы слишком туго перебинтовали ноги либо класс эластичного бинта был подобран неверно.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. Проба Троянова-Тренделенбурга: больного укладывают горизонтально и приподнимают больную ногу вверх. Легким поглаживанием освобождают вену от наполняющей её крови. Затем прижимают вену вверху у места впадения её в бедренную вену. Не отпуская руки, просят больного встать на ноги. Венозная сеть не заполнена. Если теперь быстро отнять руку, то можно видеть, как кровь устремляется сверху вниз и заполняет вену. Это означает, что симптом Тренделенбурга положительный. Он указывает на наличие обратного тока крови сверху вниз.

2. Проба Дельбе-Пертеса: на конечность с наполненными венами накладывают эластичный бинт и просят больного маршировать в течение 10 минут. Если глубокие вены проходимы, то кровь по коммуникантным венам оттекает в глубокие, поверхностные вены спадаются (это положительный симптом). При непроходимости глубоких вен поверхностные остаются напряженными, это оценивается как отрицательная проба Дельбе-Пертеса.

3. Проба Шейниса: больному в горизонтальном положении накладывают 3 жгута (не артериальных, а сдавливающих только поверхностные вены). Первый - на верхнюю треть бедра, второй - над коленным суставом, третий - ниже коленного сустава. Затем больной встает. Если вены между жгутами заполняются кровью, то это свидетельствует о несостоятельности коммуникантных вен.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. Симптом Оппеля-Бюргера:

В положении лежа больной поднимает конечности вверх и удерживает 1-2 минуты. Стопа пораженной ноги становится бледной. После опускания ног в горизонтальное положение бледность сменяется гиперемией.

2. Проба Самуэlsa.

В горизонтальном положении больной совершает сгибательные и разгибательные движения в голеностопных суставах. При нарушении кровообращения наступает бледность стопы и боль в икроножной мышце.

3. Коленный феномен Д.И. Панченко.

Сидя на стуле, больной укладывает пораженную конечность на здоровую. Через 1-2 минуты появляются боли в мышцах голени или стопы, онемение пальцев, парестезии.

УХОД ЗА ГАСТРОСТОМОЙ

Гастростома - это желудочный свищ на передней брюшной стенке. **Целью наложения гастростомы** является питание пациента.

Цель. Предотвращение мацерации кожи вокруг стомы.

Показания. Выполняется после каждого кормления через гастростому.

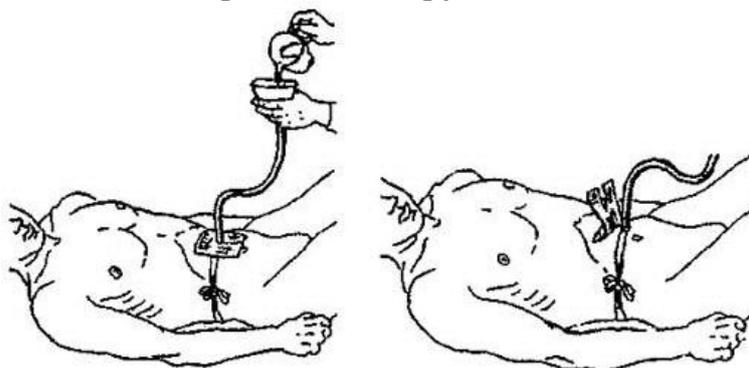
Оснащение. Стерильные марлевые салфетки и шарики; почкообразные тазики для стерильных и использованных шариков; стерильные пинцет, ножницы, шпатель; раствор фурацилина 1:5000 или 3% раствор перекиси водорода; 96% спирт; паста Лассара, цинковая мазь или дерматоловая паста (изолирующие мази); шприц Жане.

Техника выполнения ухода за гастростомой

При гастростомии на переднюю брюшную стенку выводят резиновую трубку (или пуговичный зонд) для введения пациенту пищи в желудок. Трубку, как правило, пришивают к коже. В перерывах между введениями пищи трубку перевязывают или накладывают на нее зажим. Для кормления через гастростому в трубку вставляют воронку, в которую медленно вливают заранее приготовленную подогретую до +35...+40°C жидкую пищевую смесь. Обычно используют высококалорийные продукты: яйца, сметану, масло, сливки, протертое мясо, овощи, соки и т.д.

После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:

- 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода;
- 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом;
- 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь;
- 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны;
- 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.



Уход за гастростомой

Примечания. После введения через трубку пищевых смесей ее необходимо промыть небольшим количеством кипяченой воды во избежание развития микрофлоры. При нарушении проходимости трубку можно попытаться осторожно промыть кипяченой водой с помощью шприца Жане, делая возвратно-поступательные движения поршнем шприца, присоединенного к трубке. В случаях выпадения гастростомической трубки из свища об этом срочно сообщают врачу.

УХОД ЗА ЦИСТОСТОМОЙ (ЭПИЦИСТОСТОМОЙ)

Цистостома – надлобковый свищ мочевого пузыря - накладывается пациентам с ранениями мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, гипертрофией предстательной железы, а также пациентам с нарушением функций тазовых органов при повреждении спинного мозга.

Цель. Предупреждение воспаления кожи вокруг цистостомы.

Показания. Ежедневно после промывания мочевого пузыря.

Оснащение. Раствор фурацилина 1:5000, нитрата серебра 1:5000 или калия перманганата бледно-розового цвета; 3% раствор перекиси водорода; 96% спирт; шприц Жане; стерильный пинцет; стерильные ватные шарики и марлевые салфетки; мочеприемник; водяная баня; контейнер для мочи; лейкопластырь или специальный пояс с отверстием; резиновые перчатки.

Техника выполнения ухода за цистостомой

Через свищ проводят и оставляют в мочевом пузыре катетер Пещера или Малекко, имеющий расширение на конце, препятствующее его выпадению. Манипуляцию выполняют в перчатках.

1. На водяной бане до +38°C подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100-150 мл.
2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пещера.
3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.
4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.
5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.
6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.
7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.
8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или биндом.

Примечание. Для лучшего оттока мочи через цистостому (эпицистостому) рекомендуется поворачивать пациента со спины на бок, если он сам не может повернуться.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ ПРИ ПОМОЩИ ФИСТУЛОГРАФИИ

Фистулография - это вид рентгенологического исследования свищевых ходов или фистул с применением контрастного вещества.

Фистулография позволяет определить характер, расположение и разветвления свищевого хода, а также степень вовлеченности в патологический процесс смежных органов и систем.

Фистулография выполняется в положении больного лежа на рентгеновском столе или стоя. Рентгеновский снимок выполняется во время введения рентгенконтрастного вещества (Йодолипол, Урографин, Ультравист, Омнипак и др.) в свищ.

Иногда для диагностики свищей мочевого пузыря фистулография выполняется одновременно с цистографией, в том числе во время мочеиспускания. Никакой специальной подготовки к фистулографии, как правило, не требуется. Иногда пациента просят очистить прямую кишку с помощью клизмы. Перед исследованием важно уточнить, нет ли у пациента аллергии на йодсодержащие рентгенконтрастные препараты и в некоторых случаях провести специальную пробу.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Гангрена – вид некроза, (от греческого «антонов огонь»), представляет собой омертвление, прекращение жизненных процессов в какой-либо ткани или части тела, наступающее обычно под влиянием нарушения их питания или прекращения физиологических отпавлений отдельных групп клеточных элементов.

Демаркационная линия (linea demarcationis; син. демаркационная полоса) - это линия, отделяющая некротизированные участки от живых тканей.

Инфаркт- разновидность сосудистого (ишемического) некроза внутренних органов (кроме мозга - инсульт).

Мумификация (от Мумия и лат. facio — делаю) - высыхание трупа или отдельных отмерших частей живого организма.

Некроз – это гибель тканей, целых органов или их частей в живом организме.

Пролежни – некроз мягких тканей или слизистой оболочки, образующийся в результате расстройства кровообращения в них, обусловленного сдавлением.

Свищ – патологический ход в тканях, соединяющий орган, естественную или патологическую полость с внешней средой или органы между собой.

Секвестр - омертвевший в результате нарушения кровоснабжения участок ткани, отделившийся от окружающей здоровой ткани организма.

Язва- это дефект кожи или слизистой, не имеющий тенденции к заживлению.

Аневризма – это выпячивания стенки артерии (реже – вены) или сердца вследствие ее истончения или растяжения.

Атеросклероз – (от греч. «мякина, каша» и «твёрдый, плотный») — хроническое заболевание артерий эластического и мышечно-эластического типа, возникающее вследствие нарушения липидного обмена и сопровождающееся отложением холестерина и некоторых фракций липопротеидов в интима сосудов.

Варикозное расширение вен - выпячивание стенок вен с формированием их узлов, извитости и функциональной недостаточности.

Варикоцеле - расширение и удлинение вен семенного канатика.

Тромб – плотный сгусток крови, образовавшийся в просвете сосуда или полости сердца

Тромбоз – это процесс прижизненного свёртывания крови в просвете сосуда или в полостях сердца.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - это острая закупорка ветвей легочной артерии тромбами, образовавшимися в венах большого круга кровообращения.

Эмбол - оторвавшаяся часть тромба и начавшая перемещаться с током крови.

Эмболия – острая закупорка артерий эмболами, перенесёнными током крови.

ПЗ 9. Диагностика хирургических заболеваний головы, лица, полости рта.

Теоретическая часть

Л 2.12. Хирургические заболевания головы, лица, полости рта.

Вопросы к практическому занятию

1. Перечислите основные моменты диагностики у пациентов с местной хирургической инфекцией.
2. Особенности проведения опроса пациента с гнойно-воспалительными заболеваниями
3. Каковы общие и местные признаки гнойных заболеваний?
4. Какие дополнительные методы исследования применяют при гнойно-воспалительных заболеваниях головы, лица и полости рта?
5. Перечислите изменения в основных лабораторных показателях у пациентов с местной хирургической инфекцией.
6. Опишите клиническую характеристику фурункула и карбункула.
7. Опишите клинические признаки остеомиелита нижней челюсти.
8. Опишите клинические признаки рожистого воспаления.
9. Опишите клинические признаки абсцесса мозга.
10. Опишите причины возникновения и клинические признаки стоматита.
11. Опишите причины возникновения и клинические признаки острого паротита.

Манипуляции для освоения студентами:

1. Проведение осмотра полости рта
2. Проведение пальпации подчелюстных, шейных и околоушных лимфоузлов.

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. ОСТРУЮ ГНОЙНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ:
 - а. столбнячная палочка;
 - б. стафилококк;
 - в. стрептококк;
 - г. кишечная палочка.
2. ФУРУНКУЛ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ
 - а. лимфатических узлов;
 - б. волосяного мешочка и сальной железы;
 - в. подкожной клетчатки;
 - г. потовых желез.
3. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ
 - а. подергивание мышц;
 - б. инфильтрация с цианотичным оттенком кожи.
 - в. разлитое покраснение колеи;
 - г. гиперемия кожи с четкими границами;
4. СТАДИЯ ТЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛА

- а. формирования и отторжения гнойно-некротического стержня
- б. первичная
- в. стёртая
- г. вторичная

5. Осложнением фурункула в области лица может быть:

- а. остеомиелит
- б. гематома
- в. стоматит
- г. тромбоз мозгового синуса

6. ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ КОЖИ

- а. узловая
- б. эритематозная
- в. абсцедирующая
- г. инфильтративная

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ.

7. СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛА

- а. Инфильтрации
- б. Формирования и отторжения гнойно-некротического стержня
- в. Рубцевания
- г. Первичная
- д. Стёртая
- е. Вторичная

8. В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ ПЕРИОДЫ

- а. эритематозный
- б. буллезный
- в. начальный
- г. период разгара
- д. период реконвалесценции

ИНСТРУКЦИЯ: ВПИШИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО.

9. ОСТРОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА И ПРИЛЕЖАЮЩЕЙ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭТО - ????????.

10. ОСТРОЕ РАЗЛИТОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ И КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ЭТО - ????????.

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. ФЛЮКТУАЦИЯ – ЭТО

- а. появление пузырей на гиперемированной коже
- б. судорожное сокращение мимических мышц
- в. размягчение в центре инфильтрата
- г. «хруст» при пальпации кожи

2. КАРБУНКУЛ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

- а. подбородка
- б. подмышечной ямки
- в. области шеи

г. области спины

3. ГЛОССИТ — ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- а. волосяного фолликула
- б. околоушной слюнной железы
- в. дёсен
- г. языка

4. В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- а. эритроцитоз
- б. лимфоцитоз
- в. лейкоцитоз
- г. анемия

5. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. стафилококк
- б. пневмококк
- в. гемолитический стрептококк группы А
- г. протей

6. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

- а. подергивание мышц
- б. гиперемия кожи с четкими границами
- в. разлитое покраснение кожи
- г. инфильтрация с цианотичным оттенком кожи

7. КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ КАРБУНКУЛА

- а. формирования и отторжения гнойно-некротического стержня
- б. первичная
- в. гнойного расплавления
- г. вторичная

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ.

8. ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ БЫТЬ:

- а. покраснение и отёк дёсен;
- б. головная боль;
- в. затруднённое открывание рта;
- г. пульсирующая боль;
- д. потемнение зубов.

ИНСТРУКЦИЯ: ВПИШИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО.

9. ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭТО - [??????].

10. ОСТРОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ И САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ С ОБРАЗОВАНИЕМ ЕДИНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА И ПЕРЕХОДОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ПОДКОЖНУЮ КЛЕТЧАТКУ ЭТО –

[????????]

НЕМЫЕ ЗАДАНИЯ

ИНСТРУКЦИЯ: ДОПОЛНИТЕ ПРОПУЩЕННЫЕ ФРАЗЫ

1. Хирургическая инфекция – это проникновение патогенных микробов в организм и реакция тканей на внедрившиеся микроорганизмы и их токсины. Этот процесс зависит от таких факторов, как:

- состояние защитных сил организма;
- _____;
- _____.

2. Реакция организма на внедрение возбудителя может быть местной и _____.

3. Местные признаки воспаления:

- Гиперемия;
- _____;
- _____;
- _____;
- Нарушение функции пораженного органа.

4. Общие признаки воспаления:

- повышение температуры тела;
- _____
- _____

изменения в анализе крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

5. Фурункул – это _____.

6. Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез – это _____.

7. Гидраденит - это _____.

8. Карбункул - _____.

9. Абсцесс - _____.

Оболочка, окружающая абсцесс – это защитная реакция организма. Если абсцесс расположен в мягких тканях поверхностно, будут признаки местной и общей реакции организма на инфекцию.

Среди симптомов поверхностно расположенных абсцессов необходимо отметить симптом _____, который говорит о скоплении гноя.

Для его проверки с одной стороны предполагаемого гнойника располагают палец (несколько пальцев или ладонь – в зависимости от размеров гнойника), а с другой стороны пальцем другой руки делают толчок, который передается через гнойное скопление и ощущается правой рукой. Возможно пальпаторное определение _____, когда палец на фоне инфильтрата проваливается в зону размягчения, как в пустоту.

10. Флегмона – _____, она не имеет границы и распространяется по клетчаточному пространству.

11. Рожистое воспаление - _____.

Возбудителем является _____.

Чаще всего поражаются _____, но может быть и другая локализация.

12. Клинически рожистое воспаление отличается от других воспалений _____.

13. Формы рожистого воспаления:

- эритематозная;
- _____;
- пустулезная (с нагноившимися пузырями);
- _____;
- _____;
- _____;
- мигрирующая (переходящая с участка на участок).

14. Панариций - _____.

В зависимости от его расположения различают *поверхностный* (кожный, подкожный, околоногтевой – паронихия, - подногтевой) и глубокий панариций (сухожильный, костный, суставной, всех тканей пальца - _____).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Больная, 21 года, обратилась к Вам с жалобами на наличие болезненного уплотнения под левой подмышечной ямкой. Заболела неделю назад. Заболевание связывает с бритьем волос подмышечной области. На следующий день после бритья волос появилось пять болезненных уплотнений, каждое диаметром около 5см. Лечилась повязками с мазью Вишневского, которые не дали улучшения. Всю подмышечную ямку заняли пять инфильтратов размером 3х4 см овальной формы, с четкой флюктуацией. Некротических стержней не выявлено. Температура тела 37,5° С.

ЗАДАНИЕ:

Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз?

Задача № 2

Больная, 47 лет, тучная женщина, обратилась к Вам с жалобами на боли в области правой ягодицы, высокую температуру. Больна две недели. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Делали какие-то уколы и выполняли блокады. После последней блокады заметила незначительную боль в области выполняемых инъекций, появилась субфебрильная температура. Больная сама начала принимать антибиотики внутрь, на ягодицу накладывала полуспиртовые компрессы, затем компрессы с мазью Вишневского. Самочувствие не улучшалось, боли нарастали, температура повысилась до 38,3° С. При осмотре, вы выявили в верхненаружном квадранте правой ягодицы инфильтрат размером 15х15 см, плотный, резко болезненный. Флюктуация не определялась.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз?

Задача № 3

Мужчина, 70 лет, во время ходьбы по тайге получил множественные ссадины правой голени. Дома после купания в ванне почувствовал зуд и царапающие боли в голени, повысилась температура до 38° С. К утру на гиперемированной поверхности голени появились множественные пузырьки, содержащие жидкость.

При осмотре Вы обнаружили участок гиперемии кожи по всей передней поверхности голени с неровными краями. В зоне гиперемии множественные пузыри размером до 1 см, содержащие светлую жидкость, в других пузырях жидкость имела мутный характер или даже содержала кровь.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз?

Задача №4

В хирургический кабинет поликлиники обратилась женщина с жалобами на сильные боли в области правой молочной железы. Пациентка кормит грудью, ребенку две недели. При осмотре определяется болезненный 6 см в диаметре инфильтрат в верхней половине железы, над ним гиперемия, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы, повышение температуры тела до 39°C.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз?

Задача №5

В ФАП обратился лесничий, 57 лет, с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, нарушение сна, сильную боль в области раны правой голени и паху, усиливающуюся при ходьбе. Три дня назад ударился ногой о выступающий корень дерева, промыл рану водой, лечился народными средствами.

Объективно: 1-38°. В нижней трети внутренней поверхности правой голени рана 4x3,5 см, окружающие ткани отечные, гиперемия без четких границ, отделяемое гнойное, скудное. В правой паховой области несколько округлых, подвижных, плотных болезненных, не спаянных с кожей образований, размером с фасоль.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Задача № 6

На ФАП обратился молодой мужчина с жалобами на боли в области концевой фаланги 2-го пальца правой кисти. Работает слесарем. Дня четыре тому назад во время работы уколол палец тонкой проволокой, ранку антисептиком не обработал (не придавал ей значения), продолжал работать. На следующий день отметил незначительные болевые ощущения в пальце, продолжал работать и последующие два дня. Сегодня пришел к фельдшеру лишь потому, что боли не дали уснуть - всю ночь очень болел палец, даже анальгин практически не помог. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,9 °.

Концевая фаланга второго пальца правой кисти напряжена, гиперемия незначительная.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о профилактике данного заболевания.

Задача № 7

Вы осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39° С. Три недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39°С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в больной железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

ПЗ 10. Диагностика хирургических заболеваний шеи, трахеи, пищевода

Теоретическая часть

Л 2.12. Хирургические заболевания головы, лица, полости рта. Хирургические заболевания шеи, трахеи, пищевода

Вопросы к практическому занятию

1. Каковы виды врождённых пороков развития пищевода?
2. Проявления врождённых кист и свищей шеи?
3. Каковы диагностические признаки кривошеи?
4. Назовите виды кривошеи.
5. Опишите клинические признаки атрезии пищевода.
6. Назовите диагностические методы при атрезии пищевода.
7. Назовите осложнения атрезии пищевода.
8. Назовите клинические стадии ожога пищевода.
9. Опишите клинические признаки ожога пищевода 1 стадии.
10. Опишите клинические признаки ожога пищевода 2 стадии.
11. Опишите клинические признаки ожога пищевода 3 стадии.
12. Опишите клинические признаки ожога пищевода 4 стадии.

Манипуляции для освоения студентами:

1. Составить набор инструментов для исследования пищевода.
2. Проведение пальпации шеи и шейных лимфоузлов.
3. Техника пальпации щитовидной железы

ПЗ 11. Диагностика заболеваний щитовидной железы

Теоретическая часть

Л 2.12. Хирургические заболевания головы, лица, полости рта. Хирургические заболевания шеи, трахеи, пищевода. Заболевания щитовидной железы

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

1. пункционная биопсия;
2. радиоизотопное исследование функции железы;
3. сцинтиграфия железы;
4. УЗИ щитовидной железы;
5. компьютерная томография железы.

2. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз

1. миеломная болезнь;
2. остеопороз костей таза;
3. фиброзная дисплазия;
4. гиперпаратиреоз;
5. болезнь Педжета.

3. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

1. похудание
2. симптома Хвостека
3. гипертермии
4. тахикардии
5. нервно-психических расстройств

4. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

1. кровотечение
2. воздушная эмболия
3. жировая эмболия
4. повреждение трахеи
5. поражение возвратного нерва

5. Для болезни Гревса-Базедова не характерно наличие:

1. зоба
2. тахикардии
3. экзофтальма
4. диастолического шума на верхушке сердца
5. все перечисленное характерно для данного заболевания

6. Метод, позволяющий определить контуры, положение и отчасти размеры щитовидной железы, судить о характере поражении органа:

1. УЗИ
2. радиоизотопное сканирование
3. рентгенологическое исследование

4. биопсия

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. Симптомы гипотиреоза:

1. экзофтальм
2. отёчность
3. тахикардия
4. запоры
5. вялость
6. эмоциональная лабильность
7. тремор
8. вялость

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

8. Сопоставьте симптомы и их клинику:

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Симптом Дельримпля | А) отставание верхнего века от радужной оболочки при взгляде вниз |
| 2. Симптом Штельвага | Б) расширение глазной щели с появлением белой полосы склеры между радужкой и верхним веком |
| 3. Симптом Мебиуса | В) редкое мигание век |
| 4. Симптом Грефе | Г) сильный блеск глаз |
| 5. Симптом Крауса | |

ИНСТРУКЦИЯ: ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

9. Стойкое увеличение щитовидной железы -

10. Симптом, характеризующийся потерей способности фиксировать взгляд на близком расстоянии (конвергенции) -

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

1. пробная экцизия
2. пункционная биопсия толстой иглой
3. трепанобиопсия
4. определение титра антител к щитовидной железе
5. пункционная биопсия тонкой иглой

2. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят за:

1. гипотиреоз
2. тиреотоксический криз
3. травму гортанных нервов
4. гипопаратиреоз
5. остаточные явления тиреотоксикоза

3. Проявлением тиреотоксикоза не является:

1. симптом Греффе и Мебиуса

2. тахикардия
3. экзофтальм
4. тремор нижних конечностей
5. наличие узлов в щитовидной железе

4. При биохимическом исследовании крови было обнаружено: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При R-логическом исследовании - остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

1. миеломная болезнь
2. остеопороз костей таза
3. фиброзная дисплазия
4. гиперпаратиреоз
5. болезнь Педжета

5. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгеноскопии в переднем средостении образование округлой формы 5x5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

1. рентгенография грудной клетки и пищевода;
2. пневмомедиастиноскопия;
3. радиоизотопное сканирование щитовидной железы;
4. ультразвуковое сканирование щитовидной железы;
5. все перечисленное.

6. Метод, позволяющий выявить смещение и/или сужение трахеи и пищевода, его уровень и степень, а также распознать загридинный зоб:

1. УЗИ
2. биопсия
3. радиоизотопное сканирование
4. рентгенологическое исследование

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. Симптомы тиреотоксикоза:

1. экзофтальм;
2. отечность;
3. тахикардия;
4. запоры; вялость;
5. эмоциональная лабильность;
6. тремор;
7. вялость

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

8. Сопоставьте клинические проявления микседемы на системы организма:

со стороны ЦНС у женщин
со стороны ССС
со стороны ЖКТ у мужчин
со стороны ВНС

А) меноррагии, аменорея;

Б) диспепсический синдром;

В) снижение интеллекта, утомляемость, судорожный синдром;

ИНСТРУКЦИЯ: ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

9. Заболевание, обусловленное чрезмерной выработкой гормонов щитовидной железы - _____

10. Симптом, характеризующийся отставанием верхнего века от радужной оболочки при взгляде вниз - _____

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ТЕХНИКА ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Показание: уточнить предварительно установленный при осмотре размер, расположение, форму, симметричность и подвижность щитовидной железы, определить структуру и консистенцию железы, очаговую и диффузную болезненность, наличие флюктуации

Противопоказания: нет.

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, отходы класса Б

Последовательность действий:

Помойте, осушите руки

Придать пациенту удобное положение: попросите пациента чуть наклонить голову вперёд и повернуть голову (это облегчает пальпацию образований, узлов и ассиметричных участков щитовидной железы). При пальпации правой доли попросите повернуть голову *вправо*, а при пальпации левой – *влево*.

Попросите пациента сделать несколько глотательных движений, одновременно пальпируя движущуюся железу.

Железу пальпируют обеими руками из заднего доступа. Врач становится за спиной пациента и кладёт указательные и средние пальцы обеих рук на шею пациента по средней линии, под подбородком. Пальцы должны располагаться на 2 см. выше вырезки грудины и на 0,5 см кнутри от медиальных краёв ГКСМ. Из этого положения сначала выделяют щитовидный хрящ, затем аккуратно продвигаются вниз до горизонтальной бороздки, отделяющей его от перстневидного хряща.

Бороздка прикрыта перстне-щитовидной мембраной, расположенной над первым кольцом трахеи и служащей ориентиром при экстренной трахеостомии (крикотиреоидотомии) по поводу непроходимости верхних дыхательных путей. Перемещайтесь ниже, пока не достигнете следующего, легко опознаваемого кольца трахеи.

В этой точке вы окажетесь над перешейком щитовидной железы, расположенным между перстневидным хрящом и вырезкой грудины; пропальпировать его почти никогда не удаётся. Чтобы достичь двух основных долей железы, скользите пальцами вдоль по перешейку железы в бок, на 2-3 см в обе стороны.

Пальпируйте мягко, чтобы уменьшить неприятные ощущения для пациента и увеличить информативность исследования. Если железа увеличена, оцените её консистенцию, симметричность увеличения, определите, узловой ли это зоб или диффузный, спаян ли с окружающими тканями и сопровождается ли увеличением лимфоузлов. При этом одной рукой фиксируйте трахею, а другой одновременно пальпируйте долю железы.

Варианты нормального расположения и размеров щитовидной железы:

У женщин щитовидная железа более крупная и пальпируется легче.

У 1% населения левая доля железы (или нижняя половина) отсутствует.

Правая доля часто оказывается крупнее левой.

У 5% людей позади нормальной щитовидной железы, вне капсулы может присутствовать эктопический фрагмент ткани, отходящий от задней поверхности языка к пирамидальной доле и иногда спускающийся до средостения.

ПЗ 12. Хирургические заболевания органов грудной клетки

Теоретическая часть

Л 2.13. Хирургические заболевания органов грудной клетки

Вопросы к практическому занятию

1. Какие заболевания грудной стенки вы знаете?
2. Назовите основные причины возникновения острого мастита.
3. Опишите клиническую картину острого мастита.
4. Охарактеризуйте основные методы профилактики мастита.
5. Дайте определение гинекомастии, перечислите основные причины, клинические признаки и методы диагностики.
6. Перечислите воспалительные заболевания лёгких и опишите клинику абсцесса лёгкого.
7. Назовите основные методы исследования, используемые для подтверждения диагноза абсцесса лёгкого.
8. Опишите этиологию и клиническую картину гангрены лёгкого.
9. Назовите причины и классификацию эмпиемы плевры.
10. Опишите особенности клиники эмпиемы плевры.
11. Назовите используемые методы диагностики эмпиемы плевры.
12. Какова тактика фельдшера при выявлении этих заболеваний?

Задания к практическому занятию

Манипуляции для освоения студентами:

2. Осмотр и пальпация молочной железы.
3. Составить набор инструментов для плевральной пункции.
4. Наложение повязки на молочную железу.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:
 1. острый бронхит;
 2. бронхиальная астма;
 3. очаговая пневмония;
 4. сухой плеврит.
2. ГНОЙНАЯ МОКРОТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
 1. абсцессе легкого;
 2. бронхиальной астме;
 3. крупозной пневмонии;
 4. экссудативном плеврите.
3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ПОСЛЕ ПРОРЫВА В БРОНХ:
 1. округлая тень;
 2. полость с горизонтальным уровнем жидкости;
 3. повышенная прозрачность легочных путей;
 4. тень поджатого легкого.

4. ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. амфорическое дыхание;
2. отсутствие дыхания на стороне поражения;
3. крепитация;
4. шум трения плевры.

5. МАСТИТ- ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

1. лимфатического узла;
2. лимфатического сосуда;
3. молочной железы;
4. сальной железы.

6. МАСТИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. у беременных женщин в дородовом периоде;
2. в течении первого месяца послеродового периода;
3. на 2-3 месяце послеродового периода;
4. на 2-3 день послеродового периода.

7. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ЛЁГКОГО ХАРАКТЕРНО:

1. выраженная интоксикация;
2. большое количество зловонной мокроты;
3. мучительный кашель;
4. всё перечисленное верно.

8. ВЫЯВЛЯЕМЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ В ОБЛАСТИ АБСЦЕССА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. о дренировании в просвет бронха;
2. о переходе в хроническую стадию;
3. о скоплении значительного количества гноя;
4. всё перечисленное верно.

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

9. ПРИ ОСТРОМ МАСТИТЕ ИНФЕКЦИЯ ПРОНИКАЕТ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ:

1. лимфогенным;
2. контактным;
3. галактогенным;
4. гематогенным;
5. воздушно-капельным.

10. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГНОЙНИКА МАСТИТЫ МОГУТ БЫТЬ:

1. подкожные;
2. подкостные;
3. интрамаммарные;
4. надгрудинные;
5. ретромаммарные

11. У БОЛЬНОГО ОСТРЫЙ ПИОПНЕВМОТОРАКС, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1- выраженный болевой синдром с шокоподобными признаками;
- 2- отсутствие боевого синдрома;
- 3- одышка в покое;
- 4- наличие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости;
- 5- отсутствие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости.

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

12. ПРИ СБОРЕ МОКРОТЫ В БАНКЕ ОБРАЗУЮТСЯ ТРИ СЛОЯ:

- | | |
|------------|-------------------------|
| 1. Верхний | а) из серозной жидкости |
| 2. Средний | б) из слизи |
| 3. Нижний | в) из гноя и детрита |

ИНСТРУКЦИЯ: ВПИШИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

13. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В НАЧАЛЕ БОЛЕЗНИ В ПРЕДЕЛАХ ОДНОЙ ДОЛИ ИЛИ ВСЕГО ЛЕГКОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ОБШИРНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ, КОТОРОЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ С КАЖДЫМ ДНЕМ – ЭТО ???????? ЛЕГКОГО.

14. ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ С МОКРОТОЙ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ – ЭТО ????????

15. УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ У МУЖЧИН – ЭТО ????????

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. КРОВОХАРКАНЬЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ:
 1. абсцессе легкого;
 2. бронхиальной астме;
 3. остром бронхите;
 4. экссудативном плеврите.
2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО:
 1. анализ крови;
 2. анализ мокроты;
 3. рентгенография;
 4. спирометрия.
3. САМООБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ:
 1. с осмотра кожи сосков;
 2. с осмотра белья;
 3. пальпации;
 4. перкуссии.
4. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ЖЕЛЕЗЕ МАСТИТЫ ДЕЛЯТСЯ НА:
 1. инфильтративные;
 2. подкожные;
 3. интрамаммарные;
 4. субареолярные.
5. ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ВЫДЕЛЯЮТ:

1. три периода;
 2. один период;
 3. два периода;
 4. четыре периода.
6. ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧАЮТ ПРИ:
1. бронхиальной астме;
 2. крупозной пневмонии;
 3. хроническом бронхите;
 4. острой эмпиеме плевры.
7. КАКАЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА МАСТИТА?
1. санитарно-гигиенические погрешности;
 2. застой молока;
 3. трещины сосков;
 4. травмы молочной железы.
8. ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ЛЁГКОГО ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:
1. тяжёлого течения;
 2. обширного гнойно-деструктивного процесса;
 3. выраженных рентгенологических изменений;
 4. улучшения состояния после сообщения процесса с бронхом.
- ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ**

9. ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МАСТИТА

1. реконвалесценция;
2. серозная;
3. первичная;
4. инфильтративная;
5. абсцедирующая;
6. стёртая;
7. гангренозная.

10. ПРИ ОСТРОМ МАСТИТЕ ИНФЕКЦИЯ ПРОНИКАЕТ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЕМ:

1. лимфогенным;
2. контактным;
3. галактогенным;
4. гематогенным;
5. воздушно-капельным.

11. У БОЛЬНОГО ОСТРЫЙ ПИОПНЕВМОТОРАКС, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1- выраженный болевой синдром с шокоподобными признаками;
- 2- отсутствие боевого синдрома;
- 3- одышка в покое;
- 4- наличие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости;
- 5- отсутствие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости.

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

12. ПРИ СБОРЕ МОКРОТЫ В БАНКЕ ОБРАЗУЮТСЯ ТРИ СЛОЯ:

- | | |
|------------|-------------------------|
| 1. Верхний | а) из серозной жидкости |
| 2. Средний | б) из слизи |
| 3. Нижний | в) из гноя и детрита |

ИНСТРУКЦИЯ: ВПИШИТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

13. ВОСПАЛЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ

МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ЭТО

14. СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ – ЭТО

15. НАРУШЕНИЕ ЧАСТОТЫ, ГЛУБИНЫ И РИТМА ДЫХАНИЯ – ЭТО

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39° С.

3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39°С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в большой железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.
4. Практическая манипуляция. Продемонстрируйте наложение повязки на молочную железу на статисте.

ЗАДАЧА №2

У больного, 45 лет, после переохлаждения поднялась температура до 39 градусов. Появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле. Мокрота не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем во время кашля начала выделяться мокрота в большом количестве с неприятным запахом. Температура снизилась до нормы, самочувствие улучшилось. При перкуссии под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного звука, при аускультации прослушивается ослабленное дыхание.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования.

3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.
4. Продемонстрируйте технику пальпации грудной клетки (на статисте).

ЗАДАЧА №3

Больной, 40 лет, полтора месяца назад лечился в пульмонологическом отделении по поводу острого абсцесса верхней доли левого лёгкого. Проводилось лечение в/в пенициллин и стрептомицин в сочетании с сульфаниамидными препаратами, витаминотерапия, введение глюкозы. Состояние больного улучшилось незначительно, был выписан. Через неделю стал беспокоить кашель с периодическим отделением большого количества мокроты с гнойным зловонным запахом, лихорадка, общее состояние ухудшилось.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены в лечении больного и ваша тактика на данный момент.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.
4. Продемонстрируйте технику сравнительной перкуссии лёгких (на статисте).

ЗАДАЧА №4

Больной, 45 лет, лечится по поводу абсцедирующей левосторонней пневмонии в пульмонологическом отделении. Вчера в 18.00 внезапно появилась сильная боль в левой половине грудной клетки, одышка, сердцебиение. После проведения симптоматической терапии состояние больного улучшилось.

Объективно: бледен, пульс 100 уд/мин, АД – 110/70 мм рт ст. При перкуссии притупление в нижних отделах лёгкого. При аускультации слева дыхание ослаблено, прослушиваются разнокалиберные хрипы и в нижних отделах дыхание не прослушивается, справа дыхание везикулярное.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования и методиках их проведения.
3. Продемонстрируйте технику проведения аускультации лёгких (на статисте).

ЗАДАЧА №5

Больной, 38 лет, в течение 3 месяцев лечился в районной больнице по поводу гнойного плеврита справа. Лечили антибиотиками и пункциями плевры. В настоящее время беспокоят тупые боли в груди, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5 градусов. На рентгенограмме грудной клетки левое лёгкое обычной прозрачности, правое лёгкое поджато на 1/3, поверхность его плотная, как бы имеет капсулу толщиной до 1 см, в плевральной полости жидкость с горизонтальным уровнем до 5 ребра.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования и методиках их проведения.
3. Составьте набор для проведения плевральной пункции.

ЗАДАЧА №6

Больной, 45 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение в тяжёлом состоянии. Беспокоят боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, кашель с большим количеством мокроты, имеющий вид мясных помоев.

При обследовании выявлена значительная зона притупления перкуторного звука слева, аускультативно – множество влажных хрипов.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической программе в стационаре.
3. Продемонстрируйте технику выполнения бронхофонии (на статисте).

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ

НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

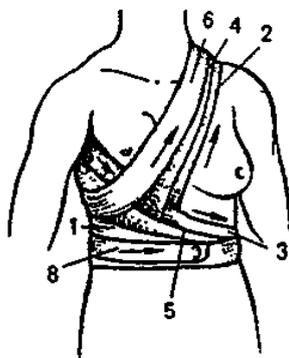
Показание: операция по поводу мастита молочной железы, ранения, ожоги.

Оснащение: бинт шириной 20 см.

Примечание: Повязка на правую молочную железу выполняется слева направо, на левую молочную железу справа налево.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта—в правую (если повязка на правую молочную железу).
3. Сделать два закрепляющих тура бинта под молочными железами.
4. Вести бинт по спине в подмышечную впадину.
5. Обхватить снизу молочную железу и направить бинт косо вверх на противоположное надплечье.
6. Вести бинт сзади по спине в подмышечную впадину (со стороны больной молочной железы).
7. Обхватить сверху молочную железу и вести бинт в подмышечную впадину со стороны здоровой молочной железы. Повторить пункты: 4, 5, 6.
8. Накладывать туры бинта до тех пор, пока вся железа не будет закрыта повязкой.
9. Закончить бинтование двумя закрепляющими турами под молочными железами, разрезать конец повязки и завязать.



НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ (торакоцентез)

Показания: экссудативный и гнойный плеврит, пневмоторакс, гемоторакс.

Оснащение:

- 14.стерильный лоток;
- 15.пункционная игла длиной 10 см, диаметром 1 мм;
- 16.дренажная трубка;
- 17.зажим;
- 18.пинцеты;
- 19.шприц с инъекционной иглой — 2;
- 20.раствор новокаина 0,5% — 10 мл;
- 21.спирт 70° этиловый;
- 22.стерильный перевязочный материал;
- 23.пробирка из бактериологической лаборатории;
- 24.рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекции;
- 25.лейкопластырь;
- 26.резиновые перчатки.

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проводится в один и тот же день менструального цикла (5–7-й день от начала менструации). Во время менопаузы данную процедуру необходимо проводить в один и тот же день каждого календарного месяца.

Осмотр и пальпация молочной железы проводится при хорошем освещении.

Первый этап - осмотр белья

Тщательно осмотреть бельё: нет ли на нем следов выделения из соска в виде кровянистых, бурых, зеленоватых или желтоватых пятен, корочек.

Второй этап - общий вид молочных желез

Пациентке необходимо раздеться до пояса. Затем свободно опустить руки. Внимательно осмотреть каждую молочную железу. Проверьте, не отмечаются ли какие-то изменения их величины, формы и контуров (учтите, что иногда одна железа может быть немного больше другой, это нормально). Обратите внимание на симметричность обеих молочных желез: расположены ли они на одном уровне, равномерно ли они перемещаются при поднятии и заведении рук за голову, наклонах туловища, поворотах налево и направо. Не отмечается ли фиксация или смещение одной из молочных желез в сторону. После этого пациентка поднимает руки вверх еще раз необходимо осмотреть по очереди каждую молочную железу. Обратите внимание на возможные изменение формы желез с образованием возвышений, западаний, втягивания кожи или области соска.

Третий этап - состояние кожи

На этом этапе проверяется состояние кожи, покрывающей молочные железы. Необходимо проверить эластичность кожи, как хорошо она собирается в складку. Обратите внимание на изменения цвета кожи, наличие покраснения всей ее поверхности или отдельных участков, нет ли на ней опрелости, сыпи, изменений в виде «лимонной корки». Прощупайте кожу на предмет ее уплотнений, набухания, наличия ямочек или бугорков на ее поверхности, втянутости, язвочек или сморщенности кожи. Молочные железы рекомендуется прощупывать стоя поверхностью ладони с сомкнутыми пальцами.

Четвертый этап - пальпация молочных желез в положении стоя

Пальпация молочных желез проводится подушечками пальцев. Для этого сомкните три или четыре пальца. Затем начните ощупывание круговыми проникающими движениями. Большой палец в таком ощупывании не участвует. При больших размерах молочной железы ее надо поддерживать противоположной рукой.

Сначала проводится так называемое поверхностное прощупывание, при этом подушечки пальцев не проникают в толщу молочной железы. Это дает возможность выявить небольшие неглубокие образования, расположенные непосредственно под кожей. После этого проводится глубокое ощупывание, когда подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Такое ощупывание необходимо проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая и область подмышек, где можно обнаружить увеличенные лимфоузлы.

Пятый этап - пальпация молочных желез в положении лежа

Пальпация молочных желез проводится лежа на твердой, плоской поверхности. Под обследуемую железу можно подложить какой-нибудь валик или жесткую подушечку. Руку следует вытянуть вдоль туловища или завести за голову. На этом этапе имеются два метода пальпации:

- Метод квадратов: когда вся поверхность передней грудной стенки от ключицы до реберного края и молочная железа мысленно делятся на небольшие квадраты. Ощупывание молочных желез проводится последовательно в каждом квадрате сверху вниз.
- Метод спирали: когда прощупывание молочной железы проводится по спирали, начиная от подмышки и доходя до соска. Подушечками пальцев совершаются круговые движения, перемещаясь в направлении соска.

Шестой этап - обследование соска молочной железы

Проводя осмотр сосков необходимо определить, не изменены ли их форма и цвет, нет ли в их области втянутости, мокнутий, изъязвлений или трещин. Необходимо прощупать сосок и область под соском. Необходимо осторожно взять сосок большим и указательным пальцами и надавить на него, обращая внимание на то, имеются ли из него выделения и их характер, если они есть.

САМООБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ



СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Бронхофония - проведение голоса на поверхность грудной клетки при аускультации.

Гидроторакс - скоплением в плевральной полости трансудата

Гинекомастия - увеличение молочных желёз у мужчин

Гиперемия - избыточное наполнение кровью какого-либо органа или кожи, придаёт красный цвет и является признаком воспаления

Гипертензия - повышенное давление в кровеносных сосудах

Гипертермия - состояние организма, характеризуется повышенной температурой тела

Гипоксия - пониженное содержание кислорода в тканях

Гипотензия - пониженное давление крови в кровеносных сосудах

Гемоторакс - скоплением в плевральной полости крови

Гемопневмоторакс - скоплением в плевральной полости крови и воздуха

Кашель - рефлекторный акт, защитная реакция гортани, трахеи, бронхов.

Кровохарканье - выделение крови с мокротой во время кашля

Одышка - нарушение частоты, глубины и ритма дыхания

Пиоторакс - скоплением в плевральной полости гноя

Пиопневмоторакс - скоплением в плевральной полости гноя и воздуха

Пневмоторакс - скоплением в плевральной полости воздуха

Удушье - сильная одышка с исходом в асфиксию

Эмфизема лёгких - патологическое состояние лёгких, характеризующее увеличением содержания в них воздуха

Хилоторакс - скоплением в плевральной полости хилезной жидкости

ПЗ 13. Хирургические заболевания брюшной стенки и органов брюшной полости

Теоретическая часть

Л 2.14. Хирургические заболевания брюшной стенки и органов брюшной полости

Манипуляции для освоения студентами:

4. Техника пальпации передней брюшной стенки
5. Техника аускультации передней брюшной стенки
6. Техника перкуссии передней брюшной стенки

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Диагностика синдрома «острого живота»

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. **Рвота при остром панкреатите:**
 - 1) многократная, не приносящая облегчения
 - 2) однократная
 - 3) многократная, приносящая облегчение
 - 4) отсутствует
2. **При желудочном кровотечении показано:**
 - 1) рентгенография с BaSO₄
 - 2) УЗИ
 - 3) экстренная ФГДС
 - 4) экстренная операция
3. **Перитонит развивается при повреждении:**
 - 1) почек
 - 2) кишечника
 - 3) анального канала
 - 4) селезенки
4. **Симптом Кохера-Волковича наблюдается при остром:**
 - 1) аппендиците
 - 2) холецистите
 - 3) парапроктите
 - 4) панкреатите
5. **Для механической кишечной непроходимости не характерно:**
 - 1) вздутие живота
 - 2) схваткообразные боли
 - 3) задержка каловых масс
 - 4) исчезновение печёночной тупости

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

6. **Симптомы холецистита:**
 - 1) подающей капли;
 - 2) Мюсси-Георгиевского
 - 3) Пастернацкого

- 4) Мёрфи
- 5) Ситковского
- 6) Ортнера

7. Положительный френрикус-симптом справа характерен при:

- 1) острый холецистит
- 2) внематочная беременность с разрывом трубы и кровоизлиянием в брюшную полость
- 3) острый панкреатит
- 4) поддиафрагмальный абсцесс
- 5) прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- 6) разрыв селезёнки

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

8. Сопоставить характеристику боли в животе при острых хирургических заболеваниях:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1) Коликоподобная; | а) перфорация полого органа |
| 2) Постоянно нарастающая; | б) ишемия кишечника |
| 3) Кинжальная; | |
| 4) Диффузная, тупая, без чёткой локализации | |

9. Сопоставить квадрант передней брюшной стенки и острую хирургическую патологию:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 1) Левый нижний квадрант; | а) острый холецистит |
| 2) Правый верхний квадрант | б) дивертикул |
| | в) эндометриоз |
| | г) гепатит |

ИНСТРУКЦИЯ: ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

10. Скопление свободной жидкости в брюшной полости -

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. «Доскообразный» живот наблюдается при:

- 1) повреждении печени
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) желудочном кровотечении
- 4) остром аппендиците

2. Характер и локализация болей при остром аппендиците:

- 1) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
- 2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- 3) опоясывающие, тупого характера
- 4) «кинжальные» в эпигастрии

3. Характер и локализация болей при перфоративной язве желудка:

- 1) постоянные, сильные, в правой подвздошной области

- 2) постоянные, резкие, в правом подреберье
- 3) опоясывающие, тупого характера
- 4) «кинжальные», в эпигастрии

4. При остром аппендиците характерно положение больного лежа на:

- 1) правом боку
- 2) левом боку
- 3) спине, с опущенным головным концом
- 4) животу

5. Тимпанический звук при перкуссии грыжевого выпячивания говорит о наличии в грыжевом мешке:

- 1) сальника
- 2) петли кишки
- 3) мочевого пузыря
- 4) мочеточника

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

6. Симптом воспаления поджелудочной железы:

- 1) симптом Боткина
- 2) симптом Мейо-Робсона
- 3) симптом Пастернацкого
- 4) симптом Щёткина-Блюмберга
- 5) симптом Хольстеда

7. Положительный френикус-симптом слева характерен при:

- 1) острый холецистит
- 2) внематочная беременность с разрывом трубы и кровоизлиянием в брюшную полость
- 3) острый панкреатит
- 4) поддиафрагмальный абсцесс
- 5) прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- 6) разрыв селезёнки

ИНСТРУКЦИЯ: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

8. Сопоставить характеристику боли в животе при острых хирургических заболеваниях:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1) Коликоподобная | а) перфорация полого органа |
| 2) Постоянно нарастающая | |
| 3) Кинжальная | б) ишемия кишечника |

9. Сопоставить квадрант передней брюшной стенки и острую хирургическую патологию:

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1) Левый верхний квадрант | а) разрыв селезёнки |
| 2) Правый нижний квадрант | б) ущемлённая грыжа |
| | в) аппендицит |
| | г) гастрит |

10. Выходение кишечных петель на переднюю брюшную стенку -

- д) инфаркт миокарда
- е) кишечная непроходимость

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10⁹/л, Нв – 100 г/л.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?

ЗАДАЧА №2

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Возможные осложнения данного заболевания?
6. Дополнительные методы исследования?

ЗАДАЧА №3

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет.

Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

ЗАДАНИЯ:

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?

ЗАДАЧА №4

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?

ЗАДАЧА №5

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

ЗАДАНИЯ:

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ТЕХНИКА ПАЛЬПАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать пальпацию:

Поверхностная пальпация:

Наличие напряжения мышц передней брюшной стенки:

локальное (при местном перитоните);

«доскообразный» живот (при разлитом перитоните).

Определение зоны наибольшей болезненности при глубокой пальпации.

Выявление объёмного образования в брюшной полости.

Оценка размера селезёнки и почек.

Выявление специфических симптомов острых хирургических заболеваний:

Симптом Ровзинга - появление или усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

Симптом Ситковского - появление или усиление боли в правом боку при повороте больного на левый бок.

Симптом Кохера-Волковича - смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область при остром аппендиците.

Симптом Бартомье-Михельсона - усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

Симптом Образцова - усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.

Симптом Раздольского - при перкуссии пальцем брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области при остром аппендиците.

Симптом Воскресенского - находясь справа от больного, левой рукой натягивается рубашка за нижний край (для равномерного скольжения). Кончики II, III и IV пальцев правой руки устанавливают в подложечной области и во время вдоха больного (при наиболее расслабленной брюшной стенке) кончиками пальцев с умеренным давлением на живот проделывают быстрое скользящее движение косо вниз к области слепой кишки и там останавливают руку, не отрывая ее. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает резкое усиление боли. Характерен для острого аппендицита.

Симптом Щёткина-Блюмберга - напряжение мышц живота и усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.

Симптом Мерфи - усиление боли при пальпации жёлчного пузыря в момент глубокого вдоха.

Симптом Грекова-Ортнера - появление боли при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге;

Симптом Керра - болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья (холецистит). Точка Керра - точка, расположенная на пересечении

наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги. Соответствует расположению желчного пузыря.

Симптом Мюсси-Георгиевского - болезненность при надавливании пальцем над ключицей между передними ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Характерен для острого холецистита.

Симптом Боткина (симптом холецистокоронарный) - боли в области сердца при наличии патологического процесса в области желчного пузыря (холецистит, желчнокаменная болезнь и пр.).

Симптом Мейо-Робсона - определяется болезненность в области левого реберно-позвоночного угла (при воспалении поджелудочной железы).

Симптом Хольстеда- цианоз отдельных участков кожи живота при остром панкреатите.

Френикус-симптом (диафрагмальный нерв) - болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в надключичной области, в проекции диафрагмального нерва на шее. Возникает вследствие раздражения ветвей этого нерва при некоторых острых заболеваниях и повреждениях органов брюшной и грудной полостей. Справа Ф.-с. может выявляться при остром холецистите, а также при прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, поддиафрагмальном абсцессе и других заболеваниях; слева - при прободении язвы желудка, разрыве селезенки, внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость, панкреатите, поддиафрагмальном абсцессе и др. При диафрагмальном плеврите и нижнедолевой пневмонии Ф.-с. может выявляться как справа, так и слева.

Симптом Валя - при острой кишечной непроходимости, кишечная петля вздувается (эвентрация) и образует над участком препятствия местно ограниченный фиксированный метеоризм с высоким тимпанитом над ним (асимметрия живота). Пальпаторно определяется вздутая петля.

Симптом Склярова - шум плеска в кишечнике при кишечной непроходимости.

Симптом Обуховской больницы - баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, определяемое пальцевым исследованием; признак заворота сигмовидной кишки.

Симптом «падающей капли» или лопающихся пузырьков» – определяются путем аускультации брюшной полости с помощью фонендоскопа. Симптом «падающей капли» может определяться пальпаторно-аускультативно: при медленном надавливании и медленном отпускании появляется шум «падающей капли» (кишечная непроходимость).

Симптом «шум плеска» (при стенозе привратника) – вызывается толчкообразными движениями брюшной стенки в области эпигастрия кончиками 2х-3х пальцев. «Шум плеска» появляется при наличии в желудке значительного количества жидкости и газа (более четко выявляется с помощью фонендоскопа).

Симптом Пастернацкого - при нанесении коротких ударов боковой поверхностью кисти по поясничной области ниже XII ребра возникает боль. Положительный при нарушении оттока мочи из почки, при воспалительных процессах почки и в околопочечной клетчатке. Симптом может быть положительным при поражениях позвоночника и воспалении ретроперитонеально расположенного червеобразного отростка.

ТЕХНИКА АУСКУЛЬТАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, фонендоскоп, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать аускультацию:

Аускультация живота даёт возможность услышать перистальтические, артериальные и венозные шумы, шум трения и шум плеска.

Аускультация проводится до пальпации и перкуссии, так как данные манипуляции могут подавить перистальтические шумы.

В норме перистальтические шумы очень вариабельны. Нередко их не удаётся выслушать на протяжении пяти минут, а затем их частота взрывообразно увеличивается до 30 в минуту. Усиление перистальтических шумов – довольно специфичный, но малочувствительный признак непроходимости тонкой кишки.

Артериальные шумы наблюдаются у 4-20% здоровых людей и у 1-2% всех обращающихся в лечебные учреждения. С возрастом частота их появления уменьшается. Диагностическое значение артериальных шумов зависит от локализации.

Диагностическое значение систолических шумов средне- и низкочастотных в эпигастрии наблюдается и у здоровых людей, особенно у беременных женщин (выслушивается у 20% женщин без излишек жировой ткани, а у мужчин гораздо реже). Обычно такой доброкачественный шум локализуется на ограниченном пространстве между мечевидным отростком и пупком, в отличие от систолических шумов, связанных со структурными аномалиями, например стенозом почечной артерии, которые распространяются за пределы эпигастрия. Источником доброкачественного систолического шума является червный ствол.

Диагностическое значение систолических шумов в верхнем квадранте, как правило, указывает на опухоль печени, обычно гепатому или метастаз. Шум возникает в сосудах опухоли или вследствие сдавления ею сосудов печени. Кроме того шум может возникать при гепатите, циррозе печени, артериовенозных мальформациях, иногда - при недостаточности трёхстворчатого клапана.

Наиболее распространённые причины систолического шума в левом верхнем квадранте – рак поджелудочной железы и сосудистые аномалии селезёнки. Более редкая причина систолического шума в левом (или правом) квадранте живота – аневризма брюшной аорты или крупных артерий брюшной полости (почечных, чревных, брыжеечных).

Артериальный шум в одном из верхних квадрантов живота наблюдается при аномалиях сосудов почки с соответствующей стороны, но он чаще не систолический, а продолжительный, и слышен, хотя и менее отчётливо, в эпигастрии.

Диагностическое значение венозных шумов в эпигастрии и вокруг пупка при наличии венозных коллатералей в виде «головы Медузы» у больных циррозом

печени с портальной гипертензией. Он продолжительный, глухой («гул»). Его называют шумом (или симптомом) Крювлье-Баумгартена.

Диагностическое значение шума трения зависит от локализации. Шум в правом верхнем квадранте живота указывает на инфаркт (или опухоль) печени, в левом – на те же заболевания селезёнки.

Шум плеска возникает при сотрясении полых органов, содержащих скопление жидкости и газа.

ТЕХНИКА ПЕРКУССИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Показание: Подозрения на острые хирургические заболевания брюшной полости

Противопоказания: нет

Оснащение: вода, мыло, кушетка, одноразовая клеёнка, плессиметр, отходы класса Б

Последовательность действий:

1. Придать пациенту положение лёжа, освободить переднюю брюшную стенку от одежды;
2. Вымыть и осушить руки;
3. Занять положение справа от пациента;
4. Начать перкуссию:

Перкуссия помогает оценить размер и локализацию скоплений газов брюшной полости, выявить скопление жидкости (асцит, переполненный мочевой пузырь), определить границы паренхиматозных органов (печени, селезёнки) и солидных объёмных образований.

Перкутируют все четыре квадранта живота лёгким постукиванием. Перкуссия даёт ориентиры для пальпации, указывая тимпаническим звуком скопления газа и тупым – границы паренхиматозных органов. Аускультация должна предшествовать перкуссии, так как последняя может повлиять на интенсивность перистальтических шумов.

Диагностика язвенной болезни желудка и её осложнений

Вопросы к практическому занятию

1. Причины развития язвенной болезни желудка.
2. Причины развития язвенной болезни 12-перстной кишки.
3. Классификация язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
4. Каковы общие и местные признаки язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки?
5. Опишите характер болей при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
6. Какие диагностические манипуляции при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки применяются.
7. Назовите осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
8. Опишите клинические признаки желудочного кровотечения.
9. Определите степени тяжести кровопотери.
10. Диагностика желудочного кровотечения?
11. Опишите клинические проявления перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки.

12. Диагностические признаки перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
13. Перечислите клинические проявления и диагностические признаки пенетрирующей язвы желудка и 12-перстной кишки.
14. Перечислите клинические проявления и диагностические признаки стеноза привратника и 12-перстной кишки.
15. Диагностические критерии малигнизации язвы желудка и 12-перстной кишки.

Манипуляции для освоения студентами:

1. Проведение желудочного зондирования.
2. Проведение дуоденального зондирования.
3. Пальпация живота.
4. Подготовка к R- логическому исследованию органов брюшной полости.
5. Подготовка пациента к фиброгастроскопии.

Диагностика острого панкреатита, острого холецистита и желчнокаменной болезни

Вопросы к практическому занятию

1. Назовите причины развития острого панкреатита.
2. Классификация острого панкреатита?
3. Каковы клинические признаки острого панкреатита?
4. Опишите диагностические симптомы острого панкреатита.
5. Опишите диагностические лабораторные признаки острого панкреатита.
6. Какая проводится инструментальная диагностика острого панкреатита?
7. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
8. Опишите причины возникновения острого холецистита.
9. Классификация острого холецистита.
10. Опишите клинические признаки острого холецистита.
11. Перечислите специфические симптомы острого холецистита.
12. Какие формы острого холецистита выделяют?
13. Какие инструментальные методы исследования применяют для диагностики острого холецистита?
14. Причины развития желчнокаменной болезни (ЖКБ)?
15. Классификация желчнокаменной болезни?
16. Клинические проявления ЖКБ?
17. Инструментальные методы диагностики ЖКБ?

Манипуляции для освоения студентами:

1. Пальпация живота.
2. Подготовка к рентгенологическому исследованию желчного пузыря
3. Перкуссия живота

Диагностика острого аппендицита и перитонита

Вопросы к практическому занятию

1. Дайте определение острого аппендицита.
2. Классификация острого аппендицита.

3. Клиническая картина катарального аппендицита.
4. Опишите симптом Раздольского.
5. Опишите симптом Кохера-Волковича.
6. Опишите симптом Ровзинга.
7. Опишите симптом Ситковского.
8. Опишите симптом Бартомье-Михельсона.
9. Опишите симптом Щёткина-Блюмберга.
10. Опишите симптом Воскресенского.
11. Клиническая картина флегмонозного аппендицита.
12. Клиническая картина гангренозного аппендицита.
13. Особенности клинического проявления атипичных форм.
14. Особенности течения острого аппендицита у беременных.
15. Особенности течения острого аппендицита у детей.
16. Особенности течения острого аппендицита у пациентов пожилого и старческого возраста.
17. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
18. Назовите осложнения острого аппендицита.
19. Дайте определение перитонита.
20. Классификация перитонита.
21. Дайте определение первичного перитонита.
22. Дайте определение вторичного перитонита.
23. Дайте определение третичного перитонита.
24. Клиническая картина перитонита.
25. Диагностика перитонита.
26. Перечислите изменения в основных лабораторных показателях у пациентов с перитонитом.

Манипуляции для освоения студентами:

1. Составить набор инструментов для аппендэктомии.
2. Составить набор инструментов для лапаротомии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Острые заболевания органов брюшной полости череваты развитием:

- а) гнойного перитонита
- б) геморрагического шока
- в) гангрены органа
- г) анафилактического шока

2. Возможное осложнение аппендицита:

- а) механическая кишечная непроходимость
- б) заворот кишечника
- в) разлитой перитонит

г) ущемление петли кишечника

3. Симптом Щеткина-Блюмберга:

а) при глубокой пальпации в левой подвздошной области появляются болевые ощущения

б) при быстром отнятии руки от вдавленной брюшной стенки возникает гораздо более резкая болезненность, чем при надавливании

в) болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге

г) болезненность при поколачивании в области поясницы

4. Основная жалоба при остром аппендиците:

а) слабость и холодный пот

б) боли в животе

в) язык с коричневым налётом

г) тахикардия и падение АД

5. Боль при остром аппендиците в начале заболевания может возникнуть:

а) в эпигастральной области

б) в левой подвздошной области

в) в правой подвздошной области

г) в любой части живота

6. Типичное расположение аппендикса:

а) в эпигастральной области

б) в левой подвздошной области

в) в правой подвздошной области

г) в правом подреберье

7. При подозрении на перитонит необходимо:

а) ввести обезболивающее и госпитализировать

б) ввести антибиотик и положить грелку на живот

в) дать холод на живот и госпитализировать

г) сделать очистительную клизму и промывание желудка

8. Симптом Кохера-Волковича:

а) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область

б) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги

в) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

г) резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки

9. Симптом Ровзинга:

а) при положении больного на левом боку появляется тянущая боль в правой подвздошной области

б) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область

в) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги

г) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

10. Симптом Ситковского:

- а) при положении больного на левом боку появляется тянущая боль в правой подвздошной области
- б) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область
- в) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги
- г) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Причиной аппендицита служит проникновение инфекции в червеобразный отросток:

- а) энтерогенным (из кишечника) и гематогенным путем
- б) трансплацентарным путём
- в) воздушно-капельным путём
- г) через повреждённую кожу

2. Симптом Ситковского:

- а) при положении больного на левом боку появляется тянущая боль в правой подвздошной области
- б) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область
- в) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги
- г) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

3. Симптом Кохера-Волковича:

- а) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область
- б) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги
- в) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области
- г) резкая болезненность при пальпации, усиливающаяся при внезапном отнятии руки от брюшной стенки

4. Симптом Ровзинга:

- а) при положении больного на левом боку появляется тянущая боль в правой подвздошной области
- б) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область
- в) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги
- г) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

5. Симптом Щёткина-Блюмберга:

- а) локальная болезненность при пальпации живота в какой-то области
- б) напряжение мышц живота при пальпации

в) усиление боли в животе при кашле

г) усиление боли, если при глубокой пальпации резко убрать руку

6. Симптом Образцова:

а) пальпация правой подвздошной области будет более болезненной при поднятии вытянутой правой ноги

б) при положении больного на левом боку появляется тянущая боль в правой подвздошной области

в) сначала боль появляется в области пупка, а затем переходит в правую подвздошную область

г) при надавливании ребром ладони в левой подвздошной области и легком толчке кверху появляется боль в правой подвздошной области

7. Достоверные объективные симптомы острого аппендицита:

а) тошнота, рвота, локальная болезненность в подвздошной области справа, положительный симптом Щеткина-Блюмберга

б) субфебрильная температура

в) ущемление грыжи

г) тахикардия

8. При подозрении на перитонит необходимо:

а) ввести обезболивающее и госпитализировать

б) ввести антибиотик и положить грелку на живот

в) дать холод на живот и госпитализировать

г) сделать очистительную клизму и промывание желудка

9. Основная жалоба при остром аппендиците:

а) слабость и холодный пот

б) боли в животе

в) язык с коричневым налётом

г) тахикардия и падение АД

10. Возможное осложнение аппендицита:

а) механическая кишечная непроходимость

б) заворот кишечника

в) разлитой перитонит

г) ущемление петли кишечника

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

К вам обратилась соседка, у которой часов пять тому, назад появились боли в области желудка, больная связала эти боли с погрешностью в диете, но сейчас боли в желудке прошли, а беспокоят в правой половине живота, боли постоянного характера. Общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,4°. Язык слегка обложен белым налетом, влажный, пульс соответствует температуре, пальпация живота слева и в верхнем отделе живота безболезненна, справа пальпация болезненна, здесь же неотчетливое напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

ЗАДАНИЯ:

Задание № 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Задание № 2. Расскажите о дополнительных симптомах, которые могут подтвердить предположительный диагноз.

Задание № 3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Задача №2

К вам обратилась девушка 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены, кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

ЗАДАНИЯ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах, которые могут подтвердить предположительный диагноз.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Задача №3

Пожилая женщина, пенсионерка, живет одна. На ФАП она обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, чувство жара. До ФАП дошла с трудом. Больна около недели. Сначала беспокоили боли в области желудка, но спустя несколько часов боли в желудке прошли, однако, стали беспокоить постоянные боли в животе справа, слегка подташнивало, но рвоты не было. Из-за болей была вынуждена лежать, думала все пройдет, но лучше не становилось. На живот прикладывала периодически грелку. Температура тела в момент обращения 37,6°. Общее состояние удовлетворительное. Живот не вздут, в акте дыхания несколько отстает правая половина. При пальпации отмечается наличие плотного болезненного инфильтрата в правой подвздошной области, размер его приблизительно 15x10 см., образование неподвижное, отчетливого напряжения мышц нет.

ЗАДАНИЯ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных симптомах, которые могут подтвердить предположительный диагноз.
3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ АППЕНДЕКТОМИИ

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Оснащение: - цапки бельевые - корнцанг - скальпели брюшистые и остроконечные - пинцеты хирургические и анатомические - пинцет лапчатый - пинцет анатомический длинный - кровоостанавливающие зажимы (Бильрота; Кохера; москит»)	Обеспечение достоверности результата.

<ul style="list-style-type: none"> - игла Дешана - ножницы Купера - ножницы прямые тупоконечные - крючки Фарабефа - брюшные зеркала - зажимы Микулича - зонд Кохера - иглодержатели - иглы хирургические круглые кишечные - иглы хирургические круглые трёхгранные 	
--	--

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ЛАПАРОТОМИИ

ПОКАЗАНИЯ: операции на органах брюшной полости.

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
Собрать в стерильный лоток инструменты общей группы: 1) иглы режущие; кишечные 2) иглодержатели; 3) скальпели; 4) зажим Кохера; 5) зажим Бильрота; 6) «москиты»; 7) остроконечные крючки; 8) крючки Фарабефа; 9) корнцанг; 10) пинцеты хирургические; 11) пинцеты анатомические; 12) зонд Кохера; 13) желобоватый зонд; 14) цапки для белья. 15) пинцет лапчатый 16) ножницы прямые, Рихтера, Купера 17) зонд пуговчатый	Обеспечение достоверности результата.
Собрать в стерильный лоток инструменты для лапаротомии: 1) печеночный крючок; 2) жом Пайера для желудка; 3) раздавливающие кишечные жомы; 4) эластичные кишечные жомы; 5) ранорасширитель Госсе; 6) лопаточка Буяльского; 7) лопатка Ревердена; 8) лигатурная игла Дешана; 9) зажим Микулича.	Обеспечение достоверности результата.

Диагностика кишечной непроходимости и грыж живота

Вопросы к практическому занятию

1. Какова классификация кишечной непроходимости.
2. Причины механической странгуляционной кишечной непроходимости.

3. Каковы общие и местные признаки механической странгуляционной кишечной непроходимости?
4. Причины механической обтурационной кишечной непроходимости.
5. Каковы общие и местные признаки механической обтурационной кишечной непроходимости?
6. Что такое инвагинация кишечника, её проявления?
7. Причины динамической паралитической кишечной непроходимости.
8. Каковы общие и местные признаки динамической паралитической кишечной непроходимости?
9. Причины динамической спастической кишечной непроходимости.
10. Каковы общие и местные признаки динамической спастической кишечной непроходимости?
11. Какова классификация грыж?
12. Опишите, из чего состоит грыжа.
13. Опишите клинические признаки наружных грыж.
14. Опишите клинические признаки внутренних грыж.
15. Опишите клинические признаки ущемлённой грыжи.
16. Что такое копростаз?

Манипуляции для освоения студентами:

1. Пальпация живота
2. Перкуссия живота
3. Аускультация
4. Симптом Щёткина-Блюмберга
5. Подготовка пациента к колоноскопии.

в) аноскопия
г) ректоскопия

2. Проктология – наука, изучающая:

- а) диагностику и лечение заболеваний и травм прямой кишки
- б) диагностику и лечение заболеваний желудка
- в) диагностику и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата
- г) диагностику и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы

3. Прямая кишка располагается:

- а) в заднем отделе малого таза
- б) в грудной полости
- в) в брюшной полости
- г) в эпигастрии

4. Пальцевое исследование проводят:

- а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами
- б) в коленно–локтевом положении
- в) лёжа на спине
- г) лёжа на животе

5. Факторы, способствующие возникновению анальной трещины:

- а) бессонница
- б) подъем тяжестей, дефекация
- в) хронические запоры
- г) переедание

6. Геморрой – это:

- а) воспаление червеобразного отростка
- б) воспаление брюшины
- в) варикозное расширение вен в области заднего прохода
- г) гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки

7. Основная жалоба пациента при геморрое:

- а) зуд
- б) жжение
- в) недержание кала
- г) кровотечение

8. При обследовании перианальной области можно определить:

- а) наружные геморроидальные узлы
- б) трещины заднего прохода
- в) выпадение прямой кишки
- г) всё вышеперечисленное

9. К дополнительным методам исследования заболеваний прямой кишки относятся все, кроме:

- а) осмотр с помощью ректальных зеркал
- б) ректороманоскопия
- в) пальцевое исследование
- г) гастродуоденоскопия

ИНСТРУКЦИЯ – УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

10. Установить соответствие между стадиями развития геморроя и симптомами:

- а) I стадия
 - б) II стадия
 - в) III стадия
 - г) IV стадия
- 1) узлы выступают в просвет кишки (но не выпадают), во время дефекации выделяется кровь из анального канала.
 - 2) узлы выпадают даже при незначительной физической нагрузке, самостоятельно не вправляются, необходимо вправлять их рукой.

- 3) выпавшие узлы не вправляются.
- 4) узлы выпадают при дефекации и вправляются самостоятельно

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. Проктология – наука, изучающая:

- а) диагностику и лечение заболеваний желудка
- б) диагностику и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата
- в) диагностику и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы
- г) диагностику и лечение заболеваний и травм прямой кишки

2. Прямая кишка располагается:

- а) в заднем отделе малого таза
- б) в грудной полости
- в) в брюшной полости
- г) в эпигастрии

3. Заболевания, предрасполагающие к возникновению анальной трещины:

- а) циститы
- б) уретриты
- в) колиты, проктосигмоидиты, энтероколиты
- г) пиелонефриты

4. Осложнения геморроя:

- а) тромбоз наружного геморроидального узла, ущемление внутренних геморроидальных узлов
- б) кишечная непроходимость
- в) метеоризм
- г) разлитой перитонит

5. Инструментальные методы исследования при заболеваниях прямой кишки все, кроме:

- а) ректороманоскопия, колоноскопия
- б) рентгеновское обследование, сфинктерометрия
- в) гистологическое исследование слизистой прямой кишки
- г) гастродуоденоскопия

6. Дифференциальную диагностику геморроя проводят с:

- а) полипом, раком прямой кишки, выпадением слизистой оболочки прямой кишки
- б) циститом
- в) гастродуоденитом
- г) острым аппендицитом

7. Пальцевое исследование проводят:

- а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами
- б) в коленно–локтевом положении
- в) лёжа на спине
- г) лёжа на животе

8. Ректороманоскопию проводят:

- а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами
- б) в коленно–локтевом положении
- в) лёжа на спине
- г) лёжа на животе

9. К методам диагностики заболеваний прямой кишки не относится:

- а) пальцевое исследование, наружный осмотр
- б) цистоскопия

в) аноскопия

г) ректоскопия

ИНСТРУКЦИЯ – УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

10. Установить соответствие между заболеваниями прямой кишки и их видами:

- | | |
|---------------------|---|
| а) Воспалительные | 1) геморрой, анальная трещина, выпадение прямой кишки |
| б) Невоспалительные | 2) парапроктит, проктит |

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

В ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

ЗАДАНИЯ:

Задание № 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Задание № 2. Расскажите о дополнительных методах диагностики, которые могут подтвердить предположительный диагноз.

Задание № 3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Задача № 2

У женщины 65 лет, после акта дефекации началось сильное кровотечение, которое самостоятельно не остановилось. Жалобы на зуд, жжение, чувство полноты в области заднего прохода, частые кровотечения от несколько капель до струйного при дефекации, кровь не смешивается с калом.

Объективно: при осмотре анальной области в месте перехода слизистой оболочки в кожу, имеются сине-багрового цвета узлы, напряженные на ощупь, один из которых обильно кровоточит.

ЗАДАНИЯ:

Задание № 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Задание № 2. Расскажите о дополнительных методах диагностики, которые могут подтвердить предположительный диагноз.

Задание № 3. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. Основные симптомы выпадения прямой кишки – всё, кроме:

- а) боль при дефекации
- б) выпадение слизистой прямой кишки
- в) примесь крови в каловых массах
- г) интоксикации

2. Воспалительные заболевания прямой кишки:

- а) геморрой, парапроктит
- б) рак

в) свищи

г) трещины

3. К методам диагностики заболеваний прямой кишки не относится:

а) пальцевое исследование, наружный осмотр

б) цистоскопия

в) аноскопия

г) ректоскопия

4. Проктология – наука, изучающая:

а) диагностику и лечение заболеваний и травм прямой кишки

б) диагностику и лечение заболеваний желудка

в) диагностику и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата

г) диагностику и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы

5. Прямая кишка располагается:

а) в заднем отделе малого таза

б) в грудной полости

в) в брюшной полости

г) в эпигастрии

6. Пальцевое исследование проводят:

а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами

б) в коленно–локтевом положении

в) лёжа на спине

г) лёжа на животе

7. Факторы, способствующие выпадению прямой кишки:

а) беременность

б) подъем тяжестей, дефекация

в) переедание

г) бессонница

8. Парапроктит – это:

а) воспаление червеобразного отростка

б) воспаление брюшины

в) воспаление мочевого пузыря

г) гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки

9. Основная жалоба пациента с выпадением прямой кишки:

а) зуд

б) жжение

в) недержание кала

г) выделения крови, слизи из прямой кишки

10. Возможные причины выпадения прямой кишки все, кроме:

а) запоры, постоянное натуживание

б) травма мышц заднего прохода при тяжелых родах, обширных разрывах промежности

в) операции на органах малого таза (гинекологические и др.) и прямой кишке

г) метеоризм

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. При обследовании перианальной области можно определить:

а) наружные геморроидальные узлы

б) трещины заднего прохода

в) выпадение прямой кишки

г) всё вышперечисленное

2. К дополнительным методам исследования заболеваний прямой кишки относятся все, кроме:

а) осмотр с помощью ректальных зеркал

б) ректороманоскопия

в) пальцевое исследование

г) гастродуоденоскопия

3. Воспалительные заболевания прямой кишки:

а) геморрой

б) выпадение прямой кишки

в) парапроктит

г) трещины заднего прохода

4. Основная жалоба пациента с парапроктитом:

а) зуд, жжение

б) боль в области анального отверстия

в) недержание кала

г) выделения крови, слизи из прямой кишки

5. Проктология – наука, изучающая:

а) диагностику и лечение заболеваний и травм прямой кишки

б) диагностику и лечение заболеваний желудка

в) диагностику и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата

г) диагностику и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы

6. Факторы, способствующие выпадению прямой кишки:

а) беременность

б) чиханье, кашель

в) переедание

г) вздутие живота

7. Пальцевое исследование проводят:

а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами

б) в коленно–локтевом положении

в) лёжа на спине

г) лёжа на животе

8. Ректороманоскопию проводят:

а) в положении больного на боку с приведенными к животу ногами

б) в коленно–локтевом положении

в) лёжа на спине

г) лёжа на животе

9. Прямая кишка располагается:

а) в заднем отделе малого таза

б) в грудной полости

в) в брюшной полости

г) в эпигастрии

10. Выпадение прямой кишки – это:

а) свищ прямой кишки

б) трещина прямой кишки

в) хроническое заболевание, характеризующееся выходом прямой кишки за пределы заднего прохода

г) геморрой

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Вы осматриваете годовалого ребенка, у которого в течение суток был неоднократный жидкий стул, а 2 часа назад, со слов матери, в области ануса появилась опухоль. При осмотре: из анального отверстия выступает образование, колбасовидной формы розово-багрового цвета длиной 6 см с выраженной

поперечной складчатостью слизистой прямой кишки, между выпавшей слизистой и кожей ануса по всей окружности имеется щель.

ЗАДАНИЯ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ

ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Показания: подозрение на заболевания прямой кишки, окружающих её органов и тканей. Пальцевое исследование прямой кишки у больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза должно предшествовать любому виду инструментального исследования прямой и толстой кишки (например, ректороманоскопии).

Пальцевое исследование прямой кишки позволяет выявить заболевания заднего прохода и прямой кишки (анальные трещины, свищи, геморрой, доброкачественные и злокачественные опухоли, рубцовое сужение просвета кишки, инородное тело и др.), воспалительные инфильтраты и новообразования параректальной клетчатки, крестца и копчика, изменения предстательной железы (аденома, рак), скопление жидкости в полости таза и т.д.

Положение больного

Пальцевое исследование прямой кишки проводят в различных положениях больного: лёжа на левом боку или на спине с согнутыми в коленях и приведёнными к животу ногами, в коленно-локтевом положении и сидя на корточках при натуживании. При подозрении на перитонит или абсцесс Дугласова пространства исследование необходимо осуществлять в положении больного лёжа на спине, так как только в этом положении можно определить нависание и болезненность передней полуокружности стенки прямой кишки.

ТЕХНИКА

1. Предварительно тщательно осматривают область заднего прохода.
2. На правую руку надевают резиновую перчатку, указательный палец обильно смазывают вазелином и осторожно вводят в задний проход.
3. Последовательно ощупывают стенки анального канала, оценивают эластичность, тонус, растяжимость сфинктера, состояние слизистой оболочки, наличие и степень болезненности при исследовании.
4. Затем палец проводят в ампулу прямой кишки, определяют состояние её просвета (зияние, сужение). Последовательно обследуют стенку кишки по всей окружности на всём доступном протяжении, обращают внимание на состояние предстательной железы (у мужчин), прямокишечно-влагалищной перегородки и матки (у женщин), параректальной клетчатки, внутренней поверхности крестца и копчика.
5. После извлечения пальца из прямой кишки определяют характер отделяемого слизистой оболочки (слизистое, кровянистое, гнойное).

ПЗ 15. Диагностика хирургических заболеваний мочеполовых органов
Теоретическая часть

Л 2.15. Хирургические заболевания прямой кишки. Хирургические заболевания мочеполовых органов

Задания к практическому занятию
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ВАРИАНТ № 1

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. К экзогенным причинам возникновения камней в мочевыводящих путях относится:

- 1) геохимические условия
- 2) травмы
- 3) инфекционные заболевания
- 4) беременность

2. У пациента Б. 35 лет объективно: частая смена положения, олигурия, болезненное мочеиспускание, тошнота, слабость, при пальпации обнаружено напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженная болезненность в правом подреберье, резко положительный симптом Пастернацкого с правой стороны. Ваши действия:

- 1) лечить на дому антибиотиками
- 2) госпитализировать в терапевтическое отделение
- 3) срочно госпитализировать в урологический стационар
- 4) измерить артериальное давление
- 5) Правильно 3) и 4)

3. Симптом, подтверждающий, внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря:

- 1) мягкий живот
- 2) симптом Щёткина-Блюмберга
- 3) симптом Ситковского
- 4) кровотечение из уретры

4. Фимоз – это

- 1) скопление серозной жидкости между собственными оболочками яичка, при котором оно увеличивается в размерах.
- 2) ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
- 3) сужение крайней плоти полового члена
- 4) неопущение яичка в мошонку

5. Причина болевых ощущений при почечной колике:

- 1) позывы на мочеиспускание
- 2) затруднённое мочеиспускание
- 3) восходящая инфекция
- 4) спазм мочеточника и травма слизистой мочеточника

6. Почечная колика – осложнение...

- 1) гемангиомы мочевого пузыря
- 2) уролитиаза
- 3) паранефрита
- 4) цистита

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. **Какие камни встречаются чаще?**
- 1) цистиновые
 - 2) ксантиновые
 - 3) оксолатные
 - 4) белковые
 - 5) уратные
 - 6) холестериновые
7. **Для первой стадии аденомы предстательной железы характерно:**
- 1) мочевого пузыря опорожняется полностью
 - 2) появление империтивных позывов к мочеиспусканию
 - 3) парадоксальная ишурия
 - 4) компенсаторная гипертрофия мышц во время акта мочеиспускания
 - 5) острая задержка мочи
 - 6) перерастяжение мочевого пузыря

ИНСТРУКЦИЯ: ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

9. **Жироподобный секрет желез крайней плоти - _____**
10. **Исследование объемной скорости потока мочи при помощи специального прибора, с графической регистрацией динамики процесса и параметров мочеиспускания - _____**

ВАРИАНТ № 2

ИНСТРУКЦИЯ – ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

1. **При щелочной реакции мочи могут образоваться**
- 1) мочекислые (уратные) камни
 - 2) фосфатные камни
 - 3) цистиновые камни
 - 4) оксалатные камни
 - 5) щелочная реакция мочи не влияет на характер камней
2. **Частая локализация камней у детей и стариков в:**
- 1) почках
 - 2) мочеточниках
 - 3) мочевом пузыре
 - 4) мочеиспускательном канале
3. **Парафимоз это -**
- 1) скопление серозной жидкости между собственными оболочками яичка, при котором оно увеличивается в размерах.
 - 2) ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти
 - 3) сужение крайней плоти полового члена
 - 4) неопущение яичка в мошонку
4. **Гиперкальцемия и гиперкальциурия способствуют образованию:**
- 1) цистиновых камней
 - 2) мочекислых (уратных) камней
 - 3) оксалатных камней

4) фосфатных камней

5) правильно 3) и 4)

5. Главный признак первой стадии аденомы предстательной железы:

1) эффективное опорожнение мочевого пузыря благодаря компенсаторной гипертрофии его мышц

2) для опорожнения мочевого пузыря больные вынуждены натуживаться, напрягать мышцы живота и диафрагмы на протяжении всего акта мочеиспускания

3) парадоксальная задержка мочи

6. Основная причина возникновения аденомы предстательной железы:

1) погрешность в диете

2) вредные привычки

3) возрастная

4) стресс

7. Боль при почечной колике иррадирует в:

1) околопупочную область

2) паховую область и бедра

3) плечо

4) эпигастрий

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

8. Для третьей стадии аденомы предстательной железы характерно:

1) мочевой пузырь опорожняется полностью

2) появление империтивных позывов к мочеиспусканию

3) парадоксальная ишурия

4) компенсаторная гипертрофия мышц во время акта мочеиспускания

5) острая задержка мочи

6) перерастяжение мочевого пузыря

ИНСТРУКЦИЯ: ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННОЕ СЛОВО

9. Воспаление головки полового члена и крайней плоти -

10. Основной диагностический метод при подозрении на опухоль почки -

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

У больной С., 27 лет, внезапно появились острые боли в поясничной области слева, иррадиирующие в бедро; поведение больной беспокойное, мочеиспускание учащено. Анализ мочи без патологических изменений.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Ваши диагностические мероприятия?

ЗАДАЧА № 2

У больного К., 40 лет, в течение трех дней отмечаются боли в пояснице справа, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-40°C, ознобами. Из анамнеза известно, что год назад обнаружен камень в верхней трети правого мочеточника размером 1x1,5 см. Тогда же была предложена операция, от чего пациент отказался.

Объективно: состояние тяжелое, вял, адинамичен. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко положительен справа.

В анализе крови нейтрофилов $16 \times 10^6/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов 21%. В анализе мочи лейкоциты покрывают густым слоем все поля зрения.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования Вы считаете необходимым провести для подтверждения Вашего предположения?

ЗАДАЧА № 3

Больной, 65 лет, обратился с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, боли внизу живота. Указанные явления беспокоят в течение 14 часов.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваши диагностические рекомендации.

ЗАДАЧА № 4

Больной, 70 лет, жалуется на общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту, непроизвольное выделение мочи по каплям. Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Перкуторно мочевой пузырь определяется на 6 см выше лона. Простата увеличена равномерно, плотноэластической консистенции, поверхность ее гладкая, междолевая бороздка сглажена. Мочевина сыворотки крови 12 ммоль/л. По данным УЗИ – резко увеличенный мочевой пузырь, по нижнему контуру определяется дефект наполнения с четкими контурами.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш предположительный диагноз?

ЗАДАЧА № 5

Больной, 62 лет, в течение последних трех лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой и тонкой струей. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь

перкуторно не определяется. Наружные половые органы развиты правильно. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа умеренно увеличена в размерах, правая доля ее бугристая, каменной плотности, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей железы неподвижна.

ЗАДАНИЯ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо предпринять для уточнения диагноза?

ДИАГНОСТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (БОЛЕЗНЕЙ УША, ГОРЛА, НОСА)

ПЗ 1. Диагностика болезней носа и придаточных пазух Теоретическая часть

Л 2.2. Диагностика болезней носа и придаточных пазух

Задания к практическому занятию ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ОСМОТР НОСА НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) фарингоскопия;
- б) ларингоскопия;
- в) риноскопия;
- г) отоскопия;

2. ВОСПАЛЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) гайморит;
- б) фронтит;
- в) ринит;
- г) этмоидит;

3. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ РИНИТОМ:

- а) повышение температуры, кашель;
- б) боль в ухе, снижение слуха;
- в) заложенность носа, слизисто-гнойное отделяемое.
- г) боль при глотании, першение;

4. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ГАЙМОРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) боль в области верхней челюсти;
- б) носовое кровотечение;
- в) кашель;
- г) одышка;

5. ДЛЯ ЗАДНЕЙ РИНОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ:

- а) носовой зонд;
- б) носоглоточное зеркало;
- в) носорасширитель;
- г) гортанное зеркало;

6. ДЛЯ ПЕРЕДНЕЙ ТАМПОНАДЫ НОСА НЕОБХОДИМО ПРИГОТОВИТЬ:

- а) ватную турунду и зонд;
- б) марлевый тампон, длиной 60 см, пинцет;
- в) кровеостанавливающий зажим;
- г) тампон в виде “тючка”, резиновый катетер;

7. СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, СНИЖЕНИЕ ОБОНЯНИЯ – ЭТО ПРИЗНАКИ:

- а) 1 стадии острого ринита
- б) 2 стадии острого ринита
- в) 3 стадии острого ринита
- г) не характерно для острого ринита

8. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ЛБА, СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ – ЭТО ПРИЗНАКИ:

- а) отита
- б) фронтита
- в) сфеноидита
- г) ринита

9. АДЕНОИДЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) в носоглотке
- б) в ротоглотке
- в) в гортаноглотке
- г) на корне языка

10. КАКИМ ОБРАЗОМ СТЕРИЛИЗУЕТСЯ НОСОГЛОТОЧНОЕ ИЛИ ГОРТАННОЕ ЗЕРКАЛО:

- а) кипячением
- б) содержанием в дезрастворе
- в) прокаливанием над спиртовкой
- г) в сухожаровом шкафу

11. КАКАЯ ИЗ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ?

- а) верхнечелюстная;
- б) гайморова;
- в) клиновидная;
- г) крыловидная;

12. ВОСПАЛЕНИЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) гайморит;
- б) этмоидит;
- в) сфеноидит;
- г) фронтит;

13. ВЫБЕРИТЕ КОЛИЧЕСТВО МИНДАЛИН, ВХОДЯЩИХ В ЛИМФАДЕНОИДНОЕ КОЛЬЦО ПИРОГОВА:

- а) 3;
- б) 4;
- в) 5;
- г) 6;

14. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ВЯЛОСТЬ МИМИКИ, ОТВИСАЮЩАЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ, ВЫСОКОЕ КУПОЛООБРАЗНОЕ ТВЁРДОЕ НЁБО – ЭТО ПРИЗНАКИ:

- а) аденоидов;

- б) хронического тонзиллита;
- в) хронического ларингита;
- г) хронического отита;

15. СУХОСТЬ, ЖЖЕНИЕ В НОСУ, ЧИХАНИЕ, НЕДОМОГАНИЕ – ЭТО ПРИЗНАКИ:

- а) 1 стадии острого ринита;
- б) 2 стадии острого ринита;
- в) 3 стадии острого ринита;
- г) не характерно для острого ринита;
- г) дифтерии зева

ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

16. ВЫБЕРИТЕ ФУНКЦИИ НОСА:

- а) дыхательная
- б) голосообразующая
- в) вкусовая
- г) обонятельная
- д) слуховая

17. НАЗОВИТЕ ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА:

- а) верхнечелюстная
- б) лобная
- в) нижнечелюстная
- г) крыловидная
- д) клиновидная
- е) решётчатая

18. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РИНИТА:

- а) частые острые риниты
- б) курение
- в) перенапряжение голоса
- г) вдыхание пыли и раздражающих газов.
- д) травмы слизистой носа.

Алгоритмы манипуляций по оториноларингологии

Методика работы с лобным рефлектором.

Цель: обеспечить освещение обследуемого органа.

Показания: проведение осмотра пациента с ЛОР – заболеванием или выполнение процедур.

Противопоказаний нет.

Необходимое оснащение: настольная лампа, лобный рефлектор, маска, инструменты для осмотра ЛОР-органов.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие.	Формирование мотивации к сотрудничеству.
3. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Усадить пациента на стул, сбоку от настольной лампы.	Обеспечение необходимого положения тела для проведения процедуры.
5. Сесть напротив пациента, поставив ноги параллельно ногам пациента.	Обеспечение необходимого расстояния для проведения осмотра.
6. Установить настольную лампу справа от пациента на расстоянии 10 см от его правого уха.	Обеспечение условий для освещения лобного рефлектора.
Выполнение процедуры	
1. Укрепить лобный рефлектор на голове с помощью ремня, но не очень туго.	Предупреждение неприятных ощущений у медработника, проводящего осмотр.
2. Установить отверстие зеркала напротив левого глаза, так чтобы видеть в отверстие лицо пациента (контролировать правильность установки, прикрывая правый глаз на короткое время).	Обеспечение условий для осмотра ЛОР - органа.
3. Приблизиться к пациенту на расстояние 25 – 30 см и менять положение зеркала во фронтальной плоскости, добиться попадания сконцентрированного пучка света	Обеспечение условий для фокусирования света.

(«зайчика») на обследуемый орган.	
4. Освещая исследуемый орган рефлектором, произвести его осмотр.	Выполнение манипуляции.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Снять лобный рефлектор.	
3. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Сделать запись о выполнении процедуры.	Документирование процедуры.

Проведение передней риноскопии.

Цель: осмотр полости носа, определение её состояния.

Показания: жалобы пациента со стороны носа или придаточных пазух, наличие отделяемого.

Противопоказания: видимые повреждения наружного носа, открытые раны.

Необходимое оснащение: настольная лампа, лобный рефлектор, носовое зеркало, лоток, маска.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Усадить пациента сбоку от настольной лампы, установить лампу на расстоянии 10см от правого уха пациента.	Обеспечение условий для правильного освещения органа.
3. Объяснить пациенту ход манипуляции и получить согласие на её выполнение.	Обеспечение права пациента на информацию.
4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной

	безопасности.
5. Надеть лобный рефлектор, сесть напротив пациента.	Обеспечение условий для выполнения манипуляции.
6. Поворотом зеркала направить пучок света на область носа.	Обеспечение освещения.
Выполнение процедуры	
1. Провести осмотр наружного носа и области придаточных пазух.	Определение формы носа и состояния кожных покровов.
2. Провести пальпацию наружного носа и околоносовых пазух.	Выявление болезненности, крепитации, отёчности мягких тканей. Выявление противопоказаний для проведения риноскопии.
3. Большим пальцем левой руки приподнять кончик носа и осмотреть преддверие полости носа.	Определение состояния кожи преддверия, выявление противопоказаний к риноскопии.
4. Взять носовое зеркало в левую руку, а правой зафиксировать голову пациента.	Обеспечение правильного выполнения манипуляции.
5. Ввести клюв носового зеркала в преддверие носа на глубину 0,5см в сомкнутом виде. Правая половина клюва должна находиться в нижне-внутреннем углу преддверия, а левая – в верхне-наружном.	Обеспечение правильного выполнения манипуляции.
6.левой рукой нажать на бранши носового зеркала, расширяя преддверие носа.	Обеспечение наилучшего обзора полости носа.
7. Осмотреть передние отделы носовой перегородки, нижнюю носовую раковину, нижний и средний носовые ходы.	Определение состояния полости носа справа.
8. Извлечь носовое зеркало, оставляя клюв слегка приоткрытым.	Предупреждение ущемления волосков преддверия носа.
9. Не перекидывая носовое зеркало в	Определение состояния полости носа

другую руку, ввести его в левое преддверие и осмотреть левую половину носа. Извлечь зеркало, оставляя клюв слегка приоткрытым.	слева. Предупреждение ущемления волосков преддверия носа.
Завершение процедуры	
1. Поместить носовое зеркало в лоток для использованных инструментов.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
3. Снять маску, вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Сделать запись о выполнении процедуры.	Документирование процедуры.

Исследование дыхательной функции носа.

Цель: Определение состояния носового дыхания.

Показания: жалобы пациента на затруднение носового дыхания.

Противопоказаний нет.

Необходимое оснащение: вата, маска.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие.	Обеспечение прав пациента на информацию.
3. Усадить пациента на стул.	Обеспечение комфортного положения пациента.
4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение процедуры	
1. Прижать левое крыло носа	Обеспечение выполнения процедуры.

пациента левой рукой.	
2. Поднести к правой половине носа пушистый кусочек ваты. Попросить пациента сделать спокойный вдох и выдох.	Определение носового дыхания справа.
3. Прижать правой рукой правое крыло носа пациента. Провести исследование дыхания слева. Сравнить результат.	Определение носового дыхания слева.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. снять маску, вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Сделать запись о проведённой процедуре.	Документирование процедуры.

Исследование обонятельной функции.

Цель: определение состояния обонятельной функции носа.

Показания: жалобы больного на снижение или отсутствие обоняния.

Противопоказания: аллергические реакции на используемые пахучие вещества.

Необходимое оснащение: набор пахучих веществ (хозяйственное мыло, розовое масло, настойка валерианы, 0,5% раствор уксусной кислоты, винный спирт, нашатырный спирт), маска, салфетки.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры, получить его согласие.	Обеспечение прав пациента на информацию.
3. Выяснить наличие аллергических реакций в анамнезе.	Предупреждение аллергических реакций.

4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
5. Усадить пациента на стул.	Обеспечение комфортного положения.
6. Попросить пациента освободить носовые ходы, поочерёдно высмаркиваясь в салфетку.	Обеспечение условий для доступа пахучих веществ в обонятельную зону.
Выполнение процедуры	
1. Попросить пациента прижать крыло носа к перегородке справа.	Обеспечение выполнения манипуляции.
2. Открыть флакон с пахучим веществом, начиная со слабых запахов и поднести к левой ноздре. Попросить пациента сделать глубокий вдох и определить вещество.	Обеспечение проникновения пахучего вещества в обонятельную область. Определение состояния обоняния у пациента.
3. Повторить исследование с другими веществами. При отсутствии восприятия слабых запахов перейти к веществам с резким запахом.	Определение состояния обоняния у пациента.
4. Попросить пациента прижать крыло носа к перегородке слева. Повторить исследование справа аналогичным образом. Оценить результат исследования.	Определение состояния обоняния у пациента.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Снять маску. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Сделать запись о проведённой процедуре.	Документирование процедуры.

Взятие мазка из носа.

Цель: получение материала для бактериологического исследования.

Показания: гнойные и инфекционные заболевания носа.

Противопоказания: наличие большого количества гнойного отделяемого, носовое кровотечение.

Необходимое оснащение: настольная лампа, носовое зеркало, стерильная пробирка, стерильный зонд с накрученным ватным тампоном, спиртовка, вата, носовой зонд, маска, перчатки.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Усадить пациента к источнику света.	Обеспечение комфортного положения и необходимого освещения.
3. Объяснить пациенту ход манипуляции, её цель и получить согласие пациента на проведение процедуры.	Обеспечение прав пациента на информацию.
4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
5. Подготовить стерильный материал для взятия мазка.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение процедуры	
1. Надеть лобный рефлектор, направить пучок света на область носа.	Обеспечение необходимого освещения.
2. Надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Ввести носовое зеркало в полость	Обеспечение достоверности

носа. При наличии гнойного отделяемого, очистить полость ватным тампоном, накрученным на зонд.	бактериологического исследования.
4. Взять стерильную пробирку в левую руку, вынуть зонд с накрученным ватным тампоном правой рукой. Пробирку поместить в штатив.	Создание условий для выполнения манипуляции.
5. Взять носовое зеркало левой рукой и ввести в правую половину носа (или приподнять кончик носа большим пальцем левой руки). Ввести тампон в полость носа вращательным движением.	Создание условий для взятия микрофлоры со слизистой оболочки носа.
6. Извлечь тампон, не касаясь наружной поверхности носа. Взять пробирку из штатива. Обжечь её края над спиртовкой.	Создание условий, препятствующих попаданию посторонней микрофлоры.
7. Аккуратно ввести тампон в пробирку, не касаясь стенок. Поставить пробирку в штатив.	Подготовка к направлению материала в лабораторию.
8. Взять мазок из другой половины носа аналогичным образом.	
Завершение процедуры.	
1. Спросить пациента о его самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Опустить носовое зеркало в дезинфицирующий раствор.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Снять перчатки, маску. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Сделать запись о выполнении манипуляции.	Документирование процедуры.
5. Заполнить направление в	Обеспечение своевременного

бактериологическую лабораторию и
отправить анализ.

выполнения исследования.

ПЗ 2. Диагностика болезней глотки, гортани и трахеи
Теоретическая часть

Л 2.3. Диагностика болезней глотки, гортани и трахеи

Задания к практическому занятию
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ИНСТРУКЦИЯ: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ФАРИНГОСКОПИЯ – ЭТО ОСМОТР:

- а) глотки;
- б) носа;
- в) уха;
- г) гортани;

2. ФАРИНГОСКОПИЮ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:

- а) носового зеркала;
- б) шпателя;
- в) ушной воронки;
- г) иглы Куликовского;

3. ДЛЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) нарушение носового дыхания
- б) потеря голоса
- в) боль при глотании
- г) снижение слуха

4. ТРАХЕОТОМИЯ – ЭТО:

- а) частичное удаление небных миндалин;
- б) удаление язычной миндалины;
- в) удаление носоглоточной миндалины;
- г) рассечение колец трахеи.

5. НЕПРЯМАЯ ЛАРИНГОСКОПИЯ – ЭТО ОСМОТР:

- а) гортани;
- б) уха;
- в) глотки;
- г) носа;

6. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гипосмия;
- б) дисфония;
- в) дисфагия;
- г) дизартрия;

7. РАССЕЧЕНИЕ КОЛЕЦ ТРАХЕИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) тиреотомия;
- б) трахеотомия;
- в) коникотомия;
- г) ларинготомия;

8. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) паратонзиллит
- б) паротит
- в) гайморит
- г) ринит

9. СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА ГОРТАНИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) стеноз;
- б) ларингит;
- в) ларингоспазм;
- г) артроз;

10. ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) возникновение ангин 2-3 раза в год
- б) отсутствие носового дыхания
- в) затруднение глотания
- г) увеличение миндалин

11. АДЕНОИДЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) в носоглотке
- б) в ротоглотке
- в) в гортаноглотке
- г) на корне языка

12. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) тризм жевательных мышц
- б) фибринозные налёты на миндалинах
- в) гнойные островчатые налёты на миндалинах
- г) округлые мелкоточечные налёты на миндалинах

13. СРЕДНИЙ ЭТАЖ ГОРТАНИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) вестибулярный
- б) желудочковый
- в) голосовой
- г) подскладочный

14. КАКИМ ОБРАЗОМ СТЕРИЛИЗУЕТСЯ НОСОГЛОТОЧНОЕ ИЛИ ГОРТАННОЕ ЗЕРКАЛО:

- а) кипячением
- б) содержанием в дезрастворе
- в) прокаливанием над спиртовкой
- г) в сухожаровом шкафу

15. МАЗОК ИЗ ЗЕВА БЕРУТ, ЧТОБЫ ИСКЛЮЧИТЬ:

- а) дифтерию;
- б) сифилис;
- в) туберкулёз;
- г) сальмонеллёз;

16. ЛАКУНАРНУЮ АНГИНУ ВЫЗЫВАЮТ:

- а) вирусы;
- б) стрептококки;
- в) бактерии Лёффлера;
- г) спирохеты;

17. ОБЪЕКТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) боль в горле при глотании;
- б) гнойные пробки в лакунах миндалин;
- в) увеличение миндалин;
- г) кашель;

18. К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГЛОТКИ ОТНОСИТСЯ:

- а) тонзиллит;
- б) ларингит;
- в) отит;
- г) мастоидит;

19. НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, ВЯЛОСТЬ МИМИКИ, ОТВИСАЮЩАЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ, ВЫСОКОЕ КУПОЛООБРАЗНОЕ ТВЁРДОЕ НЁБО – ЭТО ПРИЗНАКИ:

- а) аденоидов;
- б) хронического тонзиллита;
- в) хронического ларингита;
- г) хронического отита;

20. ОСМОТР СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ГЛОТКИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) риноскопия;
- б) ларингоскопия;
- в) мезофарингоскопия;
- г) эпифарингоскопия;

21. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ГОРТАНИ ЧАЩЕ ЗАСТРЕВАЮТ:

- а) в голосовой щели;
- б) в подскладочной области;
- в) в вестибулярном отделе;

- г) в ротоглотке;
22. ПОСТЕПЕННОЕ НАЧАЛО УДУШЬЯ, ЛАЮЩИЙ КАШЕЛЬ, ПЛОТНЫЕ ГРЯЗНО-СЕРЫЕ ПЛЁНКИ НА СТЕНКАХ ГОРТАНИ – ЭТО ПРИЗНАКИ:
- а) дифтерии гортани;
 - б) аллергического отёка гортани;
 - в) острого ларингита;
 - г) травмы гортани;
23. ЛОЖНЫЙ КРУП ВОЗНИКАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ:
- а) до 1 года
 - б) 2-5 лет
 - в) 7-12 лет
 - г) 12-15 лет
24. 3 СТАДИЯ СТЕНОЗА НАЗЫВАЕТСЯ:
- а) компенсации
 - б) разрешения
 - в) асфиксии
 - г) декомпенсации
25. УМЕРЕННАЯ ОДЫШКА В ПОКОЕ, АКРОЦИАНОЗ, СВИСТЯЩЕЕ ДЫХАНИЕ, ЗАПАДЕНИЕ НАДКЛЮЧИЧНЫХ И ПОДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК – ЭТО ПРИЗНАКИ:
- а) 1 стадии стеноза гортани
 - б) 2 стадии стеноза гортани
 - в) 3 стадии стеноза гортани
 - г) 4 стадии стеноза гортани
26. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО КРУПА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) охриплость голоса
 - б) лающий кашель
 - в) боль в горле
 - г) рвота
27. НАЛИЧИЕ НА МИНДАЛИНАХ ОКРУГЛЫХ МЕЛКОТОЧЕЧНЫХ НАЛЁТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:
- а) лакунарной ангины
 - б) фолликулярной ангины
 - в) флегмонозной ангины

г) дифтерии зева

28. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЯМОЙ ЛАРИНГОСКОПИИ ПРИМЕНЯЮТ:

а) носовое зеркало

б) шпатель

в) ларингоскоп

г) отоскоп

29. ОТСУТСТВИЕ ГОЛОСА НАЗЫВАЕТСЯ:

а) аносмия

б) атрофия

в) атрезия

г) афония

30. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛОТКИ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) ринит

б) фарингит

в) ларингит

г) менингит

31. Характерным признаком паратонзиллита является:

а) асимметрия мягкого нёба

б) охриплость голоса

в) кашель

г) гнойные пробки в лакунах

ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

32. УКАЖИТЕ ФУНКЦИИ ГОРТАНИ:

а) дыхательная

б) проведение пищи

в) голосообразующая

г) резонаторная

д) защитная

33. УКАЖИТЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ:

а) острый катаральный ларингит

б) узелки певцов

в) хронический атрофический ларингит

г) отёк Квинке

д) инородное тело гортани

34. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ФУНКЦИИ ГЛОТКИ:

а) проведение пищи

б) обонятельная

- в) голосообразующая
- г) дыхательная
- д) защитная

35. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ ВТОРИЧНАЯ АНГИНА?

- а) лейкоз
- б) сальмонеллёз;
- в) скарлатина;
- г) дизентерия
- д) брюшной тиф

36. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СТАДИИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ:

- а) начальная
- б) компенсации
- в) абсцедирования
- г) субкомпенсации
- д) декомпенсации

37. К ХРОНИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) катаральный
- б) флегмонозный
- г) атрофический
- д) подскладочный
- е) гиперпластический

Алгоритмы манипуляций

Методика работы с лобным рефлектором

Цель: обеспечить освещение обследуемого органа.

Показания: проведение осмотра пациента с ЛОР – заболеванием или выполнение процедур.

Противопоказаний нет.

Необходимое оснащение: настольная лампа, лобный рефлектор, маска, инструменты для осмотра ЛОР-органов.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры и получить его согласие.	Формирование мотивации к сотрудничеству.

3. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Усадить пациента на стул, сбоку от настольной лампы.	Обеспечение необходимого положения тела для проведения процедуры.
5. Сесть напротив пациента, поставив ноги параллельно ногам пациента.	Обеспечение необходимого расстояния для проведения осмотра.
6. Установить настольную лампу справа от пациента на расстоянии 10 см от его правого уха.	Обеспечение условий для освещения лобного рефлектора.
Выполнение процедуры	
1. Укрепить лобный рефлектор на голове с помощью ремня, но не очень туго.	Предупреждение неприятных ощущений у медработника, проводящего осмотр.
2. Установить отверстие зеркала напротив левого глаза, так чтобы видеть в отверстие лицо пациента (контролировать правильность установки, прикрывая правый глаз на короткое время).	Обеспечение условий для осмотра ЛОР - органа.
3. Приблизиться к пациенту на расстояние 25 – 30 см и менять положение зеркала во фронтальной плоскости, добиться попадания сконцентрированного пучка света («зайчика») на обследуемый орган.	Обеспечение условий для фокусирования света.
4. Освещая исследуемый орган рефлектором, произвести его осмотр.	Выполнение манипуляции.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Снять лобный рефлектор.	

3. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Сделать запись о выполнении процедуры.	Документирование процедуры.

Проведение мезофарингоскопии

Цель: определение состояния полости рта и глотки.

Показания: профилактический осмотр состояния глотки, заболевания глотки.

Противопоказаний нет.

Необходимое оснащение: источник света, лобный рефлектор, шпатель, перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Усадить пациента к источнику света, рядом с настольной лампой.	Обеспечение необходимого освещения.
3. Объяснить пациенту ход процедуры и получить согласие на её проведение.	Обеспечение прав пациента на информацию.
4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
5. Надеть лобный рефлектор, сесть напротив пациента, направить отражённый пучок света на область рта.	Обеспечение необходимого освещения.
Выполнение процедуры	
1. Взять шпатель в левую руку. Правой рукой зафиксировать голову пациента.	Обеспечение правильного выполнения процедуры.
2. Попросить пациента открыть рот и провести осмотр слизистых полости	Определение состояния полости рта.

рта зубов и языка.	
3. Прижать шпателем середину языка и осмотреть мягкое нёбо, маленький язычок, нёбные дужки, нёбные миндалины и заднюю стенку глотки.	Определение состояния глотки, выявление патологического очага.
4. Попросить пациента произнести звук «А-а-а».	Определение подвижности мягкого нёба.
5. Положить шпатель в лоток для использованных инструментов.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Снять маску, перчатки, лобный рефлектор. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3. Сделать запись о результатах проведённой процедуры.	Документирование процедуры.

Взятие мазка со слизистой глотки

Цель: получение материала для бактериологического исследования.

Показания: определение возбудителя заболевания.

Противопоказаний нет.

Необходимое оснащение: источник света, стерильная пробирка, стерильный зонд с накрученным ватным тампоном, шпатель, спиртовка, резиновые перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры и получить согласие на её проведение.	Обеспечение прав пациента на информацию.

3. Усадить пациента к источнику света, рядом с настольной лампой.	Обеспечение необходимого освещения.
4. Вымыть и сушить руки, надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение процедуры	
1. Сесть напротив пациента, надеть лобный рефлектор, осветить полость рта.	Обеспечение условий для выполнения процедуры.
2. Взять пробирку в левую руку между 4 и 5 пальцем, взять шпатель этой же рукой, попросить пациента открыть рот, отжать шпателем язык.	Обеспечение условий для выполнения процедуры.
3. Взять правой рукой зонд с накрученным ватным тампоном из пробирки, аккуратно ввести в полость рта, не касаясь языка и зубов. Провести тампоном по слизистой нёбной миндалины и нёбной дужки справа, а затем слева.	Обеспечение правильного забора материала для бактериологического исследования.
4. Аккуратно извлечь тампон, не касаясь языка, извлечь шпатель. Опустить шпатель в дезинфицирующий раствор.	Обеспечение инфекционной безопасности.
5. Обжечь края пробирки над спиртовкой.	Предупреждение попадания посторонней микрофлоры.
6. Опустить тампон в пробирку, не касаясь её стенок. Поставить пробирку в штатив.	Подготовка для сдачи материала в лабораторию.
Завершение процедуры	
1. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
2. Снять маску, перчатки, лобный рефлектор. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

3. Сделать запись о результатах проведённой процедуры.	Документирование процедуры.
4. Выписать направление в бактериологическую лабораторию и отправить материал.	Обеспечение своевременного исследования материала.

Примечание: проводить забор материала лучше натощак или не раньше 2 часов после еды.

Проведение непрямой ларингоскопии

Цель: определение состояния слизистой оболочки гортани, желудочковых и голосовых складок.

Показания: профилактический осмотр гортани, заболевания гортани.

Противопоказания: дети в возрасте до 5 лет, бессознательное состояние.

Необходимое оснащение: настольная лампа, лобный рефлектор, гортанное зеркало, марлевая салфетка, спиртовка, перчатки, маска.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
1. Надеть маску.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Объяснить пациенту ход процедуры и получить согласие на её проведение.	Обеспечение прав пациента на информацию.
3. Усадить пациента справа от источника света.	Обеспечение эффективного освещения.
4. Подготовить оснащение.	Обеспечение эффективного выполнения процедуры.
5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
6. Сесть напротив пациента, надеть лобный рефлектор, направить свет от рефлектора на область рта.	Обеспечение эффективного освещения.
Выполнение процедуры	

1. Взять гортанное зеркало, подогреть его над спиртовкой 2 – 3 сек.	Предупреждение запотевания зеркала.
2. Проверить нагрев зеркала, приложив его к тыльной поверхности левой кисти у первого пальца.	Предупреждение ожога слизистой полости рта.
3. Попросить пациента открыть рот и высунуть язык вперёд. Обернуть кончик языка салфеткой, придерживая первым и третьим пальцами. А вторым пальцем отодвинуть верхнюю губу.	Создание условий для проведения осмотра гортани.
4. Ввести правой рукой гортанное зеркало, обращённое зеркальной поверхностью книзу. Задней поверхностью зеркала отклонить маленький язычок кверху.	Обеспечение условий для осмотра полости гортани.
5. Освещая гортанное зеркало рефлектором, провести осмотр надгортанника, слизистой гортани, голосовых складок.	Определение состояния слизистой гортани и голосовых складок.
6. Попросить пациента протяжно произносить звук «И-и-и».	Определение подвижности голосовых складок при фонации.
Завершение процедуры	
1. Извлечь гортанное зеркало из полости рта, удалить салфетку. Опустить гортанное зеркало в дезинфицирующий раствор, а салфетку в лоток для отработанного материала.	Обеспечение инфекционной безопасности.
2. Спросить пациента о самочувствии.	Определение реакции пациента на процедуру.
3. Снять лобный рефлектор, маску, перчатки. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Сделать запись о выполнении	Документирование процедуры.

процедуры.	
------------	--

Примечание: при наличии повышенного рвотного рефлекса, провести обработку задней стенки глотки и корня языка раствором для местной анестезии (2% раствором дикаина или лидокаином в аэрозольной упаковке).

ДИАГНОСТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ)

ПЗ 1. Методика исследования органа зрения

Теоретическая часть

Л 2.1. Методика исследования органа зрения

Вопросы к практическому занятию

1. Назовите основные кости орбиты.
2. Перечислите содержимое орбиты.
3. Функции и строение век.
4. Функции конъюнктивы.
5. Функции и строение слезного аппарата.
6. Оболочки глазного яблока.
7. Функции склеры и роговицы.
8. Составные части сосудистого тракта и их функции.
9. Сетчатка, ее функции.
10. Перечислите функции зрительного анализатора.
11. Что такое острота зрения?
12. Методы исследования остроты зрения.
13. Что такое периферическое зрение?
14. Методы исследования периферического зрения.
15. Что такое цветоощущение? Методы его определения.
16. Что такое бинокулярное зрение? Методы его определения.
17. Что такое рефракция глаза?
18. Перечислите виды клинической рефракции глаза.
19. Как определить рефракцию субъективным методом?
20. Что такое аккомодация? Механизм аккомодации.
21. Что такое пресбиопия? Ее коррекция.

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

ПРЕТЕСТ

Вариант 1

1. ОРБИТА ИМЕЕТ ФОРМУ:

- а) трехгранной пирамиды
- б) конусовидную форму
- в) четырехгранной пирамиды
- г) форму квадрата

2. ФУНКЦИЯ СЛЕЗНОГО АППАРАТА:

- а) слезообразующая, слезоотводящая
- б) продукция внутриглазной жидкости
- в) защитная
- г) питательная

3. МЕСТО ПРЕХОДА РОГОВИЦЫ В СКЛЕРУ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) шлеммов канал
- б) линия

- в) хиазма
 - г) лимб
4. СРЕДНЯЯ ОБОЛОЧКА СОСТОИТ ИЗ:
- а) радужки, склеры, хориоидеи
 - б) радужки, цилиарного тела, хориоидеи
 - в) радужки, роговицы
 - г) радужки, цилиарного тела
5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ФУНКЦИИ РАДУЖКИ:
- а) питает хрусталик
 - б) продуцирует ВГЖ
 - в) регулирует поток света
 - г) участие в акте аккомодации
6. К ЗАЩИТНОМУ АППАРАТУ ГЛАЗА ОТНОСЯТСЯ:
- а) веки, глазница
 - б) сетчатка
 - в) хориоидея
 - г) слезное мяско
7. НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ ХОРИОИДЕИ:
- а) продуцирует внутриглазную жидкость
 - б) обеспечивает фотохимические процессы
 - в) регулирует поток света
 - г) питание сетчатки
8. КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ЗРЕНИЕ:
- а) палочковым аппаратом
 - б) зрительным нервом
 - в) колбочковым аппаратом
 - г) периферией сетчатки
9. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНА РЕФРАКЦИЯ:
- а) эмметропия
 - б) миопия
 - в) гиперметропия
 - г) астигматизм
10. С КАКОГО РАССТОЯНИЯ ПАЦИЕНТ С ОСТРОТОЙ ЗРЕНИЯ 1,0 РАЗЛИЧАЕТ ОПТОТИПЫ 10-ГО РЯДА ТАБЛИЦЫ СИВЦЕВА-ГОЛОВИНА:
- а) 50 м
 - б) 10 м
 - в) 5 м
 - г) 1 м

ПРЕТЕСТ
Вариант № 2

1. СОДЕРЖИМОЕ ОРБИТЫ:
- а) мышцы, нервы, сосуды, клетчатка, глазное яблоко
 - б) мышцы, нервы, сосуды
 - в) глазное яблоко
 - г) глазное яблоко, мышцы
2. НИЖНЯЯ СТЕНКА ОРБИТЫ ГРАНИЧИТ:
- а) лобной пазухой

- б) гайморовой пазухой
- в) решетчатой пазухой
- г) клиновидной пазухой

3. НАИБОЛЕЕ СИЛЬНАЯ ПРЕЛОМЛЯЮЩАЯ СРЕДА ГЛАЗА:

- а) хрусталик
- б) сетчатка
- в) камерная влага
- г) роговица

4. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ФУНКЦИИ РОГОВИЦЫ:

- а) защитная, преломляющая
- б) формирует периферическое зрение
- в) участие в акте аккомодации
- г) формирует центральное зрение

5. НАЗОВИТЕ ФУНКЦИИ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА:

- а) продуцирует питательные вещества
- б) продуцирует внутриглазную жидкость
- в) питает сетчатку
- г) регулирует ВГД

6. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЗРАЧНОСТИ СРЕД ГЛАЗА ПРИМЕНЯЮТ:

- а) осмотр в проходящем свете
- б) метод бокового освещения
- в) периметрию
- г) тонометрию

7. ФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЗРЕНИЯ РЕГУЛИРУЮТ:

- а) остроту зрения, цветоощущение
- б) поле зрения, бинокулярное зрение
- в) светоощущение
- г) поле зрения

8. ЗРИТЕЛЬНЫЙ АКТ СОСТОИТ ИЗ ЧЕТЫРЕХ ЭТАПОВ:

- а) фотохимический процесс + корковые центры + аккомодация + зрачковая реакция + глазодвигательные мышцы
- б) фотохимический процесс + цилиарные мышцы + глазодвигательные мышцы + корковые центры
- в) оптические среды + нервные волокна + фотохимические процессы + глазодвигательные мышцы
- г) оптические среды + фотохимический процесс + нервные волокна + корковые центры.

9. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СЕТЧАТКИ:

- а) область желтого пятна
- б) периферия сетчатки
- в) зубчатая линия сетчатки
- г) область ДЗН

10. РЕФРАКЦИЯ - ЭТО:

- а) защитная способность глаза
- б) оптическая возможность
- в) бинокулярное зрение
- г) преломляющая способность глаза

ПРЕТЕСТ
Вариант № 3

1. СТРОЕНИЕ ВЕК ПОСЛОЙНО:

- а) кожа, мышца, конъюнктива
- б) кожа, хрящ
- в) кожа, подкожная клетчатка
- г) кожа, подкожная клетчатка, мышца, хрящ, конъюнктива

2. ГЛАЗНОЕ ЯБЛОКО ИМЕЕТ:

- а) три оболочки
- б) две оболочки
- в) четыре оболочки
- г) одну плотную оболочку

3. ПРОЗРАЧНЫЕ ВНУТРИГЛАЗНЫЕ СРЕДЫ:

- а) хрусталик, радужка
- б) радужка, цилиарное тело
- в) хрусталик, стекловидное тело
- г) стекловидное тело, склера

4. ПИТАНИЕ РОГОВИЦЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) влагой передней камеры
- б) слезой
- в) только 1, 2
- г) за счет перилимбальных сосудов

5. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ХРУСТАЛИКА:

- а) регулирует офтальмотонус
- б) участие в акте аккомодации, преломляет
- в) питание стекловидного тела
- г) питание сетчатки

6. ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ СЕТЧАТКИ:

- а) регулирует поток света
- б) обеспечивает зрение в темноте
- в) обеспечивает первый этап акта зрения
- г) поддерживает тургор глаза

7. КАКОЙ ЧАСТЬЮ СЕТЧАТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗРЕНИЕ:

- а) зрительным нервом
- б) палочковым аппаратом
- в) колбочковым аппаратом
- г) биполярными клетками

8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

- а) периметра
- б) таблицы Сивцева-Головина
- в) полихроматических таблиц профессора Рабкина
- г) четырехточечного цветотеста

9. ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ЗРЕНИЕ СЛУЖИТ ДЛЯ:

- а) ориентации в пространстве
- б) обеспечивает ночное и сумеречное зрение
- в) обеспечивает дневное зрение

г) определения цветовых тонов

10. АКТ АККОМОДАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

а) роговицы

б) хрусталика, цилиарного тела, цинновых связок

в) хрусталика, хориоидеи

г) роговицы, сетчатки

ПОСТТЕСТ

Вариант № 1

1. НАРУШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОЛНОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ:

а) дыхательная недостаточность

б) нарушение речи

в) сердечная недостаточность

г) дефицит самообслуживания

2. УХУДШЕНИЕ ЗРЕНИЯ ПРИ ЧТЕНИИ ВБЛИЗИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ:

а) склерите

б) частичном птозе

в) пресбиопии

г) вывороте века

3. КОРРЕКЦИЯ ЗРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ОЧКОВ ПРИ:

а) иридоциклите

б) глаукоме

в) миопии, гиперметропии

г) кератите

4. ПОДСТАВЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ:

Степени	миопии:	Степени	гиперметропии:
слабая-----		слабая-----	
средняя-----		средняя-----	
высокая-----		высокая-----	

5. ГИПЕРМЕТРОПИЮ НУЖНО КОРРЕГИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩИМ СТЕКЛОМ, КОТОРОЕ ДАЕТ ОПТИМАЛЬНУЮ ОСТРОТУ ЗРЕНИЯ:

а) наиболее слабым положительным стеклом

б) наиболее слабым отрицательным стеклом

в) наиболее сильным отрицательным стеклом

г) наиболее сильным положительным стеклом

6. ГДЕ НАХОДИТСЯ ЗАДНИЙ ГЛАВНЫЙ ФОКУС У ГИПЕРМЕТРОПА?

а) на сетчатке

б) перед сетчаткой

в) за сетчаткой

г) в хрусталике

7. ВИДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА:

а) эмметропия

б) гиперметропия

в) миопия

г) все указанное

8. МИОПИЮ В 5,0 Д СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

а) к слабой степени

- б) к средней степени
- в) к высокой степени
- г) к очень высокой степени

ПОСТТЕСТ
Вариант № 2

1. УКАЖИТЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА С ВЫСОКОЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ:

- а) плохо видит вдаль
- б) кашель
- в) кожный зуд
- г) отсутствие цветного зрения

2. ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ ВЫПИСАТЬ ОЧКИ:

- а) (+) 2,0Д
- б) (+) 0,75Д
- в) (-) 1,5Д
- г) (+) 6,0Д

3. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ЭММЕТРОПА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ:

- а) 40,0 Д
- б) 50,0 Д
- в) 60,0 Д
- г) 70,0 Д

4. ПОДСТАВЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ:

Степени	миопии:	Степени	гиперметропии:
слабая-----		слабая-----	
средняя-----		средняя-----	
высокая-----		высокая-----	

5. МИОПИЮ НУЖНО КОРРЕГИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩИМИ СТЕКЛАМИ, КОТОРЫЕ ДАЮТ ОПТИМАЛЬНУЮ ОСТРОТУ ЗРЕНИЯ:

- а) наиболее слабым положительным стеклом
- б) наиболее слабым отрицательным стеклом
- в) наиболее сильным отрицательным стеклом
- г) наиболее сильным положительным стеклом

6. ГДЕ НАХОДИТСЯ ЗАДНИЙ ГЛАВНЫЙ ФОКУС У ЭММЕТРОПА?

- а) на сетчатке
- б) за сетчаткой
- в) перед сетчаткой
- г) в хрусталике

7. ПАРАЛИЧ АККОМОДАЦИИ ВЫЗЫВАЮТ ЗАКАПЫВАНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ 7-10 ДНЕЙ:

- а) 2% раствора новокаина
- б) 1% раствора атропина
- в) 1% раствора новокаина
- г) все вышеуказанное

8. В МЕХАНИЗМЕ АККОМОДАЦИИ УЧАСТВУЮТ:

- а) цилиарная мышца
- б) цинновы связки
- в) хрусталик
- г) все вышеуказанное

ПОСТТЕСТ

Вариант № 3

1. УКАЖИТЕ ПРОЗРАЧНЫЕ ОТДЕЛЫ ГЛАЗ:

- а) склера
- б) хрусталик, роговица
- в) веки
- г) радужка

2. ПРИ ДАЛЬНОЗОРКОСТИ ВЫПИСАТЬ ОЧКИ:

- а) (-) 2,0 Д
- б) (+) 1,0 Д
- в) (-) 1,5 Д
- г) (-) 2,75 Д

3. КАК ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ПО ВИДУ?

- а) эмметропия
- б) гиперметропия
- в) миопия
- г) все вышеуказанное

4. К СОРАЗМЕРНОЙ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗА ОТНОСИТСЯ:

- а) эмметропия
- б) гиперметропия
- в) миопия
- г) только «б» и «в»

5. ГИПЕРМЕТРОПИЮ В 4,0 Д СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К:

- а) слабой степени
- б) средней степени
- в) высокой степени
- г) очень высокой степени

6. ГДЕ НАХОДИТСЯ ЗАДНИЙ ГЛАВНЫЙ ФОКУС У МИОПА?

- а) на сетчатке
- б) за сетчаткой
- в) перед сетчаткой
- г) в хрусталике

7. КАКИЕ ФАКТОРЫ УЧИТЫВАЮТ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПРЕСБИОПИИ:

- а) клиническую рефракцию пациента
- б) возраст пациента
- в) длительность пребывания в очках
- г) только «а», «б»

8. С КАКОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРЕСБИОПИЯ У ЭММЕТРОПОВ?

- а) 30 – 35 лет
- б) 40 – 45 лет
- в) 50 – 55 лет
- г) 60 – 65 лет

Ситуационные задачи

Задача № 1

Выписать очки для работы пациенту 45 лет с эмметропией. $D_{pp} = 56$ мм.

Задача № 2

Выписать очки для работы пациенту 55 лет с эмметропией. $D_{pp} = 58$ мм.

Задача № 3

Выписать очки для работы пациенту 40 лет с гиперметропией (+) 1,0 Д. $D_{pp} = 58$ мм.

Задача № 4

Выписать очки для работы пациенту 45 лет с гиперметропией (+) 1,5 Д. $D_{pp} = 60$ мм.

Задача № 5

Выписать очки для работы пациенту 50 лет с гиперметропией (+) 2,0 Д. $D_{pp} = 60$ мм.

Задача № 6

Выписать очки для работы пациенту 40 лет с миопией (-) 1,0 Д. $D_{pp} = 62$ мм.

Задача № 7

Выписать очки для работы пациенту 45 лет с миопией (-) 1,5 Д. $D_{pp} = 60$ мм.

Задача № 8

Выписать очки для работы пациенту 50 лет с миопией (-) 2,0 Д. $D_{pp} = 58$ мм.

Задача № 9

Выписать очки для работы пациенту 40 лет с эмметропией. $D_{pp} = 62$ мм.

Задача № 10

Выписать очки для работы пациенту 55 лет с миопией (-) 2,5 Д. $D_{pp} = 56$ мм

Манипуляции для освоения студентами:

1. Определение остроты зрения.
2. Определение рефракции субъективным методом.
3. Определение полей зрения.
4. Наружный осмотр глаза.

Определение остроты зрения.

Цель: выявление снижения остроты зрения.

Показания: обязательное исследование при первичном осмотре пациента офтальмологом, контроль эффективности лечения.

Противопоказания: тяжелое соматическое состояние, неадекватное поведение пациента, отсутствие предметного зрения.

Оснащение: аппарат Рота, таблица Сивцева-Головина, щиток, указка.

Последовательность проведения определения остроты зрения.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Усадить пациента на расстоянии 5 метров лицом к аппарату Рота.	Обеспечение достоверных данных исследования.

2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3. Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение сознательного участия пациента в манипуляции и права на информацию.
Выполнение манипуляции	
1. Прикрыть щитком левый глаз, объяснив пациенту, что он не должен закрывать или прищуривать левый глаз.	Исключение из акта зрения левого глаза и обеспечение достоверности данных.
2. Показывать оптоотипы указкой с длительностью экспозиции каждого знака не более 2-3 секунд.	Обеспечение достоверных данных исследования.
3. При отсутствии распознавания оптоотипов текущей строки перейти к указанию оптоотипов вышестоящей строки.	Этап определения остроты зрения.
4. Прикрыть щитком правый глаз.	Исключение из акта зрения правого глаза и обеспечение достоверности данных.
5. Показывать оптоотипы указкой с длительностью экспозиции каждого знака не более 2-3 секунд.	Обеспечение достоверных данных исследования.
6. При отсутствии распознавания оптоотипов текущей строки перейти к указанию оптоотипов выше стоящей строки.	Этап определения остроты зрения.
Окончание манипуляции	
1. Записать полученные значения остроты зрения.	Документирование результатов исследования остроты зрения.

Примечания: исследование остроты зрения у детей проводится по таблице, где оптоотипы заменены рисунками. При наличии жалоб на снижение остроты зрения исследование начинают с первой строки таблицы. При отсутствии жалоб на снижение остроты зрения исследование можно начать с 10 строки. Допускается неправильное распознавание одного оптоотипа в рядах 03-06 и двух оптоотипов в рядах 07-1. Оптоотипы показывать в разбивку. Исследующий должен постоянно контролировать правильное положение пациента, наблюдая за ним на протяжении всего исследования.

Осложнения: нет.

Определение рефракции субъективным методом.

Цель: выявление вида и степень аномалии рефракции.

Показания: наличие нарушений остроты зрения.

Противопоказания: тяжелое соматическое состояние, неадекватное поведение пациента, отсутствие предметного зрения.

Оснащение: аппарат Рота, таблица Сивцева-Головина, набор корригирующих линз, пробная оправа, указка.

Последовательность проведения определения рефракции субъективным методом.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Усадить пациента на расстоянии 5 метров лицом к аппарату Рота.	Обеспечение достоверных данных исследования.
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3. Объяснить цель и ход манипуляции, получить сог-ласие.	Обеспечение сознательного участия пациента в манипуляции и права на информацию.
Выполнение манипуляции	
1. Надеть пробную оправу, подогнав ее по размерам лица пациента.	Создание необходимых условий для проведения исследования.
2. Поставить непрозрачный экран в оправу перед левым глазом.	Исключение из акта зрения левого глаза и обеспечение достоверности данных.
3. Вставить в пробную оправу линзу (+) 0,5 D.	Этап определения рефракции правого глаза.
4. При улучшении остроты зрения менять линзы с кратностью (+) 0,5 D до получения остроты зрения 1,0.	Этап определения рефракции правого глаза.
5. При ухудшении остроты зрения сменить линзу на (-) 0,5 D.	Этап определения рефракции правого глаза.
6. При улучшении остроты зрения менять линзы с кратностью (-) 0,5 D до получения остроты зрения 1,0.	Этап определения рефракции правого глаза.
7. Провести подобные исследования на левом глазу (пп. 2 - 6).	Этапы определения рефракции левого глаза.
Окончание манипуляции	
1. Записать полученные значения рефракции глаза.	Документирование результатов исследования рефракции глаза.

Примечания: запись данных проводить по порядку:

Vis OD = 0,1 с кор (-) 1,0 D = 1,0

R- M 1,0 D.

Осложнения: нет.

Исследование полей зрения контрольным методом.

Цель: определение грубых нарушений полей зрения.

Показания: патологические процессы сетчатки, зрительных путей и коркового анализатора.

Противопоказания: неадекватное поведение пациента, отсутствие предметного зрения.

Оснащение: нет.

Последовательность проведения исследования полей зрения контрольным методом.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1.Выбор места с достаточным освещением для проведения манипуляции.	Обеспечение достоверных данных исследования
2.Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3.Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение сознательного участия пациента в манипуляции и права на информацию.
4.Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение манипуляции	
1.Поместить пациента спиной к свету.	Оптимальное положение для проведения манипуляции.
2.Занять место против пациента на расстоянии 1 метра.	Оптимальное положение для проведения манипуляции.
3.Закрыть один глаз пациента ладонью.	Исключение из акта зрения не исследуемого глаза.
4.Закрыть свой глаз, противоположный закрытому глазу у пациента.	Возможность адекватного сравнения поля зрения исследуемого со своим полем зрения.
5.Попросить пациента фиксировать взор на глазу исследуемого.	Обеспечение фиксации глазного яблока пациента.
6.Плавно передвинуть большой палец свободной руки от периферии к центру на одинаковом расстоянии между собой и пациентом.	Возможность адекватного сравнения поля зрения исследуемого со своим полем зрения.
7. Сравнить момент появления или исчезновения восприятия большим большого пальца со своим восприятием.	Выявление грубых нарушений полей зрения.
Окончание манипуляции	
1.Зафиксировать результаты проведенной манипуляции.	Документирование результатов исследования.
3.Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.

Примечания: исследование возможно при наличии нормального поля зрения у исследуемого, исследование необходимо проводить не менее трех раз для исключения возможных ошибок.

Осложнения: нет.

Наружный осмотр глаза.

Цель: оценка вида и состояния придаточного аппарата и глазного яблока.

Показания: патологические процессы органа зрения.

Противопоказания: нет.

Оснащение: настольная лампа.

Последовательность проведения наружного осмотра глаза.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Подготовить место осмотра пациента, установив лампу слева и спереди от него.	Создание оптимальных условий для проведения манипуляции.
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3. Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение права на информацию.
4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение манипуляции	
1. Определить расположение и подвижность век, предложив больному плотно зажмурить глаза.	Определение двигательной функции мышц века.
2. Обратит внимание на правильный рост ресниц.	Определение патологических процессов, мешающих правильному росту ресниц.
3. Определить выраженность слезных точек и их положение по отношению к слезному озеру.	Выявление аномалий развития слезоотводящего аппарата.
4. Надавить на область слезного мешка.	Выявление возможного отхождения через слезные точки патологического содержимого слезного мешка
5. Приподнять верхнее и оттянуть нижнее веко для осмотра конъюнктивального мешка.	Выявление патологических процессов в конъюнктиве.
6. Определить стояние, величину, форму и положение глазных яблок в глазнице.	Выявление возможного косоглазия или нистагма. Смещение глазного яблока кпереди – экзофтальм, кзади – эндофтальм.
7. Определить объем движений глазного яблока во всех направлениях.	Выявление патологических состояний глазодвигательного аппарата.
8. Определить цвет склеры.	Выявление патологических состояний склеры.
9. Определить прозрачность, зеркальность, блеск и влажность роговой оболочки.	Выявление патологических состояний роговицы.
Окончание манипуляции	
1. Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.

Примечания: осмотр у детей проводят, отвлекая ребенка занимательным разговором.

Осложнения: нет.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

- Аккомодация** — способность глаза видеть на различных расстояниях
- Амблиопия** — понижение зрения из-за аномалий рефракции
- Аметропия** — главный фокус находится впереди или позади сетчатки
- Анизокория** — неравномерная ширина зрачка
- Анофтальм** — отсутствие глазного яблока
- Бинокулярное зрение** — способность глаза воспринимать предметы в их пространственном соотношении
- Биомикроскопия** — исследование глазного яблока с помощью щелевой лампы
- Близорукость** — миопия, плохое зрение вдаль и хорошее на близком расстоянии
- Гиперметропия** — главный фокус располагается за сетчаткой, дальнозоркость
- Диоптрия** — единица измерения преломляющей силы линзы с фокусным расстоянием в 1 м
- Зрачок** — круглое отверстие в центре радужки
- Контактная коррекция** — подбор контактных линз
- Коррекция** — подбор необходимых линз
- Лимб** — место соединения склеры и роговицы
- Мидриаз** — расширение зрачка
- Миоз** — сужение зрачка
- Миопия** — близорукость, плохое зрение вдаль и хорошее на близком расстоянии, главный фокус располагается перед сетчаткой
- Нистагм** — двусторонние качательные движения глазного яблока
- Офтальмоскопия** — осмотр глазного дна
- Периметрия** — исследование границ поля зрения на сферической поверхности
- Пресбиопия** — возрастное ослабление аккомодации
- Рефракция** — преломляющая способность глаза
- Светоощущение** — способность глаза к восприятию света в различных степенях его яркости
- Синаптофор** — аппарат для лечения косоглазия и амблиопии
- Скиаскопия** — исследование рефракции глаза с помощью скиаскопических линеек
- Слепое пятно** — проекция в пространстве диска зрительного нерва
- Хориоидея** — собственно сосудистая оболочка глаза
- Хрусталик** — прозрачное, сильно преломляющее свет тело, расположенное сзади радужки
- Цветоаномалия** — расстройство цветоощущения
- Экзофтальм** — смещение глазного яблока вперед
- Эмметропия** — нормальная рефракция глаза, при которой главный фокус находится на сетчатке
- Энофтальм** — западение глазного яблока

ПЗ 2. Диагностика травм органа зрения Теоретическая часть

Л 2.4. Диагностика травм органа зрения

Вопросы к практическому занятию

1. Классификация глазного травматизма.
2. Травмы глазницы.
3. Травмы вспомогательного аппарата.
4. Повреждения конъюнктивы.
5. Повреждения роговицы.
6. Тупая травма глаза.
7. Непроницающие ранения глазного яблока.
8. Проникающие ранения глазного яблока.
9. Классификация ожогов органа зрения.
10. Химические ожоги глаз. Ожоги кислотами.
11. Химические ожоги глаз. Ожоги щелочами.
12. Термические ожоги глаз.
13. Ожоги век.
14. Поражение газовым оружием.
15. Лучевые ожоги глаз.
16. Ожоги глаз твёрдыми химическими веществами.

Задания к практическому занятию

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Вариант 1

1. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕР ТРАВМ ГЛАЗА:

- 1) механические
- 2) химические ожоги
- 3) термические ожоги
- 4) поражение лучистой энергией

2. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА КОНЪЮНКТИВЫ:

- 1) кровотечение, слезотечение
- 2) слезотечение, светобоязнь
- 3) боль в глазу
- 4) гнойное отделяемое

3. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ:

- 1) легкого повреждения
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелым повреждениям
- 4) очень тяжелым

4. ПРИ РЕТРОБУЛЬВАРНОЙ ГЕМАТОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) экзофтальм
- 2) ограничение подвижности глазного яблока
- 3) повышение ВГД
- 4) снижение ВГД

5. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СМЕЩЕНИЕ ХРУСТАЛИКА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) в стекловидное тело
- 2) в переднюю камеру
- 3) под конъюнктиву
- 4) под склеру

6. ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ РОГОВИЦЫ:

- 1) покраснение глаза
- 2) слезотечение
- 3) светобоязнь
- 4) резкая боль в глазу

7. ПРИЧИНЫ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ:

- 1) дегенеративные изменения
- 2) травма
- 3) высокая близорукость
- 4) повышение ВГД

8. ОЖОГИ ГЛАЗА МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ:

- 1) химическими факторами
- 2) термическими факторами
- 3) лучевыми факторами
- 4) рентгеновскими факторами

Вариант 2

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА КОНЪЮНКТИВЫ:

- 1) лимб
- 2) переходная складка
- 3) нижнее веко
- 4) верхнее веко

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАНЕНИЯ ГЛАЗНИЦЫ:

- 1) деформация стенок глазницы
- 2) эмфизема век и глазницы
- 3) экзофтальм
- 4) дефект роговицы

3. КЛИНИКА НЕПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ РОГОВИЦЫ:

- 1) светобоязнь
- 2) слезотечение
- 3) блефароспазм
- 4) спокойный глаз

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОНТУЗИИ КОНЪЮНКТИВЫ:

- 1) субконъюнктивальное кровоизлияние
- 2) гематома век
- 3) гнойное отделяемое
- 4) птоз верхнего века

5. ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ РОГОВИЦЫ:

- 1) покраснение глаза
- 2) слезотечение
- 3) светобоязнь
- 4) резкая боль в глазу

6. ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ:

- 1) легкого повреждения
- 2) средней тяжести
- 3) тяжелым повреждениям
- 4) очень тяжелым

7. ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ ВОЗНИКАЕТ ПОМУТНЕНИЕ ХРУСТАЛИКА:

- 1) быстрое и диффузное
- 2) постепенное
- 3) отсроченное
- 4) помутнения не происходит

8. ОЖОГИ КОНЪЮНКТИВЫ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) легкой степени
- 2) тяжелой степени
- 3) очень тяжелой степени
- 4) средней степени

Вариант 3

1. ПРИ КОНТУЗИИ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) перикорнеальная инъекция
- 2) боли в области глаза
- 3) паралич аккомодации
- 4) нормальное ВГД

2. ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ВСЕГДА ИМЕЕТСЯ ОПАСНОСТЬ:

- 1) зияния раны с выпадением оболочек
- 2) проникновения инфекции внутрь глаза
- 3) кровоизлияния в стекловидное тело
- 4) развитие симп. офтальмии

3. КОНТУЗИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРОВОДИТ К:

- 1) нормальной остроте зрения
- 2) снижению остроты зрения
- 3) разрыву оболочек глаза
- 4) снижению ВГД

4. ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ:

- 1) сквозное
- 2) непроникающее
- 3) проникающее
- 4) комбинированное

5. КОНТУЗИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ РАДУЖКИ СЛЕДУЮЩИЕ:

- 1) мидриаз
- 2) миоз
- 3) дегенерация радужки
- 4) надрыв радужки

6. КОНТУЗИОННЫЕ ПОМУТНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ИСЧЕЗАЮТ:

- 1) через 1 сутки
- 2) через 2 суток
- 3) через 3 суток
- 4) через 5 суток

7. НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕР ТРАВМ ГЛАЗА:

- 1) механические
- 2) химические ожоги
- 3) термические ожоги
- 4) поражение лучистой энергией

8. ОЖОГИ ГЛАЗА МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ:

- 1) химическими факторами
- 2) термическими факторами
- 3) лучевыми факторами
- 4) рентгеновскими факторами

Ситуационные задачи

Задача №1

К Вам обратился за помощью тракторист. С его слов, во время ремонта трактора при ударе металлом о металл кусочек отлетел и ранил правый глаз. Жалобы на боли в правом глазу, покраснение, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения правого глаза.

Объективно: правый глаз – острота зрения снижена до светоощущения, на роговице рана длиной 3 мм. В рану выпала и ущемилась радужка, зрачок подтянут к ране, передняя камера мелкая, сгустки крови на радужке в области раны, помутнение хрусталика, гипотония.

Задание: определите и обоснуйте состояние пациента.

Задача № 2

К вам обратился больной с жалобой на ухудшение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что, когда он работал в мастерской, глаз травмировал куском металла. Объективно: роговица не повреждена, глубокая передняя камера, рана и кровоизлияние в конъюнктиве склеры, гипотония. Поставьте диагноз (выбрать правильный ответ).

1. Контузия.
2. Проникающее ранение роговицы.
3. Проникающее ранение склеры.
4. Проникающее корнеосклеральное ранение.
5. Иностранное тело конъюнктивы.

Задача № 3

В цехе химического предприятия разорвался шланг, и струя раствора каустической соды попала рабочему в оба глаза. Он обратился к Вам за помощью с жалобами на боль, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения обоих глаз.

Объективно: на коже век обоих глаз пузыри, отек и поверхностный некроз слизистой оболочки с наличием легко снимаемых беловатых пленок, поверхностное повреждение роговицы с точечными помутнениями.

Задание: определите и обоснуйте состояние пациента.

Манипуляции для освоения студентами:

1. Определение остроты зрения.
2. Определение полей зрения контрольным методом.
3. Наружный осмотр глаза.
4. Выворот нижнего века.
5. Выворот верхнего века с помощью пальцев.
6. Выворот верхнего века с помощью стеклянной палочки.
7. Осмотр глаза комбинированным методом.

Определение остроты зрения.

Цель: выявление снижения остроты зрения.

Показания: обязательное исследование при первичном осмотре пациента офтальмологом, контроль эффективности лечения.

Противопоказания: тяжелое соматическое состояние, неадекватное поведение пациента, отсутствие предметного зрения.

Оснащение: аппарат Рота, таблица Сивцева-Головина, щиток, указка.

Последовательность проведения определения остроты зрения.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Усадить пациента на расстоянии 5 метров лицом к аппарату Рота.	Обеспечение достоверных данных исследования.
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3. Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение сознательного участия пациента в манипуляции и права на информацию.
Выполнение манипуляции	
1. Прикрыть щитком левый глаз, объяснив пациенту, что он не должен закрывать или прищуривать левый глаз.	Исключение из акта зрения левого глаза и обеспечение достоверности данных.
2. Показывать оптоотипы указкой с длительностью экспозиции каждого знака не более 2-3 секунд.	Обеспечение достоверных данных исследования.
3. При отсутствии распознавания оптоотипов текущей строки перейти к указанию оптоотипов вышестоящей строки.	Этап определения остроты зрения.
4. Прикрыть щитком правый глаз.	Исключение из акта зрения правого глаза и обеспечение достоверности данных.
5. Показывать оптоотипы указкой с длительностью экспозиции каждого знака не более 2-3 секунд.	Обеспечение достоверных данных исследования.
6. При отсутствии распознавания оптоотипов текущей строки перейти к указанию оптоотипов выше стоящей строки.	Этап определения остроты зрения.

Окончание манипуляции	
1. Записать полученные значения остроты зрения.	Документирование результатов исследования остроты зрения.

Примечания: исследование остроты зрения у детей проводится по таблице, где оптоотипы заменены рисунками. При наличии жалоб на снижение остроты зрения исследование начинают с первой строки таблицы. При отсутствии жалоб на снижение остроты зрения исследование можно начать с 10 строки. Допускается неправильное распознавание одного оптоотипа в рядах 03-06 и двух оптоотипов в рядах 07-1. Оптоотипы показывать в разбивку. Исследующий должен постоянно контролировать правильное положение пациента, наблюдая за ним на протяжении всего исследования.

Осложнения: нет.

Исследование полей зрения контрольным методом.

Цель: определение грубых нарушений полей зрения.

Показания: патологические процессы сетчатки, зрительных путей и коркового анализатора.

Противопоказания: неадекватное поведение пациента, отсутствие предметного зрения.

Оснащение: нет.

Последовательность проведения исследования полей зрения контрольным методом.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Выбор места с достаточным освещением для проведения манипуляции.	Обеспечение достоверных данных исследования
2. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3. Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение сознательного участия пациента в манипуляции и права на информацию.
4. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение манипуляции	
1. Поместить пациента спиной к свету.	Оптимальное положение для проведения манипуляции.
2. Занять место против пациента на расстоянии 1 метра.	Оптимальное положение для проведения манипуляции.
3. Закрыть один глаз пациента ладонью.	Исключение из акта зрения не исследуемого глаза.
4. Закрыть свой глаз, противоположный закрытому глазу у пациента.	Возможность адекватного сравнения поля зрения исследуемого со своим полем зрения.
5. Попросить пациента фиксировать взор на глазу исследующего.	Обеспечение фиксации глазного яблока пациента.

6.Плавно передвинуть большой палец свободной руки от периферии к центру на одинаковом расстоянии между собой и пациентом.	Возможность адекватного сравнения поля зрения исследуемого со своим полем зрения.
7. Сравнить момент появления или исчезновения восприятия больным большого пальца со своим восприятием.	Выявление грубых нарушений полей зрения.
Окончание манипуляции	
1.Зафиксировать результаты проведенной манипуляции.	Документирование результатов исследования.
3.Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.

Примечания: исследование возможно при наличии нормального поля зрения у исследуемого, исследование необходимо проводить не менее трех раз для исключения возможных ошибок.

Осложнения: нет.

Наружный осмотр глаза.

Цель: оценка вида и состояния придаточного аппарата и глазного яблока.

Показания: патологические процессы органа зрения.

Противопоказания: нет.

Оснащение: настольная лампа.

Последовательность проведения наружного осмотра глаза.

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Подготовить место осмотра пациента, установив лампу слева и спереди от него.	Создание оптимальных условий для проведения манипуляции.
2.Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
3.Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение права на информацию.
4.Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение манипуляции	
1.Определить расположение и подвижность век, предложив больному плотно зажмурить глаза.	Определение двигательной функции мышц века.
2.Обратить внимание на правильный рост ресниц.	Определение патологических процессов, мешающих правильному росту ресниц.
3.Определить выраженность слезных точек и их положение по отношению к слезному озеру.	Выявление аномалий развития слезоотводящего аппарата.
4.Надавить на область слезного мешка.	Выявление возможного отхождения через слезные точки патологического содержимого слезного мешка
5.Приподнять верхнее и оттянуть нижнее веко для осмотра конъюнктивального мешка.	Выявление патологических процессов в конъюнктиве.

6. Определить стояние, величину, форму и положение глазных яблок в глазнице.	Выявление возможного косоглазия или нистагма. Смещение глазного яблока кпереди – экзофтальм, кзади – эндофтальм.
7. Определить объем движений глазного яблока во всех направлениях.	Выявление патологических состояний глазодвигательного аппарата.
8. Определить цвет склеры.	Выявление патологических состояний склеры.
9. Определить прозрачность, зеркальность, блеск и влажность роговой оболочки.	Выявление патологических состояний роговицы.
Окончание манипуляции	
1. Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.

Примечания: осмотр у детей проводят, отвлекая ребенка занимательным разговором.

Осложнения: нет.

Выворот нижнего века.

Последовательность действий при выворачивании нижнего века.

Осмотр конъюнктивы нижнего века и ее переходной складки

I. Подготовка к исследованию.

1. Вымойте руки.
2. Объясните пациенту суть исследования.
3. Попросите пациента слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вверх.

II. Выполнение исследования.

4. Большим пальцем правой руки оттяните нижнее веко книзу и слегка прижмите его к костному краю орбиты.
5. Осмотрите слизистую оболочку нижнего века.
6. Оттяните нижнее веко максимально вниз и осмотрите переходную складку конъюнктивы нижнего века.

III. Окончание исследования.

7. Отпустите веко.
8. Спросите о самочувствии пациента.
9. Вымойте руки.

Выворот верхнего века.

Последовательность действий при выворачивании верхнего века с помощью пальцев. Осмотр конъюнктивы верхнего века.

I. Подготовка к исследованию.

1. Вымойте руки.
2. Объясните пациенту ход исследования.
3. Встаньте напротив пациента, попросите его слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вниз.

II. Выполнение исследования.

4. Большой палец левой руки положите на край верхнего века и максимально поднимите его вверх (край века слегка вывернется).

5. Большим и указательным пальцами правой руки сверху захватите ресничный край верхнего века и оттяните его вниз и вперед.
6. В это время большой палец левой руки положите на верхнее веко под бровью и чуть надавите им на верхний край хряща, сместите его книзу.
7. Пальцами правой руки нужно оттянуть край века вверх и вывернуть его на большой палец левой руки, палец быстро уберите.
8. Большим пальцем левой руки прижмите вывернутое веко за ресничный край к верхнему костному краю глазницы. Удерживая его в таком положении, тщательно осмотрите конъюнктиву.

III. Окончание исследования.

9. Приведите веки в обычное положение.
 10. Спросите пациента о его самочувствии.
 11. Вымойте руки.
- Запомните! При всех манипуляциях движения должны быть нежными и щадящими, чтобы не причинить вред глазу.

Выворот верхнего века с помощью стеклянной палочки.

Последовательность действий при выворачивании века с помощью глазной стеклянной палочки.

I. Подготовка к манипуляции.

1. Подготовьте стеклянную глазную палочку.
2. Вымойте руки.
3. Объясните пациенту ход манипуляции.
4. Встаньте напротив пациента, попросите его слегка запрокинуть голову назад и посмотреть вниз.

II. Выполнение манипуляции.

5. Указательным и большим пальцами правой руки возьмите за ресничный край верхнего века и слегка оттяните его вниз и вперед.
- 6.левой рукой возьмите стеклянную глазную палочку, положите на верхнее веко под бровью и чуть надавите ею на верхний край хряща, смещая его книзу.
7. Ресничный край века оттяните вверх и выверните веко на палочку.
8. Удерживая веко в таком положении, тщательно осмотрите конъюнктиву.

III. Окончание манипуляции.

9. Приведите веки в обычное положение.
10. Спросите пациента о его самочувствии.
11. Вымойте руки.

Осмотр глаза комбинированным методом.

Последовательность действий при осмотре переднего отрезка глаза и его придатков методом фокального и бифокального освещения

I. Подготовка к исследованию,

1. Приготовьте настольную лампу, офтальмоскоп с набором линз.
2. Вымойте руки.
3. Объясните пациенту ход предстоящей манипуляции.
4. Попросите пациента сесть на стул справа от стола (лампу поставьте слева так, чтобы луч света падал на лицо пациента сбоку и спереди - 50 см).

II. Выполнение исследования.

5. Сядьте напротив пациента (локоть вашей правой руки должен упираться в стол, а колени должны быть справа от коленей больного).
6. Указательным и большим пальцами левой руки возьмите линзу в 13 диоптрий.левой рукой слегка поверните голову пациента к свету.
7. Установите линзу между глазом и лампой так, чтобы свет от лампы точно сфокусировался на осматриваемом участке - метод фокального освещения.
8. Одновременно указательным и большим пальцами правой руки возьмите линзу в 20 диоптрий.
9. Осмотрите глаз через линзу, передвигая ее вперед - назад можно достигать различной степени увеличения осматриваемого участка - метод бифокального освещения или комбинированный.

III. Окончание исследования.

10. Спросите у пациента о его самочувствии.
11. Приведите в порядок рабочее место.
12. Вымойте руки.

Определение внутриглазного давления пальпаторным методом

Цель: ориентировочное определение внутриглазного давления.

Показания: появление у пациента типичных жалоб: распирающие боли глазного яблока с иррадиацией в висок и лоб, затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на источник света и невозможность проведения инструментального исследования (ранения роговицы, глазные операции).

Противопоказания: нет.

Оснащение: нет

Последовательность проведения определения внутриглазного давления пальпаторным методом

Этапы	Обоснования
Подготовка к манипуляции	
1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.	Обеспечение участия в манипуляции.
2. Объяснить цель и ход манипуляции, получить согласие.	Обеспечение права на информацию.
3. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
Выполнение манипуляции	
1. Расположить пациента к себе лицом.	Оптимальное положение пациента для проведения манипуляции.
2. Попросить пациента посмотреть книзу.	Оптимальное положение глазного яблока для проведения манипуляции.
3. Поместить указательные пальцы обеих рук на правом глазном яблоке.	Этап проведения исследования.
4. Через веко пальцами поочередно надавливать на глазное яблоко.	Получение ощущения флюктуации глазного яблока.
5. Поместить указательные пальцы обеих рук на левом глазном яблоке.	Этап проведения исследования.
6. Через веко пальцами поочередно	Получение ощущения флюктуации

надавливать на глазное яблоко.	глазного яблока.
Окончание манипуляции	
1.Зафиксировать результаты исследования.	Документирование результатов исследования внутриглазного давления пальпаторным методом.
2.Вымыть и осушить руки.	Соблюдение личной гигиены.

Примечания: различают 4 степени плотности глаза. T_n – нормальное давление, $T+1$ – глаз умеренно плотный, $T+2$ – глаз очень плотный, $T+3$ – глаз тверд как камень, $T-1$ – глаз мягче нормы, $T-2$ – глаз мягкий, $T-3$ – глаз очень мягкий, палец почти не встречает сопротивления.

Осложнения: нет.

Список рекомендуемой литературы

Основная литература:

1. Нечаев В.М., Пропедевтика клинических дисциплин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 808 с.
2. Диагностика болезней хирургического профиля: учебник / под ред. В. С. Groшилина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 592 с.: ил
3. Ковалев, А. И. Хирургия: учебник / А. И. Ковалев. - Москва: ГЭОТАРМедиа, 2020. - 576 с.: ил. - 576 с.
4. Пряхин, В. Ф. Диагностика болезней хирургического профиля: учебник / В. Ф. Пряхин; под ред. В. С. Groшилина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 592 с.: ил. - 592 с.
5. Рубан Элеонора Дмитриевна, Глазные болезни: профессиональная переподготовка. Издательство: Феникс. Учебное пособие, 2020 год, Кол-во страниц 399
6. Маркова, Е. Ю. Сестринская помощь при заболеваниях уха, горла, носа, глаза и его придаточного аппарата: учебное пособие / под ред. А. Ю. Овчинникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 176 с.: ил.
7. Егоров, Е. А. Диагностика и лечение пациентов офтальмологического профиля / Егоров Е. А. , Рябцева А. А. , Харченко Л. Н. , Епифанова Л. М. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с.
8. Егоров, Е. А. Глазные болезни: учебник / Е. А. Егоров, Л. М. Епифанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с.: ил.
9. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа: учебник / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 336 с. ил.
10. Ковалев А. И. Хирургия [Электронный ресурс]: учебник /. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
11. Нечаев В.М.; под общ. ред. В.Т. Ивашкина Пропедевтика клинических дисциплин [Электронный ресурс] : учебник /. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

Дополнительная литература:

1. Макеева, И. М. Болезни зубов и полости рта: учебник / И. М. Макеева, Т. С. Сохов, М. Я. Алимova [и др.]. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2020. - 256 с. : ил.
2. Макеева, И. М. Диагностика и лечение пациентов стоматологического профиля: учебник - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с
3. Петерсон, С. Б. Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАРМедиа, 2018. - 288 с.: ил. - 288 с.
4. Котельников, Г. П. Лечение пациентов травматологического профиля: учебник / Г. П. Котельников, В. Ф. Мирошниченко, С. В. Ардатов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 352 с.: ил.