Государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования

«Санкт-Петербургский медицинский колледж №1»

Краткие лекции

“Сестринское дело в хирургии”

Учебное пособие для студентов

по специальности 0406 Сестринское дело

Составитель: преподаватель “СД в хирургии”

к.м.н. Колотилова И.А.

г. САНКТ- ПЕТЕРБУРГ

2006 г.

Пояснительная записка

Учебное пособие составлено с учётом требований Государственного образовательного стандарта к уровню подготовки выпускника по специальности 0406 ”Сестринское дело”. Основным требованием к уровню подготовки специалиста в области сестринского дела в хирургии является то, что он должен быть способным к практической деятельности по решению профессиональных задач при оказании хирургической помощи.

Задача учебной дисциплины “Сестринское дело в хирургии” - изучение факторов риска, клинических проявлений, осложнений и путей профилактики хирургических заболеваний и повреждений.

Лекционный курс учебной дисциплины “Сестринское дело в хирургии” разбит на два семестра обучения. Закрепление учебного материала по определённым темам осуществляется в виде самостоятельной работы студентов, которая предполагает заполнение в рабочей тетради специальных таблиц, схем, ответов на вопросы. При подготовке пособия использовалось все новое, что вошло в практику повседневной работы медицинской сестры. Пособие снабжено оглавлением, позволяющим студенту быстро найти нужную лекцию, и имеет приложение. В него вошли литература и тестовые задания по отдельным темам.

Оглавление

Введение. Этапы становления хирургии

Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции

Десмургия

Гемостаз

Инфузии и трансфузии

Анестезия

Местная хирургическая патология и ее лечение

Оперативная техника

Периоперативный период

Синдром воспаления

Синдром омертвения

Синдром новообразования

Синдром повреждения (механические)

Синдром повреждения (термические)

Синдром острого живота

Заболевания и повреждения прямой кишки

Синдром нарушения мочеотделения

Приложения

Литература

Тестовые задания

Введение. Этапы становления хирургии

Студент должен знать:

понятие о хирургии и хирургических пациентах;

историю русской и современной хирургии;

роль в развитии хирургии Амбруаза Парэ, Дж. Листера, Э. Бергмана, Н.И. Пирогова, М.С. Субботина, П.И.Дьяконова, У. Мортона, Ч. Джексона и др.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Хирургия - это | рукодействие или лечение заболеваний и повреждений механическим воздействием на ткани.  |
| 1-ый период хирургии | до открытия общего обезболивания –2-ой половины 19в. |
| 2-ой период хирургии | внедрение асептики и антисептики – 19 век 2-ая половина. |
| 3-ий период хирургии | экспериментальная хирургия 2- века |
| 4-ый период хирургии | современный, трансплантология, клонирование и др. |
| Древняя Индия  | пластика носа, сшивание тканей, инструментарий. |
| Гиппократ | хирургия стала развиваться как наука. Он разработал методику лечения гнойных ран, гемостаз, заложил основы асептики, сам оперировал, применял шины и вытяжение. |
| Цельс – 1 век – описал | удаление катаракты, трепанация черепа, МКБ. |
| Гален - 2 век | ушел в хирургии на 13 столетий вперед, применил шелк. |
| Амбруаз Паре | перевязка сосудов в ране. |
| Э. Бергман | внедрение асептики. |
| Джозеф Листер 1867г | родоначальник антисептического лечения ран. |
| Н.И.Пирогов 1810-1881 | разработал многие операции, использовал эфирный наркоз, создал первые отряды сестер милосердия, основоположник военно-полевой хирургии. |
| Н.В. Склифосовский  | разработал операции при раке языка, зобе, мозговых грыжах, создал первые хирургические журналы. |
| К.Ландштейнер, Я.Янский, В.Моссом | открытие групп крови и внедрение переливания крови в клиническую практику. |
| А.В. Вишневский 1874-1948 | местная анестезия, масляно-бальзамическая повязка. |
| Н.Н. Петров 1876-1952 | становление онкологии. |
| С.П.Федоров 1869-1936 | основоположник хирургии мочевых путей, хирургии желчнокаменной болезни. |
| Н.Н.Бурденко 1878-1946 | первый президент АМН СССР, занимался военно-полевой хирургией, нейрохирургией, хирургией легких, лечение ран, шока.  |

Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции

Студент должен знать:

роль микробной флоры в развитии гнойной инфекции;

входные ворота и их значение для развития гнойной инфекции;

пути проникновения инфекции в рану (экзогенный и эндогенный);

методы профилактики экзогенной и эндогенной инфекции;

современные приказы и положения по профилактике госпитальной инфекции;

основные группы химических антисептических средств и способы их применения.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Пути передачи инфекции: | воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактный, пищевой, имплантационный. |
| Асептика- это комплекс мероприятий | направленный на предупреждение проникновения микроорганизмов в рану и в организм пациента. |
| Цель асептики -  | защита организма и особенно операционной раны от контакта с инфекцией. |
| Приказ по санэпидрежиму | №720 от 31.07.78 года. |
| Физические методы стерилизации | автоклавирование, сухожаровой шкаф, лучевая. |
| Химические методы стерилизации | газовая и растворы химических препаратов. |
| 3 вида укладки биксов | универсальная, видовая, целенаправленная. |
| Существует 3 основных режима стерилизации паром под давлением (автоклавирование) | при давлении 1атм., температура 120º С – 1 часпри давлении 1,5 атм., до 127º С -45 минутпри давлении 2атм., до 134º С - 30 минут |
| Холодный способ стерилизации – резина, эндоскопы | 6% р-р перекиси водорода при 50º С 3 часа; р-р первомура или 2% р-р хлоргексидина 5 м. 20ºС. |
| Современные способы хирургической обработки рук перед любым вмешательством | 2,4% р-р первомура в течение одной минуты;0,5% р-р хлоргексидина тампоном дважды 3 мин.;церигель – пленкообразующий антисептик 3 мин. |
| Уборка операционного блока | предварительная, текущая, заключительная, генеральная 1 раз в неделю.  |
| Обработка операционного поля | йодонат, 70º спирт, первомур, хлоргексидин. |
| Бактериологический контроль | бакпосев на питательные среды1 раз в 7-10 дней. |
| Сроки хранения биксов | рабочая смена, 3-е суток, 20 суток. |
| Азопирамовая проба -  | определение окислителей, ржавчины, хлорсодерж. |
| Антисептика – это комплекс  | мероприятий, направленных на ликвидацию микроорганизмов в ране и организме в целом. |
| Механическая антисептика - это | туалет раны, ПХО, некротомия, некрэтомия. |
| Физическая антисептика – это | дренирование, ультразвук, УФО, лазер, рентген. |
| Химическая антисептика – это | использование различных химических веществ. |
| Группа детергентов – это | хлоргексидин биглюконат, церигель, дегмин. |
| Группа кислот – это | борная и салициловая кислоты. |
| Группа окислителей - это | перекись водорода (3,6,33%), перманганат калия. |
| Группа спиртов – это | антисептик 70º; дубящий + антисептик - 96º. |
| Группа галоидов – это | 1-5-10% йод, 1% йодонат, р-р Люголя, хлорамин Б. |
| Соли тяжелых металлов – это | 0,1 -2% и 5-20% р-р нитрата серебра, протаргол. |
| Производные нитрофурана - это | фурацилин, фурадонин, фуразолидон. |
| Биологическая антисептика - это | антибиотики, протеолитические ферменты, сыворотки, вакцины, Y- глобулины. |
| Смешанная антисептика - это | классический пример - современная тактика лечения гнойных ран. |
| Протеолитические ферменты | трипсин, химопсин, химотрипсин, ируксол-мазь. |
| Препараты, стимулирующие специфический иммунитет | стафилококковый и столбнячный анатоксин. |
| Профилактика СПИДа  | приказ №86 от 30.08.89 МЗ СССР. |
| Обработка кожи при попадании зараженной жидкости | обработать кожу 70º спиртом, обмыть с мылом и повторно обеззаразить 70º спиртом. |
| Обработка слизистой оболочки | обработать 0,05% раствором перманганата калия. |
| Дезинфекция инструментов при перевязке пациента со СПИДом  | 3% раствор хлорамина 60 минут или 6% раствор перекиси водорода 90 минут. |

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ОБРАБОТКИ РУК:

проводится перед любыми оперативными вмешательствами, связанными с нарушением целостности кожи;

антисептик необходимо наносить на руки после проведения гигиенической обработки;

руки должны быть сухими;

антисептики должны быть нанесены на руки согласно инструкции:

а) мытье рук в тазу;

б) обработка рук стерильным тампоном;

в) тщательное втирание раствора;

при длительной операции (свыше 3-х часов) руки вновь подвергаются обработке методом, принятым в данном лечебно-профилактическом учреждении;

классические методы обработки рук Альфельда и Спасокукоцкого – Кочергина в настоящее время практически не используются.

ПОМНИТЕ, ЧТО АНТИСЕПТИКА – ЭТО КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА:

уничтожение или уменьшение, на ликвидацию микроорганизмов в ране и организме в целом;

повышение иммунитета;

борьбу с интоксикацией организма.

Десмургия

Студент должен знать:

требования к перевязочному материалу;

составные части повязки;

цели и принципы наложения повязок.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Десмургия – это | раздел хирургии, изучающий повязки. |
| Повязка – это способ | закрепления перевязочного материала на поверхности тела. |
| Перевязка – это лечебно-диагностическая процедура, состоящая из 4-х этапов: | снятие ранее наложенной повязки;обработка кожи вокруг раны;различные лечебные манипуляции в ране;наложение новой повязки. |
| Гигроскопичность - это  | способность хорошо всасывать жидкое содержимое. |
| Вата, марля – это | исходный перевязочный материал. |
| Производный перевязочный материал- это | бинт клеевой, гипсовый, эластично-трубчатый, гидрофильный. |
| Марлевые шарики готовят из кусочков марли размером: | 6х7 см – маленькие шарики;8х9 см – средние шарики;11х12 – большие шарики |
| Салфетки - это кусок марли с завернутыми внутрь краями, сложенные в 4 или 8 слоев | 10х15 см- малые салфетки;10х70 см – средние салфетки50х70 см – большие салфетки. Применяют для вытирания, прижатия и удерживания органов. |
| Тампоны - это длинные, узкие полоски марли  | размером от 20 до 50 см в длину и от 1 до 10 см в ширину для заполнения ран и полостей. |
| Турунда - это  | узкий тампон.  |
| Принцип изготовления перевязочного материала | резаные края марли необходимо завернуть внутрь, чтобы в рану не попали нитки. |
| Корригирующая повязка - это | повязка для устранения деформации. |
| Окклюзионная повязка - это | повязка для герметизации раны. |
| Праща - это повязка | рассеченная с двух концов в продольном направлении. |
| К защитным повязкам относятся | клеевые, пластырные, пленкообразующие. |
| К укрепляющим повязкам относятся | клеевые, пластырные, косыночные, пращевидные, Т-образные, бинтовые, из трубчато-сетчатого бинта. |
| Пленкообразующие повязки – это  | аэрозоль – буметол, лифузоль, пантенол, неотизоль.  |
| Бинты различают | узкие (3-5-7см), средние (10-12см) и широкие (14-16 см). |
| Основные типы бинтовых повязок | круговая, спиральная, ползучая, крестообразная, колосовидная, черепашья, возвращающаяся. |
| Стандартная косынка – это | размер основания 130 см., а боковые стороны по 100см. |
| Твердые повязки применяют для | придания неподвижности конечности или части тела. |
| Гипс - это | сульфат кальция, белого цвета, сухой, без примесей. |
| Гипсовая лонгета – это | прогипсованные многослойные полосы марли различной длины, ширины и толщины в зависимости от предполагаемого вида и места наложения повязки. Количество слоев от 5 до 10, длина 50-100см. |
| Неполные гипсовые повязки - это  | лонгета и гипсовая кроватка. |
| Циркулярная (сплошная) гипсовая повязка покрывает | конечность или туловище по окружности. |

Рис. 1. Мягкие бинтовые повязки на голову, шею, конечности, туловище: 1- «шапочка Гиппократа» и повязка чепцом; 2- крестообразная повязка на шею; 3- повязка на один и два глаза; 3- колосовидная повязка на область плечевого сустава; 4- круговая или спиральная повязка на конечность; 5-повязки на область грудной клетки- Дезо, на молочную железу; 6- крестообразная на лучезапястный сустав; 7- сходящаяся и расходящаяся черепашья повязка; 8- повязка на паховую область; 9- повязка на кисть типа “варежка” и ”перчатка”

Давящая повязка применяется с целью остановки кровотечения при травмах, варикозном расширении вен, после некоторых операций. Сначала на поверхность раны накладывается асептическая повязка, сверху ватно-марлевый тугой тампон, который прибинтовывается.

Гемостаз

Студент должен знать:

причины, вызывающие кровотечение;

виды кровотечений;

методы временной и окончательной остановки кровотечения;

алгоритмы оказания доврачебной помощи при открытых внутренних кровотечениях.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Кровотечение – это излияние крови  | из кровеносных сосудов при повреждении или нарушении проницаемости их стенок. |
| Гемостаз – это | остановка кровотечения |
| Оказание помощи при кровотечении включает | остановку кровотечения;восполнение кровопотери;профилактику вторичных кровотечений. |
| Гомеостаз - это | постоянство внутренней среды. |
| Коагуляция – это превращение | растворенного в плазме белка фибриногена в нерастворимый фибрин. |
| Механические причины кровотечения – это | укол, разрез, отрыв, размозжение. |
| Патологические изменения сосудистой стенки возникают при  | гнойном расплавление, некрозе, атеросклерозе, нарушении сосудистой стенки при интоксикациях, авитаминозе, сепсисе.  |
| Нарушение системы свертывания крови возникает  | при гемофилии, тромбоцитопенической пурпуре, декомпенсированном травматическом шоке. |
| Артериальное кровотечение | опасно быстро наступающей кровопотерей. |
| Венозное кровотечение | опасно развитием воздушной эмболии (сонная вена). |
| Капиллярное кровотечение | опасно при пониженной свертываемости крови. |
| Паренхиматозное кровотечение | само не останавливается, требуется операция. |
| При наружном кровотечении | кровь изливается во внешнюю среду непосредственно из раны или через естественные отверстия. |
| При внутреннем кровотечении кровь  | скапливается в полостях тела или в межтканевых пространствах. Опасно, так как протекает скрытно. |
| Смешанное кровотечение  | сочетание наружного и внутреннего кровотечения. |
| Первичное кровотечение  | возникает при повреждении сосуда в момент травмы. |
| Петехия – это | ограниченное кровоизлияние в кожу. |
| Пурпура – это | кровоизлияние в слизистые оболочки. |
| Гемартроз – это | скопление крови в полости сустава. |
| Гематома – это | скопление крови между тканями. |
| Кровоподтек – это  | небольшая подкожная гематома (поврежден мелкий сосуд). |
| Гемоперитонеум - это | скопление крови в брюшной полости. |
| Гемоторакс - это | скопление крови в грудной полости. |
| Гемоперикард – это | скопление крови в околосердечной сумке. |
| Гематокрит – это | отношение объема форменных элементов крови к ее общему объему. |
| Временная остановка кровотечения возможна следующими способами: | придание возвышенного положения, пальцевое прижатие, тугая тампонада раны, наложение давящей повязки и кровоостанавливающего жгута.  |
| Максимальное время пребывания затянутого жгута на конечности составляет | в теплое время 1,5 часа, в холодное 1-1,5 часа, после этого начинают развиваться необратимые ишемические изменения в тканях. |
| Методы окончательной остановки кровотечения: | механические, физические, химические, биологические. |
| ОЦК  | объем циркулирующей крови. |
| Норма ОЦК % | 100. |
| Количество эритроцитов | М-4-5,5; Ж- 3,7-5,1. |
| Уровень гемоглобина | М-134-167; Ж-11-160. |
| Гематокрит | М-40-48; Ж-36-42. |
| ЧСС ударов в минуту | 60-80. |
| Шоковый индекс Алговери | Соотношение пульса к систолическому давлению. |
| Норма шокового индекса | 0,5. При 1,0 наступает угрожающее состояние. При 1,5 –явный шок. |
| Обморок – это | Кратковременная потеря сознания из-за спазмов сосудов головного мозга. |
| Коллапс – это  | Острая сосудистая недостаточность и на ее фоне сердечная недостаточность.  |
| Причины коллапса | Массивная кровопотеря, травма, тяжелая интоксикация, быстрое выпускание жидкости при асците. |
| Распределение крови в организме | 75% крови находится в венах, 20% -в артериях и 5% в капиллярах. |
| Массивная кровопотеря – это  | потеря более 30% ОЦК (более 200мл). |
| Симптомы острой кровопотери – это | слабость, головокружение, шум в ушах, жажда, одышка, потемнение и мелькание мушек в глазах, тошнота, рвота. |
| Уход за пациентом с кровопотерей включает: | систематический контроль за его состоянием (ЧДД, ЧП, АД, Т, функции органов, выделение мочи, комфорт). |

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Носовое кровотечение | Легочное кровотечение | Желудочное кровотечение |
| кровь вытекает без кашля | кровь вытекает с кашлем или струей | кровь вытекает с рвотой |
| кровь темная | кровь алая, пенистая, может быть с мокротой | кровь типа «кофейной гущи» |
| выделяется из носа | из носа выделяется редко | выделяется из зева |
| легочных симптомов нет | наблюдаются боли в боку, жжения в груди, одышка, хрипы | рвота, неприятные ощущения в желудке |
| кал без крови | кал без крови | дегтеобразный стул. |

Инфузии и трансфузии

Студент должен знать:

обязанности среднего медицинского персонала при проведении инфузионной терапии и переливании крови и плазмозаменителей;

пути и способы введения;

профилактику осложнений при переливании крови;

алгоритм оказания первой помощи при развитии осложнений при переливании компонентов крови и кровезаменителей.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Переливание крови - это  | введение с лечебной целью в сосудистое русло пациента крови здорового человека. |
|  Донор – это  | человек, добровольно сдающий свою кровь. |
| Трансфузия – приказ №2 МЗ от 09.01.1999г. | переливание крови и ее компонентов, которые проводит врач. |
| Инфузия – это | переливание других сред. |
| Показания для переливания  | шок, острая кровопотеря, тяжелая операция, анемия. |
| Противопоказания к переливанию – это | ОИМ, ОССН, ОПН, пороки сердца, активный ТБС, аллергия, эмболия, тромбозы.  |
| Свежестабилизированная донорская кровь (срок не более 1-х суток) | сохраняет жизнеспособные тромбоциты и лейкоциты, многие факторы свертывания крови. |
| Свойства свежей крови - | заместительное, дезинтоксикационное, питательное, гемостатическое, иммунобиологическое, стимулирующее.  |
| Утильная кровь – это кровь | полученная при кровопускании при отеке легких… |
| Трупная кровь берется у  | внезапно умерших пациентов не позднее 6 часов после смерти. |
| Аутокровь – это кровь, взятая у  | пациента до операции или излившаяся в серозные полости при условии отсутствия загрязнения. |
| Белковые препараты крови - это | 5-10% р-р альбумина, изогенный плазмозаменитель. |
| Гемостатические препараты крови – это | антигемофильная плазма, антигемофильный глобулин, фибриноген, тромбин, гемостатическая губка, фибринная изогенная пленка, биологический антисептический тампон. |
| Иммунные препараты крови | сухая, нативная и замороженная при Т-20ºС, плазма, эритроцитарная масса, тромбоцитарная масса, лейкоцитарная масса. |
| Внутривенное введение проводят | венепункцией, реже венесекций, катетеризацией вены. |
| Внутриартериальное введение редко при клинической смерти  | скорость введения 200-250 мл за 2 минуты под давлением от 200мл рт.ст. до 120 мм рт. |
| Внутрикостное введение редко | в грудину, пяточную кость, игла с мандреном. |
| Гемотрансфузионный шок развивается при | переливание крови несовместимой в основном по системе АВО и резус-фактора. |
| Причина пирогенных реакций – наличие продуктов распада |  белков плазмы и лейкоцитов донорской крови, продукты жизнедеятельности микробов. |
| Причины тромбоэмболии - это | эмболия сгустками крови, образовавшимися при ее хранении или оторвавшимися тромбами. |
| Профилактика цитратной интоксикации – это | на каждые 500 мл перелитой крови вводить 5 мл 10% раствора хлорида кальция. |
| Причина калиевой интоксикации | при сроке хранения крови более 10 дней. |
| Проявление калиевой интоксикации – это | развитие фибрилляции желудочков сердца и остановка сердца. |
| Трактовка результатов 1 группы | агглютинация не наступила ни с одной из них. |
| Трактовка результатов 2 группы | агглютинация наступила с 1-ой и 3-ей группами. |
| Трактовка результатов 3 группы | агглютинация наступила с 1-ой и 2-ой группами. |
| Трактовка результатов 4 группы | агглютинация наступила со всеми 3-мя сыворотками. |
| Резус – фактор – это | специфический антиген, содержащийся в эритроцитах у 85 % людей. |

СОСТАВ ГРУПП КРОВИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1-ая группа | 2-ая группа |  3-ая группа |  4-ая группа |
| Агглютиноген А  | - | + | - | + |
| Агглютиноген В | - | - | + | + |
| Агглютинин α | + | - | + | - |
| Агглютинин β | + | + | - | - |
| Какую группу крови можно переливать | 1-ой группе | 2-ой группе | 3-ей группе | 4-ой группе |

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПОСТРАНСФУЗИОННЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ | ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ | УЧАСТИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  |
| 1. пирогенные реакции | Нарушение асептики при заготовке крови и ее препаратов | Соблюдать асептику |
| 2. аллергические реакции | Сенсибилизация организма | Тщательно собирать анамнез, индивидуальный донор |
| 3. гемотрансфузионный шок | Несовместимость по группам крови | Правильно определять группу и резус-принадлежность, подбирать кровь, проводить пробы на совместимость |
| 4. воздушная эмболия | Нарушение техники заполнения системы | Правильная техника заполнения системы, наблюдение за пациентом во время переливания |
| 5. инфекционные осложнения | Возбудитель в крови донора | Тщательно обследовать донора |
| 6. цитратная интоксикация | Большая доза крови с цитратом | Медленное введение крови с другим стабилизатором, приготовить заранее хлористый кальций |

Общая и местная анестезия

Студент должен знать:

подготовку пациента к наркозу;

функциональные обязанности медсестры анестезиста;

понятие о местной анестезии и об участии медсестры в ее проведении;

возможные осложнения и их распознавание при проведении общего и местного обезболивания;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при развитии осложнений.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Основная задача анестезии | защита пациента от тяжелых патологических реакций, возникающих в ответ на операционную травму. |
| Наркоз – это разлитое обратимое торможение коры головного мозга, | сопровождающееся отсутствием сознания, всех видов чувствительности, снижение рефлексов и мышечного тонуса.  |
| Местное обезболивание – это  | обратимая и намеренно вызванная потеря болевой чувствительности в определенной части тела. |
| Ингаляционный наркоз  | достигается путем применения газообразных веществ или летучих жидкостей, которые поступают в организм через дыхательные пути. |
| Вещества для ингаляционного наркоза – это | эфир, закись азота, фторотан, хлорэтил, циклопропан, трихлорэтил, пентран (метоксифлуран). |
| Пути введения препаратов | масочный и эндотрахеальный наркоз. |
| Неингаляционный наркоз  | внутривенно, внутримышечно, ректально, электронаркоз. |
| Премедикация – медикаментозная подготовка перед наркозом | включает введение накануне операции снотворных и десенсибилизирующих препаратов, за 30 минут до операции 1 мл 2% р-ра промедола и 0,1% р-р атропина. |
| Комбинированный наркоз - | сочетание ингаляционного и неингаляционного наркоза  |
| Периоды наркоза – это | введение в наркоз, перевод на ИВЛ, период поддержания наркоза, выход из наркоза. |
| Основные узлы наркозного аппарата – это | система подачи газа, редуктор, ротационные дозиметры и испарители, адсорбер, дыхательный мех и мешок, шланги. |
| Инструментальный столик анестезиста включает: | языкодержатель, роторасширитель, маски 3-х размеров, ларингоскоп, интубационные трубки.  |
| Осложнение общего наркоза - | асфиксия, повреждения ларингоскопом, асистолия |
| Для местной анестезии применяют | 0,25 -0,5 -1- 2- 5% новокаин, 0,25-0,5- 1-2% лидокаин, 1% совкаин, 0,5-2% дикаин, 2-5% р-р тримекаина. |
| Хлорэтил применяют для | кратковременного поверхностного обезболивания, путем орошения кожи на расстоянии 25 см до образования “инея” на коже.  |
| Осложнения местной анестезии - это | синдром интоксикации, аллергические реакции, падение АД, остановки дыхания и сердца. |
| Противопоказания к применению местной анестезии - это | психические заболевания, резкое нервное возбуждение, категорический отказ, ранний детский возраст. |
| Перидуральная анестезия – разновидность спинномозговой анестезии | анестетик вводят в перидуральное пространство. Применяют при операциях на органах малого таза, брюшной полости, нижних конечностях. |
| Спинномозговая анестезия - | анестетик вводят в субарахноидальное пространство. |
| Подготовка к спинномозговой анестезии включает  | очищение толстого кишечника, п/к 1 мл 5% р-р эфедрина для стабилизации АД. |
| Положение пациента после спинномозговой анестезии | горизонтально без подушки на 2 часа и постельный режим в течение 2-х дней. |
| Новокаиновые блокады - это | воздействие на периферические нервные волокна. |
| Межреберная блокада  | применяется для уменьшения болей при переломе ребер. |
| Паранефральная блокада | показана при травме и заболеваниях почки и околопочечной клетчатки. |
| При операциях на пальцах | проводят блокаду по Оберсту-Лукашевичу. |

Местная хирургическая патология и ее лечение

Студент должен знать

фазы течения раневого процесса и виды заживления ран;

классический принцип лечения гнойных ран.

принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях;

меры профилактики раневых осложнений;

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Рана – это | повреждение тканей с нарушением целостности покровов. |
| По происхождению  | операционные и случайные раны. |
| По характеру повреждения раны -  | резаные, колотые, ушибленные, рваные, размозженные, рубленные, укушенные, скальпированные, огнестрельные. |
| Огнестрельные раны отличаются | тяжелым течением, плохим заживлением тканей, высокой степенью инфицированности, множественными повреждениями. |
| Скальпированные раны | возможно при отслоении одного слоя тканей от другого. |
| По степени инфицированности | асептические, свежеинфицированные (с момента повреждения прошло 3 дня) и гнойные раны. |
| По отношению к полостям организма | проникающие – глубокие раны, при которых повреждается внутренняя оболочка полостей, и непроникающие. |
| Сочетанные раны - это | когда рана затрагивает различные органы одной или разных анатомических полостей. |
| Комбинированные раны – это  | раны, сочетаемые с другими повреждениями (термические). |
| Местные симптомы | боль, кровотечение, зияние краев. |
| ПХО - это | вмешательства, выполняемые с обезболиванием и режущими инструментами. |
| Туалет раны - это | нехирургические манипуляции над раной. |
| Асептические раны – это  | раны, нанесенные в стерильных условиях. |
| Инфицированные раны – это  | все случайные раны. |
| Контаминированные – это  | раны, при попадании инфекции при условно чистых операциях из патологического очага. |
| Гнойные раны – это | раны при вскрытии гнойных очагов (абсцесс). |
| Виды заживления ран - | первичное натяжение, вторичное натяжение и под струпом. |
| Первичным натяжением заживают | послеоперационные раны при отсутствии инфекции в ране и плотном соприкосновении краев раны. |
| Под струпом заживают | раны при небольших повреждениях (ссадины, ожоги). |
| Осложнения при заживлении ран: | развитие хирургической инфекции, первичные и вторичные кровотечения, расхождение краев раны, образование рубцовых контрактур, изъязвление и папилломатоз рубца. |
| Фаза воспаления (гидратации) - это | первичный защитно-биологический эффект на первые 6-8 часов при ранении, протекает первые 5 суток. |
| Фаза регенерации (дегидратации) - это | фаза обезвоживания раны и роста грануляций. Протекает с 6-ого до 14 дня от момента травмы. |
| Грануляционная ткань -  | фибробласты с вновь образованными капиллярами. |
| Фаза заживления раны - | начинается с 15 дня и может протекать около 6-ти месяцев. |
| Лечение в фазе гидратации - это | применение УФО, ультразвука, дренажей, трипсина, гигроскопических тампонов, жидких антисептиков. |
| Лечение в фазе дегидратации - это | применение УФЧ, лазера, мазей на жировой основе, эмульсий. Принцип- защита грануляционной ткани. |
| Исход заживления ран-  | образование рубца. |
| Келоидный рубец- это | гипертрофированный грубый рубец, возвышающийся над поверхностью кожи, имеющий красный оттенок и болезненный, часто вызывающий зуд. |
| При заживлении первичным натяжением | рубец обычно бывает ровным, линейным, эластичным. |
| При заживлении вторичным натяжением | рубец имеет неправильную форму, плотный, пигментированный и малоподвижный. |

АНТИСЕПТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

**К**

**Л**

**А**

**С**

**С**

**И**

**Ч**

**Е**

**С**

**К**

**И**

**Й**

**П**

**Р**

**И**

**Н**

**Ц**

**И**

**П**

**Л**

**Е**

**Ч**

**Е**

**Н**

**И**

**Я**

**Р**

**А**

**Н**

1.1% раствор диоксидина

2. 0,02% раствор хлоргексидина

3. 10% раствор хлорида натрия

4. 3% раствор борной кислоты

**ФАЗА ВОСПАЛЕНИЯ ИЛИ**

**ГИДРАТАЦИИ**

1. синтомициновая эмульсия

2. бальзамический линимент Вишневского

3. солкосерил, актовегин, метилурацил

4. левометоксид, оксициклозол

**ФАЗА РЕГЕНЕРАЦИИ ИЛИ ДЕГИДРАТАЦИИ**

1. сухая асептическая повязка

2. спирт, бриллиантовый зеленый

3. УФО, лазерное облучение

4. магнитное поле

**ФАЗА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ИЛИ РУБЦЕВАНИЯ И ЭПИТАЛИЗАЦИИ**

ПОМНИТЕ!!!

в фазе гидратации используем жидкие антисептики и протеолитические ферменты;

в фазе дегидратации применяем мази, эмульсии и линименты;

в фазе заживления основной задачей считается ускорение процесса эпителизации раны и защиты ее от повреждения.

Оперативная хирургическая техника

Студент должен знать:

названия хирургических операций;

назначение хирургического инструментария.

Рис. 2. Операции, которые могут быть выполнены в данной области: 1- трепанация; 2- трахеостомия; 3- торакотомия; резекция; 4- лапаротомия, гастростомия, аппендэктомия, холецистэктомия, анастомоз, колонстомия, спеленэктомия; 5- цистостомия; 6- артротомия; 7- ампутация.

ПОМНИТЕ:

Весь хирургический инструментарий делится на общий (необходимый при любой операции) и специальный инструментарий.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Эктомия – это  | удаление органа. |
| Резекция – это  | удаление части органа (сустава, ребра, желудка). |
| Томия – это  | вскрытие (сустава, трахеи, грудной клетки, желудка, мочевого пузыря). |
| Стомия – это  | наложение свища. |
| Цистостомия – это  | свищ на мочевом пузыре. |
| Гастростомия – это  | свищ на желудке. |
| Колостомия – это  | свищ на слепую кишку. |
| Трахеостомия – это  | свищ на трахею. |
| Ампутация – это  | удаление части тела (конечности, матки и др.). |
| Анастомоз- это  | наложение соустья (гастроэнтероанастомоз- соустье между желудком и тонкой кишкой). |
| Реконструкция – это  | изменение положений тканей и органов. |
| Выскабливание- это  | удаление чего-либо из полости. |
| Экстирпация – это  | отслоение одной ткани от другой. |
| Гастрэктомия – это  | удаление желудка. |
| Спленэктомия – это  | удаление селезенки. |
| Холецистэктомия – это  | удаление желчного пузыря. |
| Аппендэктомия – это  | удаление аппендикулярного отростка. |
| Нефрэктомия – это  | удаление почки. |
| Цистэктомия – это  | удаление мочевого пузыря. |
| Инструменты для разъединения тканей | скальпели, ножницы, резекционные и ампутационные ножи, дуговые, листовые и проволочные пилы. |
| Инструменты для соединения тканей | прямые, изогнутые, круглые и режущие хирургические иглы. Иглодержатели Матье и Гегара. Сшивающие аппараты. |
| Инструменты для захватывания тканей | зажимы кровоостанавливающие Бильрота, Кохера, Микулича. Цапки, корнцанг.  |
| Инструменты для расширения тканей | крючки пластинчатые (Фарабеф, печеночный, почечный), зубчатые, расширители Микулича, Госсе, Труссо, Гейстера, ректальные зеркала. |
| Инструменты для защиты тканей | зонд желобоватый, Кохера, пуговчатый и лопаточка Буяльского. |

Периоперативный период

Студент должен знать:

понятие о периоперативном периоде;

основные задачи при подготовке пациента к операции;

критерии оценки функционального состояния органов и систем;

виды предоперационной подготовки: психологическая, соматическая, специальная;

особенности предоперационной подготовки пациентов разного возраста;

роль среднего медицинского персонала в уходе за пациентами в послеоперационный период;

особенности сестринского ухода после операции в разных возрастных группах;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при развитии ранних послеоперационных осложнений.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Предоперационный период -  | период перед поступлением пациента в больницу и выполнением операции. |
| Задача предоперационного периода -  | максимально уменьшить опасности оперативного вмешательства.  |
| Хирургическая операция – это | механическое воздействие на органы и ткани с целью облегчения или излечения, а иногда с диагностической целью. |
| Диагностические операции  | выполняются в том случае, если другими способами невозможно поставить диагноз. |
| Биопсия - вид диагностической операции | метод, при котором часть органа с измененной тканью берут на гистологическое исследование. |
| Экстренные операции | выполняются сразу после постановки диагноза и промедление проведения ее угрожает жизни пациента. |
| Срочные операции | выполняются в период с 24 часов до нескольких суток с момента постановки диагноза. |
| Плановые операции | проводятся в сроки, оптимальные для данного пациента и в согласованный с ним срок. |
| По исходу операции | различают радикальные и паллиативные операции. |
| Радикальные операции  | излечивают пациента от данного заболевания полностью в данный момент (аппендэктомия, холецистэктомия). |
| Паллиативные операции  | только облегчают состояние пациента, но не излечивают от основного заболевания. |
| По способу выполнения различают | одномоментные, многомоментные (2-,3-,4-моментные), повторные операции. |
| Абсолютные показания к экстренной операции | заболевания, при которых невыполнение или задержка операции угрожает жизни пациента. |
| Экстренные операции выполняют при: | кровотечениях, острых заболеваниях органов брюшной полости, острых гнойно-воспалительных заболеваниях.  |
| Абсолютные показания к плановой операции: | злокачественные опухоли, стеноз привратника, механическая желтуха и др. |
| Относительные показания к операции: | заболевания, не представляющие угрозу для жизни пациента. |
| Подготовка с-с-системы | ЧП, АД, ЭКГ, УЗИ сердца, биохимические исследования. |
| Подготовка дыхательной системы - | отказ от курения, дыхательные пробы, обучение правильному дыханию, флюорография. |
| Подготовка ЖКТ - | санация полости рта, промывание желудка, клизмы. |
| Операционный риск - это | учет совокупности факторов, влияющих на исход операции. |
| Факторы риска для пациента и медперсонала -  | опасность инфицирования гепатитом, сифилисом, СПИДом. |
| Послеоперационный период – это | период, охватывающий время от окончания операции до выздоровления пациента. |
| В первые сутки после операции может быть: | западание языка, асфиксия рвотными массами, остановка работы сердца, легких, лигатурное кровотечение. |
| В ближайшие 2-5 дней может развиться: | трахеиты, бронхиты, аспирационная и застойная пневмонии, парез ЖКТ, ателектаз легких, инфаркты. |
| Поздние осложнения после операции – это  | спаечная болезнь, послеоперационная или вентральная грыжа, фантомные боли. |
| Положение на спине без подушки, голова набок | предупреждает развитие гипоксии коры головного мозга, аспирацию дыхательных путей |

Рис. 3. Локализацию возможных послеоперационных осложнений: 1- паротит; 2- ларингит, фарингит, бронхит; 3- аспирационная и застойная пневмонии; 4-асистолия; 5- парез петель кишечника; 6- перитонит; 7- спаечная болезнь, вентральная грыжа 8- атония мочевого пузыря.

ПОМНИТЕ!!!:

периоперативный период – это время с момента принятия решения об операции до восстановления трудоспособности или ее стойкой утраты (инвалидности);

ранние послеоперационные осложнения обусловлены операционной травмой, последствиями наркоза и вынужденным положением больного;

поздние послеоперационные осложнения могут возникнуть после выписки из стационара со стороны органов, на которых проводилась операция;

со стороны раны может быть: инфильтрат, нагноение, расхождение;

со стороны нервной системы – послеоперационные психозы;

со стороны кожи – пролежни.

Синдром воспаления

Студент должен знать:

возбудителей хирургической инфекции, пути их распространения,

местную и общую реакцию организма на инфекцию,

принципы местного и общего лечения синдрома воспаления.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Хирургическая инфекция – это проникновение | патогенных микробов в организм и реакция тканей на внедрившихся микробов и их токсинов. |
| Входные ворота инфекции - это | нарушение целостности кожного покрова и слизистых оболочек, воздушно-капельный и контактный путь. |
| По этиологическому фактору различают  | неспецифическую аэробную (гнойную), анаэробную, гнилостную и специфическую инфекцию.  |
|  Возбудителями аэробной хирургической инфекции могут быть | кокки (стафилококки, стрептококки, пневмококки), патогенные грибы, простейшие. |
| По клиническому течению:  | острую и хроническую хирургическую инфекцию. |
| По распространенности:  | общую (сепсис) и местную инфекцию. |
| Проявление местных симптомов в стадии инфильтрации: | отек, местное повышение температуры, боль, нарушение функции, гиперемия кожи. |
| В стадии нагноения появляется  | симптом флюктуации (баллотирования гнойного содержимого очага), увеличение лимфоузлов. |
| Составные элементы гноя - это  | лейкоциты, разрушенные ткани и бактерии. |
| Консистенция, запах и цвет гноя в зависимости от вида микробной флоры:  | стафилококк – желтый, густой, без запаха;стрептококк - жидкий, слизистый, белый;синегнойная палочка – зеленый, сладковатый;кишечная палочка - коричневый запах фекалий.  |
| Клинические проявление общих симптомов воспаления - это | слабость, головная боль, повышение Т до 40º С, тошнота, рвота, озноб, жажда, лейкоцитоз, >СОЭ. |
| Принципы лечения в стадии инфильтрации включают  | местно влажно-высыхающие повязки с антисептическими растворами, иммобилизацию.  |
| В стадии нагноения  | вскрытие гнойника, дренирование, влажно-высыхающие повязки, после очищения раны от гноя – мазевые повязки для улучшения заживления раны. |
| Общее лечение состоит в применении: | антибиотиков, сульфаниламидов, вакцин, витаминов, иммуноглобулинов, препаратов для детоксикации.  |
| Х/ инфекция осложняется:  | развитием лимфаденита, лимфангита, сепсиса. |
| Фурункул - это | воспаление волосяного мешочка, опасен на лице. |
| Карбункул – этоСимптом “сита” | воспаление нескольких волосяных луковиц, сальных желез и клетчатки вокруг. |
| Гидраденит - это | воспаление потовых желез. Вызывает стафилококк. |
| Фолликулит - это | воспаление волосяного фолликула.  |
| Флегмона - это | неограниченное распространенное гнойное воспаление в межклеточном пространстве.  |
| Специфические флегмоны - это | аденофлегмона, медиастенит парапроктит, паранефрит, параколит. |
| Абсцесс – это | ограниченное пиогенной оболочкой гнойное расплавление тканей. В любых тканях и органах. |
| Рожистое воспаление – это “Географическая карта, бабочка”  | острое поверхностное прогрессирующее воспаление кожи и слизистых оболочек. Стрептококк. |
| 4 формы рожи - это | эритематозная, буллезная, флегмонозная, некроз. |
| Эризипелоид - это | свиная рожа. Есть специфическая сыворотка. |
| Лимфаденит - это | воспаление лимфатических узлов. Чаще вторичное. |
| Тромбофлебит- это | острое воспаление стенки вены +тромб. |
| Остеомиелит - это | гнойное воспаление костного мозга. Секвестр. |
| Флебит - это | воспаление вены. |
| Бурсит - это | воспаление синовиальных суставных сумок. |
| Артрит - это | воспаление сустава. |
| Сепсис – это и/заболевание, | вызываемое различными возбудителями и их токсинами. Чувство жара, озноб, гектическая Т. Метастатические абсцессы. |
| Анаэробная хирургическая инфекция - это | тяжелая токсическая раневая инфекция, вызванная анаэробными микроорганизмами, с преимущественным поражением соединительной и мышечной ткани.  |
| Анаэробную инфекцию часто называют | анаэробной гангреной, газовой гангреной, газовой инфекцией. |
| Причины, способствующие развитию анаэробной инфекции в ране - это | обширные повреждения мышц и костей, нарушение кровообращения, плохая оксигенация тканей. |
| Патогенные анаэробы вызывают | некроз тканей, гемолиз, тромбоз, поражение миокарда, печение, почек. “Симптом лигатуры”. Газовая гангрена. |
| Уход при анаэробной инфекции | изоляция в бокс +СЭР. |
| Местное лечение раны при анаэробной инфекции - это | после постановки диагноза проводится оперативное вмешательство вплоть до ампутации конечности. |
| Острая специфическая инфекция - это | столбняк, сибирская язва и дифтерия раны.  |
| Заражение столбняком происходит | через поврежденные ткани. |
| Инкубационный период при столбняке составляет | 4-40 дней. |
| Ведущий симптом столбняка | развитие тонических и клонических судорог. |
| Симптомы при столбняке  | тризм, “сардоническая улыбка”, опистотонус. |
| Уход при столбняке - | предупреждение судорог – тепло, темно, тихо. |
| Лечение при столбняке включает | проведение специфической серотерапии (введение ПСС, СА), поддержание с-с-системы, дыхательной системы, инфузионную терапию, ИВЛ.  |
| Гнилостная инфекция  | вызывается различными представителями анаэробной неклостридиальной микрофлоры в сочетании с анаэробными микроорганизмами. |
| Хроническая специфическая инфекция вызывается | специфическими возбудителями: туберкулезной палочкой, лучистым грибком, бледной спирохетой, т.е. это туберкулез, актиномикоз и сифилис. |

Синдром омертвления

Студент должен знать:

основные признаки гангрены, язвы, пролежней, язв и свищей;

основные проявления острых нарушений кровообращения нижних конечностей;

принципы оказания первой доврачебной медицинской помощи при синдроме нарушения кровообращения.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Некрозом или омертвением называется | гибель клеток, тканей или органов, наступившая в живом организме. |
| Наиболее часто местное омертвение тканей вызывают следующие факторы: | механические (размозжения), термические (Т+60ºС или -10ºС), электрические, химические (кислоты и др.), токсические, неврогенные, циркуляторные. |
| Условия, способствующие развитию некроза, скорости его распространения и проявлениям общей реакции: | сила, время воздействия повреждающего фактора, анатомические особенности строения сосудистой сети, присутствие микробов в области поражения, истощение, анемия, снижение иммунитета.  |
| Некробиоз - это  | изменения в клетке, предшествующие ее смерти. |
| Гангрена стопы, кишки, легкого | некроз, контактирующий с внешней средой. |
| Коагуляционный некроз - | под действием кислот происходит коагуляция белка |
| Колликвационный некроз – это когда  | под действием щелочей происходит гидролиз белков и омыление жиров |
| Сухая гангрена развивается при | медленно прогрессирующем нарушение кровообращения или у лиц пожилого возраста с облитерирующими заболеваниями сосудов. Характерно развитие демаркационной линии. |
| Демаркационная линия – это | граница некроза и живых тканей, отграничивающих мертвые ткани. |
| Инфаркт миокарда, селезенки – это | некроз во внутренних органах, не соприкасающихся с внешней средой. |
| Влажная гангрена чаще развивается при  | быстром нарушение кровообращения в отечных тканях. Это гангрена легкого, кишечника, желчного пузыря, червеобразного отростка, поджелудочной железы. |
| Клиника влажной гангрены: | быстрый гнилостный распад тканей, интоксикация |
| Тромб- это образовавшийся  | плотный сгусток крови в просвете сосуда  |
| Тромбоз – это процесс | образования тромба в просвете сосуда. |
| “Эмбол” - это | оторвавшаяся часть тромба, начавшая перемещаться. |
| Эмболом может стать: | воздух, капли жира, бактерии, паразиты. |
| Клиника тромбоэмболии сосудов конечности - это | внезапная острая боль в конечности, онемение и похолодание, снижение или исчезновение чувствительной и двигательной функции.  |
| Суть неспецифической профилактики тромбоэмболий состоит в: | активизации кровообращения;устранению застоя крови;стимуляции фибринолиза. |
| Язва – это | дефект покровов и глубжележащих тканей с тенденцией к распространению и отсутствием или слабо выраженными процессами регенерации. |
| Трофическая язва- это | длительно незаживающая язва кожи. |
| Причинами развития язв являются: | расстройства крово-и лимфообращения;изменение сосудистой стенки при атеросклерозе;травмирующие повреждения (ожоги и др.);развитие инфекции - сифилис ТБС;трофические расстройства (повреждения нервов);расстройства обмена (сахарный диабет и др.).  |
| Свищ – это отсутствующие в норме  | сообщения патологического очага в тканях, органах или полости между собой. |
| Стомы - это | наружные искусственные свищи. |

Синдром новообразования

Студент должен знать:

признаки доброкачественной и злокачественной опухоли;

особенности этики и деонтологии при уходе за онкологическим больным;

особенности проведения химиотерапии;

алгоритмы ухода за стомами различной локализации.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Онкология-  | наука о причинах, методах диагностики, лечения и профилактики опухолей.  |
| [Tumor] | синонимы - бластома, неоплазма, новообразование. |
| Опухоль – это | местное патологическое разрастание тканей, не контролируемое организмом. |
| Экзофитный рост опухоли - это | рост опухоли, имеющей узкое основание и растущей в сторону от стенки органа. |
| Эндофитный рост опухоли - это | рост опухоли, инфильтрирующий стенку органа и распространяющийся по стенке. |
| Клетки опухоли отличаются  | темпами роста, строением, обменом веществ и имеют особые биологические свойства. |
| Доброкачественные опухоли  | имеют медленный рост, капсулу, не разносятся по организму с током крови или лимфы, не отражаются на общем состоянии пациента, пока не сдавят ткань, орган, нервные стволы. |
| Эпителиальные опухоли | врожденная и приобретенная папиллома, аденома (предстательная железа, щитовидная железа), дермоид.  |
| Неэпителиальные опухоли | фиброма, липома (жировая ткань), хондрома (хрящевая ткань). |
| Миома | доброкачественная опухоль из мышечной ткани. Чаще в матке.  |
| Ангиома – это  | опухоль, развивающаяся из сосудов. |
| Злокачественные опухоли  | инфильтрирующий рост, неравномерный темп роста, метастазы по току крови и лимфы, кахексия, раковая интоксикация. |
| Метастаз  | по своему строению аналогичен первичной опухоли. |
| Метастазирование - это | имплантация готовых к делению опухолевых клеток в места удаленные от первичной опухоли. |
| Рак – в любом органе[Cancer], карцинома  | злокачественная опухоль из эпителиальной ткани. 90% всех опухолей. Рак кожи, слизистых оболочек и железистых органов. |
| Саркома [sar-oma] | соединительнотканная опухоль.  |
| 1-я стадия опухоли - | очень маленький размер, нет прорастания стенки и метастазов. |
| 2-я стадия опухоли - | опухоль, увеличиваясь в размере, не выходит за стенки органа, может быть единичный метастаз в ближайшем лимфоузле. |
| 3-ая стадия опухоли - | размер относительно большой, прорастает стенку, есть признаки распада опухоли, множественные метастазы. |
| 4-ая стадия опухоли - | опухоль с прорастанием в соседние органы и ткани, метастазы множественные и отдаленные, кахексия и истощение.  |
| Методы диагностики для постановки диагноза: | рентгенологический – скопия и – графия;компьютерная томография (радиологический метод);ультразвуковое исследование, не имеет противопоказанийрадиоизотопная диагностика;тепловизионное исследование – бесконтактный метод;биопсия – взятие тканей для гистологии;эндоскопический метод для полых органов |
| Принцип абластики | предупреждение имплантации в ране опухолевых клеток. |
| Принцип антибластики | уничтожение в ране возможно оставшихся в ней опухолевых клеток веществами, разрушающими эти клетки. |
| Криодеструкция - это | использование Т - от-60º С до -190º С для разрушения опухоли. |
| Лучевая терапия - это | использование ионизирующих излучений для лечения опухоли. |
| Химиотерапия - это | применение разными методами цитотоксических препаратов.  |
| Пути введения химиопрепаратов: | пероральное, внутриартериальное, интраперитонеальное, внутриплевральное, внутриперикардиальное, внутрипузырное, интратекальное, внутривенное введение. |

Синдром повреждения. Механические повреждения

Студент должен знать:

организацию травматологической помощи;

классификацию повреждений;

основные клинические проявления механических повреждений;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при механических повреждениях.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Травматология – это  | наука о повреждениях. |
| Травма - это | воздействие на организм внешнего фактора, вызывающего в тканях и органах анатомические и функциональные нарушения, сопровождающееся общей и местной реакцией. |
| Травматизм - это | совокупность травм, поражающих при определенных обстоятельствах одинаковые группы населения. |
| Звенья оказания травматологической помощи - это | первая медицинская помощь, специализированные травматологические пункты, специализированные травматологические отделения больниц и клиник. |
| Повреждения делятся на:  | одиночные и множественные;закрытые и открытые. |
| Сочетанная травма - это | повреждения опорно-двигательного аппарата, сочетанные с повреждением внутренних органов. |
| Комбинированная травма - это | сочетание различных повреждений (переломы, ожоги).  |
| Закрытые повреждения - | ушиб, растяжение, разрыв тканей, сотрясение, СДС.  |
| Переломы и вывихи | могут быть закрытыми и открытыми. |
| Ушиб – это | закрытое механическое повреждение мягких тканей и органов без видимого нарушения их анатомической целостности. |
| Первая помощь при ушибе – это | холод, хлорэтил, давящая, мягкая иммобилизационная повязка.  |
| Растяжение связок и сухожилий – это | повреждение тканей с частичными разрывами при сохранении анатомической целостности. |
| Разрыв – это | закрытые повреждения тканей с нарушением их анатомической целостности. |
| Синдром длительного сдавливания – это | патологическое состояние, обусловленное длительным сдавлением мягких тканей (более 2- часов).  |
| Вывихи – это | чрезмерное смещение суставных поверхностей, образующих сустав. |
| Вывихи могут быть: | полные и неполные;врожденные и приобретенные;травматические и патологические;осложненные и неосложненные. |
| Клинически вывих проявляется  | болевым синдромом, деформацией, изменением оси конечности и конфигурации сустава, длины конечности. |
| Абсолютные симптомы вывиха – это | отсутствие активных движений в суставе и пружинящее сопротивление при пассивных движениях. |
| Первая помощь при вывихе - это | обезболивание, холод, иммобилизация шиной или косынкой. |
| Вправление вывиха  | проводят под анестезией или с применением миорелаксантов. |
| Перелом – это | нарушение целостности кости. |
| Абсолютные симптомы перелома – это | патологическая подвижность, крепитация костных отломков. |
| Репозиция | предусматривает при смещении отломков установку костных отломков анатомически правильно. |
| Для скелетного вытяжения готовят | спицу Киршнера, которая проводится через мыщелки трубчатых костей, скобу ЦИТО, дрель, система блоков, груз. |
| Остеосинтез – это | оперативное лечение переломов (спицы, шурупы, гвозди и др.). |
| Основные осложнения при лечении переломов: | псевдоартроз, контрактуры, пролежни, анкилоз сустава, атрофия мышц, нарушение венозного оттока, остеомиелит.  |
| Аппарат Елизарова применяют для  | лечение перелома компрессионно-дистракционным методом. |
| Причины замедления консолидации (сращения) переломов -  | нарушение кровообращения конечности, авитаминоз, плохая иммобилизация, инфекционные заболевания, кахексия, заболевания эндокринной системы. |
| Гипс - это | сульфат кальция, который получают путем прокаливания природного гипсового камня при Т-70-140С. |
| Гипсовая лонгета имеет | от 5 до 10 слоев марли длиной 50-100см, шириной 10-20см. |
| Полные гипсовые повязки - это | циркулярная, окончатая, тутор-гильза, гипсовый корсет, кокситная, «сапожок», торако-брахиальная, мостовидная. |
| Шины - это | специальные приспособления, обеспечивающие неподвижность (иммобилизацию) костей и суставов при их повреждениях и заболеваниях. |
| Шины могут быть | транспортные и лечебные.  |
| Транспортные шины  | Подручные (ветки, палки, зонд) и стандартные (Крамера, Дитерихса). |

ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫХ ШИН:

провести иммобилизацию как можно раньше от момента повреждения;

наложение шин должно быть щадящим, не травматичным;

перед шинированием необходимо провести анестезию;

наложенная шина должна обеспечить иммобилизацию как минимум двух смежных суставов и 3-х суставов при повреждении бедра и плеча;

при иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей среднефизиологическое положение, а если это невозможно, то такое, при котором конечность меньше всего травмируется;

шина накладывается поверх одежды или обуви;

шина должна быть до ее наложения отмоделирована на здоровой конечности:

при закрытых переломах перед наложением шины провести легкое вытяжение (тракцию) конечности с коррекцией ее оси;

с целью профилактики пролежней шину перед наложением обматывают мягким материалом, а на костные выступы накладывают прокладки из марли или ваты;

в холодное время необходимо дополнительное утепление пострадавшего.

ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ТРАВМАХ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ ТЕЛА

|  |  |
| --- | --- |
| Травмированный участок тела | Особенности иммобилизации |
| Перелом плечевой кости и повреждение плечевого сустава | Лестничная шина идет от концов пальцев по всей длине конечности, а затем по спине до здоровой лопатки или надплечья здоровой руки  |
| Перелом предплечья  | Шину сгибаем под углом 90º и фиксируем ею конечность от кончиков пальцев до плечевого сустава |
| Перелом костей запястья и пястья | Достаточно иммобилизации от кончиков пальцев до локтевого сустава, под ладонь подложить валик |
| Перелом пальцев  | Фиксируем на круглом валике и затем подвешиваем руку на косынке или бинте |
| Перелом голени | Используем три шины Крамера: одну накладываем по задней поверхности конечности от пальцев до середины бедра, согнув в области пятки под углом 90º, остальные – по боковым поверхностям, от внутреннего и наружного края стопы до середины бедра |
| Перелом в в\з голени и травма коленного сустава | Верхние концы трех шин должны достигать тазобедренного сустава |
| Перелом костей стопы  | Шину накладывают от концов пальцев до середины голени |
| Перелом бедра | Удобна шина Дитерихса или две шины Крамера |
| Повреждение шейных позвонков | Ватно-марлевый воротник Шанца |
| Перелом грудных и поясничных позвонков | На животе, на спине на щите или твердых носилках с подложенным под поясницу валиком  |
| Перелом ребер | В положении сидя без тугой повязки |
| Перелом таза | На щите или жестких носилках на спине с приподнятой головой и грудной клеткой, с согнутыми (с помощью валиков, подложенных под колени) и раздвинутыми ногами (положение «лягушки») |
| Перелом ключицы | В полусидячем положении, иммобилизация косыночной повязкой, но лучше повязкой Дезо с обязательным введением в подмышечную впадину ватно-марлевого валика |

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Анатомически правильное положение- положение, придаваемое конечности при наложении гипсовой повязки, обеспечивающее последующее хорошее сращение отломков костей.

Гематома - ограниченное скопление излившейся крови в тканях (например, вследствие ушиба, перелома).

Гипсовая иммобилизация- способ иммобилизации отдельных частей тела.

Ватно-марлевый воротник по Шанцу – способ иммобилизации при повреждениях шейных позвонков.

Временная иммобилизация – иммобилизация, которая позволяет уменьшить болевые ощущения и снизить опасность развития шока.

Внутриавтомобильная травма- повреждение при столкновении автомобилей, переворачивании машины, съезда ее в кювет и т.д.

Закрытый перелом- кожа над местом перелома не повреждена.

Иммобилизация- создание неподвижности, например, конечности при переломе.

Иммобилизирующая повязка- повязка, предназначенная для удержания той или иной пострадавшей части тела, чаще конечности, в определенном неподвижном состоянии на известный срок.

Иммобилизация временная - иммобилизация в порядке оказания первой помощи.

Иммобилизирующие вакуумные носилки- носилки НИВ, создающие наиболее щадящие условия для транспортировки пострадавших при переломах позвоночника и костей таза.

Крахмальная повязка – способ иммобилизации, предложенный И.В.Буяльским в 1837 году в России.

Ишемическая контрактура Фолькмана- сведение мышц с деформацией и стойкими нарушениями функции конечности в результате неправильного наложения гипсовой повязки с последующим сдавлением и нарушением питания мышц и нервов.

Крепитация-попадание воздуха в подкожную клетчатку (как бы хруст снега под пальцами при ощупывании этой области).

Консолидация- сращение отломков костей.

Моделирование шины - придание ей нужного положения на конечности.

Неполный отрыв конечности - имеется некоторая связь конечности с телом в виде мостика из мягких тканей, нервов, кожи.

Окончатая повязка - гипсовая повязка, имеющаяся отверстие для перевязки раневой поверхности

Открытый перелом - над местом перелома повреждена кожа и мягкие ткани.

Отвердевающая повязка- повязка, в состав которой входит то или иное быстро затвердевающее вещество (крахмал, гипс, клей)

Повязка Дельбе - 2 ватных кольца, обернутых марлей, используемые при переломе ключицы.

Принцип транспортной иммобилизации: при повреждении костей конечностей проводят захват повязкой 2-х близлежащих сустава, а при переломе бедренной кости даже 3-х суставов.

Полный отрыв конечности - конечность полностью отделена от тела.

Репозиция- действие по возвращению отломков костей в правильное положение.

Транспортная иммобилизация - временное обездвиживание конечности.

Травматический шок- осложнение тяжелой механической травмы, возникающее в том случае, когда тяжесть травмы превосходит защитные силы организма.

Шины - это специальные приспособления, служащие для иммобилизации при повреждениях и заболеваниях костей, суставов и пр.

Шина Дитерихса для нижней конечности - экстензионная шина.

Шины импровизированные – шины, изготовленные на месте происшествия из имеющихся под рукой материалов для временной фиксации.

Шины Крамера – универсальная лестничная шина, изготовленная из проволоки разной толщины.

Шина медицинская полимерная пневматическая (надувная) – это прозрачная воздухонепроницаемая двухслойная пленочная оболочка.

Физиологическое положение плечевого сустава- при слегка отведенном положении плеча, предплечья - в среднем положении между пронацией и супинацией, кисти - в положении тыльного сгибания в лучезапястном суставе и легкого сгибания пальцев. Физиологическое положение тазобедренного сустава - слегка отведенное положение с поворотом (ротацией) бедра внутри, коленного сустава - выпрямленное или с легким сгибанием, стопы - под прямым углом к голени.

Фиксационные транспортные шины – шины, только удерживающие конечности в определенном положении.

Экстензионные шины- шины, сочетающие фиксацию конечности с вытяжением.

Синдром повреждения. Термические поражения

Студент должен знать:

организацию травматологической помощи;

классификацию термических поражений;

основные клинические проявления холодовой и тепловой травмы;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при термических поражениях.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Ожогами называются | повреждения тканей организма в результате местного воздействия высокой температуры, химических веществ, электротока и радиации. |
| По глубине поражения  | 4 степени: |
| 1-ая степень ожогов  | поражение эпидермиса, гиперемия и отек кожи. Поверхностный. |
| 2-ая степень ожогов | отслойка эпидермиса с образованием пузырей. Поверхностный. |
| 3-ая степень – А | сохранение эпителия потовых, сальных желез луковиц. |
| 3-ая степень – Б | гибель всех слоев кожи. Поверхностный ожог. |
| 4-ая степень ожогов-  | некроз кожи и подлежащих тканей (мышцы, фасции, кости).  |
| Площадь ожога определяется по  | “правилу девяток” (метод А. Уоллеса) 100% = 11х 9% + 1%. |
| Правило “ладони” - | метод И.И. Глумова – ладонь пациента 1% от общей площади. |
| Ожоговая болезнь – 1-3ст -15-25% площади, 4 степень - при 10%. | совокупность клинических симптомов, общих реакций организма и нарушения функции внутренних органов при термических повреждениях кожи и подлежащих тканей. |
| 4 периода течения ожоговой болезни – это | ожоговый шок, токсемия, септикотоксемия, реконвалесценция. |
| Отличие ожогового шока от травматического шока: | длительная эректильная фаза, отсутствие кровопотери, выраженная плазмопотеря, гемолиз эритроцитов, своеобразное нарушение функции почек. |
| Порядок оказания первой помощи при ожогах: | согреть, горячий чай, 50-100 мл. алкоголя;прекратить действие термического агента на кожу;охладить обожженные участки – лед 10-15 минут;наложить асептическую повязку, не вскрывать пузыри и не смазывать жиром, бриллиантовым зеленым;обезболить и начать противошоковые мероприятия. |
| Поверхностные ожоги | лечатся консервативным путем.  |
| Глубокие ожоги | требуют оперативного лечения для восстановления кожного покрова и консервативного до и после операции. |
| Следующие способы закрытия ожоговых ран: | пластика местными тканями, свободная кожная, лоскутом на ножке, применение культивированных аллофибробластов, временное биологическое закрытие дефектов. |
| Кислоты и солей тяжелых металлов | вызывают коагуляционный (сухой) некроз, быстро образуется плотный струп, не пускающий вглубь химического агента. |
| Щелочи дают | колликвационный (влажный) некроз, рыхлый, мягкий струп.  |
| Первая помощь при химических ожогах - | быстрое удаление с поверхности кожи всех следов химического вещества, лечение по принципам лечения сухого и влажного некроза.  |
| Отморожение – это | совокупность клинических симптомов, возникающих под влиянием низких температур и проявляющихся некрозом и реактивным воспалением тканей. Этиология - долгое воздействие низкой Т. |
| 2 периода отморожения – это | дореактивный (скрытый) и реактивный после согревания. |
| 1- ая степень отморожения–  | умеренная гиперемия, отек кожи, боль, чувство жжения. |
| 2- ая степень -  | образование пузырей с серозной жидкостью, боль, парестезии. |
| 3- ая степень -  | отек, пузыри с геморрагическим содержимым, очаги некроза. |
| 4- ая степень -  | местные изменения выражаются в развитии сухой или влажной гангрены. Через 1,5 -2 месяца возможна самоампутация.  |
| Первая помощь при отморожении: | правильно постепенно согреть отмороженные участки тела (довести до Т воды 36ºС в течение 1-2 –х часов);бережно растереть поврежденный участок водкой, спиртом, чистыми сухими руками;наложить асептическую и термоизолирующую повязки;горячее питье, теплое одеяло, спазмолитики (но-шпа), дезагреганты (трентал), при болях – анальгетики. |
| Уход за пациентами при отморожении- | тепло, проветривание, частое и обильное питье, белок, витамины. |
| Лучевые ожоги -  | возникают при воздействии разного вида лучевой энергии: УФО, рентген, альфа- бета - и гамма – лучи. |
| Особенность лучевых ожогов | развитие в организме специфических общих симптомов, характерных для лучевой болезни. |
| Электротравма – это  | поражение организма человека техническим или атмосферным электричеством. |
| Тяжесть электротравмы  | зависит от напряжения и силы тока. Опасными для человека считаются напряжение выше 36В и сила тока более 0,1А (сила тока в 0,5А – смертельна).  |
| Различают | общие поражения электрическим током (электротравма) и местные (электроожоги).  |
| Различают  | 4 степени электротравмы: |
| 1- ая степень электротравмы |  судорожное сокращение мышц без потери сознания |
| 2- ая степень электротравмы | Судорожное сокращение мышц с потерей сознания |
| 3- ья степень электротравмы | судорожное сокращение мышц с потерей сознания и нарушением функции сердечно-сосудистой системы |
| 4- ая степень электротравмы | клиническая смерть. |
| «Мнимая смерть» при электротравме  | состояние, напоминающее клиническую смерть по наблюдаемым симптомам, но при которой может быть обратное развитие этих симптомов, даже через довольно длительный промежуток времени. Поэтому реанимационные мероприятия проводят длительное время, вплоть до появления трупных пятен и трупного окоченения. |
| «Петля тока» | должна учитываться, так как опасны петли тока от одной руки к другой или от руки к ногам, когда в зону высокого напряжения попадают сердце и головной мозг. |
| При поражении молнией | образуются знаки молнии - древовидные разветвления и полосы гиперемии на коже. Они исчезают через несколько дней. |
| Помните | нельзя закапывать пострадавшего в землю, так теряем время необходимое для оживления. |

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Выявленные повреждения | Доврачебная помощь | Место госпитализации |
| Вывих | Мягкая, ограничивающая повязка | В травматологическое отделение |
| Ранение живота | Не вправлять выпавшие органы, салфетки | Быстро на носилках в хирургическое отделение |
| Наружное артериальное кровотечение | Гемостаз всеми доступными методами | Срочно в хирургическое отделение |
| Кровотечение внутреннее при травме живота | Горизонтальное положение, голова и плечи немного опущены, холод на живот | Срочно на носилках в ближайшее хирургическое отделение |
| Переломы | Транспортная иммобилизация в зависимости от локализации | При переломах лодыжки, костей кисти направить в травматологический пункт, остальных локализации в стационар |
| Отрыв конечности | Гемостаз, обезболивание, стерильная повязка, транспортная иммобилизация  | На носилках в ближайшее хирургическое отделение. Конечность завернуть в лед |
| Повреждение сердца  | Стерильная повязка, на носилках | Угроза жизни, в ближайший хирургический стационар |
| Повреждение легких с пневмотораксом | Окклюзионная повязка, лежа на носилках | Срочно в ближайший хирургический стационар  |
| Синдром длительного сдавления | Освобождение от завала, повязки, иммобилизация конечности, грелки со льдом, обезболивание, обильное питье, носилки | Срочно в ближайший хирургический стационар |
| Внутриавто-мобильная травма | После извлечения помощь в зависимости от выявленных повреждений | По показаниям |
| Шок травматический | Гемостаз, ликвидация расстройств дыхания, при переломах транспортная иммобилизация, внутривенное обезболивание | На щите или носилках с очень бережным перекладыванием в ближайший хирургический стационар |
|  Ожоги  | Тушение огня, кратковременное охлаждение, стерильные повязки, анальгетики, при поражении конечностей – иммобилизация | В отделение термической травмы |
| Отморожение | Осторожное растирание, обработка поверхности 70 спиртом, горячее питье, анальгин, но-шпа | Показана в связи с тем, что трудно определить глубину поражения |
| Электротравма | Освободить от источника тока, на раны стерильные повязки, при развитии клинической смерти - проведение ИВЛ и непрямого массажа сердца | Обязательна, если была даже кратковременная потеря сознания  |

Синдром “острого живота”

Студент должен знать:

классификацию повреждений и заболеваний органов брюшной полости;

основные клинические проявления повреждений и заболеваний органов брюшной полости;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при развитии синдрома «острого живота».

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Повреждения живота - | могут быть закрытые и открытые. |
| Закрытые повреждения – | повреждения брюшной стенки и внутренних органов. Являются одним из наиболее тяжелых видов травм. Механизм - падение, автотравма. |
| Открытые повреждения - | делятся на непроникающие и проникающие ранения живота. |
| Повреждения брюшной стенки - | сопровождаются ушибом, разрывом мышц, апоневроза, кровеносных сосудов. Проявление – боль, гематома.  |
| Повреждения внутренних органов: | может быть, разрыв паренхиматозных или полых органов, отрыв брыжейки кишечника. |
| При повреждении паренхиматозных органов | клиническая картина острой кровопотери: пациент бледен, тахикардия, снижение АД, нарастающая боль в животе. |
| Разрыв полых органов -  | наблюдаются симптомы острого перитонита. |
| Проникающие ранения живота  | сопровождаются ранением полых или паренхиматозных органов, эвентрацией органов (выпадение органов наружу). |
| Уход за пациентом при травме живота: | строгий постельный режим;в период наблюдения нельзя вводить обезболивающие препараты, пить, есть;перед операцией – АД ЧД, Т, анализ крови и мочи;после операции в реанимационное отделение;после наркоза положение в постели полусидя;уход за дренажами;контроль за гемостазом (калий, натрий, общий белок, остаточный азот, мочевина, гематокрит, ОЦК) |
| Грыжи живота - это | выпячивание органов, покрытых пристеночной брюшиной, через естественные или приобретенные дефекты брюшной стенки. |
| Наружные грыжи - | паховая, бедренная, пупочная, белой линии живота, боковые, мечевидного отростка, поясничные, промежностные и др. |
| Грыжа состоит из | грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого. |
| Размеры грыжевых ворот  | зависят от величины дефекта. |
| Грыжевой мешок  | образован париетальной брюшиной, вышедшей через ворота. |
| Вправимая грыжа - | если грыжевое выпячивание самостоятельно исчезает в покое, в горизонтальном положении или при легком надавливании рукой на него.  |
| При невправимой грыже | грыжевое выпячивание не меняет величины и формы. |
| Симптом ущемленной грыжи -  | внезапно возникающие боли в области грыжи, увеличение ее, невправимость, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания, далее картина ОКН. |
| Паховые грыжи – прямые, косые и пахово-мошоночные. | прямые имеют шарообразную форму и расположены выше паховой складки;Косые имеют овальную форму и идут по паховой складке. |
| Скользящие грыжи - | стенку грыжевого мешка составляет орган, частично покрытый брюшиной (почки, мочевой пузырь, слепая кишка). |
| Метод лечения грыж | основной метод - оперативное, кроме лиц старческого возраста, при ОДН и ОССН, активном туберкулезе, опухолях.  |
| Длительное ношение бандажа  | способствует расширению грыжевых ворот и противопоказана тем, кто будет оперироваться. |
| Уход после операции | постельный режим 2 дня;через 2 часа можно пить, и есть жидкую пищу;1-2 недели плотный пояс вокруг живота;ограничение физической нагрузки на 3-4 недели. |
| “Острый живот” - это | собирательный термин острых воспалительных заболеваний брюшной полости. |
| Пациента с острым животом необходимо: | экстренно госпитализировать в хирургию;не вводить анальгетики и наркотические препараты;запрещается прием пищи, жидкости, слабительных, промывание желудка и клизмы. |
| Острый аппендицит -  | это воспаление аппендикулярного отростка. |
| Может быть | простым или катаральным и деструктивным (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), осложненный перитонитом, сепсисом, инфильтратом, абсцессом.  |
| Причинами может быть | глистная инвазия, хронические воспалительные процессы, застойные явления в слепой кишке, ангионевроз. |
| Аппендикулярный инфильтрат  | является осложнением острого аппендицита, клиника начинается на 2-3 день после приступа о. аппендицита. |
| Проявление - | пальпируется уплотнение с четкими границами. |
| Лечение - | консервативное – холод, антибиотики, жидкая пища. |
| Уход после аппендэктомии- | через 2 часа после операции можно пить;на другой день можно ходить – профилактика спаек;5 дней щадящая диета с исключением клетчатки, молока.ежедневно лечебная физкультура;перевязки по показаниям;швы снимают на 5-7 день;подъем пациента через боковое положение как главный принцип предупреждения вентральной грыжи. |
| Острый холецистит -  | воспаление желчного пузыря. |
| Острый холецистит может быть | калькулезным, катаральным, флегмонозным, гангренозным, перфоративным холециститом. |
| Осложнения острого холецистита – это  | панкреатит, механическая желтуха, гепатит, холангит, инфильтрат, абсцесс, эмпиема, перитонит. |
| Провоцирующие моменты - это | переутомление, стресс, переедание, инфекционные заболевания, т.е. отрицательные воздействия, ослабляющие организм.  |
| В неосложненной форме лечение  | консервативное. Это постельный режим с приподнятым головным концом, холод на область правого подреберья, парентеральное питание, антибиотикотерапия, дезинтоксикация.  |
| Малигнизация язвы - | это образование рака из язвы желудка. |
| Перфорация - это | образование сквозного дефекта в стенке желудка. |
| Пенетрация - это | проникновения язвы желудка в соседние органы. |
| Перитонит - это | воспаление брюшины. |
| Может быть:  | острый и хронический перитонит;по распространению - местный, разлитой и тотальный;по этиологии простой, травматический, ферментативный, послеоперационный, прободной. |
| Прободной перитонит | может быть желудочный, кишечный, желчный, Аппендикулярный, каловый и мочевой.  |
| Причина перитонита - | инфекция, проникающая в полость брюшины. |
| Классический симптом перитонита - это | постепенно нарастающая боль в животе, начало ее в области источника перитонита, затем распространяется по всему животу, интоксикация, тошнота, рвота, лицо бледное, черты заострены. |
| При операции по поводу перитонита | лапаротомия с устранением причины, туалет брюшной полости, множественное дренирование для эвакуации содержимого. |
| Состав диализирующего р-ра | раствор Рингер+5% р-р глюкозы +1%р-р гидрокарбоната + антибиотики. Количество 500 мл на 1 кг веса пациента.  |
| Острый панкреатит -  | своеобразный патологический процесс, включающий в себя отек, воспаление, геморрагическое пропитывание и некроз ткани. |
| Острый панкреатит бывает | в виде интерстициального отека, геморрагического, некротического и гнойного поражения железы. |
| Осложнения - | панкреонекроз, абсцесс, флегмона, киста, холецистит, перитонит. |
| Причины панкреатита  | особенности анатомии, заболевания ЖКТ, алкоголь, аллергия. |
| По клиническому течению различают | легкие, средние, тяжелые и молниеносные формы острого панкреатита. |
| Самый постоянный симптом | сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье, приобретающие характер опоясывающих болей. |
| Клиника – | неукротимая рвота, не приносящая облегчения, бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, живо вздут, не принимает участия в дыхании, уменьшение диуреза, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение амилазы, липазы, белок и лейкоциты в моче. Для диагноза применяем УЗИ, диагностическую лапароскопия.  |
| Основной метод лечения - | консервативный метод. Покой, фолеровское положение в постели, голод 4-5 дней с введением парентерального питания, холод на область поджелудочной железы, борьба с болью, устранение ферментативной токсемии путем введения тразилола или контрикала, введение антиферментных препаратов (плазма, альбумин), дезинтоксикация и антибиотикотерапия. Операция при безуспешности консервативного лечения. |
| Уход за пациентом после операции уход как после холецистэктомии. | теплая постель, покой, положение Фовлера, тонкий зонд в желудке, удаление содержимого желудка, промывание его холодной щелочной водой. После прекращения голода (405 дней) щелочная минеральная вода, некрепкий чай, диета №1п, через 4-8 дней стол №2п и №5. |
| Непроходимость кишечника - это  | нарушение и задержка пассажа и эвакуации содержимого ЖКТ. По механизму возникновения – механическая и динамическая. |
| Динамическая Н - | формы: паралитическая и спастическая КН. |
| Механическая Н - | странгуляционная, при которой происходит сдавление сосудов, обтурационная непроходимость с закупоркой просвета кишки и смешанная непроходимость. |
| По клиническому течению выделяют: | острую, хроническую, частичную и полную кишечную непроходимость. |
| Динамическая Н. | имеет нервно-рефлекторный характер. |
| Причина спастической | почечная колика, колит, мезаденит (воспаление лимфоузлов).  |
| Клиника - | коликообразная боль в животе, вздутие живота, задержки стула и газов нет. Живот мягкий, незначительно болезнен. |
| Лечение - | спазмолитики, легкий массаж живота, тепло на область живота.  |
| Причина паралитической Н. - | травма живота, перитонит, состояние после операции, септическое состояние, интоксикация.  |
| Клиника – Лечение – прозерин, аминазин, устранение причины КН. | при парезе кишечника боли распирающего характера, вздутие живота, отсутствие газов и стула. Тяжелое состояние, + симптом Щеткина-Блюмберга, на рентгеновском снимке – “чаши Клойбера”. |
| Причины обтурационной КН - | рубцовый стеноз кишечника, опухоль, растущая внутри него, каловые камни, кисты и инородные тела. |
| Клиника - | развивается постепенно, сначала будет частичной, потом полной непроходимостью. Вначале задержка стула, нечастые схваткообразные боли, тошнота, через 1-2 дня полная непроходимость. |
| Консервативное лечение возможно  | когда нет интоксикации и перитониальных явлений. Это сифонная клизма и активная аспирация кишечного содержимого, но не более 1-2 часов. Если нет эффекта - операция. |
| Причины механической странгуляционной КН  | заворот кишечника, ущемленная грыжа, тромбоэмболия сосудов брыжейки, спайки кишечника, опухоли брюшной полости, сдавливающие кишечник извне. |
| Основной симптом - | сильные приступообразные боли в животе. Пациент бледен, мечется, принимает коленно-локтевое положение в постели. Рвота, задержка стула и газов, нарастающая интоксикация.  |
| Лечение  | экстренная госпитализация и операция. |

Заболевания и повреждения прямой кишки

Студент должен знать:

классификацию повреждений и заболеваний прямой кишки;

основные клинические проявления повреждений и заболеваний прямой кишки;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при острой патологии прямой кишки.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Повреждение прямой кишки бывает  | при переломах костей таза, медицинских манипуляциях, введении инородных тел. |
| Клиника повреждения - | боль внизу живота и в заднем проходе, тенезмы (позывы на стул), кровотечения, выделение газов и кала. |
| Первая помощь при повреждениях прямой кишки - | обезболивание, холод на промежность, госпитализация. |
| Консервативное лечение повреждений прямой кишки -  | обезболивание, тампоны с мазями в прямую кишку. |
| Оперативное лечение повреждений прямой кишки - | первичная хирургическая обработка через прямую кишку с ушиванием и дренированием.  |
| Причины трещины заднепроходного отверстия -  | чрезмерное растяжение анального отверстия каловыми массами, частые позывы или жидкий стул, геморрой, осложненные роды, глистная инвазия. |
| Основной симптом трещины прямой кишки- | боль во время акта дефекации. Алая кровь на кале. |
| Лечение трещины –Операция – если нет эффекта от лечения. | свечи с анестезином, восходящий душ, сидячие ванны с отваром трав (ромашка, календула) 10-15 минут – Т 38-39 ºС, масло шиповника, облепихи, прополюстная мазь. |
| Причины выпадения прямой кишки - | недоразвитие у детей или слабость мышц тазового дна и сфинктера у взрослых. |
| Выпадение бывает | частичное и полное выпадение прямой кишки. |
| Клиника выпадения прямой кишки -  | выпавшая кишка имеет слизистую розового цвета. |
| При выпадении  | кишку необходимо вправить. Пациент принимает коленно-локтевое положение, салфетка с вазелиновым маслом.  |
| Геморрой - это | варикозное расширение вен в области заднепроходного отверстия. |
| Причины геморроя  | все заболевания, которые вызывают застой венозного кровообращения в брюшной полости. |
| Предрасполагающие факторы – это | наследственность, отсутствие клапанов в геморроидальных венах, сидячий образ жизни, беременность. |
| Геморрой бывает - | наружным, внутренним, одиночным и множественным, острым и хроническим, неосложненным и осложненным. |
| Осложнения геморроя - | воспаление, тромбоз, выпадение узла, ущемление узла. |
| Для обследования прямой кишки  | применяют пальцевое исследование и ректороманоскопию. |
| Подготовка к операции на прямой кишке –Исход операции зависит от подготовки пациента к операции и уходе после нее. | за 2 дня до операции ограничить прием пищи, исключить продукты, содержащие клетчатку;вечером за 1 сутки масляное слабительное;вечером перед операцией тщательное очищение кишечника сифонной клизмой;за 2 часа до операции клизма и после нее газоотводная трубка. |
| Атрезия прямой кишки - это | порок развития прямой кишки. |
| Атрезия прямой кишки бывает | атрезия заднепроходного отверстия, когда у ребенка при рождении отсутствует анальное отверстие, а прямая кишка заканчивается в прямокишечной клетчатке.атрезия прямой кишки, когда заднепроходное отверстие сформировано правильно, но на расстоянии 1-5 см. от переходной складки прямая кишка заканчивается слепо.атрезия прямой кишки со свищами в матку, влагалище, мочевой пузырь, уретру.атрезия прямой кишки и заднепроходного отверстия |
| Лечение атрезии | только оперативное. |
| Парапроктит - это | гнойное заболевание околопрямокишечной клетчатки. |

Синдром нарушения мочеотделения

Студент должен знать:

классификацию повреждений и заболеваний мочеполовых органов;

основные клинические проявления повреждений и заболеваний мочеполовых органов;

алгоритм оказания первой медицинской помощи при развитии наиболее часто встречающихся урологических синдромов: почечная колика, острая задержка мочи, гематурия, анурия.

Опорный конспект

Изучаемые вопросы Ответы

|  |  |
| --- | --- |
| Почечная колика - это | приступ острой режущей боли в области почки или мочеточника с иррадиацией вниз живота и в пах.  |
| Наблюдается при | мочекаменной болезни, пиелонефрите, нефроптозе, туберкулезе почки, опухолях, сдавление мочеточников извне, нефрите, стриктурах уретры, травмах почек. |
| Клиника:Моча при осмотре мутная с признаками гематурии. | внезапное начало, ни с чем не сравнимая боль, очень интенсивная, не изменяющаяся при изменении положения. Учащенное мочеиспускание, резь в уретре. Симптом Пастернацкого.  |
| Лечение включает | спазмолитики, обезболивание и антигистаминные препараты. |
| Тепло показано  | после установления диагноза. |
| Острая задержка мочи -  | это непроизвольное прекращение опорожнения мочевого пузыря. |
| Причины- | заболевания мочеполовой системы (аденома предстательной железы, опухоль мочевого пузыря, камни уретры, парафимоз, повреждения уретры);заболевания, не связанные с патологией мочеполовой системы (каловые камни, заболевания ЦНС, после родов и операций на органах брюшной полости). |
| Клиника - | невозможность помочиться, нарастающие боли внизу живота с иррадиацией в наружные половые органы. |
| Лечение  | предусматривает определение причины задержки. |
| Первая помощь, если причина не в патологии мочеполовой системы | успокоить пациента;отделить от других пациентов;включить кран с водой;положить на область мочевого пузыря теплую пеленку;при неэффективности - катетеризация мочевого пузыря. |
| При патологии мочеполовой системы  | сразу проводят катетеризацию мочевого пузыря;если не получилось, делают пункцию мочевого пузыря. |
| Гематурия - это | наличие крови в моче. Бывает макро- и микрогематурия. |
| Причины-  | травма, опухоли, камни и воспаления мочеполовой системы. |
| Помощь  | госпитализация, холод, ввести гемостатические препараты. |
| Фимоз – этоЛечение – операция. | сужение крайней плоти, вследствие чего становится невозможным обнажение головки полового члена. |
| Клиника: | затруднение акта мочеиспускания, беспокойство. |
| Крипторхизм - это | неправильное расположение яичка у корня мошонки и в брюшной полости. |
| Водянка яичка – | врожденная патология, когда не зарастает вагинальный отросток брюшины и в оболочках яичка скапливается серозная жидкость. Приобретенная патология – после травмы.Клиника - увеличение половины или всей мошонки. |
| Нефроптоз -  | опущение почки. Причины - травма, резкое исхудание, слабость мышечно-связочного аппарата почки. |
| Острый эпидидимоорхит - | воспаление придатка яичка. |
| Орхит - это  | воспаление яичка. |
| Варикоцеле - это | варикозное расширение вен семенного канатика и мошонки.  |

Литература

1. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. – Ростов–на–Дону “Феникс” , 2003 г.
2. Грицук И.Р., Ванькович И.К. Сестринское дело в хирургии/ - Минск, Вышейшая школа, 2000 г.
3. Колотилова И.А., Рыбочкина Т.В. Опорные конспекты по “СД в хирургии”.- СПб, 2005 г.
4. Мухина С.А., Тарновский И.И. Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, - М, АНМИ, 1995
5. Медицинский справочник “Спасение 03 или первая помощь при несчастных случаях”, С.- Петербург, “Герион”, 1995
6. Островская И.В., Стецюк В.Г., Цвешко Р.В., Артемова Л.Ф. Сборник карточек тестов, ситуационных задач программированного обучения и контроля по сестринскому делу, хирургии, педиатрии, инфекционным болезням, М.,АНМИ 1999
7. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии (учебное пособие для медицинских училищ и колледжей) - Москва, Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2001
8. Стецюк В.Г. Пособие по хирургическим манипуляциям.— М.: Медицина, 1996
9. Справочник медицинской сестры по уходу / под ред. Н.Р. Палеева,- М., Альянс - В, 1999
10. Хирургия: пер. с англ. Главный редактор. Лопухин Ю.М., Савельев В.С.— М.: ГЭОТАР Медицина, 1997
11. Шершень Т.А. “Неотложные состояния”, Минск, “Беларусь”, 1995.

Приложение

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЯ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

ПРОФИЛАКТИКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| МЕТОД СТЕРИЛИЗАЦИИ | ИЗДЕЛИЯ |
| 1. воздушный | А – резина (перчатки, трубки, бужи, катетеры) |
| 2. химический газ | Б – хирургический инструментарий |
| 3. пар под давлением | В – воздух операционной |
| 4. радиационный (лучевой) | Г - текстиль (хирургическое белье и перевязочный материал) |
| 5. ультрафиолетовые лучи | Д - эндоскопические инструменты |
| 6. химические (стерилянты) растворы | Е – принадлежности для анестезии и реанимации |
| 7. обжигание | Ж - одноразовые предметы |
| 8. ультразвук | З - полимерные материалы, резина, стекло |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_,8\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| МЕТОДЫ АНТИСЕПТИКИ | СПОСОБ БОРЬБЫ С ИНФЕКЦИЕЙ |
| 1. механическая |  А - повязка со спиртом |
| 2. физическая |  Б - проточно- промывное дренирование |
| 3. химическая |  В – некрэктомия |
| 4. биологическая |  Г - дренирование |
| 5. смешанная |  Д - применение лазера |
|  |  Е - туалет раны |
|  |  Ж – протеол. Ферменты |
|  |  З – ПХО раны |
|  |  И – бактериофаги |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_

ВАРИАНТ №3

|  |  |
| --- | --- |
| ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ | СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ |
| 1. воздушный |  А – сокращение времени контакта с воздухом |
| 2. капельный |  Б - санация полости рта |
| 3. контактный |  В - УФО помещений |
| 4. имплантационный |  Г - ограничение движений в операционной |
| 5. гематогенный |  Д - ношение маски в 4- слоя |
|  |  Е - работа в стерильных перчатках |
|  |  Ж – стерилизация дренажей |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_

BАРИАНТ №4

|  |  |
| --- | --- |
| ГРУППА АНТИСЕПТИКОВ | ХИМИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА  |
| 1. соли тяжелых металлов |  А - йодонат |
| 2. детергенты |  Б – хлорамин Б |
| 3. окислители |  В – перманганат калия |
| 4. красители |  Г – гибитан |
| 5. нитрафураны |  Д - нитрат серебра |
| 6. галоиды |  Е – бриллиан зеленый |
|  |  Ж - фурацилин |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1.1-Б; 2-Д, З; 3-А, Б, Г;4-Е, Ж; 5-В; 6-Б, Ж; 7-Б; 8-Б.

Вариант №2. 1-В, Е, З; 2-Г, Д; 3-А; 4 – Ж, И; 5-Б.

Вариант №3. 1-А, В, Г; 2-Г, Д; 3 -Е, Ж; 4-Ж; 5-Б.

Вариант №4. 1-Д; 2-Г; 3-В; 4-Е; 5- Ж; 6-А, Б.

ОБЩАЯ И МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| АВТОР | ВКЛАД В АНЕСТЕЗИОЛОГИЮ |
| 1. в 1923-1928 гг. А.В. Вишневский |  А - использовал закись азота для экстракции зубов |
| 2. в 1845 г. Уэллс |  Б - предложил ректальный наркоз |
| 3. в 1846 г. зубной врач У. Мортон |  В – обнаружил обезболивающие свойства эфира |
| 4. в 1947 г. Н.И. Пирогов |  Г – публично использовал эфирный наркоз |
| 5. в 1540 г. Парацельс |  Д – осуществил синтез эфира |
| 6. А.И. Лукашевич |  Е – создал метод местного обезболивания новокаином |
|  |  Ж – использовал кокаин для анестезии пальца |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ  | КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ |
| 1. при ларингоскопии | А – ателектаз легких |
| 2. во время проведения наркоза | Б – олигурия |
| 3. после наркоза со стороны сердца | В - повреждения зубов, слизистых глотки, гортани |
| 4. после наркоза со стороны дыхания | Г- асфиксия центрального происхождения |
| 5. после наркоза со стороны почек |  Д - острая сердечная недостаточность  |
|  |  Е – острый бронхит |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ:

Вариант №1. 1-Е; 2-А; 3-Г; 4-Б; 5-В; 6-Ж

Вариант №2. 1-В; 2-Г; 3-Д; 4-А, Е; 5-Б.

ГЕМОСТАЗ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| ТЕРМИНЫ | Наличие или МЕСТА СКОПЛЕНИЯ КРОВИ |
| 1. гемартроз |  А - в моче |
| 2. гематома |  Б – в суставе |
| 3. гемоторакс |  В – в тканях |
| 4. гемоперитонеум |  Г - в плевральном пространстве |
| 5. мелена |  Д - в брюшной полости |
| 6. гематурия |  Е - в околосердечной сумке |
| 7. гемоперикардиум |  Ж - черный дегтеобразный стул |
|  |  З – в полости черепа |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| ПОВРЕЖДЕННАЯ АРТЕРИЯ | МЕСТО ПРИЖАТИЯ АРТЕРИИ К КОСТИ |
| 1. сонная |  А – выше и кпереди от ушной раковины |
| 2. подключичная |  Б-поперечному отростку VI шейного позвонка |
| 3 плечевая |  В – к головке плечевой кости |
| 4. подмышечная |  Г - выше ключицы к 1-ому ребру |
| 5. височная |  Д – к лобковой кости ниже паховой складки |
| 6. бедренная |  Е - внутреннему краю двуглавой мышцы |
|   |  Ж – кулаком к позвоночному столбу выше пупка |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-б; 2-в; 3-г; 4-д; 5-ж; 6-а; 7- е.

Вариант №2. 1-б; 2-г; 3-е; 4-в,; 5-а.; 6-д.

ДЕСМУРГИЯ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| Тип повязки | Наиболее классический вариант места наложения типовой повязки |
| 1. “чепец” |  А – все пальцы кисти в отдельности |
| 2. шапочка Гиппократа |  Б – возвращающаяся на кисть |
| 3. повязка Дезо |  В – голова  |
| 4. “рыцарская перчатка” |  Г - шея  |
| 5. “варежка” |  Д – плечо |
|  |  Е – живот |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| Безбинтовые повязки | Недостатки повязки |
| 1. клеоловая | А - непрочная фиксация перевязочного материала |
|  2. пращевидная | Б - недостаточно прочная фиксация на подвижных частях тела |
| 3. лейкопластырная | В - разрушается при мытье с использованием СМС |
| 4. трубчатый эластический бинт | Г- недостатков нет  |
| 5. косыночная | Д- аллергия к веществам, содержащимся в липком слое |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-в; 2-в; 3-д; 4-а; 5-б.

Вариант №2. 1-б; 2-г; 3- д; 4-в; 5-а.

ИНФУЗИИ И ТРАНСФУЗИИ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ№1

|  |  |
| --- | --- |
| ИСТОРИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ | ДАТЫ, УЧЕНЫЕ |
| 1. впервые перелита кровь от собаки собаке  |  А - 1900 г. К. Ландштейнер |
| 2. провел первое переливание от человека человеку |  Б - 1919г. В.Н. Шамов  |
| 3 впервые в России перелил кровь женщине |  В - 1666 г. Лоуэр (Англия) |
| 4. открыл первые три группы крови |  Г - В.А. Юркевич, М.М. Розенберг |
| 5. сделал переливание с учетом группы крови |  Д - 1819 г. Бландель (Англия) |
| 6. открытие стабилизатора крови |  Е - 1925г. Н.Н. Еланский |
| 7. первая монография о переливании крови |  Ж - 1832 г. акушер Г. Вольф  |
|  | З - Я. Янский, А. Винер |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_

ВАРИАНТ№2

|  |  |
| --- | --- |
| ГЕМОКОРРЕКТОРЫ | ОСОБЕННОСТИ |
| 1. аминокровин | А - уменьшает вязкость крови, замешает ОЦК |
| 2. гемодез | Б – белок, противошоковый |
| 3. желатиноль | В - для детоксикации |
| 4. неогемодез | Г - жировая эмульсия |
| 5. полиглюкин | Д - белковый гидролизат |
| 6. липофундин | Е - более эффективен для дезинтоксикации |
| 7. реополиглюкин | Ж - быстро увеличивает ОЦК, удерживает АД |
|  | З – углевод |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5

ВАРИАНТ №3

|  |  |
| --- | --- |
| ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ | ПРОФИЛАКТИКА |
| 1. воздушная эмболия | А – тщательный сбор анамнеза, индивидуальный донор |
| 2. тромбозы и эмболии | Б – подготовка антигистаминных препаратов |
| 3. пирогенные реакции | В – правильная заготовка, хранение и переливание крови через фильтры |
| 4. антигенные реакции | Г - соблюдать асептику |
| 5. гемотрансфузионный шок | Д – тщательное обследование донора, профилактика инфицирования крови |
| 6. шок отрезус – несовместимости | Е – соблюдение правил заполнения капельницы и проведения вливания |
| 7. цитратная интоксикация | Ж – соблюдение основного правила переливания крови |
| 8. передача инфекции (СПИД, гепатит, малярия) | З – определение Rh , проба на Rh- совместимость, акушерский анамнез  |
| 9. аллергическая реакция | И – медленное введение крови с другим стабилизатором, иметь 10% раствор хлористого кальция |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_,8\_\_\_\_\_,9\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-в; 2-д; 3-ж; 4-а; 5-б; 6-г; 7-е.

Вариант №2. 1-д; 2-в; 3-б; 4-е; 5-ж; 6-г; 7-а.

Вариант №3. 1-е; 2-в; 3-г; 4-а; 5-ж; 6-з; 7-и; 8-д; 9- б.

ПЕРИОПЕРАТИВНЫЙ ПЕРИОД

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| Системы организма | Возможные осложнения в послеоперационном периоде |
| 1. дыхания | А - острый психоз, поздний шок |
| 2. кровообращения  | Б – ателектаз легкого, отек гортани, бронхит, ларингит, фарингит, аспирационная пневмония, застойная пневмония |
| 3. пищеварения | В - нагноение, инфильтрат, расхождение, лигатурный свищ, расхождение с выпадением внутренних органов (эвентрация) |
| 4. нервная | Г- тромбофлебит, ТЭЛа, острый коллапс, отек легких |
| 5. кожа | Д- паротит, икота, рвота, метеоризм, парез кишечника, перитонит |
| 6. мочеполовая  | Е - острая задержка мочи |
| 7. послеоперационная рана | И - пролежни |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-б; 2-г; 3-д; 4-а; 5-и; 6-е; 7-в.

СИНДРОМ ВОСПАЛЕНИЯ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| ДИАГНОЗ | ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ |
| 1. фурункул | А - потовых желез |
| 2. карбункул | Б – вены |
| 3. гидраденит | В – лимфатических узлов |
| 4. лимфаденит | Г - волосяных фолликулов, сальных желез, клетчатки |
| 5. лимфангоит | Д - волосяного фолликула |
| 6. абсцесс | Е - околоушной слюнной железы |
| 7. флегмона | Ж - чаще пальцев кисти |
| 8. рожа | З – костного мозга |
| 9. панариций | И - лимфатических сосудов |
| 10. паротит | К - кожи и лимфатических протоков |
| 11. остеомиелит | Л – клетчатки без тенденции к ограничению |
| 12. флебит | М - в суставе |
|  | Н – ограниченное капсулой |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5\_\_\_\_\_ 6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_8\_\_\_\_\_,9\_\_\_\_,10\_\_\_\_\_11\_\_\_\_\_12\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| ДИАГНОЗ | СПЕЦИФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ |
| 1. абсцесс | А – опистотонус |
| 2. гидраденит | Б – секвестр |
| 3. газовая гангрена | В – флюктуация |
| 4. карбункул | Г- тризм |
| 5. лимфангоит | Д – “географическая карта” |
| 6. остеомиелит | Е - “ сита” |
| 7. столбняк | Ж – “сучье вымя” |
| 8. рожа | З – “лигатуры” или “врезывание”  |
|   | И – сетчатый рисунок |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_8\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-д; 2-г; 3-а; 4-в; 5-и; 6-н; 7-л; 8-к; 9-ж; 10-е; 11-з; 12-б.

Вариант №2. 1-в; 2-ж; 3-з; 4-е; 5-и; 6-б; 7-а, г; 8-д,

СИНДРОМ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| ТКАНИ ОРГАНИЗМА | НАЗВАНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ |
| 1. жировая | А – аденома |
| 2. костная | Б - хондрома |
| 3. мышечная | В – фиброма |
| 4. нервная | Г – ангиома |
| 5. соединительная | Д – липома |
| 6. сосудистая | Е – остеома |
| 7. хрящевая | Ж – миома |
| 8. эпителиальная | З – невринома |
|  | И – папиллома |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_8\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ№2

|  |  |
| --- | --- |
| ТКАНИ ОРГАНИЗМА | НАЗВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ |
| 1. мышечная | А - саркома |
| 2. нервная | Б- карцинома |
| 3. соединительная | В - ангиосаркома |
| 4. сосудистая | Г- рак |
| 5. эпителиальная | Д - миосаркома |
|  | Е - аденокарцинома |
|  | Ж – липосаркома |
|  | З – нейросаркома |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-д; 2-е; 3-ж; 4-з; 5-в; 6-г; 7-б; 8-а, и. Вариант №2. 1-д; 2-з; 3-а; 4-в; 5-б, г.

СИНДРОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ (МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ)

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| ВИД ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ | ВИД ПОВРЕЖДЕНИЯ |
| 1. кокситная | А - перелом лодыжек |
| 2. окончатая | Б - перелом шейного отдела |
| 3. “ошейник” | В - повреждение коленного сустава |
| 4. “сапожок” | Г - открытый перелом |
| 5. “тутор” | Д - перелом костей стопы |
| 6. ”U”- лонгета | Е - перелом плеча |
| 7. торакобрахиальная | Ж - перелом бедра |
|  | З – вывих плеча |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №2

|  |  |
| --- | --- |
| Локализация перелома | Участок фиксации шинами или способ транспортировки |
| 1 голова | А – пальцы – средняя треть бедра |
| 2. кости предплечья | Б - голеностопный, коленный и тазобедренный суставы |
| 3. плечевая кость | В - на щит на спине в положении «лягушки» |
| 4. шейный отдел позвоночника | Г- пальцы - средняя треть плеча |
| 5. ребра |  Д - на спине на мягких носилках |
| 6. кости голени | Е- пальцы - лопатка здоровой стороны |
| 7. бедро | Ж - шина Еланского |
| 8 . кости таза | З - ватно-марлевый воротник Шанца |
|  | И – полусидя |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_,7\_\_\_\_\_,8\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-ж; 2-г; 3-б; 4-д; 5-в; 6-а; 7-е.

Вариант №2. 1-ж; 2-г; 3-е; 4-з; 5-и; 6-а; 7-б; 8

СИНДРОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ (ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ)

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| АВТОРЫ | ВКЛАД В КОМБУСТИОЛОГИЮ |
| 1. Авиценна | А - успешно выполнил свободную кожную пластику |
| 2. Гиппократ | Б – создал клеевой дерматом |
| 3. 1607 г. немецкий врач В.Гильданус | В - разработал отечественную модель дерматома |
| 4. 1869 г. французский хирург Реверден  | Г – впервые опубликовал классификацию ожогов по глубине, разделил ожоги на 3 степени  |
| 5. 1939 г. Э. Педжет | Д - применял охлажденную воду и лед при лечении |
| 6. 1947 г. М.В. Кольцов | Е- использование антибиотиков |
|  | Ж - повязки с таннином |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-д; 2-ж; 3-г; 4-а; 5-б; 6-в.

СИНДРОМ «ОСТРОГО ЖИВОТА»

Задание: Установите соответствие

ВАРИАНТ №1

|  |  |
| --- | --- |
| ТЕРМИНЫ | РАСШИФРОВКА |
| 1. гемосорбция | А - вскрытие брюшной полости |
| 2. лапоротомия | Б – метод форсированного диуреза |
| 3. лапороскопия | В - вывод микробных токсинов из крови и брюшной полости |
| 4. лапороцентез | Г - диагностический или лечебный прокол |
| 5. перитонеальный диализ | Д- метод очищения крови через адсорбенты |
|  | Е - визуальная диагностика патологии брюшной полости |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_

ВАРИАНТ№2

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз острой патологии живота | Типичная локализацияболей |
| 1. о. аппендицит | А - в правом подреберье |
| 2. о. холецистит | Б – острая опоясывающего характера  |
| 3. о. панкреатит | В - в животе с задержкой газов и стула |
| 4. о. кишечная непроходимость  | Г- переход с эпигастрия в правую подвздошную область |
| 5. о. почечная колика | Д – “кинжальная” боль  |
| 6. прободная язва желудка | Е - приступообразная с иррадиацией в бедро |
|  | Ж - сильная без четкой локализации |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_

ВАРИАНТ №3

|  |  |
| --- | --- |
| ДИАГНОЗ | ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ |
| 1. о. аппендицит | А - “чаши Клойбера” |
| 2. о. холецистит | Б- Пастернацкого |
| 3. о. панкреатит | В - Грекова-Ортнера |
| 4. о. кишечная непроходимость | Г - Мейо-Робсона |
| 5. перитонит | Д- Воскресенского |
| 6. о. почечная колика | Е – Обуховской больницы |
|  | Ж - Щеткина – Блюмберга |

Ответ: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_\_,3\_\_\_\_, 4\_\_\_\_, 5 \_\_\_\_\_,6\_\_\_\_\_

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Вариант №1. 1-д; 2-а; 3-е; 4-г; 5-в. Вариант №2. 1-г; 2-а; 3-б; 4--в; 5-е, 6-д.

Вариант №3. 1-д; 2-в; 3-г; 4-- а, е; 5-ж, 6-б.