

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
ассистентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Муравьевым А.В.
Байчоров Х.М.
Корабленой С.С.
Келин ЯД.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель Овладеть основными принципами подготовки к операции, методам контроля за жизненно важными функциями организма во время операции и научиться применять полученные знания и умения в своей будущей профессии врача

2. Учебные вопросы

1. Подготовка больного к операции.
2. Выбор обезболивания и подготовка к нему.
3. Юридические и правовые основы проведения обследования и оперативных вмешательств.
4. Понятие о хирургической операции
5. Критерии операционного риска, пути его снижения.
6. Положение больного на операционном столе.
7. Принципы выбора операционного доступа.
8. Критерии операционного риска, пути его снижения
9. Этапы хирургической операции
10. Классификация операций

3. Теоретическая часть

АННОТАЦИЯ

Предоперационный период – это промежуток времени от момента установления диагноза и показаний к операции до начала ее выполнения. Основной задачей п. п. является максимальное снижение риска развития различных осложнений, связанных с обезболиванием и оперативным вмешательством как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. П. п. необходим для всестороннего обследования больного, глубокой оценки функции основных органов и систем, а также проведения возможно полной корригирующей терапии выявленных нарушений с целью повышения резервных возможностей организма.

Подготовка больного перед операцией

На этапе госпитализации при плановой госпитализации хирургического больного все анализы, инструментальные исследования и консультации специалистов проводят на амбулаторном этапе, врачу необходимо проверить наличие всех необходимых документов и ознакомить больного с правилами пребывания в больнице.

При экстренной госпитализации больные обычно находятся в тяжелом или критическом состоянии, требующем неотложного хирургического вмешательства. До постановки диагноза и принятия решения об операции действуют правило «ничего внутрь» и запрет на применение болеутоляющих средств. Многим больным нужны инфузионная терапия для лечения водно-электролитных нарушений и антибиотики для борьбы с инфекцией.

Заполнение истории болезни. Чтобы ничего не упустить, при оформлении документации следует придерживаться определенного порядка. В историю болезни вносят всю информацию, полученную при осмотре, опросе и обследовании больного.

Определение объема планируемой операции.

Режим назначают с учетом состояния больного, рекомендуя максимально возможный объем движений. Неподвижность увеличивает риск тромбэмболических осложнений, ателектаза, пневмонии, пролежней.

Специальные указания для палатной сестры: меры предосторожности против эпилептических припадков, попыток самоубийства; необходимость в карантине, фиксации, ограничении свободы больного и т. п.; инструкции по уходу за ранами, язвами, стомами и т. д.; оборудование, которое нужно хранить на прикроватном столике (например, инструменты для трахеостомии).

Дренажи, зонды, катетеры. Указания по уходу за назогастральным зондом, мочевым катетером, дренажными трубками; способ дренирования, тип аспиратора.

Лекарственные средства. Указывают все препараты, которые должен получать больной, включая те, которые он принимает постоянно (название препарата, доза, интервал и путь введения).

Лабораторные и инструментальные исследования. Перед плановыми операциями стандартные анализы и инструментальные исследования проводят на амбулаторном этапе лечения. Для большого хирургического вмешательства необходимы: общий анализ крови, включая тромбоциты; электролиты и глюкоза плазмы, АМК, креатинин сыворотки, ПВ, АЧТВ; рентгенография грудной клетки; ЭКГ и общий анализ мочи; для больных африканского и латиноамериканского происхождения — проба на серповидную деформацию эритроцитов. При истощении и заболеваниях печени дополнительно определяют общий белок и альбумин сыворотки; при заболеваниях печени, поджелудочной железы и желчных путей — биохимические показатели функции печени и активность амилазы сыворотки. Заядлым курильщикам, больным с хронической патологией легких и всем, кому предстоит торакальная операция, измеряют газы артериальной крови и исследуют функцию внешнего дыхания. Порядок проведения исследований тщательно планируют. Например, оценка функции щитовидной железы должна предшествовать любым рентгеноконтрастным исследованиям с использованием йодсодержащих препаратов (например, экскреторной урографии). Обзорную рентгенографию брюшной полости, ангиографию, холецистографию и экскреторную урографию всегда проводят до рентгеноконтрастных исследований ЖКТ с барием (ирригоскопии и т. п.).

2. Непосредственно подготовка больного к оперативному вмешательству.

Продолжительность и содержание П. п. существенно отличаются в практике неотложной и плановой хирургии, в условиях стационара и поликлиники. Совершенствование поликлинической и стационарной хирургической помощи, внедрение амбулаторно-стационарного метода (полное амбулаторное обследование, госпитализация в день операции и 2—4-дневное пребывание больных в стационаре), хирургического стационара одного дня (пребывание больных в стационаре только в день операции) и амбулаторного метода (операция и послеоперационный период проводятся амбулаторно) трансформировало само понятие П. п. Характер и объем мероприятий при подготовке больных к плановой операции в хирургическом отделении обусловлен тяжестью заболевания, сложностью предстоящего оперативного вмешательства и исходным состоянием больного, что в совокупности определяет понятие операционного риска.

Выделяют **общие и специфические мероприятия предоперационной подготовки**, предусматривающие снижение операционного риска. К общим относится улучшение состояния больного путем выявления и максимального устранения нарушений функции основных органов и систем. Специфическими являются мероприятия, направленные на подготовку тех органов, на которых предстоит операция.

Мероприятия при подготовке больного к плановой операции, осуществляемые в поликлинике и стационаре, тесно взаимосвязаны. После того, как заболевание, требующее оперативного лечения, распознано на основании данных анамнеза, физикального, инструментального и лабораторного обследований оценивают функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени и почек, эндокринных органов и начинают корректирующую терапию имеющихся расстройств до госпитализации. При заболеваниях щитовидной железы с тиреотоксикозом, приобретенных пороках сердца без декомпенсации кровообращения, неосложненной язвенной болезни и др. основные этапы обследования и предоперационной терапии могут быть проведены амбулаторно и в специализированных отделениях нехирургического профиля. Недопустимы продолжительное углубленное обследование и симптоматическое лечение в поликлинике больных со злокачественными опухолями.

Важнейшим элементом П. п. является **психологическая подготовка больного**. Как правило, больные хотят получить исчерпывающие ответы на вопросы, связанные с характером заболевания, обоснованностью операции и ее особенностями, опасностью для здоровья или трудоспособности и т.п. Больной должен быть уверен в высокой профессиональной компетентности хирурга и в благополучном исходе операции. Особого внимания и специальной психологической подготовки требуют больные, которым предстоит мастэктомия, ампутация конечности, наложение желудочно-кишечных свищей или паллиативные операции. Врач должен найти аргументы не только в пользу необходимости операции, но и убедить в возможности медико-социальной реабилитации. Вопрос о том, сколь полно должен быть информирован больной, страдающий онкологическим или другим неизлечимым заболеванием, о своем состоянии, остается открытым и решается индивидуально. Но если от больного скрыты сущность и прогноз заболевания, они должны быть известны его родственникам. Следует учитывать большое психологическое напряжение в П. п., особенно лиц пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, больных тиреотоксикозом, сахарным диабетом. Щадящее, бережное отношение к психике больного со стороны медицинского персонала, правильная организация работы хирургического стационара сохраняют свое исключительное значение в комплексе предоперационной подготовки. Больные с лабильной психикой, нарушениями сна нуждаются в приеме легких транквилизаторов или седативных средств. За 2—3 дня до операции при нарушениях сна могут быть назначены и снотворные препараты.

Подготовка органов дыхания в П. п. снижает вероятность развития дыхательных расстройств и послеоперационных плевропульмональных осложнений. Пациенты, страдающие хроническим бронхитом, пневмосклерозом или эмфиземой легких, нуждаются в назначении отхаркивающих препаратов, бронхолитиков, ингаляций щелочных растворов, аэрозолей с протеолитическими ферментами и бронходилатирующими средствами. Перед операциями по поводу хронических гнойных заболеваний легких используют постуральный дренаж, санационную бронхоскопию. По показаниям может быть проведена и превентивная антибиотикотерапия. Больным с бронхиальной астмой помимо этого назначают антигистаминные препараты, а в отдельных случаях и глюкокортикостероиды. Важное значение в комплексной подготовке принадлежит дыхательной гимнастике.

Подготовка сердечно-сосудистой системы определяется характером имеющихся нарушений и направлена на улучшение сократительной способности миокарда, нормализацию периферического кровообращения и профилактику тромбоэмболических осложнений. При нормальных волевических показателях и признаках сердечно-сосудистой недостаточности применяют сердечные гликозиды, мочегонные средства, коронаролитики и средства, улучшающие трофику миокарда. Особого внимания заслуживают больные, страдающие гипертонической болезнью и нарушениями сердечного ритма. Индивидуальный подбор гипотензивных и антиаритмических средств и применение их вплоть до нормализации показателей АД и стабилизации сердечного ритма являются одним из обязательных условий полноценной предоперационной подготовки. Профилактика тромбоэмболических осложнений необходима в первую очередь у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей и с окклюзионными поражениями магистральных артерий. С этой целью эффективны эластичное бинтование и массаж нижних конечностей, назначение за несколько дней до операции дезагрегантных препаратов (ацетилсалициловой кислоты, курантила, реополиглюкина), малых доз антикоагулянтов прямого или непрямого действия.

Устранение гиповолемии, часто развивающейся при хронических интоксикациях, рецидивирующих кровотечениях, дегидратации, онкологических и желудочно-кишечных заболеваниях является важнейшей задачей предоперационной подготовки. Восстановление нормального объема циркулирующей крови и подбор компонентов трансфузионной терапии должны проводиться с учетом преимущественных изменений в глобулярном или плазматическом объеме осмотическом и онкотическом давлении плазмы. В зависимости от этого используют консервированную донорскую кровь, эритроцитную массу, плазму, альбумин или протеин. В качестве базисных сред применяют коллоидные кристаллоидные растворы. При нормализации волевических показателей рекомендуется реополиглюкин с целью улучшения микроциркуляции и реологии крови.

Мероприятия по восстановлению объема циркулирующей крови неразрывно связаны нормализацией водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния путем инфузий изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингера — Локка, 5% раствора глюкозы, а при

наличии метаболического ацидоза — лактасола или гидрокарбоната натрия. В зависимости концентрации электролитов в плазме крови, эритроцитах, моче и показателей кислот основного состояния в составе инфузионных сред включают также 7,49% раствора хлорида калия, гипертонический раствор хлорида натрия.

Большинство больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, онкологическими процессами и хронической интоксикацией нуждаются в обеспечении полноценного энтерального или парентерального питания, создании адекватного баланса углеводов, жиров, белков и других ингредиентов энергетического метаболизма. Основными компонентами для энтерального или парентерального питания должны быть жидкости, аминокислоты, сахара, многоатомные спирты, жиры, минеральные соли, микроэлементы, витамины.

В процессе предоперационной подготовки необходимо обращать внимание на состояние углеводного обмена, расстройств которого часто обнаруживаются лишь в момент поступления больных в стационар. При сахарном диабете помимо диетического питания должна проводиться корректирующая лекарственная терапия больных, которым предстоят обширные оперативные вмешательства, при нарушениях естественного питания следует своевременно переводить с пероральных противодиабетических препаратов на инсулин.

Подготовка желудочно-кишечного тракта к операции при его заболеваниях состоит в назначении высококалорийной диеты с механическими измельченными продуктами, нормализации моторики кишечника. По показаниям назначают слабительные средства. При стенозе привратника в течение 5—7 дней до операции проводят ежедневное перед сном промывание желудка водой или 0,1% раствором соляной кислоты (при ахилии) с последующей аспирацией содержимого. За сутки до операции на желудке или тонкой кишке делают очистительные клизмы. За 3—4 дня до операции на ободочной или прямой кишке назначают бесшлаковую диету с последним приемом пищи за 12—18 ч до операции. Во второй половине дня накануне операции больному дают 30 мл слабительного (Дюфалак, Фортранс). Вечером и утром до операции делают очистительные клизмы. Использование антибактериальных средств в подготовке толстой кишки к операции не влияет на частоту послеоперационных гнойных осложнений.

Нормализация функции печени в П. п. происходит под влиянием диетотерапии, в процессе улучшения органной гемодинамики и основного обмена. При снижении уровня протромбина для профилактики геморрагических осложнений назначают викасол, свежезамороженную плазму. Для профилактики печеночной недостаточности у больных с длительной желтухой хороший эффект дают лимфосорбция, гемосорбция, плазмаферез. Важное значение в П. п. принадлежит улучшению почечного кровотока и уродинамики, подавлению инфекции в мочевых путях.

Подготовка к операциям по экстренным показаниям имеет ряд особенностей, обусловленных лимитом времени для детального обследования состояния больного и коррекции имеющихся острых нарушений и хронической патологии. Этим предопределяется повышенный операционный риск, связанный также и с различными, порой неблагоприятными, условиями, в которых приходится выполнять экстренные оперативные вмешательства. Основная задача П. п. при экстренных хирургических заболеваниях сводится к максимальному снижению операционного риска. Приоритетное значение здесь имеет возможно более раннее устранение острого хирургического процесса параллельно с нормализацией общих патофизиологических нарушений.

Больные, относящиеся к группам операционного риска 1А—2А, обычно не нуждаются в специальной подготовке к экстренной операции. Ограничиваются бритьем операционного поля опорожнением мочевого пузыря и премедикацией. По показаниям применяют гипотензивные средства, коронаро- и бронхолитики, антигистаминные препараты и т.д.

Больные с более высокими операционным риском чаще всего нуждаются в интенсивной предоперационной подготовке, продолжительность которой весьма редко превышает 1—2 часа.

Оптимальный объем предоперационной подготовки определяет хирург совместно с анестезиологом-реаниматологом. Предоперационная терапия должна носить характер реанимационных мероприятий, направленных на максимально быстрое и возможно полное восстановление всех жизненно важных функций организма.

Следует учитывать, что в подавляющем большинстве случаев (особенно при перитоните, кишечной непроходимости или нарушении мезентериального кровообращения) промедление с операцией отягощает состояние больных и не может быть кардинально улучшено полноценной инфузионной терапией.

При тяжелом состоянии больных и высоком операционном риске кратковременную подготовку предпочтительно проводить в отделении интенсивной терапии или непосредственно в операционной. У больных с признаками наружного или внутреннего кровотечения, асфиксией, пневмотораксом и т.п. интенсивную терапию проводят параллельно с хирургическим вмешательством.

Интенсивная предоперационная подготовка должна ликвидировать или уменьшить нарушения водно-электролитного баланса (острая дегидратация, гиповолемический шок), ликвидировать метаболический ацидоз, улучшить состояние центральной и периферической гемодинамики, восстановить диурез. При выраженной дегидратации инфузионную терапию следует проводить полиионными кристаллоидными растворами (раствор Рингера) в комбинации с коллоидными растворами (среднемолекулярные растворы — полиглюкин, макродекс, декстран) или препаратами крови (альбумин, протеин) до стабилизации показателей гемодинамики и диуреза. Наличие метаболического ацидоза требует включения в состав инфузионных сред раствора гидрокарбоната натрия, лактасола или трисамина. Стабилизация показателей гемодинамики, восстановление кислотно-основного состояния и диуреза позволяют начать оперативное вмешательство одновременно с проведением инфузионной терапии.

С целью снижения анестезиологического риска перед операцией необходима назогастральная аспирация без промывания желудка. При вмешательствах на органах малого таза и мочеполовой системы или большом объеме планируемого вмешательства осуществляют катетеризацию мочевого пузыря.

В ряде случаев с целью предоперационной подготовки проводят **паллиативные** вмешательства (например, гастростомию при рубцовой стриктуре пищевода, колостомию при непроходимости кишечника), обеспечивающие более благоприятные условия для выполнения радикальной операции.

Выбор обезболивания.

Вопрос о выборе метода обезболивания у больных, находящихся в критическом состоянии, в большинстве случаев предпочтительно решать в пользу общей анестезии с искусственной вентиляцией легких, что позволяет не только выполнить необходимый объем оперативного вмешательства, но и наиболее эффективно контролировать и поддерживать основные функции организма.

Противопоказания к оперативным вмешательствам зависят от характера заболевания и его осложнений, а также состояния больного. При большинстве острых хирургических заболеваний и травмах, создающих реальную угрозу жизни больных и требующих оперативного вмешательства, противопоказания практически отсутствуют. Однако у лиц, относящихся к 5 группе операционного риска, оперативные вмешательства обычно бесперспективны и нецелесообразны. При 4 степени операционного риска, если она обусловлена старческим возрастом больного и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, чаще стремятся выполнять оперативные вмешательства, минимальные по объему и травматичности.

Временные противопоказания к операции возникают при гнойных заболеваниях кожи, гипертоническом и тиреотоксическом кризах, декомпенсации сахарного диабета, менструации, расстройствах в системе гемостаза. При ряде заболеваний имеются специфические противопоказания к операции.

Предоперационный период у лиц пожилого возраста имеет ряд особенностей, обусловленных явными или скрытыми нарушениями основных жизненных функций в связи с возрастными изменениями в организме, хирургическим и сопутствующими заболеваниями. Кроме того, у больных пожилого и старческого возраста наблюдается снижение резервных возможностей адаптации основных органов и систем к хирургической агрессии. Поэтому в обеспечении безопасности оперативных вмешательств большое значение имеют предоперационное обследование и целенаправленная подготовка больного к операции и наркозу, проводимые хирургом и анестезиологом с привлечением при необходимости врачей других специальностей, чаще всего кардиолога, терапевта и др. Эти больные нуждаются в наиболее тщательной, разносторонней и, как правило, продолжительной подготовке вплоть до нормализации или стабилизации на уровне, близком к норме, всех выявленных нарушений. Исходя из наиболее типичных осложнений операционного и ближайшего послеоперационного периодов у больных пожилого и старческого возраста, основное внимание в предоперационной подготовке уделяется сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и эндокринной системам.

Перед операцией хирург должен получить заверенное подписью письменное согласие больного на операцию

Указывают компоненты и препараты крови, которые могут потребоваться для переливания и которые нужно проверить на индивидуальную совместимость.

Подготовка кожи. Вечером накануне операции больной должен принять душ или ванну с антисептическим мылом (повидон-йод, хлоргексидин). Стрижку и бритье волос, если это необходимо, проводят непосредственно перед операцией. Для удаления волос желательно использовать крем-депиляторий (особенно при подготовке больших участков кожи для операций на сердце или сосудах).

Установка венозного катетера позволяет в предоперационном периоде вводить инфузионные растворы, антибиотики и другие препараты.

Назогастральный зонд и мочевого катетер обычно устанавливают в ходе операции.

Правило «ничего внутрь» вступает в силу после полуночи. Для освобождения желудка и сведения к минимуму риска рвоты и аспирации желудочного содержимого достаточно 6—8 ч воздержания от воды и пищи. Грудного ребенка можно напоить за 4 ч до вводной анестезии, чтобы предотвратить обезвоживание. Вместо лекарственных средств, принимаемых внутрь, назначают те же препараты в/м или в/в.

Если показана антибиотикопрофилактика, препараты вводят за 1 ч до разреза кожи.

Очистительная клизма показана не при всех операциях, однако большинство хирургов предпочитает, чтобы к вводной анестезии дистальные отделы толстой кишки были опорожнены.

Перед транспортировкой в операционную больной должен помочиться. Эта мера позволяет избежать переполнения мочевого пузыря во время анестезии, что особенно важно в отсутствие мочевого катетера.

Препараты для премедикации (обычно — наркотический анальгетик, седативное средство и антихолинергический препарат) назначают за 30—60 мин до вводной анестезии.

Профилактику тромбоза глубоких вен начинают до вводной анестезии.

Юридические основы проведения обследования оперативного вмешательства.

- Конституции Российской Федерации;
- Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г.;
- «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.

В статье 41 Конституции Российской Федерации приводятся основные гарантии государства гражданам в сфере здравоохранения. Определены основные виды медицинской помощи, которые граждане могут получить в системе обязательного медицинского страхования, т.е. бесплатно. В системе добровольного медицинского страхования граждане Российской Федерации могут получать специализированную медицинскую помощь в медицинских учреждениях федерального значения.

В документе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»:

- в статье 30 закреплены основные права пациента;
- в статье 58 отражены обязанности лечащего врача;
- статья 61 посвящена врачебной тайне;
- в статье 32 гарантировано право пациента на добровольное (письменное) информационное согласие на медицинское вмешательство;

- в статье 33 указано право пациента на отказ от вмешательства.

Информационное согласие является юридическим подтверждением согласия пациента на проведение диагностических процедур, лечения, в том числе и оперативного, обезболивания. Согласно этой статье закона, каждый человек имеет право выбора методов диагностики и лечения.

На основании Российского законодательства пациент имеет право на получение копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья и проводимого лечения.

В законодательстве также предусмотрено право пациента на проведение медицинской экспертизы по оказанию ему медицинской помощи. Основные документы, на основании которых проводится такая экспертиза, - амбулаторная карта больного, где отражено лечение больного в поликлинике, и история болезни, где зафиксированы все проводимые исследования и лечение больного при нахождении его в стационаре, а также исходы заболевания.

В последние годы отмечается увеличение числа жалоб и исковых требований пациентов при оказании им медицинской помощи. Ответственность медицинских работников за неправильное лечение может быть гражданской, уголовной, административной и дисциплинарной. Если ошибка врача доказана, пациент может получить материальное возмещение за понесенный ущерб, а врач - понести материальную ответственность, вплоть до уголовного наказания.

Исходя из этого, врач должен тщательно оформлять медицинскую документацию, так как она является основным доказательным документом при возникновении юридических конфликтов между пациентом или его родственниками и медицинскими работниками.

Показания и противопоказания к операции.

Показания к операциям.

1) Абсолютные – (экстренная и плановая хирургия) лечение данного заболевания или состояния угрожает жизни и возможно только оперативным путем; (острый аппендицит, острый деструктивный холецистит, панкреонекроз, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа, острая диссекция аорты, тромбоз легочной артерии).

2) Относительные – (плановая хирургия):

- заболевание лечится только хирургическим путем, но не представляет непосредственной угрозы жизни (желчно-каменная болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, доброкачественные опухоли, болезнь Гиршпрунга);
- заболевание может лечиться как хирургическим, так и консервативным путем (ишемическая болезнь сердца; облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей).

Противопоказания к операции.

1) Абсолютные – шок (тяжелое состояние организма, близкое к терминальному), кроме геморрагического при продолжающемся кровотечении; острая стадия инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения (инсульта), кроме методов хирургической коррекции указанных состояний, и наличия абсолютных показаний (прободная язва ДПК, острый аппендицит, ущемленная грыжа)

2) Относительные – наличие сопутствующих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, дыхательной, почек, печени, системы крови, ожирение, сахарный диабет.

Задание 1

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больной Н., 26 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит, полтора часа назад употреблял пищу. Стул был сутки назад. Клиника аппендицита не вызывает сомнений. Показана экстренная операция. Как Вы подготовите желудочно-кишечный тракт к операции?

Задача 2

Хирург, оперируя 36-летнюю больную по поводу вправимой приобретенной пупочной грыжи, удалил пупок, не получив на ее согласия до операции. Правомочны ли действия хирурга?

Задание 2

ТЕСТЫ

1 Выберите препараты для коррекции водно-солевого обмена и кислотно-щелочного состояния:

- а) р-р бикарбоната натрия;
б) трисоль; в) трисамин; г) ацесоль; д) р-р Рингера-Локка;
Выберите правильный ответ: 1) а,б,в,г,д; * 2) а,б,в; 3) г,д;
4) а,б,д; 5) а,в,г.

2 При полном парентеральном питании общий объем инфузии составляет не менее: 1) 500-1000 мл. 2) 1500-2000 мл. 3) 2500 -3000 мл, * 4) 3500 мл. 5) более 3500 мл.

3 Укажите минимальный уровень тромбоцитов, необходимый для проведения хирургического вмешательства: 1) $50 \times 10^9 /л$;

2) $70 \times 10^9 /л$; 3) $100 \times 10^9 /л$; 4) $150 \times 10^9 /л$; 5) $240 \times 10^9 /л$.*

4 Комплекс инфузионной подготовки перед операцией включает в себя: а) коррекцию водно-солевого баланса; б) введение наркотических анальгетиков; в) зондовое энтеральное питание; г) коррекцию дефицита ОЦК; д) внутримышечное введение антибиотиков; е) введение специфических иммуностимулирующих препаратов. Выберите правильную комбинацию: 1) а,б; 2) в,е; 3) а,г; * 4) г,д; 5) г,е.

5 При экстренном оперативном вмешательстве предоперационная подготовка включает в себя:

- а) гигиеническую подготовку кожи в зоне операции; б) премедикацию; в) санацию ротовой полости; г) проведение инфузионной терапии д) анализ кала на глисты; е) спирометрию; ж) выполнение ЭКГ. Выберите правильную комбинацию: 1) а,б; * 2) г,д,ж; 3) а,б,г; 4) а,б,в,е; 5) в,д,ж.

6 Какие методы профилактики раневой инфекции следует применять перед плановой операцией: а) дыхательная гимнастика;

б) активация больного; в) десенсибилизация организма; г) санация полости рта; д) смена белья больного; е) гигиенический душ; ж) обработка операционного поля. Выберите правильную комбинацию 1) а,г,д; 2) б,ж; 3) а,б,г; 4) в,д; 5) г,д,е,ж.*

7 К задачам предоперационного периода относятся:

а) оценка операционно-анестезиологического риска; б) определение срочности выполнения операции; в) установление диагноза; г) выявление состояния жизненно-важных органов и систем; д) определение характера операции; е) подготовка больного к операции. Выберите правильную комбинацию: 1) б,г,д; 2) д,е; 3) а,в; 4) в,е; 5) все верно.*

8 Подготовка желудочно-кишечного тракта к плановой операции означает: а) назначение полного голода; б) назначение щадящей, легко усвояемой пищи; в) выведение содержимого желудка зондом накануне и в день операции; г) назначение слабительных; д) назначение очистительных клизм. Выберите правильный ответ: 1) а,в,г; 2) б,в,г; 3) б,в,г,д; * 4) а,в,д; 5) а,г,д.

9 Проведение дополнительных клинических и диагностических исследований в предоперационном периоде необходимо для: а) выбора метода обезболивания; б) коррекции нарушений системы гомеостаза; в) медикаментозного лечения осложнений основного заболевания; г) подготовки операционного поля; д) укладки больного на операционном столе. Выберите правильное сочетание: 1) а,б,в; * 2) б,в,г; 3) в,г,д; 4) а,в,г; 5) а,г,д.

10 При подготовке к операции больного с анемией после кровотечения следует вводить: 1) физиологический раствор; 2) лейкоцитарную массу; 3) полиглокин; 4) раствор глюкозы; 5) эритроцитарную массу.*

11 Больному с декомпенсированным стенозом привратника желудка с постоянной рвотой внутривенно вводятся солевые растворы с целью:

1) прекращения рвоты; 2) улучшения показателей красной крови; 3) восстановления электролитного равновесия.*

12 Когда следует брить операционное поле: 1) за двое суток до операции; 2) накануне операции; 3) в день операции.*

13 С какого момента начинается предоперационный период: 1) с первых признаков заболевания; 2) с момента обращения больного в поликлинику; 3) с момента поступления больного в стационар; * 4) с момента установления клинического диагноза; 5) с момента начала подготовки к операции.

14 Что следует вводить больному для нормализации водно-электролитного обмена: 1) 5% р-р глюкозы; 2) цельную кровь; 3) 4% р-р соды; 4) р-р Рингера; * 5) тромбоцитарную массу.

15 Предоперационный период включает в себя: а) выполнение операции; б) медикаментозное лечение; в) обследование; г) психологическую подготовку; д) снятие швов. Выберите правильное сочетание: 1) а,б,в; 2) б,в,г; * 3) в,г,д; 4) а,в,д; 5) б,в,д.

16 В предоперационном периоде очистительная клизма необходима перед вмешательствами: а) на легких; б) ампутации нижней конечности; в) на женских половых органах; г) грыжесечении под наркозом; д) тонзиллэктомии; е) по поводу острого аппендицита. Выберите правильное сочетание: 1) а,б; 2) а,б,в; 3) а,б,в,г; * 4) а,б,в,г,д; 5) все верно.

17 Больному предстоит операция под ингаляционным наркозом. Ему необходимо выполнить: а) пробу на чувствительность к новокаину;

б) рентгенологическое исследование легких; в) эндоскопическое исследование пищевода; г) консультацию ЛОР-специалистом; д) в/венное введение полиглобулина. Выберите правильное сочетание: 1) а,в,д; 2) б,д; 3) в,г; 4) б,г; * 5) б,в,г.

18 Для профилактики развития послеоперационной пневмонии необходимо: 1) отказаться от ингаляционного наркоза; 2) назначить антибиотики сразу после операции; 3) назначить дыхательную гимнастику, вибромассаж, * 4) поднять ножной конец кровати; 5) назначить отхаркивающие препараты.

19 В предоперационную подготовку больных с механической желтухой входит: а) назначение голода; б) назначение жирной пищи; в) назначение очистительных клизм; г) инфузионная терапия; д) антибиотикотерапия; е) витаминотерапия; ж) назначение препаратов, повышающих свертываемость крови; з) назначение препаратов, понижающих свертываемость крови. Выберите правильный ответ: 1) а,в,г; 2) б,г,е,з; 3) в,д,ж; 4) б,д,е,з; 5) г,е,ж.*

20 При наличии у больного сахарного диабета перед плановой операцией проводятся мероприятия: а) исследования крови и мочи на сахар; б) исследование амилазы крови; в) исследование гормонов гипофиза; г) увеличение дозировки антидиабетических препаратов до состояния гипогликемической комы; д) прием перед операцией сладкого чая; е) запрет приема пищи перед операцией. Выберите правильный ответ: 1) д,е; 2) б,г,д; 3) а,б,в,г; 4) а,е; * 5) все верно.

21 Предоперационная подготовка органов и систем гомеостаза должна быть комплексной и включать мероприятия: а) стабилизация сосудистой деятельности; б) коррекция дыхательной недостаточности; в) дезинтоксикационная терапия; г) коррекция нарушений функции почек; д) коррекция водно-электролитных нарушений; е) коррекция кислотно-щелочных нарушений; Выберите правильный ответ: 1) а,б,в; 2) г,д,е; 3) а,в,д; 4) б,г,е; 5) все верно.*

22 Предоперационный период включает этапы: а) этап диспансерного наблюдения; б) догоспитальный этап предоперационной подготовки; в) диагностический этап; г) этап общесоматической, специальной, психологической подготовки; д) этап предоперационной подготовки в операционной. Выберите правильный ответ: 1) а,б,г; 2) б,г; 3) а,б,г,е; 4) а,в,д; 5) в,г; *

23 Противопоказания для промывания желудка: а) желудочное кровотечение; б) стеноз привратника желудка; в) нарушения мозгового кровообращения; г) инфаркт миокарда; д) сужение выходного отдела пищевода; е) хроническая почечная недостаточность; ж) кишечная непроходимость. Выберите правильный ответ: 1) а,в,г,д; * 2) г,д,е,ж; 3) б,в,д,е; 4) а,г,е,ж; 5) б,г,д,ж.

24 Показания для очистительных клизм: 1) задержка стула; * 2) отравления;* 3) предродовой период; * 4) язвенное поражение толстой кишки; 5) первые дни после операций на органах брюшной полости; 6) подготовка к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям; * 7) кишечные кровотечения.

25 Какие мероприятия необходимо проводить при желудочно-кишечном кровотечении: 1) обеспечение полного покоя; * 2) холод на живот; * 3) введение викасола, хлористого кальция; * 4) срочное эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта; * 5) постановка сифонной клизмы; 6) постановка очистительной клизмы; 7) промывание желудка.

26 Больной с начальной стадией рака желудка отказывается от операции. Как поступить врачу: а) назвать больному истинное заболевание; б) назвать любое заболевание, требующее хирургического лечения; в) направить больного к гастроэнтерологу для консервативного лечения; г) объяснить ближайшим родственникам о необходимости убедить больного согласиться на операцию; д) показать больного, уже перенесшего такую операцию. Выберите правильный ответ: 1) а,в,г; 2) а,г,д; * 3) а,б,д; 4) б,в,г; 5) все верно.

- 27 Больной, страдающий несколько лет желчекаменной болезнью, доставлен в дежурную хирургическую клинику с очередным выраженным приступом. Какова врачебная тактика: 1) провести предоперационную подготовку и выполнить плановую операцию; 2) при отсутствии перитонеальных явлений понаблюдать сутки и если состояние не улучшится, выполнить отсроченную операцию; * 3) выполнить премедикацию и оперировать экстренно; 4) перевести для консервативного лечения в гастроэнтерологическое отделение;
- 28 В предоперационном периоде введение желудочного зонда необходимо: а) для подготовки к эндоскопическому исследованию с целью уточнения локализации пенетрирующей язвы желудка; б) для освобождения полости желудка от содержимого при плановой операции по поводу стеноза привратника; в) для освобождения полости желудка от крови при экстренной операции по поводу профузного язвенного кровотечения; г) для зондового питания в качестве предоперационной подготовки; д) при перфоративной язве для введения контрастного вещества и последующего рентгенологического исследования. Выберите правильное сочетание:
1) в,б,в; 2) б,в,г; 3) в,г,д; 4) а,б; * 5) верно все.
- 29 основной частью предоперационного периода являются: а) выявление сопутствующих заболеваний; б) общесоматическая подготовка; в) санитарно-гигиеническая подготовка; г) специальная подготовка; д) выбор обезболивания; е) психологическая подготовка. Выберите правильное сочетание: 1) а,б,в; 2) г,д,е; 3) б,г,е; 4) а,б,в,д,е; 5) верно все.*
- 30 При острой задержке мочи диагноз можно подтвердить: а) жалобами на отсутствие мочи; б) перкуссией мочевого пузыря; в) пальпацией мочевого пузыря; г) обзорной рентгенографией мочевого пузыря; д) УЗИ; е) болями внизу живота. Выберите правильный ответ: 1) а,в,д; 2) б,г,е; 3) а,б,в; 4) а,б,в,д,е; * 5) верно все.
- 31 Какая цель преследуется при выполнении пункции плевральной полости: 1) подтвердить или отвергнуть наличие жидкости в плевральной полости; 2) восстановить нормальную дыхательную функцию легких при плеврите; * 3) выяснить макроскопический характер жидкости; * 4) выяснить микроскопический характер жидкости; * 5) введение контрастного вещества для выполнения рентгенологического исследования.
- 32 Что необходимо делать больному с ущемленной грыжей: 1) ввести наркотические препараты; 2) выполнить очистительную клизму; 3) ввести желудочный зонд и промыть желудок; 4) провести рентгенологическое исследование; 5) выполнить экстренную операцию; * 6) все неверно.
- 33 При отсутствии болевого синдрома больному с выраженной механической желтухой и высокими цифрами билирубина крови необходимо: 1) провести глубокое обследование, полноценную подготовку к плановой операции; 2) оценить работу жизненно-важных органов, провести ускоренную предоперационную подготовку и оперировать больного в срочном порядке; * 3) выполнить премедикацию и приступить к экстренной операции.
- 34 У пожилого больного выявлена гангрена нижней конечности с четкой демаркационной линией в нижней трети голени. Какова тактика: 1) направить лечение для перевода в сухую гангрену; 2) выполнить возможные исследования для определения уровня ампутации; 3) провести активное антибактериальное лечение; 4) провести в течение недели инфузионную терапию с целью дезинтоксикации; 5) после короткой подготовки выполнить ампутацию.*
- 35 У больного с выраженным вздутием живота, редкой рвотой, отсутствием стула несколько дней, отсутствием болей в животе, отсутствием перистальтики установлен диагноз «динамическая кишечная непроходимость». Для ее ликвидации необходимо: а) промыть желудок; б) выполнить очистительную клизму; в) выполнить обзорное рентгенологическое исследование; г) провести стимуляцию моторной функции кишечника; д) поставить газоотводную трубку; е) выполнить экстренную операцию. Выберите правильное сочетание: 1) а,ж; 2) г,ж; 3) а,б,е; 4) а,б,в,е; 5) а,б,г,д.*

36 С установленной ранее желчекаменной болезнью больная поступила с очередным приступом желчной колики, который быстро купировался. Больная согласна на операцию. Каков план предоперационного периода? а) общий анализ крови и мочи; б) УЗИ печени и подпеченочного пространства; в) колоноскопия; г) исследование билирубина крови; д) РХПГ; е) гастродуоденоскопия. Выберите правильную комбинацию:
1) а,б,в,г; 2) в,г,д,е; 3) а,б,г,д; 4) б,в,д,е; 5) а,б,г,д,е.*

37 Укажите на необходимые мероприятия в предоперационном периоде для больного с декомпенсированным стенозом привратника: 1) ежедневные промывания желудка; * 2) переливание плазмы крови; * 3) переливание белковых кровезаменителей и солевых растворов; * 4) контроль общего белка крови; * 5) введение антибиотиков широкого спектра.

38 Если в период предоперационной подготовки больной с большой послеоперационной вентральной грыжей не будет носить бандаж, какие осложнения возможны в послеоперационном периоде: 1) края раны не срастутся; 2) может наблюдаться спаечный процесс; 3) нарушится всасывающая способность толстой кишки; 4) может развиваться синдром «малого живота»; * 5) неизбежен рецидив грыжи.

39 У больного выявлен аппендикулярный инфильтрат. Какова тактика:
1) выполнить экстренную операцию; 2) выполнить срочную операцию; 3) выполнить плановую операцию после тщательной подготовки сердечно-сосудистой системы; 4) провести противовоспалительное лечение до полного исчезновения инфильтрата; * 5) после выписки больного настоятельно рекомендовать через месяц явиться для операции.*

40 Больная, готовящаяся к лапароскопической холецистэктомии, страдает выраженной варикозной болезнью нижних конечностей. Без выполнения каких манипуляций больную нельзя брать на операцию: 1) консультации невропатолога; 2) консультации гинеколога; 3) пальцевого исследования прямой кишки; 4) промывания желудка в течение нескольких дней; 5) бинтования нижних конечностей эластическим бинтом.*

41 При подготовке больного к операции следует ли его посвящать в детали выполнения вмешательства: 1) не следует; 2) следует в общих чертах, если от этого зависит необходимое согласие на операцию.*

42 Когда нет смысла говорить о предоперационном периоде: 1) когда больной готовится к плановой операции, небольшой по объему; 2) при подготовке больного к срочной операции; 3) при необходимости оперировать больного экстренно; 4) когда больной находится в иноперабельном состоянии; * 5) когда больной находится в инкурабельном состоянии.*

4. Вопросы для собеседования

1. Как подготовить желудочно-кишечный тракт к операции?
2. Как подготовить сердечно-сосудистую систему к операции?
3. Как подготовить мочеполовую систему к операции?
4. Как подготовить дыхательную систему к операции?
5. От чего зависит последовательность выполнения операций в одной операционной?
6. Какие осложнения встречаются во время операции чаще всего и почему?