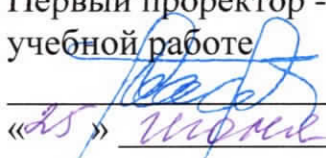


Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа		

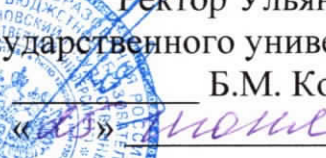
СОГЛАСОВАНО

Первый проректор - проректор по учебной работе

 С.Б. Бакланов
«25» июня 2020г

УТВЕРЖДАЮ

Ректор Ульяновского государственного университета

 Б.М. Костишко
«25» июня 2020г.



Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ТЕМЕ

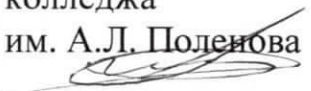
«Симптомокомплекс «Острый живот»

Объем: 18 часов/зачетных единиц

Программу составил:

Преподаватель Медицинского колледжа

им. А.Л. Поленова

 Турченко Ю.Д.
«25» июня 2020г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе:

Решение ученого совета института
№ 10/ от 22.06 2020г.



г. Ульяновск, 2020г.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Содержание

Введение	2
I. Общие положения	3
II. Планируемые результаты обучения	5
III. Требования к итоговой аттестации слушателя	9
IV. Учебный план	9
V. Организационно-педагогические условия реализации программы повышения квалификации	10
VI. Итоговая аттестация	21
Список литературы	24

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Введение

«Острый живот» — это ряд острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, угрожающие здоровью и жизни человека.

Понятие собирательное, но имеет большое практическое значение, так как нацеливает среднего медицинского работника на неотложную госпитализацию больного.

Вместе с тем необходимо понимать, что польза обобщающего понятия острого живота в том, что средний медицинский работник, не установив точного диагноза, но констатировав развитие брюшной патологии должен принять срочные меры. Временной фактор имеет важное значение, так как ранняя диагностика «Острого живота» и соответствующая ранняя госпитализация больного позволяет предотвратить развитие осложнений.

Традиционно сложилось, что фельдшер первым начинает контактировать с пациентом, оперативно решая важнейшие вопросы диагностики, получения необходимой дополнительной медицинской информации. Это требует детального понимания сути неотложного состояния, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов живота, происходящих в организме патологических процессов, прогноза, рационального и логичного плана оказания неотложной помощи, распознавания возрастных и социальных особенностей пациента. При этом необходимо проявить максимальное внимание к пациенту и его окружающим, быть тактичным, следить за своей речью, сопереживать - словом, соблюдать принципы медицинской деонтологии.

Главное - знать и уметь определять приоритеты в оказании помощи больным с острыми заболеваниями органов живота, руководствуясь, прежде всего характером основного заболевания или синдрома, требующего экстренной медицинской помощи, и оценкой степени тяжести состояния. При этом пациент должен получить требуемую и гарантированную медицинскую помощь вне зависимости от места проживания, социального статуса и возраста.

Актуальность данной Программы заключается в необходимости получения знаний специалистами среднего звена по заболеваниям, входящих в «Симптомо-комплекс «Острый живот»», в связи с поздней госпитализацией пациентов в хирургические отделения и развитием осложнений.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО РАЗДЕЛУ В ХИРУРГИИ «СИМПТОМОКОМПЛЕКС «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»» ОБЪЕМ: 18 ЧАСОВ/ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Симптомо-комплекс «Острый живот» - это заболевания органов брюшной полости с наличием ведущего симптома: боли в животе. К хирургическим заболеваниям органов живота относятся наиболее часто встречающиеся заболевания: острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка, а также тупая травма живота и другие заболевания, характеризующиеся болями в животе. Это – почечная колика, внематочная беременность, абдоминальная форма инфаркта миокарда, инфекционные заболевания и другие.

Цель учебной программы повышения квалификации средних медицинских работников по разделу в хирургии «Симптомо-комплекс «Острый живот»» (далее – Программа) заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, а также в совершенствовании компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышении профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по разделу в хирургии «Симптомо-комплекс «Острый живот»».

Трудоемкость освоения – 18 академических часов.

Основными компонентами Программы являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- учебный план;
- рабочая программа;
- организационно-педагогические условия реализации Программы, включающие формы аттестации слушателей, оценочные.

Планируемые результаты Программы направлены на совершенствование компетенций средних медицинских работников, соответствующих Квалификационным характеристикам должностей работников и профессиональным стандартам.

В Программе предусмотрен перечень необходимых знаний, умений и навыков средних медицинских работников, составляющих основу профессиональных компетенций.

В Программе содержатся требования к итоговой аттестации слушателей. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения зачёта и выявляет теоретическую и практическую подготовку слушателей в соответствии с целями

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

программы и планируемыми результатами ее освоения.

Учебный план Программы определяет состав изучаемых тем с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает форму очного обучения (лекции и практические задания), конкретизирует формы контроля знаний и умений слушателей. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки средних медицинских работников могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

Организационно-педагогические условия реализации Программы включают:

- а) учебно-методическую документацию и материалы;
- б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы слушателей;
- в) материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов подготовки;
- г) законодательство Российской Федерации в сфере оказания медицинской помощи населению.

Организационно-педагогические условия реализации Программы включают формы аттестации слушателей, оценочные материалы и иные компоненты – примерную тематику лекционных и практических заданий.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Ф – Учебная программа повышения квалификации	Форма	
---	-------	---

II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ
успешно освоивших учебную программуповышения квалификации
средних медицинских работников
по разделу в хирургии«Симптомо-комплекс «Острый живот»»
(срок обучения 18 академических часов)

**Характеристика профессиональных компетенций
средних медицинских работников (фельдшеров, медицинских сестёр,
акушеров), подлежащих совершенствованию в результате освоения
Программы.**

У слушателя совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее – УК):

- способности и готовность анализировать социально значимые проблемы хирургической патологии, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности (УК–1);
- способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, осуществлению медико-социальной деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (УК–2);
- способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (УК–3).

У слушателя совершенствуются следующие обще-профессиональные компетенции (далее – ОК):
в организационно-управленческой деятельности:

- способность и готовность использовать нормативную документацию, принятую в сфере охраны здоровья (законодательство Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (далее –СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ОК–1);
- способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию хирургической медицинской помощи, анализировать показатели работы. (ОК–2);

в психолого-педагогической деятельности:

- способность и готовность формировать у пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ОК-3).

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

У слушателя должны быть сформированы следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

в диагностической деятельности:

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования пациентов с хирургической патологией живота (ПК–1);

- способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем различных возрастов, использовать знания анатомо-физиологических основ, оценки функционального состояния организма пациентов с хирургической патологией живота для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов (ПК–2);

- способность и готовность выявлять у пациентов с хирургической патологией живота основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний (ПК–3);

в лечебной деятельности:

- способность и готовность выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях пациентов с хирургической патологией живота, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК–4);

- способность и готовность назначать пациентам с хирургической патологией живота адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии (ПК–5);

в реабилитационной деятельности:

- способность и готовность применять к пациентам с хирургической патологией живота различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях живота (ПК–6);

- способность и готовность давать пациентам с хирургической патологией живота рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии (ПК–7);

в профилактической деятельности:

- способность и готовность применять к пациентам с хирургической патологией живота современные гигиенические методики сбора и медико-статистического

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

анализа информации о показателях здоровья населения на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья, улучшению качества жизни (ПК–8);

– способность и готовность использовать при лечении пациентов с хирургической патологией живота методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии болезней, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению преждевременного старения, инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам (ПК–9).

Перечень знаний, умений и навыков средних медицинских работников.

По окончании обучения слушатель должен знать:

- новые методологические подходы к определению ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности;
- виды реабилитации: медицинскую, профессиональную, социальную, психологическую;
- особенности реабилитации при хирургических заболеваниях живота;
- клиническую анатомию органов живота;
- основы физиологии органов живота;
- факторы риска возникновения заболеваний органов живота;
- причины возникновения патологических процессов в органах живота, механизмы их развития, клинические проявления, значение наследственности;
- клинические и современные функциональные методы диагностики хирургических заболеваний живота;
- клинику, диагностику и лечение хронических заболеваний органов живота;
- диетотерапию при заболеваниях органов живота;
- хирургическое лечение болезней органов живота;
- особенности течения хирургических заболеваний органов живота в зависимости от возраста пациента, этиологического фактора, реактивности организма, сопутствующей патологии;
- особенности течения хирургических заболеваний органов живота у беременных;
- организацию и проведение диспансеризации пациентов с хирургическими заболеваниями органов живота;
- принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения.

По окончании обучения слушатель должен уметь:

- собирать жалобы и анамнез заболевания и жизни больного по всем системам организма;
- проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- сформулировать предварительный диагноз и составить план обследования;
- оценивать тяжесть состояния пациента, принимать необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определять объем и

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую срочную помощь;

- проводить дифференциальный диагноз (для фельдшеров);
- составлять план проведения лечения (медикаментозного и немедикаментозного) при различных хирургических заболеваниях органов живота с учетом особенностей этиопатогенеза заболевания, особенностей фармакодинамики и фармакокинетики у пациента;
- определять показания для госпитализации и организовывать ее;
- определять тактику ведения пациента в послеоперационном периоде;
- составлять план реабилитационных мероприятий при хирургических заболеваниях органов живота с учетом возрастных особенностей;
- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения, диспансеризацию пациентов с хирургическими заболеваниями органов живота; составить отчет о своей деятельности и провести ее анализ;
- оказать доврачебную медицинскую помощь при хирургических заболеваниях органов живота и организовать при показаниях транспортировку и госпитализацию в медицинскую организацию.

По окончании обучения слушатель должен владеть навыками:

- физикального обследования пациента (сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации и другими);
- проведения оценки качества жизни у пациентов с хирургическими заболеваниями органов живота;
- работы с кислородными приборами;
- проведения непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции лёгких;

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по учебной Программе должна выявлять теоретическую и практическую подготовку среднего медицинского работника в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после изучения тем в объеме, предусмотренном учебным планом учебной Программы.

Лица, освоившие учебную Программу, успешно прошедшие итоговую аттестацию в виде тестового контроля, получают документ о повышении квалификации.

IV. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ

Цель учебной Программы заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, обеспечении соответствия квалификации средних медицинских работников меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды, а также в совершенствовании компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышении профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям: лечебное дело, сестринское дело, акушерское дело.

Категория слушателей: лечебное дело, акушерское дело, сестринское дело.

Трудоемкость обучения: 18 академических часов

Форма обучения: очно-заочная.

Тематика Программы:

Код	Наименование тем Раздела хирургии «Острый живот»	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	Практи- ческие занятия	
1	Острый аппендицит	4	2	-	2	Текущий контроль
2	Острый холецистит	3	2	-	1	Текущий контроль
3.	Острый панкреатит	3	2	-	1	Текущий контроль
4.	Острая кишечная непроходимость	2	2	-	-	Текущий контроль
5.	Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	3	2	-	1	Текущий контроль
6.	Травма живота	3	2	-	1	
Итоговая аттестация		-	-	-	-	Зачет

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Код	Наименование тем Раздела хирургии «Острый живот»	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			лекции	ОСК	Практи- ческие занятия	
Всего		18	12	-	6	

V. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации средних медицинских работников по теме «Симптомокомплекс «Острый живот» реализуется с применением дистанционных образовательных технологий (далее – ДОТ).

Содержание ДОТ определяется организацией с учетом предложений организаций, содержание дополнительных профессиональных программ.

Сроки и материалы ДОТ определяются организацией самостоятельно, исходя из целей обучения. Продолжительность согласовывается с руководителем организации, где она проводится.

ДОТ носят индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности, как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных и организаторских навыков;
- непосредственное участие в планировании работы организации;
- работу с технической, нормативной и другой документацией.

По результатам прохождения обучения слушателю предлагаются дополнительные материалы и дальнейшее обучение по реализуемой дополнительной профессиональной программе.

Содержание лекций:

1. Острый аппендицит

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

2. Острый холецистит

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

3. Острый панкреатит

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

4. Острая кишечная непроходимость

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

5. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

6. Травма живота

Формируемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3;

ОК-1, ОК-2, ОК-3

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

Острый живот

«Острый живот» — это ряд острых хирургических заболеваний органов, брюшной полости угрожающие здоровью и жизни человека.

Понятие собирательное, но имеет большое практическое значение, так как нацеливает фельдшера на неотложную госпитализацию пациента.

Вместе с тем необходимо понимать, что польза обобщающего понятия острого живота в том, что фельдшер, не установив точного диагноза, но констатировав развитие брюшной патологии должен принять срочные меры. Временной фактор имеет важное значение, так как ранняя диагностика «Острого живота» и соответствующая ранняя госпитализация пациента позволяет предотвратить развитие осложнений.

Традиционно сложилось, что фельдшер первым начинает контактировать с пациентом, оперативно решая важнейшие вопросы диагностики, получения необходимой дополнительной медицинской информации. Это требует детального понимания сути неотложного состояния, дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов живота, происходящих в организме патологических процессов, прогноза, рационального и логичного плана оказания доврачебной помощи, распознавания возрастных и социальных особенностей пациента. При этом необходимо проявить максимальное внимание к пациенту и его окружающим, быть тактичным, следить за своей речью, сопереживать - словом, соблюдать принципы медицинской деонтологии.

Главное - знать и уметь определять приоритеты в оказании помощи пациентам с острыми заболеваниями органов живота, руководствуясь, прежде всего характером основного заболевания или синдрома, требующего экстренной медицинской помощи, и оценкой степени тяжести состояния. При этом пациент должен получить требуемую и гарантированную медицинскую помощь вне зависимости от места проживания, социального статуса и возраста.

Синдром «Острый живот» - это заболевания органов брюшной полости с наличием ведущего симптома - боли в животе. К хирургическим заболеваниям

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

органов живота относятся наиболее часто встречающиеся заболевания: острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка, а также тупая травма живота и другие заболевания, характеризующиеся болями в животе. Это – почечная колика, внематочная беременность, абдоминальная форма инфаркта миокарда, инфекционные заболевания и другие.

Острый аппендицит

Острый аппендицит является наиболее частым острым хирургическим заболеванием брюшной полости. Аппендэктомии составляют около 30% всех хирургических вмешательств. Червеобразный отросток отходит от слепой кишки у места впадения подвздошной кишки, имеет брыжейку. Различают по отношению к слепой кишке нисходящее, внутреннее, переднее и заднее, то есть ретроцекальное положение отростка. При высоком положении слепой кишки отросток может располагаться высоко под печенью, в области жёлчного пузыря, при низком положении - в малом тазу. При смещении слепой кишки в результате воспалительных сращений или обратного расположения червеобразный отросток может располагаться в левой подвздошной области. Четкой причины воспаления червеобразного отростка не выявлено. Есть мнение, что острый аппендицит развивается в результате нарушения функции нервной системы, вследствие чего возникают нарушения кровообращения (спазм сосудов, тромбоз) в области отростка, которые способствуют внедрению инфекции и развитию воспалительного процесса. Предрасполагающими моментами являются однообразное питание, в частности избыточный прием мясной и жирной пищи, запоры. Вначале отмечаются функциональные изменения в отростке, затем возникают воспалительные изменения.

Различают простой (катаральный) и деструктивный (флегмонозный), гангренозный и прободной острый аппендицит. Острый аппендицит может сопровождаться развитием тяжёлых осложнений (перитонит, осумкованные абсцессы брюшной полости, абсцесс печени и др.) эти осложнения развиваются при несвоевременной операции, в большинстве случаев вследствие поздней госпитализации. Поэтому пациенты с острым аппендицитом подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение для срочной операции. Типичная картина острого аппендицита характеризуется приступом боли в правой подвздошной области с выраженной местной и общей реакцией организма. Боль при остром аппендиците начинается внезапно. У некоторых пациентов вначале заболевания боль отмечается в эпигастральной области или по всему животу, после чего локализуется в правой подвздошной области, это - симптом Кохера. Чаше боль носит постоянный характер, пациенты из-за боли не спят, однако не мечутся в постели, как при почечной колике, и обычно принимают вынужденное положение на правом боку. Впервые часы заболевания иногда наблюдается тошнота и однократная рвота. Общая реакция организма при остром аппендиците проявляется недомоганием, повышением температуры тела до 37,5°C. У детей температура

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

обычно не превышает 39°C, у лиц пожилого возраста нередко субфебрильная. При исследовании брюшной полости определяется ряд местных симптомов, возникающих вследствие развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. При осмотре отмечается отставание при дыхании нижних отделов живота, при развитии перитонита живот не участвует в акте дыхания. Глубокие форсированные дыхательные движения и кашель вызывают усиление боли в правой подвздошной области. На этом основан «кашлевой симптом» - появление сильной боли в правой подвздошной области при кашле. При глубокой пальпации в правой подвздошной области отмечается напряжение мышц, болезненность и при резком отпуске кисти резкое усиление боли (симптом Щеткина – Блюмберга). Этот симптом является наиболее достоверным при диагностики аппендицита. Характерно усиление болезненности в правой подвздошной области при положении на левом боку (симптом Ситковского). При пальпации левой подвздошной области в связи с перемещением газов по толстой кишке усиливается боль в правой подвздошной области (симптом Ровзинга). Эти симптомы являются основными, имеющими наибольшее практическое значение для диагностики острого аппендицита. **Ретроцекальное расположение аппендикса** характеризуется коварным течением в связи с отсутствием выраженных местных симптомов раздражения брюшной полости. Из-за ретроцекального положения отростка напряжение мышц и местная болезненность в правой подвздошной области выражены не резко. Для определения данного вида расположения аппендицита, пациента просят поднять левую ногу, придерживая её рукой обследующего, при этом боль отсутствует. Такую же манипуляцию проводят справа, при этом отмечается боль в правой поясничной области (симптом Образцова).

Острый аппендицит в детском возрасте. Острый аппендицит может развиваться у детей в любом возрасте, чаще 5 лет. Редкость заболевания острым аппендицитом у детей первых лет жизни объясняется анатомо-физиологическими особенностями строения отростка. Острый аппендицит у детей протекает обычно остро с выраженными общими и местными симптомами заболевания, в течении 6 -8 часов. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение и положительный симптом Щёткина - Блюмберга. Характерно более быстрое прогрессирование заболевания, чем у взрослых, склонность к распространению процесса в брюшной полости, что связано с особенностями детского организма и недостаточным развитием большого сальника. Дети плачут из-за боли, плохо спят, беспокойны. Характерна повторная рвота, положение на правом боку с приведенными к животу ногами. Язык сухой, обложен. Пальпация живота затруднена, болезненная.

Острый аппендицит в пожилом возрасте нередко характеризуется стёртым течением, недостаточно выраженными местными и общими симптомами заболевания. Это связано с понижением реактивности, а также с частичной или полной облитерацией червеобразного отростка. Заболевание нередко протекает без выраженного болевого приступа с нормальной или субфебрильной температурой. Местные симптомы острого аппендицита выражены слабо: нередко определяется

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

только локальная болезненность при глубокой пальпации. При развитии перитонита отмечаются ухудшение состояния пациента.

Острый аппендицит у беременных. Острый аппендицит после 2 -3 мес. беременности протекает своеобразно в связи с увеличенной маткой и изменением реактивности организма. В связи со смещением слепой кишки кверху местные симптомы острого аппендицита локализуются выше, при больших сроках беременности в области правого подреберья. Пациенты нуждаются во всестороннем обследовании для исключения возможных при беременности воспаления придатков матки.

Доврачебная помощь. Пациентам с острым аппендицитом необходимо приложить холод на правую подвздошную область и без каких либо манипуляций направить в хирургический стационар. Лечение острого аппендицита только оперативное.

Острый холецистит

Острое воспаление стенки жёлчного пузыря с нарушением его функций называют острым холециститом. Он развивается преимущественно у женщин обычно страдающих жёлчно - каменной болезнью. Камень закрывает общежёлчный проток, жёлчь скапливается в жёлчном пузыре и возникает воспаление. Острое воспаление при отсутствии камней определяют как безкаменный холецистит. По степени воспалительных изменений в жёлчном пузыре различают катаральный, флегмонозный, гангренозный и прободной холецистит.

Клиническая картина. Пациенты острым холециститом в основном отмечают постоянную резкую боль в правом подреберье, колющего или распирающего характера, иррадиирующую в правое плечо, лопатку, правую часть груди. Появляется озноб, тошнота, рвота с жёлчью, обычно не приносящая облегчения, повышается температура до 39°C, тахикардия, лёгкая желтуха. Язык сухой, обложен белым налётом. Мышцы в правом подреберье напряжены, пальпируется увеличенный и болезненный жёлчный пузырь, положительный симптом Ортнера (боль при поколачивании по правой реберной дуге), а при развитии перитонита - симптом Щеткина - Блюмберга.

Доврачебная помощь: в правое подреберье прикладывают холод, вводят в/в спазмолитики: но-шпа, папаверин, платифиллин, а так же анальгетики: кеторолак, баралгин. Пациента транспортируют в хирургический стационар для дальнейшего обследования и оперативного лечения. В случае улучшения состояния операция не проводится и рекомендуется в «холодный период» т.е. после снятия воспалительного процесса через несколько месяцев оперироваться в плановом порядке.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Острый панкреатит

Среди острых заболеваний органов живота стоит на третьем месте. Среди пациентов в возрасте до 40 лет преобладают мужчины. Острым панкреатитом болеют так же и женщины, злоупотребляющие жирной пищей, приёмом большого объёма пищи и алкоголем. Воспаление поджелудочной железы может протекать в форме отёка или некроза железы. Острый панкреатит возникает вследствие различных причин. Острый панкреатит возникает при нарушении оттока фермента из протока поджелудочной железы вследствие закупорки его камнем или при стенозе (спазме) большого дуоденального сосочка (фатеров сосок). Расстройства кровообращения в железе, пищевые перегрузки, злоупотребление алкоголем также могут быть причиной острого панкреатита.

Клиническая картина. Приступ панкреатита начинается с болей в эпигастральной области, часто после погрешности в диете, в дальнейшем боли иррадируют в левую половину и к позвоночнику, носят опоясывающий характер, но температура тела в норме. Одновременно с болями возникает неукротимая рвота, которая не приносит облегчения. При панкреонекрозе отмечают тахикардия, падение артериального давления, повышение температуры, цианоз слизистых оболочек. При обследовании брюшной полости определяют напряжение мышц в эпигастральной области и левом подреберье, резкую болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины. В тяжёлых случаях течение заболевания заканчивается смертью в первые сутки. При отеке поджелудочной железы все симптомы выражены в меньшей степени и явления интоксикации незначительны. Во время обследования определяется болезненность в эпигастральной области и левом подреберье, положительный симптом Мейо - Робсона (болезненность в левом реберно - позвоночном углу).

Доврачебная помощь: назначают голодание, приложить холод в левое подреберье, вводят спазмолитики: но-шпа, папаверин, платифиллин, лучше атропин (1 мл 0,1 % раствора) для подавления секреторной активности железы. Пациента направляют в хирургический стационар.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Острая кишечная непроходимость

Острая кишечная непроходимость является одним из наиболее тяжёлых острых хирургических заболеваний брюшной полости и сопровождается высокой послеоперационной летальностью (10 -20% случаев).

Непроходимость кишок разделяется на динамическую и механическую.

Динамическая кишечная непроходимость

Динамическая кишечная непроходимость может быть спастической и паралитической. **Спастическая форма** динамической кишечной непроходимости встречается значительно реже паралитической. Спазмы кишок могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Пациенты жалуются на сильную схваткообразную боль в брюшной полости, иногда отмечается повторная рвота желудочным содержимым. Состояние пациентов остаются удовлетворительным без нарушений сердечно - сосудистой деятельности и дыхания. Язык влажный. Живот обычной конфигурации, мягкий, безболезнен, симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. При пальпации иногда удается пальпировать спазмированный участок кишок. При аускультации выслушиваются обычные кишечные шумы. Стул может быть задержан, газы не отходят.

Доврачебная помощь: назначают спазмолитики: но – шпа, баралгин, папаверин.

Паралитическая кишечная непроходимость характеризуется равномерным вздутием брюшной полости, сопровождающимся периодической рвотой желудочным, а затем кишечным содержимым, задержкой стула и газов. Пациенты жалуются на разлитую боль и вздутие живота, задержку стула и газов. Состояние пациентов ухудшается в связи с нарастанием пареза кишок. Отмечаются повторная рвота вначале принятой пищей, затем содержимым тонкой кишки, дыхание учащено, снижение артериального давления, отмечается резкая тахикардия, пульс до 130 - 140 уд./мин, гипотензия. Живот равномерно вздут, может быть ассиметричен, при аускультации перистальтика вялая или полностью отсутствует, определяется шум падающей капли (симптом Спасокукоцкого). При прогрессировании заболевания, развитии перитонита отмечается напряжение мышц, положительный симптом Щёткина - Блюмберга и нарастание симптомов пареза кишок. Паралитическая кишечная непроходимость развивается как осложнение острых заболеваний и повреждения органов брюшной полости, при нарушении кровоснабжения кишок и особенно часто после операций на органах брюшной полости и при перитонитах.

Доврачебная помощь: борьба с интоксикацией и срочная госпитализация в хирургический стационар.

Механическая кишечная непроходимость

Наиболее опасной, требующей срочного оперативного вмешательства является острая механическая непроходимость. Различают странгуляционную, обтурационную кишечную непроходимость и сочетание формы. При **странгуляционной** непроходимости имеется сдавливание сосудов брыжейки, к этой форме механической кишечной непроходимости относят завороты, узлы,

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

внутренние ущемления, сдавливания и ущемления спайками. При **обтурационной** кишечной непроходимости нет сдавливания сосудов брыжейки. Обтурация т.е. закрытие просвета кишки может быть вызвана жёлчными и каловыми камнями, инородными телами, аскаридами, доброкачественными и злокачественными опухолями, рубцовыми и воспалительными стенозами. К сочетанным формам острой кишечной непроходимости относятся инвагинации (внедрение одной кишки в другую, чаще тонкая в толстую).

Странгуляционная кишечная непроходимость.

Наиболее часто встречаются завороты тонкой и сигмовидной кишок, значительно реже - слепой и поперечной ободочной кишки и очень редко желудка.

Пациенты жалуются на сильную схваткообразную боль и вздутие живота, отмечается повторная обильная рвота желудочно - кишечным содержимым. При заворотах тонкой кишки у пациентов может быть стул и отхождение газов, особенно при высоких формах непроходимости, что у недостаточно опытных средних медицинских работников может служить поводом к диагностическим ошибкам. Тахикардия при отсутствии температурной реакции организма является одним из основных признаков этого тяжёлого заболевания, дыхание учащено, отмечается акроцианоз, язык сухой, нередко обложен белым налётом. Живот вздут, при аускультации выслушивается усиленная перистальтика на высоте схваткообразной боли, затем отсутствует отхождение стула и газов.

Спаечная кишечная непроходимость является в настоящее время наиболее частой формой острой кишечной непроходимости (60 -70% случаев). Увеличение частоты объясняется расширением объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости, различными воспалительными процессами. Наиболее частой формой странгуляционной кишечной непроходимости является ущемление петли тонкой или толстой кишки спайкой между петлями кишок, сальником, маткой и ее придатками.

Копростаз чаще возникает в пожилом возрасте на почве хронического запора и спастического колита. Основными симптомами копростазы являются продолжительная задержка стула (более 2 недель) и газов, разлитая боль в брюшной полости. Состояние пациентов обычно удовлетворительное, живот равномерно вздут, мягкий, умеренно болезнен по ходу толстой кишки.

Инвагинации внедрение одной кишки в другую, могут встречаться в любом возрасте, преимущественно у детей до 5 лет, чаще у мальчиков (60 75% случаев). Наблюдаются инвагинации: тонкой кишки в тонкую; толстой кишки в толстую; подвздошной кишки в толстую.

Предрасполагающими моментами являются нарушения функции кишок - понос, запор, усиление перистальтики, спазмы. Появляются сильные боли в брюшной полости, которые носят схваткообразный характер.

Доврачебная помощь. Снятие интоксикации и скорейшая транспортировка в хирургический стационар.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это терапевтическое

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

заболевание, которое имеет осложнения, требующие хирургического лечения:

- 1) кровотечение;
- 2) перфорация – это образование отверстия между желудком и брюшной полостью;
- 3) стеноз – это сужение выходного отдела желудка;
- 4) пенетрация – это образование отверстия между желудком и соседним органом, например тонкой кишки;
- 5) малигнизация – это перерождение язвы в рак.

Болеют преимущественно мужчины в возрасте 20 -40 лет. Существует много факторов, которые могут вызвать язвенный процесс (механические, химические и т.д.).

Иногда язва может переходить на соседние органы, внедряясь в них (сальник, поперечная ободочная кишка, поджелудочная железа) - пенетрирующая язва. При наличии язвы в выходном отделе желудка или в начальной части двенадцатиперстной кишки может наступить резкое сужение этого отдела – стеноз (стенозирующая язва). **При прорыве язвы в свободную брюшную полость ее называют прободной.** При длительном существовании может наступить перерождение язвы в рак (малигнизация).

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки осложняется прободением приблизительно у 15% пациентов. Это осложнение чаще возникает в период обострения язвенной болезни, при стрессовых ситуациях, физических напряжениях (подъем больших тяжестей), переедании, приеме алкоголя. Перфорационное отверстие может прикрываться сальником (прикрытая перфорация). В результате перфорации язвы возникает перитонит, который только вначале носит химический, асептический характер, а затем становится бактериальным.

Клиническая картина имеет несколько периодов:

Первый период. Боли возникают в эпигастральной области внезапно по типу «удара кинжалом» и сопровождаются коллапсом. Пациент бледен, кожа покрыта холодным потом, пульс слабый, **редкий**, артериальное давление снижено. Выражение лица страдальческое, испуганное, пациент принимает вынужденное положение, поджимает ноги к животу, лежит на боку или на спине и старается позу не менять. Язык влажный, живот напряжен, доскообразный, при пальпации боли усиливаются. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. При перкуссии печеночная тупость не определяется во все периоды заболевания – симптом **«отсутствие печёночной тупости»**. Рвота бывает сравнительно редко и носит рефлекторный характер. При позднем поступлении пациента с перфоративной язвой наблюдается картина разлитого перитонита: перистальтика отсутствует, живот вздут, в акте дыхания не участвует, тахикардия, снижение артериального давления, язык сухой и обложен белым налётом.

Второй период – период мнимого благополучия. После 2-4 часов у пациента интенсивность боли уменьшается, он может вставать и ходить. Пульс нормализуется. Симптом «печёночной тупости» сохраняется.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

Третий период – период «цветущего перитонита» через 12 часов состояние резко ухудшается, боли по всему животу, пульс учащается, давление резко снижается, лицо приобретает заостренные черты, втянутые щеки, запавшие глаза, кожные покровы бледно-серого цвета, с землистым оттенком, покрыты каплями пота (лицо Гиппократово). Симптом «печёночной тупости» сохраняется.

Доврачебная помощь при подозрении на прободную язву пациента немедленно направляют в хирургический стационар. Приложить холод к животу. Вводить любые анальгетики до установления диагноза запрещается.

Травмы живота

Травмы живота делятся на открытые и закрытые. Открытые образуются в результате ранения и могут быть проникающими и не проникающими в брюшную полость. Проникающие ранения сопровождаются выходом петель кишок (**эвентрация кишечника**), а так же повреждением внутренних органов от которых будет зависеть клиническая картина. При повреждении паренхиматозных органов (печень, селезёнка) проявляются симптомы «внутреннего кровотечения». Для кровотечения в брюшную полость характерными признаками являются бледность кожи и слизистых оболочек, холодный липкий пот, частый пульс слабого наполнения, снижение артериального давления, частое поверхностное дыхание.

При повреждении печени боль иррадирует в правое плечо, селезенки - в левое плечо и симптом «Ваньки –встаньки», когда пациент стремится занять сидячее положение и теряет сознание, принимая горизонтальное положение, такие явления повторяются несколько раз. При повреждении поджелудочной железы иррадиация боли в поясничную область.

Повреждение полых органов (желудок, кишечник, мочевой пузырь) сопровождается выходом содержимого этих органов, с дальнейшим развитием перитонита.

Основной симптом - боль в животе. Боль может быть различной локализации, интенсивности и иррадиации. Чаще всего боль соответствует локализации травмы, но в некоторых случаях боль в области травмы незначительная, однако в зоне иррадиации может быть выраженной.

При ранениях и разрывах желудка и двенадцатиперстной кишки боли "кинжальные", типичные для перфоративной язвы. При ранениях и разрывах тонкой кишки боль может быть различной локализации и интенсивности. Рвота в ближайшее время после травмы носит рефлекторный характер, далее становится застойной при развитии перитонита.

Дизурические расстройства, макрогематурия говорят о повреждении органов мочевыделительной системы. При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря пациент **не может мочиться и не хочет**. Следует помнить, что анурия может быть связана с падением артериального давления ниже 90 мм. рт. ст.

Положение пациента при травме органов живота вынужденное. Чаще всего пострадавший лежит на спине или на боку с приведенными к животу бёдрами.

Доврачебная помощь. При открытых повреждениях живота, рана обрабатывается соответствующим образом, при эвентрации кишечника кишечник не вправляется,

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

накладывается смоченная антисептиком повязка и валик вокруг кишечника. Фиксируется к животу циркулярной повязкой. Вводятся анальгетики.

При закрытых повреждениях анальгетики не вводят.

Проводится катетеризация вены с введением гемостатиков и кровезаменителей противошокового действия.

Контрольные вопросы к лекциям:

1. Как называется симптом, при котором боли начинаются в эпигастрии, а затем локализуются в правой подвздошной области?
2. Назовите особенности течения аппендицита у детей.
3. Какой симптом является самым характерным при аппендиците?
4. Какая иррадиация болей характерна для острого холецистита?
5. Какой характер болей определяется при остром панкреатите?
6. Назовите пять основных признаков острой кишечной непроходимости.
7. Какой симптом при прободной язве определяется во всех периодах?
8. При каком повреждении органов живота у пациента отсутствует мочеиспускание и желание помочиться?
9. При повреждении какого органа живота выявляется симптом «Ваньки-встаньки»?
10. Как называется выход петель кишок из раны живота?

Занятия, выявляющие практическую подготовку слушателей (ситуационные задачи)

Содержание практических занятий (решение ситуационных задач).

Задача № 1

Среднего медицинского работника пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина 57 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи

Задача №2

На ФАП обратилась женщина 52 лет с жалобами на острую боль в правом

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

подреберье, которая появилась на 2-ой день после Пасхи. Боль иррадирует в правое надплечье.

Отмечается многократная рвота, не приносящая облегчения.

При обследовании: состояние средней тяжести, склеры с иктеричным оттенком. Больная повышенного питания. Температура тела 38,0. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания. При поколачивании по правой рёберной дуге отмечается усиление боли.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача №3

Вы работаете на базе отдыха без врача. К Вам обратился мужчина с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота тупого опоясывающего характера. Беспокоит мучительная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Болен около суток после обильного застолья с употреблением алкогольных напитков.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,6 0С. Кожа бледная, язык обложен белым налетом. Пульс 110 ударов в минуту, АД 110 на 70 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут в верхнем отделе, болезнен при глубокой пальпации в эпигастрии, мягкий, симптом Щеткина- Блюмберга отрицателен.

Задания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Расскажите об объеме доврачебной помощи.

Задача №4

Мужчина 42 лет почувствовал острую внезапную боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Приехавший фельдшер скорой медицинской помощи осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное - лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 50 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Задания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Задача №5

В медпункт колледжа обратилась студентка с жалобами на боль в правой половине живота, тошноту. Фельдшер, при расспросе выяснил, что боли появились 12 часов

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

назад с локализацией в эпигастрии, отмечалась однократная рвота. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, язык суховат, обложен белым налетом. Пульс - 104 в мин., АД - 120/80 мм.рт.ст., температура - 37,5 град. Правая половина живота напряжена и отстаёт в акте дыхания, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области.

Задания.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента.

Задача №6

Пациент находился в хирургическом отделении по поводу аппендэктомии. Обратился на фельдшерско-акушерский пункт к среднему медицинскому работнику к вечеру пятого дня после операции. Поднялась температура до 37,8 град., появилось недомогание, озноб, пульсирующие боли в области послеоперационной раны. При осмотре послеоперационного шва отмечается отек, покраснение, 3 шва прорезались.

Задания.

1. Определите появившееся осложнение.
2. Составьте алгоритм дальнейших ваших действий.

Задача №7

В приёмный покой стационара, на машине друга, привезли пострадавшего, получившего во время драки ножевое ранение в живот. Пациент заторможен, жалуется на сильную боль в животе. Медицинская сестра приёмного покоя при осмотре выявила: пациент бледен, на передней брюшной стенке имеется рана, из которой выпала петля кишки. Выделения из раны кишечного содержимого не обнаружено. Пульс - 100 в мин., слабый, АД - 100/60 мм.рт.ст.

Задания.

1. Определите вид повреждения.
2. Составьте план оказания доврачебной помощи.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

VI. ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Итоговая аттестация слушателей по результатам освоения учебной Программы должна выявлять теоретическую и практическую подготовку средних медицинских работников в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Тестовые задания:

1. При синдроме «острого живота» необходимо
 - а) промыть желудок
 - б) сделать очистительную клизму
 - в) ввести обезболивающие
 - г) применить холод, срочно госпитализировать больного
2. Причина механической желтухи при холецистите
 - а) нарушение обмена веществ
 - б) печёночная недостаточность
 - в) гемолиз эритроцитов
 - г) закупорка камнем общего желчного протока
3. Противопоказания к операции при остром аппендиците
 - а) острая пневмония
 - б) старческий возврат
 - в) гипертоническая болезнь
 - г) отсутствуют
4. Осложнением язвенной болезни желудка не является
 - а) пенетрация
 - б) стеноз привратника
 - в) гастрит
 - г) перфорация
5. Достоверный симптом аппендицита
 - а) тошнота
 - б) разлитая боль в животе
 - в) симптом Щеткина - Блюмберга
 - г) вздутие живота
6. Для механической кишечной непроходимости не характерно
 - а) схваткообразные боли
 - б) вздутие живота
 - в) исчезновение печёночной тупости
 - г) задержка стула и газов
7. Опоясывающая боль наблюдается при
 - а) панкреатите
 - б) холецистите
 - в) травме селезёнки
 - г) перфоративной язве желудка
8. Характер и локализация болей при перфоративной язве желудка
 - а) «кинжальные» в эпигастрии
 - б) постоянные, сильные в правой подвздошной области

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

в) постоянные, резкие боли в правом подреберье

г) опоясывающие, тупого характера

9. Характер и локализация болей при остром холецистите:

а) постоянные, резкие боли в правом подреберье

б) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области

в) опоясывающие, тупого характера

г) «кинжальные» в эпигастрии

10. При кишечной непроходимости живот

а) втянут

б) не изменён

в) доскообразный

г) асимметричен, вздут

11. При остром аппендиците не характерен симптом:

а) Ровзинга

б) Ситковского

в) Пастернацкого

г) Образцова

12. Тактика среднего медработника при «остром животе»

а) применение холода на область живота

б) введение анальгетиков

в) промывание желудка

г) приём пищи и воды

13. Достоверный признак разрыва кишечника

а) неотхождение газов и кала

б) болезненность живота при пальпации

в) рвота

г) симптомы раздражения брюшины

14. Отсутствие мочеиспускания после тупой травмы живота характерно для повреждения:

а) селезёнки

б) желудка

в) мочевого пузыря

г) кишечника

15. Симптом Кохера наблюдается при остром

а) аппендиците

б) холецистите

в) парапроктите

г) панкреатите

Зачёт получают слушатели, прошедшие тестовый контроль при 10 и более положительных ответов из 15.

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Мидленко, В. И. Желчнокаменная болезнь и ее осложнения : учеб.-метод. пособие / В. И. Мидленко, Н. И. Белоногов; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2017. - 28 с.
2. Рубан, Элеонора Дмитриевна. Хирургия : учебник для студентов учреждений сред. проф. образования / Рубан Элеонора Дмитриевна. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2017. - 570 с. : ил. - (Среднее медицинское образование). - ISBN 978-5-222-28651-7.
3. Степченков, Р. П. Боль в животе: пошаговый алгоритм дифференциальной диагностики [Текст] = Abdominal pain: step-by-step algorithm of differential diagnosis / Р. П. Степченко // Справочник врача общей практики. - 2017. - № 2. - С. 38-50.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ

1. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система. / Компания «Консультант Плюс» - Электрон. дан. - Москва : КонсультантПлюс, [2019].
2. Лань [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система / ООО ЭБС Лань. - Электрон. дан. - С.-Петербург, [2019]. - Режим доступа: <https://e.lanbook.com>.
3. Федеральный портал Российское образование. Режим доступа: <http://www.edu.ru>
4. Электронная библиотека УлГУ. Режим доступа : <http://lib.ulsu.ru/MegaPro/Web>

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

1. Алексеев, С. А. Хирургические болезни : практикум / С. А. Алексеев. — Минск : Вышэйшая школа, 2018. — 320 с. — ISBN 978-985-06-2922-7. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/90855.html>
2. Ковалев А.И., Хирургия : учебник / А. И. Ковалев. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2019. - 576 с. : ил. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5011-6 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450116.html>
3. Лычев, В. Г. Первичная доврачебная медицинская помощь: Учебное пособие / Лычев В.Г., Карманов В.К. - Москва : Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2015. - 288 с. (Профессиональное образование) ISBN 978-5-00091-029-0. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/498976>
4. Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотложных заболеваниях и состояниях : учеб. пособие / В.Г. Лычев, В.М. Савельев, В.К. Карманов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : ИНФРА-М, 2019. — 318 с. — (Среднее профессиональное образование). - ISBN 978-5-16-014327-9. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/976629>
5. Острый нетравматический панкреатит : учебное пособие для врачей / Ю. М. Морозов, К. Н. Мовчан, Т. И. Оболенская [и др.]. — Саратов : Ай Пи Ар Медиа,

Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»	Форма	
Ф – Учебная программа повышения квалификации		

2019. — 201 с. — ISBN 978-5-4497-0233-3. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/86936.html>

6. Подкаменев В.В., Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста : учебное пособие / под ред. Подкаменева В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4332-3 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443323.html>

7. Руководство по скорой медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах и отравлениях / Д. Н. Вербовой, С. Ф. Багненко, В. В. Бояринцев [и др.] ; под редакцией Д. Н. Вербового [и др.]. — Санкт-Петербург : Фолиант, 2019. — 228 с. — ISBN 978-5-93929-292-4. — Текст : электронный // Электронно-библиотечная система IPR BOOKS : [сайт]. — URL: <http://www.iprbookshop.ru/90219.html>

8. Савельев В.С., Хирургические болезни. В 2 т. Том 1 : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3998-2 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439982.html>

9. Черепанин А.И., Острый холецистит / Черепанин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-3676-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436769.html>