

MANUEL DE FORMATION

AU MODULE 1

**" CHIRURGIE
ABDOMINALE
D'URGENCE
ET
PROCTOLOGIE**

**(avec contrôle électronique de
l'acquisition des compétences
pratiques) "**

Année académique 2022-2023

UNIVERSITÉ MÉDICALE D'ÉTAT DE DNIPRO

CHAIRE DE LA CHIRURGIE №1 ET UROLOGIE

Master de médecine

**Manuel de formation
pour la formation indépendante des étudiants
aux leçons pratiques en chirurgie**

**« Chirurgie abdominale urgente et proctologie
(avec contrôle électronique de la maîtrise des
compétences pratiques) »**

**Approuvé lors de la réunion du Conseil académique de
l'Université médicale d'État du Dniepr Procès-verbal**

№ 10 du 24.03.22.

**Dnipro
2022-2023 année académique**

MANUEL DE FORMATION

Pour les étudiants de 4 cours de l'enseignement supérieur de médecine niveau IV d'accréditation, qui sont étudiés par le système de crédit modulaire – Master de médecine

Recommandé :

Le cabinet méthodique central de l'Université de Médecine d'État de Dnipro (UMED) comme manuel de formation pour les étudiants des établissements d'enseignement supérieur de médecine du niveau d'accréditation (Protocole № 1 du 26 septembre 2021)

Sous la révision du chef de la chaire de chirurgie № 1 et urologie UMED de docteur ès sciences en médecine, chargé de cours R.V. DUKY

Auteurs : professeur YA.S. Bereznytskyi, prof. V.V.Gaponov, chargé de cours V.P. Soulima, prof. R.M. Moltchanov, ch.de cours S.L.Malinovsky, ch.de cours K.O. Iarochenko, docteur ès sciences en médecine (d.s.m.), ch.de cours P.O. Badul; assistants : candidat en sciences médicales (c.s.m.) I.L. Verkholaz, c.s.m. O.V ; Bilov, c.s.m. I.F. Polouliakh-Tchornovol, c.s.m. K.S. Barannik

Compileur: , ch.de cours S.L.Malinovsky

Responsable de la publication : Académicien de l'Académie Nationale de sciences médicales (ANSM) d'Ukraine, professeur T.O. Pertseva

PRÉFACE

La formation du master de médecine qualifié - médecin de pratique générale est la tâche principale de l'établissement d'enseignement supérieur médical, et donc un enseignement approprié de la chirurgie dans l'ensemble du complexe d'autres disciplines créera des conditions pour pratique médicale de qualité à l'avenir, qui devrait répondre aux exigences suivantes : la disponibilité de spécialistes formés, l'utilisation optimale des ressources, la minimisation du risque pour les patients à l'application des technologies médicales et la satisfaction des patients à partir du contact avec la communauté médicale. Étant donné qu'en premier lieu dans cette liste se trouve le niveau de qualification du spécialiste, il est clair qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité de la formation des médecins à l'établissement d'enseignement supérieur, qui vise à la mise en œuvre du processus éducatif du système de modules de crédit .

La principale orientation dans la formation d'un médecin, qui stimulera l'étudiant à améliorer l'étude, sera un changement dans le vecteur d'évaluation dans le contrôle des connaissances à partir des indicateurs volumétriques existants (des notes d'appréciation d'après les tests et examens) à la gestion et au contrôle de la qualité de l'étude au cours de l'année académique à chaque leçon pratique, suivant le schéma unifié créé avec la participation de manuels, de manuels d'études et de recommandations méthodologiques élaborés.

Les tâches de l'activité professionnelle d'un médecin généraliste déterminent les principales exigences en matière de connaissances et de compétences pratiques pour un diplômé d'un établissement d'enseignement supérieur de niveau III-IV d'accréditation: séquence méthodique ciblée d'actions pour interroger le patient, effectuer un examen physique, justifier un diagnostic préalable, déterminer l'algorithme des méthodes auxiliaires de recherche avec l'analyse des résultats obtenus, la réalisation d'un diagnostic différentiel, la formation d'un diagnostic clinique, la construction d'un programme de traitement et sa mise en œuvre.

Par conséquent, il est nécessaire de restructurer le processus éducatif, y compris l'enseignement de la chirurgie, pour obtenir un effet positif dans la formation des médecins, ce qui, à notre avis, est l'objet de ce manuel.

En même temps, à chaque leçon, les types de contrôle obligatoires sont tenus pour chaque élève :

- a) **selon du thème** - actuel - avec évaluation des tests, curation du patient et deux compétences pratiques, interrogatoire ; à la leçon pratique d'après le thème, l'élève reçoit 4 (quatre) notes d'appréciation.
- b) **pour le syndrome** - intermédiaire - avec l'évaluation du devoir clinique

situationnel comportant cinq questions qui ont été résolues à la maison, avec la réception d'une (1) note d'appréciation .

c) **par module** – la leçon de révisoin - avec évaluation des tests informatiques, supervision du patient et réponses écrites à l'enquête du patient, examen physique, justification du diagnostic préliminaire, nomination du programme de diagnostic, analyse des résultats de recherche supplémentaires, diagnostic différentiel, formation du diagnostic clinique et du plan de traitement; à la leçon de révision, l'étudiant reçoit 9 (neuf) notes d'appréciation.

L'étudiant est admis à la leçon de révisoin à condition que les exigences du programme soient remplies et si pour les activités académiques courantes et intermédiaires il a obtenu au moins 70 points sur 120 (ce nombre de points ECTS est égal à la somme des notes traditionnelles " 3").

La leçon de révisoin est portée en compte à l'étudiant s'il a obtenu au moins 50 points sur 80 (ce nombre de points ECTS est égal à la somme des notes traditionnelles "3").

La matière est portée en compte à l'étudiant s'il a obtenu au moins 120 points sur 200 (connaissances courantes, intermédiaires + la leçon de révisoin, cette quantité de points ECTS est égale à la somme des notes traditionnelles "3").

CONTENU

PRÉFACE	4
CONTENU.....	6
Plan structuré du module 1.....	8
MODULE DE CONTENU 1 : "Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique"	
Thème № 1. Leçon d'introduction sur le sujet "Chirurgie".....	9
Contrôle intermédiaire des connaissances sur les « Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique » (tâches cliniques individuelles).....	20
MODULE DE CONTENU 2 : "CHIRURGIE ABDOMINALE D'URGENCE"	
Thème № 2. Hernies non compliquées : hernie inguinale, hernie fémorale, hernie ombilicale, hernie ventrale.....	21
Thème № 3. Doctrine générale des hernies compliquées.....	29
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le « syndrome de la hernie discale » (tâches cliniques individuelles).....	37
Thème № 4. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : appendicite aiguë.....	38
Thème № 5. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : cholécystite aiguë.....	46
Thème № 6. Maladies inflammatoires aiguës des organes abdominaux : pancréatite aiguë.....	55
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le « Syndrome inflammatoire abdominal aigu » (tâches cliniques individuelles).....	64
Thème № 7. Saignement aigu et chronique dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal.....	65
Thème № 8. Saignement aigu et chronique dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal.....	74
Contrôle intermédiaire des connaissances sur «le syndrome de saignement aigu et chronique dans la cavité du tractus gastro-intestinal» (tâches cliniques individuelles).....	84
Thème № 9. Obstruction mécanique aiguë des intestins.....	85
Thème № 10. Obstruction intestinale dynamique aiguë.....	98
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le « Syndrome d'obstruction intestinale aiguë » (tâches cliniques individuelles).....	109
Thème № 11. Syndrome péritonéal dû à la progression de maladies inflammatoires aiguës des organes abdominaux.....	110
Thème № 12. Syndrome péritonéal dû à une perforation de l'estomac et du duodénum, perforation de l'intestin grêle et du gros intestin.....	121
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le «syndrome péritonéal» (tâches cliniques individuelles)	134
MODULE DE CONTENU 3 :	

"PROCTOLOGIE URGENTE"

Thème № 13. Douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région anale.....	135
Contrôle intermédiaire des connaissances sur "Syndrome de douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région anale" (tâches cliniques individuelles).....	144
Thème № 14. Prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques.....	145
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le « Syndrome de prolapsus rectal » (tâches cliniques individuelles)	154
Thème № 15. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn	155
Contrôle intermédiaire des connaissances sur le "Syndrome diarrhéique-inflammatoire" (tâches cliniques individuelles).....	164
Thème № 16. Test de compétences pratiques.....	165
Thème №17. Leçon finale. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie : intégration, différenciation et généralisation	166
Exemple de problème clinique situationnel et algorithme de sa solution écrite	168

**PLAN DE FORMATION STRUCTURÉ DANS LA DISCIPLINE « CHIRURGIE » PAR
MODULE 1. « CHIRURGIE ABDOMINALE URGENTE ET PROCTOLOGIE »**

La structure de la discipline	Nombre d'heures, dont			Année d'étude	Type de contrôle	
	Au total	De salle de cours				SRS
		Conférences	Cours pratiques			
Module 1 : Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie Modules de contenu 3 : 1. Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique 2. Maladies chirurgicales urgentes de la cavité abdominale 3. Maladies chirurgicales urgentes du côlon, du rectum et de la région anale	135 heures. 4,50 crédits	10	62	59	4	Contrôle de module courant
Leçon finale	4					

A noter : 1 crédit ECTS - 30 heures ; charge de classe - 56%, VTS - 44%. Au cours de la formation des étudiants du cycle de pratique de la production médicale avec chirurgie (médecin assistant de l'hôpital) dans les services du profil chirurgical des bases du service, qui se reflète dans l'horaire de travail quotidien des étudiants.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 1.

Cours à la discipline "Chirurgie"

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 1. Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique.

Thème № 1. Leçon d'introduction à la discipline "Chirurgie".

Définition: La chirurgie étudie en 4e année les maladies chirurgicales les plus courantes du tube digestif et des organes abdominaux avec les caractéristiques de leur évolution clinique sur la base de la maîtrise de la méthode d'examen objectif du patient et de la formation d'un diagnostic préalable, de l'élaboration d'un programme de diagnostic, de la réalisation du diagnostic différentiel, de la formation du diagnostic clinique et de la détermination du programme de traitement en tenant compte des classifications cliniques et statistiques dans les limites des tâches à vocation professionnelle du médecin généraliste.

Effectuer la curation selon la méthodologie de l'enquête, les méthodes physiques d'examen, la nomination de méthodes de recherche supplémentaires et leur analyse, effectuer un diagnostic différentiel, former un diagnostic clinique sur la base de classifications cliniques et statistiques et justifier des tactiques de traitement.

Contrôle d'entrée du niveau de connaissances résiduel :

Définition : Le niveau résiduel de connaissances des étudiants, qu'ils ont reçu dans les cours I-III, est la base d'une meilleure maîtrise ultérieure des connaissances théoriques et des compétences pratiques en chirurgie dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste.

Méthodes de curation du patient, formation du diagnostic et détermination des tactiques de traitement :

1. Méthodes d'interrogatoire et d'examen physique du patient - un algorithme de collecte des plaintes du patient, des antécédents médicaux et des antécédents de vie, s'il affecte la survenue ou l'évolution de la maladie, l'examen du patient, la palpation, la percussion et l'auscultation.

2. Méthode de formation du diagnostic préliminaire - algorithme de justification du diagnostic préliminaire sur la base de l'interrogatoire du patient (plaintes, antécédents de la maladie et de la vie) et les données de l'inspection physique (inspection, palpation, percussion, auscultation).

3. Méthodes d'élaboration d'un programme de diagnostic - algorithme de prescription nécessaire pour clarifier le diagnostic, déterminer l'état du patient avant le traitement, surveiller l'efficacité du traitement, recherches supplémentaires (laboratoire; instrumental: œsophagogastroduodénoscopie, rectoromanoscopie, fibrocoloscopie et autres; radiologies, examen , ÉHPR /échographie halangio pancratographie rétrograde / et autres ; RPU /recherche par ultrasons/) et consultations spécialistes concernés avec l'analyse des résultats obtenus.

4. La méthode de la réalisation du diagnostic différentiel est un algorithme permettant de déterminer la liste de maladies similaires pour le diagnostic différentiel, la préparation de tableaux de diagnostic différentiel et leur analyse en tenant compte de manifestations cliniques similaires et en comparant diverses manifestations cliniques et les résultats d'études complémentaires.

5. La méthode de formation d'un diagnostic clinique - les principes d'évaluation des données

d'examen physique reçues et d'examen supplémentaire du patient avec la formation d'un diagnostic clinique à l'aide de la classification clinique et statistique de la maladie.

6. Méthode de détermination du programme de traitement - un algorithme pour déterminer la nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale urgente ou planifiée (indications chirurgicales, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient) ou la possibilité d'un traitement ambulatoire avec des groupes de médicaments et leur action .

La curation par les étudiants des patients des départements cliniques vise à :

1. Consolider la capacité de recueillir des plaintes, des antécédents et de clarifier l'état physique du patient.
2. Maîtriser la méthode de diagnostic différentiel, enregistrement d'un diagnostic clinique détaillé.
3. Découvrir l'étiologie et la pathogenèse des maladies des organes internes et apprendre à enseigner ces questions.
4. Maîtriser les principes de la thérapie étiologique, pathogénique et de la prévention des maladies, les méthodes de leur traitement diététique, médical, chirurgical, physiothérapeutique et sanitaire, ainsi que la formulation des médicaments utilisés.
5. Maîtriser la méthode de prédiction de l'évolution de la maladie.
6. Améliorer la capacité d'établir un dossier médical pour un patient hospitalisé en chirurgie.

Les buts ultimes de la formation en cours pratique :

1. Connaître la portée et les caractéristiques du cursus dans la discipline
« Chirurgie » pour le module 1 « Chirurgie abdominale »
2. Connaître la composition des enseignants de la chaire de chirurgie №1, l'ordre du travail de la chaire, les règles de conduite et la formation au niveau de la chaire
3. Connaître la liste et la composante des services de la base clinique de la chaire, l'ordre des travaux, les règles de conduite et de formation sur la base clinique
4. Déterminer le niveau résiduel de connaissances pour les cours I-III
5. Savoir :
 - A) Méthode d'interrogatoire et d'examen physique du patient
 - B) Méthode d'établissement d'un diagnostic préliminaire
 - C) Méthode d'élaboration d'un programme de diagnostic et d'évaluation des données obtenues
 - D) Méthode de la réalisation du diagnostic différentiel
 - E) Méthode de formation d'un diagnostic clinique tenant compte des classifications cliniques et statistiques
 - F) Méthode de détermination du programme de traitement

Le but de la leçon pratique: Atteindre le niveau requis de connaissances théoriques de la prise en charge des patients, du diagnostic et de la détermination des tactiques de traitement dans le cadre des tâches à vocation professionnelle d'un médecin généraliste pour une leçon d'introduction à la "Chirurgie" après connaissance de la chaire, de la base clinique et l'obtention de cours de niveau résiduel de connaissances III. Confirmer pratiquement le niveau de connaissance atteint dans la supervision du patient.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1.

Contrôle de test du niveau de connaissance résiduel sur 20 tâches de test dans les disciplines des cours I-III

2. Enquête théorique de chaque étudiant sur la méthode de curation du patient, la formation du diagnostic et la détermination des tactiques de traitement, avec l'obtention des notes d'appréciation

3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant : - enquête auprès du patient (recueil des plaintes, antécédents médicaux et histoire de vie) – examen physique du patient (examen, palpation, percussion, auscultation) sur simulateur médical (mannequins), étudiants volontaires, le patient.

Partie informatique de l'élaboration méthodologique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

Dans le cadre des tâches professionnelles du médecin généraliste (sur la base des cours I-III) :

1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire

2. Physiologie

3. Physiologie pathologique

4. Anatomie pathologique

5. Microbiologie, virologie et immunologie

6. Pharmacologie

7. Radiologie

8. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes

La finalité spécifique de la préparation indépendante à la formation pratique : En utilisant les connaissances et les compétences de base (niveau résiduel), apprenez des informations sur la chaire et la base clinique, obtenez des connaissances théoriques qui permettront de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Méthodes de recherche de l'évolution clinique de la maladie chirurgicale (enquête auprès des patients et examen physique)

2. Méthodes de formation d'un diagnostic préliminaire de la maladie

3. Méthodes d'élaboration d'un programme de diagnostic et d'analyse des résultats de la recherche

4. Méthodes de constitution d'une liste de maladies pour le diagnostic différentiel et sa mise en œuvre

5. Principes de formulation d'un diagnostic clinique basé sur la classification des maladies

6. Principes de formation du programme médical.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. Pertinence de la discipline « Chirurgie »

2. Répétition du niveau minimum de connaissances de base dans les disciplines pour les cours I-III pour déterminer le niveau résiduel

3. Assimilation des connaissances théoriques sur la méthodologie de curation d'un patient chirurgical: enquête et examen physique, formation d'un diagnostic préliminaire, élaboration d'un programme de diagnostic, réalisation du diagnostic différentiel, formulation d'un diagnostic

clinique basé sur des classifications cliniques et statistiques, définition de programme de traitement.

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Enquête auprès du patient (recueil des plaintes, antécédents médicaux et histoire de vie)
2. Examen physique du patient (examen, palpation, percussion, auscultation)

Caractéristiques des compétences pratiques dans l'examen des patients:

1. À l'interrogatoire du patient il faut définir :

Plaintes

- basiques - les plaintes du patient lors de la consultation d'un médecin, qui indiquent l'organe ou le système affecté
- supplémentaires - plaintes qui accompagnent les principales et associées aux processus d'inflammation, d'asthénie, d'intoxication et caractérisent l'état général du patient.

A)Une douleur:

- 1) localisation de la douleur
- 2) l'intensité de la douleur
- 3) irradiation de la douleur
- 4) la nature de la douleur
- 5) la fréquence de la douleur
- 6) lien avec la nature et la consommation de nourriture
- 7) changements associés aux douleurs abdominales
- 8) conditions de renforcement ou d'affaiblissement de la douleur

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

- 1) nausées
- 2) vomissements
- 3) changements dans la selle
- 4) changements de température corporelle
- 5) changements par rapport à d'autres organismes et systèmes

C) Plaintes supplémentaires

Histoire de la maladie

A) Date et heure de début de la maladie

Apparition de la maladie : aiguë - progressive.

Les premières manifestations.

Causes possibles de l'apparition de la maladie.

Dynamique du développement de la maladie depuis le début jusqu'à l'hospitalisation.

Quand et chez qui un patient a-t-il demandé de l'aide médicale.

Quel traitement un patient recevait-il avant d'être admis à la clinique.

Un patient quand est-ce qu'il a été admis à la clinique (date, heure).

L'histoire de la vie:

Informations biographiques : conditions de développement et de résidence Conditions de vie et

de travail pouvant causer la maladie
Mauvaises habitudes
Maladies transférées, opérations, blessures

Maladies et causes de décès des proches

Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

- 1) le nombre de grossesses
- 2) le nombre de naissances
- 3) jaunisse des nourrissons
- 4) la date des dernières règles
- 5) si la dernière période menstruelle était à l'heure

Antécédents allergiques et transfusions sanguines

Le patient a reçu une lettre d'incapacité de travail au cours de l'année (antécédents d'assurance)

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques repose sur le principe d'un test à cinq questions, chacune sur un écran séparé, dont quatre contiennent des listes de réponses parmi lesquelles l'étudiant, utilisant ses connaissances sur ce sujet, doit choisir les bonnes, mettre un marque devant eux. Le nombre de bonnes réponses n'est pas réglementé. Une question consiste à sélectionner une séquence spécifique d'actions dans l'algorithme en choisissant parmi des listes identiques fournies pour chaque numéro de l'algorithme. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative en appuyant sur le bouton approprié, puis confirmer l'action ou revenir à la réponse douteuse et revoir la question, puis réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

2. Enquête physique :

Examen:

A) Examen général :

- 1) le degré de la gravité de l'état du patient (satisfaisant, modéré, sévère, extrêmement sévère)
- 2) l'état de conscience (clair, vertiges, stupeur, convulsions, coma, hallucinations, délires)
- 3) position au lit (active, passive, forcée)
- 4) le comportement du patient : calme ou agité
- 5) l'expression faciale
- 6) la température corporelle, pouls
- 7) l'état de la peau
- 8) l'état des muqueuses visibles
- 9) l'état du tissu sous-cutané
- 10) l'examen et la palpation des ganglions lymphatiques
- 11) l'état des muscles, des os et des articulations

Examen physique des systèmes isolés.

Système respiratoire

Enquête : forme, symétrie, participation à l'acte de respiration, type et nature de la respiration

Palpation : douleur, résistance, tremblement vocal, crépitation, bruit de frottement pleural

Percussion : comparative (nature du son de percussion, présence de liquide ou de gaz),

topographique (limites et mobilité du bord des poumons, espace Traube, du cœur)

Auscultation : nature des bruits respiratoires principaux et secondaires, bronchophonie

Système circulatoire

Examen : protrusion du thorax (bosse cardiaque), choc apical (localisation, zone, rythme, force).

Palpation : propriétés de choc apical, tremblement systolique et diastolique

Percussion : topographique (limites de la matité absolue et relative du cœur) Auscultation : fréquence cardiaque, fréquence cardiaque, caractéristiques des bruits cardiaques et présence et nature des souffles cardiaques)

Examen des vaisseaux sanguins

Examen : protrusion et pulsation des gros vaisseaux, vaisseaux alambiqués, vaisseaux dilatés de la poitrine, de l'abdomen, des membres inférieurs.

Palpation : propriétés du pouls sur les artères radiales, pulsation de l'aorte, artères des pieds, des cuisses, artère poplitée, temporale, carotide, sous-clavière.

Percussion : topographique (limites des faisceaux vasculaires)

Auscultation : tonalités et bruits sur les gros vaisseaux, tension artérielle, pression pulsée, pression dynamique moyenne.

Système urinaire

Examen: modifications de la couleur de la peau et de l'œdème, modifications de la forme de la région lombaire, protrusion, affaissement.

Palpation : la palpation profonde détermine l'état des reins, la taille, la forme, la douleur, la surface, le déplacement, la consistance, l'état de la vessie, des reins et des points urinaires.

Percussion : détermination du symptôme de Pasternatsky, position de la vessie

Auscultation : bruit de frottement du péritoine au-dessus des reins, bruit vasculaire au-dessus des artères rénales.

Status localis (examen du système digestif)

Examen de la cavité buccale

1) l'état des muqueuses, des gencives, des dents, des amygdales

2) l'état de la langue (forme, taille, couleur, fissures, croûte, plaque, empreintes dents, cicatrices, expression papillaire, mobilité, humidité)

Examen de l'abdomen

1. La forme de l'abdomen : correcte, incorrecte, uniformément agrandie, uniformément rétracté.

2. Symétrie : gonflement, protrusion, affaissement de l'individu zones de l'abdomen, hernie.

3. Participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire : active ou retardée de

zones individuelles.

4. Visible à travers la paroi abdominale péristaltisme de l'estomac et des intestins, cicatrices postopératoires, dilatation des veines sous-cutanées de la paroi abdominale antérieure (symptôme de "tête de méduse").

5. Nombril : forme, taille, saillie, déplacement.

Palpation (y compris examen rectal) :

Palpation superficielle

1) Localisation de la douleur et des tensions musculaires

2) Examen des protubérances et des faiblesses de la paroi abdominale antérieure

Palpation profonde selon Obraztsov-Strajesko

1) palpation successive du tube digestif

2) détermination de la forme, nature de la surface, augmentation de la douleur, présence d'infiltrats, déplacement

3) l'état du foie (bord, consistance, courbatures)

4) l'état de la vésicule biliaire (taille, consistance, douleur),

5) état de la rate (bord, taille, consistance, surface)

6) détermination des symptômes palpatoires (Kerr, Murphy, Georgievsky-Mussey, Parturier, Courvoisier, Mayo-Robson, Chukhrienko, Voskresensky, Boas, Rovzing, Obraztsov, Bartomie-Michelson, Sklyarov, Shchotkin-Blumberg)

Examen au doigt du rectum (état de l'anus, des parois du rectum, de la prostate, de l'utérus)

Percussion:

Comparative (détermination du liquide ou du gaz libre dans la cavité abdominale)

Topographique (détermination des limites des organes, localisation des tumeurs, infiltrats)

Symptômes de percussion (Razdolsky, Mendel, Spizharny, De Kerven, Ortnier, Kivul)

Auscultation : caractéristiques des souffles intestinaux, bruit de frottement péritonéal, détermination de la limite inférieure de l'estomac, symptômes auscultatoires (Sklyarova, Spasokukotsky)

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est construit sur le principe d'un test avec quatre questions deux sur l'un et les autres sur des écrans séparés, dont deux contiennent des listes de réponses à partir desquelles l'étudiant doit, en utilisant sa connaissance de ce sujet, choisir les bonnes, en mettant une marque en face d'eux. Le nombre de réponses correctes n'est pas réglementé. La première question doit être arrangée selon un certain ordre d'action dans

l'algorithme en sélectionnant parmi les listes identiques données à chaque numéro de l'algorithme.

Pour formuler un diagnostic clinique, l'étudiant doit choisir la bonne séquence d'actions, de sorte que les réponses sont choisies en tenant compte de l'algorithme étudié pour formuler un diagnostic clinique. Dans la tâche consistant à saisir la bonne réponse dans une fenêtre vide, vous devez sélectionner la bonne réponse et la déplacer avec la souris vers la fenêtre appropriée, vous devez remplir toutes les fenêtres vides. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative en appuyant sur le bouton approprié, puis confirmer l'action ou revenir à la réponse douteuse et revoir la question, puis réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Description du statut local de la maladie (Status localis) :

Par exemple, une étude pratique et rédaction de l'état local d'une des maladies aiguës de la cavité abdominale :

La langue du patient est humide, recouverte d'un film blanc. L'abdomen est symétrique, la paroi abdominale antérieure de la région iliaque droite est en retard dans l'acte de respiration. À la palpation superficielle de la région iliaque droite, il y a une tension musculaire modérée et une douleur marquée. À la palpation profonde des autres terrains le ventre est mou, non douloureux. Le foie et la rate ne sont pas palpables. Augmentation supplémentaire de la douleur dans la position du côté gauche (symptôme de Sitkovsky), à une palpation profonde dans la position du côté gauche (symptôme de Bartomier - Michelson), à la poussée dans la région iliaque gauche (symptôme de Rovsing), à une palpation profonde pendant le levage est remarqué jambe droite tendue (symptôme Obratsov). La douleur est également exacerbée par un passage rapide de la main de l'hypochondre gauche à la région iliaque droite (symptôme de Voskresensky). La douleur est considérablement exacerbée par l'ablation rapide de la main après une pression lente dans la région iliaque droite (symptôme de Schotkin-Blumberg). Avec la percussion, la zone de stupidité hépatique est préservée, dans les endroits épais de l'abdomen - tympanite, avec la percussion de la zone de gonflement droite, douleur augmentée (symptôme de Rozdolsky). Lorsque l'auscultation du ventre, les bruits péristaltiques sont clairement entendus. Lors de l'examen rectal : le ton de la pulpe anale est conservé, il y a une douleur notable et une légère pendaison de la paroi droite du rectum. Lors de la mesure des températures axillaire et rectale, la différence atteint 1,00 C. Sur le gant, les excréments de la couleur habituelle.

Sur la base des données reçues, le diagnostic préliminaire est établi :

Exemple de justification du diagnostic préalable chez le patient :

Compte tenu des plaintes du patient concernant : douleur dans la région iliaque droite, nature épineuse constante, modérée intensité, sans irradiation, la douleur au début de la maladie s'est produite dans l'épigastre et après 3-4 heures s'est déplacée vers la région iliaque droite - symptômes de Kocher-Volkovich (ou un symptôme de douleur en mouvement; ou un symptôme d'ulcère gastroduodéal simulé et duodéal ulcère); nausées, coïncidant avec l'apparition de la douleur, vomissements uniques; données d'anamnèse, qui montrent que la maladie est apparue de manière aiguë, sans lien avec d'éventuels facteurs provoquants (il n'y

avait pas eu de violation du régime alimentaire, de surcharge physique et émotionnelle, de tabagisme et d'abus d'alcool, etc.), pour ainsi dire, en bonne santé (plus souvent douleur se produit pendant le repos nocturne);

présence d'une légère faiblesse, température subfébrile (37,3-37,8 ° C), tachycardie; lors d'une inspection locale - la langue est humide, recouverte d'un film gris. L'abdomen est symétrique, la région iliaque droite "retarde" dans l'acte de respirer. À une palpation superficielle, il y a un réflecteur local de tension musculaire de la paroi abdominale antérieure ("tension protectrice" des muscles). À la palpation profonde - douleur locale. Symptômes positifs de Sitkovsky,

Rovzing, Bartomier - Michelson, Razdolsky, Obratsov, Voskresensky, Shchotkin-Blumberg. Au doigt l'étude rectale - la douleur du mur droit antérolatéral du rectum; la différence entre les températures rectale et axillaire est supérieure à 1,0 ° C; - vous pouvez établir un diagnostic préliminaire - appendicite aiguë.

2. Recherches complémentaires :

Les tests de laboratoire et leurs résultats

Recherche sur le matériel (instrumental) et leurs résultats

Consultations de spécialistes concernés et leurs recommandations.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour :

- 1) clarification du diagnostic;
- 2) préparation et traitement (conservateur ou opératoire) - vous devez connaître l'état du corps du patient, la présence et l'évolution de maladies comorbides ou non détectées, telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète, etc.
- 3) surveiller l'efficacité du traitement pendant et après (à la sortie).

3. À partir de l'analyse des plaintes, des antécédents de la maladie et de la vie, des données d'examen physique et des données obtenues dans le cadre d'études supplémentaires, on détermine les maladies à diagnostiquer différemment et on établit un diagnostic différentiel :

Un exemple de diagnostic différentiel après avoir déterminé la liste des maladies similaires :

La présence de certaines manifestations cliniques similaires de la maladie du patient étudié et de la cholécystite aiguë nécessite un diagnostic différentiel entre elles.

De telles manifestations similaires sont des plaintes de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements.

Anamnèse - apparition aiguë de la maladie.

Objectivement : - l'augmentation de la température du corps, la résistance (la tension) des muscles du mur antérieur abdominal, la douleur locale à la palpation profonde, la présence des symptômes de l'irritation de la péritoine et les changements inflammatoires dans l'étude clinique du sang.

Cependant, une comparaison minutieuse de manifestations même similaires et l'élimination des symptômes pathognomoniques (caractéristique d'une seule de

ces maladies) excluent le diagnostic de cholécystite aiguë.

Ainsi, le syndrome douloureux chez le patient étudié est caractérisé par la présence d'une douleur piquante intense, localisée dans la région iliaque droite, sans irradiation, non soulagée par l'utilisation d'antispasmodiques.

La douleur en cas de la cholécystite est marquée par une intensité considérable, localisée dans l'hypochondre droit, a une irradiation caractéristique dans l'épaule droite la ceinture droite, la moitié droite de la poitrine. La douleur est réduite avec l'introduction d'antispasmodiques et d'analgésiques non narcotiques.

Ce patient se plaint également que la douleur est survenue en cas de l'épigastre et après 3-4 heures s'est déplacée vers la région iliaque droite (symptôme de Kocher-Volkovich), ce qui ne se produit pas dans les cas aigus cholécystite au début de la maladie.

Notre patient s'inquiète des nausées et des vomissements ponctuels. La cholécystite aiguë est caractérisée par des vomissements répétés de bile.

Il n'y a pas de plaintes générales du patient étudié, tandis que la cholécystite aiguë se caractérise par des plaintes de faiblesse générale importante, voire de fièvre.

Quant à l'anamnèse, notre patient a développé la maladie de manière aiguë, en bonne santé, et il ne l'associe à aucun facteur provoquant (il n'y a eu aucune violation du régime alimentaire, hypothermie, surcharge émotionnelle et physique, etc.). La survenue d'une cholécystite aiguë est souvent associée à une violation du régime alimentaire du patient (manger des aliments frits, épicés et gras), dans l'anamnèse - la présence d'attaques douloureuses dans l'hypochondre droit, la maladie des calculs biliaires, les femmes sont plus susceptibles de tomber malades .

L'état général du patient est quasiment inchangé, la couleur de la peau est rose pâle, le corps subfébrile t₀ (37,60 C) et une tachycardie modérée. Dans la cholécystite aiguë, la couleur de la peau et de la sclérotique peut être ictérique, t₀ supérieure à 38°C, fréquence cardiaque pouvant atteindre 100 ou plus en une minute.

De plus, il existe des différences significatives dans les manifestations locales.

La langue de notre patiente est recouverte d'un enduit blanc, humide. Dans la cholécystite aiguë, la langue est recouverte d'un enduit brun, sèche.

Lors de l'examen de la paroi abdominale, notre patient a un retard notable dans la zone du gonflement droit dans l'acte de respiration, avec une cholécystite aiguë dans l'acte de respiration, les zones sous-cutanées et épigastriques droite seront en retard.

À la palpation superficielle, notre patient a une tension musculaire dans la région iliaque droite et dans la cholécystite aiguë - dans l'hypochondre droit. À la palpation profonde, nous trouvons une douleur locale dans la région iliaque droite, et à une cholécystite aiguë en conséquence dans l'hypochondre droit.

De plus, dans la cholécystite aiguë on peut souvent palper une vésicule biliaire hypertrophiée, tendue et douloureuse (symptôme positif de Parturier), ou un infiltrat douloureux, ce qui n'est pas observé chez notre patient. Chez notre malade on définit les symptômes de Rovzing, Sitkovsky, Bartomie-Michelson, Obratsov, Rozdolsky, Gabay, Yaure-Rozanov.

Ces symptômes ne surviennent pas en cas de la cholécystite aiguë. Il se caractérise par les symptômes d'Ortner, Murphy, Kerr, Georgievsky-Mussey. Si notre patient a un symptôme Schotkin-Blumberg faiblement positif est observé dans la région iliaque droite, alors dans la cholécystite aiguë, il se trouve dans l'hypochondre droit.

Au doigt l'étude rectale chez notre malade s'enregistre la douleur du mur de devant droit du rectum et la différence des températures axillaires et rectales plus de 10 C (le symptôme de Lénandre). Ces symptômes ne sont pas typiques d'une cholécystite aiguë non compliquée. Parmi les méthodes de recherche auxiliaires, notre patient a une faible leucocytose ($9 \cdot 10^9 / l$) avec un décalage de la formule vers la gauche (jusqu'à 12% des leucocytes).

En cas de la cholécystite aiguë, les modifications inflammatoires du sang blanc sont beaucoup plus importantes, il y a souvent une augmentation de l'activité de l'ALT, de l'AST et de la phosphatase alcaline. La différence cardinale est la présence de modifications inflammatoires dans les parois de la vésicule biliaire et de formations échopositives avec ombre acoustique chez les patients atteints de cholécystite aiguë à l'échographie.

Ayant fait une telle comparaison détaillée et notant la différence de la clinique de la cholécystite aiguë sur les manifestations cardinales de la clinique de la maladie chez le patient étudié, on peut exclure le diagnostic de la cholécystite aiguë.

4. Diagnostic clinique : L'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie (chronique ou aiguë, après l'opération - forme pathologique), les complications existantes et les maladies concomitantes sont indiquées sur la base d'une classification clinique et statistique.

5. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale urgente ou planifiée est déterminée (indications d'intervention chirurgicale, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leurs orientations), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire avec définition des groupes de médicaments et orientations de leur action.

Littérature

De base:

1. Chirurgie. Manuel national. Par éd. J.S. Berezhnitsky. Vinnytsia : Nouveau livre, 2020. - 528p.
2. Matériel de cour

DEVELOPPEMENT MÉTHODIQUE

du contrôle intermédiaire des connaissances d'après les "Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique"

Solution écrite d'un problème clinique à la maison

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

1. De façon autonome, en termes de formation parascolaire (à domicile, en dortoir), pour résoudre par écrit la situation-problème clinique d'une des maladies faisant partie du syndrome étudié.
2. Lors de la résolution d'une situation-problème clinique, en fonction des conditions, formulez par écrit :
 - diagnostic préalable
 - programme de diagnostic (énumérer des méthodes de recherche et séquence de leur mise en œuvre avec analyse des résultats possibles)
 - diagnostic différentiel de deux maladies, la plus probable dans ce cas
 - diagnostic clinique
 - programme de soins
3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie. Contenu du module 2.

Chirurgie abdominale urgente.

Sujet № 2. Syndrome de protubérance herniée. Hernies non compliquées : hernie inguinale, hernie fémorale, hernie ombilicale, hernie ventrale.

Définition : Le **syndrome de protubérance herniaire** est un ensemble de signes de l'état pathologique d'une personne causé par une augmentation de la pression intracrânienne, dont les manifestations cliniques et anatomiques sont le rendement des organes abdominaux sous la peau ou dans d'autres espaces interstitiels par les canaux, crevasses, ou partout des endroits faibles dans la paroi abdominale, qui relie ensuite ces formations (hernie) à une cavité abdominale.

Avec le syndrome de protubérance de hernie, le patient est montré une consultation du chirurgien pour le traitement chirurgical planifié, et en cas de complications, une hospitalisation urgente au département chirurgical pour la chirurgie urgente.

La localisation la plus fréquente de la protubérance herniaire est **la zone inguinale, fémorale, ombilicale, ligne abdominale blanche et paroi abdominale antérieure dans les cicatrices postopératoires.**

Doctrine générale de la hernie :

Sous la pression de la cavité abdominale avec une pression intra-abdominale croissante, le tissu de la paroi abdominale dans les endroits les plus faibles est étiré, et les fentes et les canaux se dilatent et deviennent une porte herniaire, à travers laquelle passe le sac herniaire (généralement formé par le péritoine) avec le contenu de la hernie (organes abdominaux - plus souvent l'intestin grêle, le mésentère et la vessie (hernie glissante) La hernie se compose d'une porte herniaire, d'un sac herniaire, de membranes herniaires et du contenu d'une hernie.

1. Hernie inguinale (hernie inguinale) - une condition pathologique dans laquelle le canal inguinal à travers le processus vaginal non cicatrisé du péritoine ou dans le sac herniaire formé, situé dans le cordon spermatique ou à l'extérieur de celui-ci, va (dépasser) les organes abdominaux internes : dans les fosses de la zone médiale - hernie inguinale directe, dans la fosse latérale - hernie inguinale **oblique**

2. Hernie fémorale (hernie fémorale) - état pathologique dans lequel les organes internes traversant le canal fémoral passent sous le ligament pupar sous la peau dans la zone du triangle fémoral, tandis que le canal fémoral en termes topographiques et anatomiques est conditionnellement isolé et ne survient qu'en cas de formation d'une hernie fémorale

3. Hernie ombilicale (hernie ombilicale) - une condition pathologique dans laquelle les organes internes passent sous la peau à travers l'anneau ombilical ou la paroi abdominale antérieure dans la région ombilicale

4. Hernie ventrale (postopératoire) - état pathologique dans lequel les organes internes passent sous la peau dans la zone de la cicatrice postopératoire en raison d'opérations sur les organes abdominaux.

Les hernies sont congénitales et acquises, coulissantes (une partie du sac herniaire est la

paroi de l'organe mésopéritonéal - souvent la vessie, le caecum). Selon l'évolution clinique, il existe : des hernies simples, compliquées et récurrentes.

Les objectifs finaux de la formation à la leçon pratique :

1. Établissement d'un diagnostic préliminaire
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, diff.- tableaux diagnostiques avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Résoudre la question de l'opération prévue
 - B) Contre-indications à la chirurgie
 - C) Principes des opérations chirurgicales

But de la leçon pratique : Établir le niveau de maîtrise des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - Hernies non compliquées : hernie inguinale, hernie fémorale, hernie ombilicale, hernie ventrale, qui se réfère au syndrome de protrusion de hernie.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques : 1. Contrôle

des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)

2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :

- justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - formulation du diagnostic clinique
 - définition du programme de traitement
3. Évaluation de la performance de chaque étudiant en compétences pratiques :
- examen de la protrusion herniaire et de la porte herniaire
 - examen des anneaux inguinaux au doigt et détermination du symptôme de "toux"

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimum de connaissances de base requis pour maîtriser le sujet:

1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques de la région inguinale, du canal inguinal, du cordon séminal, de la lacune vasculaire et musculaire, du triangle fémoral, de la ligne blanche de l'abdomen et de la région ombilicale.

2. Physiologie - caractéristiques fonctionnelles du contenu du canal inguinal et du triangle fémoral.

3. Physiologie pathologique - modifications du péritoine avec des hernies non compliquées.

4. Anatomie pathologique - changements morphologiques dans le péritoine, à partir de laquelle le sac de hernie et les organes de l'abdomen sont formés.

5. Microbiologie, virologie et immunologie sont la place du facteur microbien dans la guérison des plaies dans la période postopératoire.

6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.

L'objectif spécifique de l'auto-préparation à la formation pratique :

En utilisant le niveau de base des connaissances et des compétences, apprendre des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui assureront la maîtrise de tâches pratiques en volumes :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la hernie inguinale (oblique et droite), fémorale, ombilicale et ventrale (étude du patient et examen physique, incluant, lors du gonflement et de la rétraction du ventre, palpation, percussion, auscultation de la protrusion de hernie).
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies.
3. Préparation du programme de diagnostic et analyse des résultats des études complémentaires.
4. Établissement de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa mise en œuvre.
5. Formulation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies.
6. Formation d'un programme de traitement pour les hernies inguinales (obliques ou droites), fémorales, ombilicales et ventrales non compliquées.

Le programme d'auto-préparation à la formation pratique :

1. L'actualité du problème de la hernie.
2. Identification des maladies qui appartiennent au syndrome de protrusion de hernie.
3. Causes et mécanisme de développement des maladies qui appartiennent au syndrome de la protrusion de hernie.
4. Manifestations cliniques (plaintes, antécédents, examen physique du patient) d'une hernie inguinale non compliquée (oblique ou droite), fémorale, ombilicale et ventrale.
5. Les principes du diagnostic et la quantité de données nécessaires pour établir un diagnostic préliminaire pour les maladies appartenant au syndrome de protrusion de hernie.
6. Les principes de l'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic préliminaire pour le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, préparation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.
8. Classification clinique et statistique des hernies inguinales (obliques ou droites), fémorales, ombilicales et ventrales non compliquées, et formulation du diagnostic clinique.
9. Justification du traitement organisationnel et médical

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Examen de la protrusion herniaire et des portes de hernie
2. Examen des anneaux inguinaux avec un doigt et détermination du symptôme de « toux choc »

1. Examen de la protrusion herniaire et des portes herniaires :

L'examen est réalisé en position debout et en position horizontale (à cet effet, il est nécessaire

de dégager l'abdomen et le tiers supérieur des cuisses des vêtements). Lors de l'examen de la protrusion, on évalue sa localisation, sa taille, les changements par rapport à la peau et la dextérité lors du changement de position du patient. À la palpation de la hernie protubérance on définit la consistance du contenu de la hernie (la sensation de la consistance élastique se trouvera dans le sac herniaire de l'anse intestinale, et la sensation de la consistance molle donnera un grand épiploon).

À la palpation du dépassement herniaire dans la position horizontale du patient on détermine la justesse du contenu herniaire dans la cavité abdominale. Lors de l'insertion d'une grosse hernie, vous pouvez entendre le grondement caractéristique dans les intestins. Après avoir inséré le contenu de la hernie avec un doigt inséré dans la porte de la hernie, on détermine la taille et la forme de l'ouverture extérieure de la porte de la hernie.

En plus de l'examen et de la palpation, la percussion et l'auscultation peuvent être utilisées dans l'étude des hernies, ce qui permet de déterminer la présence d'un organe de la cavité (intestin) dans son contenu - son tympanique lors de la percussion, bruits de péristaltisme lors de l'écoute. S'il y a un épiploon ou une vessie dans le sac herniaire, la percussion fait un bruit sourd, il n'y aura pas de bruits de péristaltisme lors de l'auscultation.

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : trois questions sont construites sur le principe d'un test avec plusieurs questions, parmi lesquelles l'étudiant doit choisir la bonne, la coter. La quatrième question contient quatre images de hernies, auxquelles vous devez choisir le nom correct dans les listes identiques fournies pour chaque image dans la case de droite. L'étudiant doit ensuite terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et soumettre les résultats.

2. Examen des anneaux inguinaux au doigt et détermination du symptôme de "toux":

On examine toute la région de l'aîne dans la position du patient debout, puis - allongé sur le dos. À une telle inspection, il est possible de voir dans le domaine de l'aîne une excroissance du mur de devant de l'estomac. Cette protubérance augmente de taille lors du gonflage de l'abdomen et diminue lorsqu'elle est rétractée. Réduction particulièrement notable de la protrusion lors de l'examen du patient en décubitus dorsal. Dans cette position, la protubérance peut s'auto-insérer dans la cavité abdominale, et parfois le patient peut la remplir lui-même avec ses mains.

La recherche des anneaux inguinaux est réalisée par le deuxième ou le cinquième doigt de la main droite. Lors de l'examen des femmes, l'index est inséré dans l'anneau inguinal à travers la peau au centre de la saillie herniaire, et chez les hommes, il est préférable de passer un doigt à travers la paroi du scrotum en direction de l'ouverture extérieure de l'inguinal canal. Lorsque vous insérez un doigt dans le trou externe du canal inguinal, faites attention à la taille de ce trou. Normalement, il ne peut manquer que le bout du cinquième doigt. En présence d'une hernie, le trou est considérablement élargi et peut même passer deux doigts ou plus. Dans le canal inguinal on peut ressentir l'existence d'un sac herniaire avec le contenu, qui arrive le plus souvent mou. S'il est difficile de palper le sac herniaire, il est alors proposé au patient de tousser et en même temps le sac herniaire sera ressenti au bout du doigt, situé dans le canal inguinal - un symptôme

positif de "toux".

L'examen et la palpation de l'aïne et du canal inguinal permettent de distinguer la hernie inguinale oblique de la hernie inguinale directe et de la hernie fémorale, ainsi que des maladies pouvant se manifester par des symptômes également caractéristiques de la hernie inguinale.

La hernie inguinale directe a une forme ovale, est plus fréquente chez les personnes âgées, souvent bilatérale, et chez les hommes ne tombe presque jamais dans le scrotum. Avec une hernie inguinale oblique, la saillie a une forme allongée, est placée obliquement le long du canal inguinal, descend souvent dans le scrotum. La moitié du scrotum dans laquelle descend la hernie est agrandie, sa peau est étirée et les organes génitaux sont déplacés dans la direction opposée. À l'étude du doigt du canal inguinal on peut révéler la pulsation de l'artère inférieure épigastrique. Si elle est palpée de l'extérieur du sac herniaire, il s'agit d'une hernie inguinale directe, et si au milieu de celle-ci - oblique. La différence entre une hernie inguinale et une hernie fémorale est que la première est située au-dessus du ligament inguinal et la seconde - en dessous.

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : trois questions sont construites sur le principe de l'épreuve avec plusieurs questions, parmi lesquelles l'étudiant doit choisir la bonne, mettre une remarque contre celle-ci. La quatrième question contient quatre images de hernies, auxquelles vous devez choisir le nom correct dans les listes identiques fournies pour chaque image dans la case de droite. L'étudiant doit ensuite terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et soumettre les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints du syndrome de la protrusion hernique :

1. Lors de l'examen du patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes concernant :

A) Présence d'une saillie de la paroi avant de l'abdomen :

Localisation de la protubérance - la zone inguinale au-dessus du ligament ombilical, la zone inguinale au-dessous, la zone ombilicale, la ligne du ventre blanc, la ligne du spigel, la zone de l'opération précédemment effectuée.

B) Douleur :

1. localisation de la douleur (au niveau de la protrusion herniaire, dans tout le ventre).
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans la prostate chez l'homme, dans le vagin chez la femme, dans la cavité abdominale, dans le veau)
4. la nature de la douleur (constante, intrusive), le lien avec l'acte de défécation
5. s'il y avait eu des crises de douleur similaires avant

C) Les autres plaintes sont toujours identifiées :

1. caractéristiques des fèces et des gaz
2. nausées, vomissements
3. exercice de la protrusion dans la cavité abdominale

4. ballonnement de l'abdomen
5. variations de la température corporelle (dans laquelle la limite est augmentée)
6. modifications par rapport à d'autres organes et systèmes (des troubles dysuriques de la hernie de l'aîne surviennent en présence d'un sac hernial de la vessie)

Antécédents de la maladie :

A) Avec quoi se rattache le début de la maladie (le soulèvement de l'excès de poids, la toux, la diarrhée, les opérations transférées, particulièrement avec le drainage de la cavité abdominale, les traumatismes abdominaux)

B) Quand et où le patient a-t-il demandé de l'aide médicale ::

1. Quel traitement a-t-il reçu avant l'admission à la clinique, son efficacité
2. quand a-t-il été admis à la clinique

C) d'autres causes éventuelles de la maladie

L'histoire de la vie:

A) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie

E) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. le nombre de grossesses
2. nombre de naissances
3. date des dernières règles
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Vue d'ensemble :

A) Présentation générale :

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme ou agité
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. état de la langue (sèche, humide)
5. état de la gorge et des amygdales
6. état des membres inférieurs

B) Examen :

de la cage thoracique

de l'abdomen :

1. Tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte de respiration

4. présence de protrusion de la paroi avant de l'abdomen (localisation)

Palpation :

A) Palpation de la protrusion avec détermination de la teneur en sacs herniaires et de la taille et de la forme des portes herniaires

B) Détermination des manifestations locales de la maladie dans l'étude des doigts de

protrusion dans les zones inguinales, fémorales, ombilicales et le long de la ligne blanche de l'abdomen ou de la cicatrice postopératoire, palpation des anneaux inguinaux, détermination du symptôme d'une « toux push ».

Manifestations de hernies non compliquées : la présence de protrusion,

l'exactitude de la protrusion pendant la palpation, l'expansion de la porte herniaire, un symptôme positif d'une « toux push »

C) Identification des symptômes par d'autres organes et systèmes

Percussion :

A) Cage thoracique

B) Ventre :

La présence de tympanite sur la protrusion de hernie indiquera un organe de cavité dans le sac de hernie, et un son contondant - en présence d'un sac de phoque ou de vessie

Auscultation :

A) Cage thoracique

B) Ventre :

Les bruits péristaltiques sont écoutés dans le sac hernial en présence de l'intestin.

Sur la base des données obtenues après l'enquête sur le patient (plaintes, antécédents de la maladie et de la vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation), une justification du diagnostic préliminaire est faite.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

Pour clarifier le diagnostic des hernies non compliquées, des études supplémentaires ne sont pas nécessaires, le diagnostic est basé sur le tableau clinique.

4. Diagnostic différentiel :

Au syndrome herniaire protubérance est produit :

- entre hernies compliquées (pincement, intraitables, inflammation, coprostase) et non compliquées ;

- entre hernies inguinales et fémorales - entre hernies inguinales et lipomes, tumeurs, infiltrats avec inflammation des ganglions lymphatiques dans la région de l'aîne, hydrocéphalie des testicules et du cordon spermatique.

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinico-statistique (voir "Classifications clinico-statistiques unifiées des maladies digestives". Instructions départementales. Dzyak GV, Bereznytsky Ya.S., Filipov YO avec coauteur.- Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale programmée est déterminée (indications de chirurgie, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et orientations de leur action).

Traitement de la hernie non compliquée - chirurgie planifiée : herniotomie avec plastique à grille herniaire avec tension tissulaire (autoplastie) ou sans tension tissulaire (alloplastie).

Avant d'effectuer des interventions chirurgicales programmées pour une hernie ventrale

de grandes tailles, il faut prévenir le syndrome de la « petite cavité abdominale » (le syndrome d'augmentation de la pression intracrânienne entraîne le développement dans les premières heures après l'insuffisance cardiaque pulmonaire aiguë et le décès du patient) - la formation préopératoire des organes de la cavité abdominale est dans une petite quantité d'espace ou intervention chirurgicale sans tension tissulaire.

Littérature

De base:

1. Chirurgie. Manuel national. Pour la commande. J.S. Berezhnytsky. Vinnytsia : Nouveau livre, 2020. - 528p.
2. Matériel de cours.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 3

"Syndrome de protubérance herniaire.

Hernies compliquées ".

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie. Contenu du module 2. Chirurgie abdominale urgente.

Sujet № 3. Syndrome de protubérance herniaire. Doctrine générale des hernies compliquées

Définition : **Syndrome de protubérance herniaire** est un ensemble de signes d'une condition humaine pathologique causée par une augmentation de la pression intra-abdominale, dont les manifestations cliniques et anatomiques sont la sortie des organes abdominaux sous la peau ou d'autres espaces interstitiels à travers des canaux, des fentes ou partout faiblesses étirées de la paroi abdominale reliant ces formations (hernies) à une cavité abdominale. Au syndrome herniaire protubérance on montre au patient la consultation du chirurgien pour le traitement planifié opératoire, et à l'apparition des complications - l'hospitalisation urgente dans la branche chirurgicale pour l'exécution de l'opération urgente.

La localisation la plus fréquente de la protubérance herniaire est **la zone inguinale, fémorale, ombilicale, ligne abdominale blanche et paroi abdominale antérieure dans les cicatrices postopératoires.**

Doctrine générale des hernies et hernies compliquées :

Sous la pression des organes abdominaux à l'augmentation de la pression intra-abdominale les tissus de la paroi abdominale dans les endroits les plus faibles s'étirent, et les fissures et les canaux se dilatent et deviennent la porte herniaire, à travers laquelle sort le sac herniaire (il est formé, en général, par le péritoine) avec le contenu de la hernie (organes abdominaux - plus souvent l'intestin grêle, le mésentère et la vessie (hernie glissante) La hernie se compose d'une porte herniaire, d'un sac herniaire, de membranes herniaires et du contenu d'une hernie.

Selon l'évolution clinique des hernies **compliquées** sont:

- 1) Complications chroniques de la hernie : intractivité, coprostase
- 2) Complications aiguës de la hernie : pincement, inflammation
- 3) Complications secondaires des hernies : étranglement, occlusion intestinale aiguë, péritonite diffuse, phlegmon de la hernie.

L'irréversibilité d'une hernie se développe à une hernie existante à long terme en réponse à un traumatisme et à une inflammation de la surface interne d'un sac herniaire qui provoque la fusion de son contenu avec un sac herniaire avec formation de cicatrices.

La coprostase (stagnation fécale) se développe plus souvent chez les personnes âgées souffrant de constipation, en raison du remplissage des anses des intestins situées dans le sac herniaire, du contenu intestinal en raison de la complication de son écoulement, ce qui conduit progressivement à une compression du drain encombré boucle.

Compression herniaire - compression du contenu du sac herniaire par la couche musculo-

aponévrotique de la paroi abdominale, qui forme la porte de la hernie. Il y a:

- **pincement élastique** (augmentation soudaine de la pression intra-abdominale lors d'un effort physique, effort, toux, libération du contenu de la cavité abdominale dans le sac herniaire et sa compression dans la porte de la hernie avec le développement d'une irrigation sanguine altérée dans l'organe pincé);
- **piégeage fécal** (l'anse de drainage de l'intestin est comprimée par l'anse d'entraînement remplie de selles avec le développement d'une occlusion intestinale obstructive);
- **forme mixte de pincement** (rejoindre l'élastique de clampage fécal dû à la compression dans la porte herniaire des anses débordantes de l'intestin) ;
- **formes particulières de pincement** : Pincement de Richter - pincement pariétal de la région mésentérique de l'intestin. Pincement rétrograde - pincement du mésentère de l'anse de l'intestin grêle, situé dans la cavité abdominale, entre les deux anses de l'intestin, situées dans le sac herniaire. **Inflammation de la hernie** - se développe à la suite d'une infection du sac herniaire à l'intérieur ou à l'extérieur.

Les objectifs finaux de la formation à la leçon pratique :

1. Établissement d'un diagnostic préliminaire
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, diff. tableaux diagnostiques avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Urgence de l'hospitalisation
 - B) Urgence de la transaction
 - C) Formation préopératoire
 - D) Traitement postopératoire

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de maîtrise des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - Hernies compliquées : hernie pincée, hernie droite, inflammation de la hernie, coprostase, qui fait référence au syndrome de protrusion d'hernie.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel

- élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
- analyse des radiographies pour hernie pincée
 - examen d'un patient présentant une hernie pincée

Partie information du développement méthodologique

Le niveau minimum de connaissances de base requis pour maîtriser le sujet : **1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - caractéristiques topographiques et anatomiques de la région inguinale, canal inguinal, cordon spermatique, lacune vasculaire et lacune musculaire, triangle fémoral, ligne blanche de l'abdomen et de la région ombilicale

2. Physiologie - caractéristiques fonctionnelles du contenu du canal inguinal et du triangle fémoral

3. Physiologie pathologique - modifications du péritoine avec inflammation et augmentation de la pression intra-abdominale, modifications du développement du syndrome de la "petite cavité abdominale"

4. Anatomie pathologique - modifications morphologiques de l'inflammation du péritoine, qui forme le sac herniaire et les organes abdominaux, souffrant de complications des hernies, de signes de viabilité et de non-viabilité des organes pincés (intestins)

5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place du facteur microbien dans la survenue de complications des hernies et la cicatrisation des plaies en période postopératoire

6. Radiologie - la capacité d'analyser les rayons X des organes abdominaux (pincement, occlusion intestinale aiguë, péritonite)

7. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'interrogatoire et d'examen physique du patient.

Objectif spécifique de la préparation indépendante à la formation pratique : En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer les complications possibles des hernies inguinales (obliques et droites), fémorales, ombilicales et ventrales (examen du patient et examen physique, y compris gonfler et rétracter l'abdomen, palpation, percussion, auscultation de la saillie herniaire)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire de maladies
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation d'un diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement pour les hernies inguinales (obliques ou droites), fémorales, ombilicales et ventrales compliquées.

Le programme d'auto-préparation à la leçon pratique :

1. La pertinence du problème des hernies compliquées.
2. Identification des maladies qui appartiennent au syndrome de protrusion de hernie.
3. Causes et mécanisme de développement des maladies qui appartiennent au syndrome de la protrusion de hernie.
4. Manifestations cliniques (plaintes, antécédents, examen physique du patient) d'une hernie inguinale compliquée (oblique ou droite), fémorale, ombilicale et ventrale.
5. Les principes du diagnostic et la quantité de données nécessaires pour établir un diagnostic préliminaire pour les maladies appartenant au syndrome de protrusion de hernie.
6. Les principes de l'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic préliminaire pour le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.
8. Classifications cliniques et statistiques des hernies inguinales compliquées (obliques ou droites), fémorales, ombilicales et ventrales, et formation du diagnostic clinique.
9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques attribuées à une profession pratique :

1. Analyse des radiographies avec hernie pincée.
2. Examen du patient avec une hernie pincée.

1. Analyse des radiographies avec hernie pincée. Avec les complications chroniques de la hernie, la clinique de l'obstruction intestinale partielle peut se développer. Lors de l'inspection des radiographies des organes abdominaux, on note une hyperpneumatose et une expansion modérée dans la boucle motrice de l'intestin.

À la hernie pincée se développe la clinique de l'impraticabilité aiguë intertinale, sur le radiogramme d'examen des organes abdominaux s'enregistrent les niveaux de l'obscurcissement et les arcs de l'illumination - "les bols de Kloyber" (les niveaux horizontaux du liquide avec la présence du gaz sur eux).

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques dans l'analyse des radiographies pour hernie pincée est construit sur le principe du test avec plusieurs questions, parmi lesquelles l'étudiant doit choisir la bonne, en mettant une note devant lui. La troisième question contient quatre images de radiographies, vous devez sélectionner une image avec des signes d'obstruction intestinale et la faire glisser dans un carré vide. L'étudiant doit ensuite terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et soumettre les résultats.

2. Examen d'un patient présentant une hernie pincée.

Les plaintes du patient de douleur aiguë persistante soudaine dans la région de la saillie herniaire ou dans l'abdomen; augmentation rapide du volume de la saillie herniaire, l'apparition de son intraitabilité. Lorsque l'intestin est pincé, il existe un tableau clinique

d'obstruction (nausées, vomissements, défécation et gaz retardés, flatulences), avec nécrose intestinale - la clinique de la péritonite (la douleur se propage dans tout l'abdomen).

Il est nécessaire de connaître l'historique de la hernie, le temps écoulé depuis le pincement, la présence de manifestations similaires dans le passé. Localement, il y a une augmentation de la protrusion herniaire, la stabilité de sa taille en cas de changement de position du corps. La saillie devient douloureuse et tendue, il est impossible de l'insérer dans la cavité abdominale. À la palpation de l'encombrement herniaire on découvre la douleur exprimée, l'étude de la porte herniaire est impossible à cause de la douleur, ainsi qu'à cause de la pression considérable de la hernie. Le symptôme de la toux manque, à l'effort les montants de la hernie ne changent pas.

Lors de la percussion en cas de piégeage intestinal, une tympanite est déterminée et lorsque l'épiploon et la vessie sont pincés, un son de percussion sourd est détecté. Les bruits péristaltiques auscultatoires sont absents dans une protrusion herniaire.

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques lors de l'examen d'un patient présentant une hernie compliquée repose sur le principe du test. Après avoir sélectionné une réponse à une question parmi plusieurs données, l'étudiant doit déplacer le curseur sur le champ avec la bonne réponse et confirmer son choix. La question suivante apparaît automatiquement. Terminez ensuite la tentative en cliquant à nouveau sur le bouton « continuer ». Après cela, le test se ferme et affiche le résultat.

Attention, il est impossible de revenir sur la question à laquelle la réponse a été donnée !

Caractéristiques de l'examen des patients atteints du syndrome de la protrusion hernique :

1. Lors de l'examen du patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes concernant :

A) Présence d'une saillie de la paroi avant de l'abdomen :

Localisation de la protubérance - la zone inguinale au-dessus du ligament ombilical, la zone inguinale au-dessous, la zone ombilicale, la ligne blanche du péritoine, la ligne du spigel, la zone de l'opération précédemment effectuée.

B) Douleur :

1. localisation de la douleur (au niveau de la protrusion herniaire, dans tout l'abdomen)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans la prostate chez l'homme, dans le vagin chez la femme, dans la cavité abdominale, dans le veau)
4. la nature de la douleur (constante, intrusive), le lien avec l'acte de défécation
5. s'il y avait eu des crises de douleur similaires avant

B) Les autres plaintes sont toujours identifiées :

1. caractéristiques des fèces et des gaz
2. nausées, vomissements
3. exercice de la protrusion dans la cavité abdominale

4. ballonnement de l'abdomen
5. changements de la température corporelle (dans quelles limites est élevée)
6. changements dans d'autres organes et systèmes (les troubles dysuriques de la hernie inguinale surviennent en présence d'un sac herniaire de la vessie)

Antécédents de la maladie :

- A) Ce qui est associé à l'apparition de la maladie (levée de la gravité excessive, toux, diarrhée, chirurgie, en particulier avec drainage abdominal, blessures abdominales)
- B) Quand et où il a consulté un médecin :
 1. qui a reçu un traitement avant l'admission à la clinique, son efficacité
 2. quand il a été admis à la clinique
- C) Autres causes possibles de la maladie

L'histoire de la vie:

- A) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie
- B) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :
 1. le nombre de grossesses
 2. nombre de naissances
 3. date des dernières règles
 4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Vue d'ensemble :

- A) Présentation générale :
 1. la gravité de l'état du patient
 2. comportement du patient : calme ou agité
 3. température corporelle, fréquence cardiaque
 4. état de la langue (sèche, humide)
 5. état de la gorge et des amygdales
 6. état des extrémités inférieures

B) Examen :

Cage thoracique

Abdomen :

1. tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte de respiration
4. présence de protrusion de la paroi avant de l'abdomen (localisation)

Palpation :

A) Palpation de la protubérance pour déterminer la consistance, le contenu du sac herniaire et sa taille.

B) Détermination des manifestations locales de la maladie lors de l'examen au doigt de la protubérance dans l'aîne, la cuisse, la région ombilicale et le long de la ligne blanche de l'abdomen ou de la cicatrice postopératoire, palpation des anneaux inguinaux, détermination du

symptôme de "toux" .

Manifestations de hernies compliquées : la présence de protrusion, l'imprécision de la protrusion pendant la palpation, le symptôme négatif d'une « toux push »

C) Détermination des symptômes péritonéaux et de leur localisation

D) Identification des symptômes par d'autres organes et systèmes

Percussion :

A) Cage thoracique

B) Ventre :

La présence de tympanite sur la protrusion de hernie indiquera un organe de cavité dans le sac de hernie, et un son contondant - en présence d'un sac de phoque ou de vessie

Auscultation :

A) Cage thoracique

B) Ventre :

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) est la justification du diagnostic antérieur.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études

supplémentaires :

En cas de suspicion de hernies compliquées - en comptant le nombre de globules blancs, puis un test sanguin clinique général avec la détection de changements dans la formule leucocytaire - son déplacement vers la gauche, une augmentation de l'ESR. Analyse clinique générale de l'urine (des changements sont possibles dans la hernie glissante avec la vessie dans la hernie et la péritonite). Inspection des rayons X de la cavité abdominale avec suspicion de complications herniques (hyperpneumatose, « bol » de Cloyber et éclipse).

4. Diagnostic différentiel :

Au syndrome herniaire protubérance est produit :

- entre hernies compliquées (pincement, intraitables, inflammation, coprostase) et non compliquées ;

- entre hernies inguinales et fémorales

- entre hernies inguinales et lipomes, tumeurs, infiltrats avec inflammation des ganglions lymphatiques dans la région de l'aîne, hydrocéphalie des testicules et du cordon spermatique.

5. Diagnostic clinique :

Il indique l'unité nosologique et la forme du cours de la maladie, les complications existantes - sur la base de la classification clinique et statistique (voir « Classification clinique et statistique unifiée des maladies du système digestif ». Instruction du Ministère. Dziak G.V., Berezhnyskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie programmée ou urgente est indiquée (indications chirurgicales, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient

avec la définition des groupes de médicaments et leurs directions d'action).

Dans le traitement des hernies compliquées, il est important de déterminer la viabilité de l'intestin pincé. Signes de viabilité intestinale : couleur rose pâle et brillance de la membrane crue, élasticité de la paroi intestinale, présence de péristaltisme et de pulsation vaisseaux du mésentère. Si les mesures visant à restaurer la viabilité de l'intestin ne fonctionnent pas, effectuez une résection de la zone nécrotique de l'intestin, en mobilisant et en enlevant en outre 35 à 40 cm de la boucle afférente et 15 à 20 cm de la boucle abductrice.

Littérature

De base:

1. Chirurgie. Manuel national. Par éd. J.S. Bereznytsky. Vinnytsia : Nouveau livre, 2020. - 528p.
2. Matériel de cours.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances « Syndrome de protrusion herniaire »

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.
4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :
 - diagnostic préliminaire
 - programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
 - diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
 - diagnostic clinique
 - programme de traitement
3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 4.

"Syndrome abdominal inflammatoire aigu. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : appendicite aiguë"

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale urgente.

Sujet № 4. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : appendicite aiguë

Définition: Le **syndrome abdominal inflammatoire aigu** survient en raison de l'obstruction de la cavité de l'un des organes abdominaux d'étiologies diverses avec développement progressif de l'inflammation et de la destruction, suivi d'une transition vers le péritoine, se manifestant par une douleur, une intoxication clinique et des modifications inflammatoires d'indicateurs supplémentaires.

Si un syndrome abdominal inflammatoire aigu est suspecté, une consultation urgente avec un chirurgien est présentée au patient et, s'il est confirmé, une hospitalisation urgente dans le service de chirurgie pour un examen plus approfondi, un traitement et une intervention chirurgicale d'urgence. Les causes les plus fréquentes du syndrome abdominal inflammatoire aigu sont l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë et la pancréatite aiguë.

Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : appendicite aiguë. L'**appendicite aiguë** est une inflammation aiguë non spécifique de l'appendice (en forme de ver) de l'intestin aveugle.

Les buts ultimes de la formation en cours pratique :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Traitement postopératoire

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de maîtrise des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : appendicite aiguë, qui fait référence au syndrome abdominal inflammatoire aigu.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur

- définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration d'un diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
- Détermination des symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë (Bartomie-Michelson, Voskresensky, Obratsov, Rozdolsky, Rovzing).
 - Prédire la probabilité d'appendicite aiguë à l'aide de l'échelle diagnostique d'Alvarado.

Partie information du développement méthodologique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - caractéristiques topographiques et anatomiques de l'intestin aveugle et processus de type ver.
- 2. La physiologie** est une fonction du processus vers.
- 3. La physiologie pathologique** est une violation de la fonction des organes et des systèmes pendant l'inflammation, y compris l'inflammation dans la cavité abdominale et le péritoine.
- 4. Anatomie pathologique** - changements morphologiques dans le processus de type vers au cours de l'inflammation.
- 5. La microbiologie, la virologie et l'immunologie** sont la place des facteurs microbiens et immunitaires dans l'apparition de processus inflammatoires dans le processus de type ver.
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'interrogatoire et d'examen physique du patient.

La finalité spécifique de la préparation autonome à la formation pratique :

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique et les complications possibles de l'appendicite aiguë (enquête du patient et examen physique, y compris la définition des symptômes pathognomoniques)
2. Justification et établissement du diagnostic préliminaire de la maladie
3. Préparation d'un programme de diagnostic et analyse des résultats d'études complémentaires
4. Établissement de la liste des maladies à diagnostiquer différemment et mise en œuvre
5. Établissement du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement de l'appendicite aiguë.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème des maladies qui appartiennent au syndrome abdominal inflammatoire aigu.
2. Identification des maladies appartenant au syndrome abdominal inflammatoire aigu.
3. Causes et mécanisme de développement des maladies appartenant au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier l'appendicite aiguë.
4. Les manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de l'appendicite aiguë.
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à l'établissement d'un diagnostic

préliminaire dans les maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu.

6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.

7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.

8. Classifications cliniques et statistiques de l'appendicite aiguë et principes du diagnostic clinique.

9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Détermination des symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë (Bartomier-Michelson, Voskresensky, Obratsov, Razdolsky, Rovsing)
2. Prédire la probabilité d'appendicite aiguë à l'aide de l'échelle diagnostique d'Alvarado.

1. Détermination des symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë :

- Selon Bartomier-Michelson - augmentation de la douleur chez le patient dans la région iliaque droite à la palpation par le médecin dans la région iliaque droite de l'abdomen du patient lors du déplacement du patient vers une position sur le côté gauche par rapport à la position sur le dos ;

- D'après Voskresensky - ou un symptôme de "chemise", un symptôme de "glissade" - avec la main gauche, le médecin tire la chemise du patient par-dessus le bord inférieur, les bouts de 2-3-4 doigts de la main droite du médecin sont installés à droite au bord des côtes du patient et au cours de sa respiration.) commencent à glisser rapidement avec une pression modérée sur l'abdomen jusqu'à la région iliaque droite puis sur la cuisse. Au moment de glisser les doigts du médecin, le patient constate une forte augmentation de la douleur dans la région iliaque droite, pas de douleur à gauche ;

- D'après Obratsova - déposer la paroi abdominale du patient dans la zone de gonflement droite à l'apparence de douleur modérée et fixer le bras. La douleur est accrue lorsque les patients sont relevés par la jambe droite (redressé, plié dans l'articulation du genou). Caractéristique de la disposition rétrocécale du procédé de type ver ;

- D'après Razdolsky - l'apparition de douleurs sous la forme d'un ovale dans la zone de gonflement droit du patient avec percussion par le médecin de la paroi abdominale antérieure du patient avec un marteau médical ou un doigt de médecin (le symptôme chirurgical de Razdolsky, parce que le professeur Rozdolsky était un neurologue) ;

- D'après Rovzinga - l'apparition de douleurs dans la zone de gonflement droite du patient lors de l'application de chocs avec la main droite du médecin sur la gauche dans la zone du côlon descendant du patient, tandis que l'intestin sigmoïde du patient est pressé avec la main gauche du médecin sur la paroi arrière de l'abdomen du patient.

Instructions pour effectuer le test

Maîtrise des compétences pratiques : la première question repose sur le principe du test : cinq vidéos présentant les symptômes de l'appendicite aiguë sont proposées. L'étudiant doit, après avoir visionné chaque vidéo, sélectionner le nom correct de ce

symptôme dans la case à droite. L'étudiant doit ensuite terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et soumettre les résultats.

2. Prédiction de la probabilité d'appendicite aiguë à l'aide de l'échelle diagnostique d'Alvarado.

Chaque caractéristique clinique de l'appendicite isolée a une faible valeur pronostique. Cependant, en combinaison, leurs capacités de prédiction sont beaucoup plus fortes, bien que pas parfaitement précises. L'introduction d'échelles diagnostiques intégrales dans la pratique a permis de systématiser et de normaliser les signes de l'appendicite aiguë. Une aide significative dans le diagnostic de l'appendicite aiguë peut être l'échelle calculée de balle d'Alvarado, basée sur les données cliniques et de laboratoire.

Échelle d'Alvarado

SIGNES CLINIQUES	POINTS
Douleur dans la région iliaque droite	+2
Élévation de température > 37,3 ° C	+1
Symptôme positif de Shchetkin	+1

SYMPTÔMES CLINIQUES	
Douleur en mouvement de l'épigastre à la zone de gonflement droit (symptôme de Kocher)	+1
Manque d'appétit	+1
Nausées/vomissements jetables	+1
DONNÉES DE LABORATOIRE	
Leucocytose > 10x10 ⁹ / l 2	+2
Décalage de la formule leucocytaire vers la gauche (neutrophiles > 75 %)	+1
Le total	10

ÉVALUATION DES DONNÉES	
MOINS DE 5 POINTS	L'appendicite aiguë est peu probable
5-6 POINTS	Une appendicite aiguë est probable et on montre au patient une surveillance dynamique
7-8 POINTS	Une appendicite aiguë ne peut être exclue
9-10 POINTS	Une appendicite aiguë est présente et le patient a besoin d'une intervention chirurgicale urgente

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est construit sur le principe d'un test à quatre questions, parmi lesquelles l'étudiant doit choisir la bonne, la coter. Pour ce faire, lisez l'état de la tâche clinique, calculez le nombre de points sur l'échelle diagnostique d'Alvarado et évaluez la probabilité d'appendicite aiguë sur cette échelle. Consécutivement, en répondant à trois de ces tests, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints d'un syndrome abdominal inflammatoire aigu :

1. À l'interrogatoire du malade il faut définir :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (moitié droite de l'abdomen, hypochondre droit, moitié gauche de l'abdomen, hypochondre gauche, région iliaque droite, épigastre, autres zones de l'abdomen)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans la cuisse droite, la région lombaire, les organes génitaux externes, l'épaule droite et autres)
4. la nature de la douleur (constante, crampes, lien avec l'acte de défécation, mouvement, toux)
5. Y a-t-il eu des crises de douleur similaires auparavant

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

1. caractéristiques de l'excrétion des matières fécales et des gaz, nature de l'excrément - normal, diarrhée, retard
2. nausées, vomissements (uniques, répétés) ou soulagement après des vomissements
3. ballonnements
4. changements de la température corporelle (dans quelles limites est élevée)
5. changements d'autres organes et systèmes

Antécédents de la maladie :

A) Date et heure de l'apparition de la maladie :

Localisation préliminaire de la douleur (un symptôme de Kocher-Volkovich - un symptôme de douleur en mouvement, ou un symptôme de « simulation » d'un ulcère de l'estomac ou d'un 12-côlon avec perforation), apparition d'une douleur aiguë ou soudaine

B) Quand et où a-t-il demandé de l'aide médicale :

1. Quel a-t-il reçu un traitement avant l'admission à la clinique, son efficacité
2. Quand est-ce qu'il a été livré à l'hôpital (date, heure)

L'histoire de la vie:

A) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. le nombre de grossesses
2. nombre de naissances
3. date des dernières règles
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Vue d'ensemble :

A) Présentation générale :

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme (couché sur le dos, côté droit, gauche) ou agité (change de position du corps, agitation, gémissements)
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. l'état de la langue (sèche, humide, enduite, quelle plaque)
5. état de la gorge et des amygdales
6. état des membres inférieurs

B) Examen :

de la cage thoracique

de l'abdomen :

1. tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte de respiration (retard d'une partie du ventre dans la respiration, asymétrie du nombril, symptôme de Karavanov)

Palpation:

a) la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence d'un infiltrat, la localisation, la mobilité, sa taille en centimètres (tracer ses contours), l'hyperesthésie de la peau abdominale;

b) la présence de symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë (Rovzing, Voskresensky, Sitkovsky, Bartomie-Michelson, Obratsov, Yaure-Rozanov);

c) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation, une tension musculaire protectrice, symptômes de Shchetkin-Blumberg, Mendel);

g) les symptômes des maladies avec un tableau clinique pareil sont vérifiés (symptôme de frappement dans la région lombaire de Pasternatsky, Zakharine, nerf diaphragmatique,

symptômes d'obstruction intestinale et autres);

h) lors d'un examen vaginal et rectal - affaissement de la voûte plantaire et du péritoine pelvien, douleur ("cri" de Douglas), gonflement de la paroi antérieure du rectum.

Percussion : A) de la cage thoracique

B) du ventre :

La présence de symptômes de Razdolsky, Lépène, les changements dans les limites percutanées du foie, de la vésicule biliaire, présence de la matité de foie, un son sourd sur les flancs de l'abdomen à droite et à gauche, au bas du péritoine.

Auscultation :

A) De la cage thoracique

B) De l'abdomen : Présence ou absence de bruit péristaltique.

Sur la base des données obtenues après l'enquête sur le patient (plaintes, antécédents de la maladie et de la vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation), une justification du diagnostic préliminaire est faite.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

a) test sanguin clinique - la présence de modifications inflammatoires dans le sang, se manifestant par une leucocytose et un déplacement de la formule leucocytaire vers la gauche. Changements plus prononcés dans les formes destructrices d'appendicite aiguë

b) analyse clinique de l'urine - dans la forme simple de l'appendicite aiguë, il n'y a pas de changements dans l'urine, dans les formes destructrices - dans l'urine peut être des protéines, des cylindres et dans la localisation rétrocaecale du processus - des érythrocytes frais, qui doivent être pris en compte dans le diagnostic différentiel

Méthodes de recherche instrumentale supplémentaires (utilisées pour les difficultés de diagnostic) :

a) revoir la radiographie de la cavité abdominale (pour exclure ou confirmer une occlusion intestinale, des ulcères perforés)

b) échographie (pour évaluer l'état de la vésicule biliaire, des organes pelviens chez la femme, la présence de liquide dans l'abdomen et l'état des reins). Chez les patients atteints d'appendicite aiguë, l'image échographique est représentée par un épaississement de l'appendice, la présence d'un épanchement

c) laparoscopie diagnostique (qui peut, après confirmation du diagnostic d'appendicite aiguë, aboutir à l'ablation endoscopique de l'appendice)

4. Diagnostic différentiel :

- **de l'appendicite aiguë** - avec cholécystite aiguë, perforation de l'estomac et de l'ulcère duodénum, pancréatite aiguë, obstruction intestinale aiguë, gastrite aiguë, colique rénale sur la droite, maladie de Crohn, pneumonie de droite ; chez les femmes - avec maladies aiguës de la région génitale (grossesse ectopique, rupture du kyste ovarien, hémorragie ovarienne, adnexité, pyosalpinques, gonorrhée aiguë pelvopéritonite) ;

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinico-statistique (voir « Classifications clinico-

statistiques unifiées des maladies digestives ». Instruction du Ministère. Dziak G.V., Bereznytskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

On se détermine à la nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec la définition des groupes de médicaments et leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur (uniquement pour l'infiltrat appendiculaire) avec la définition des groupes de drogues et leurs directions.

Dans l'appendicite aiguë - chirurgie urgente, la chirurgie endoscopique est possible. Dans les formes destructrices, l'opération se termine par le drainage de la cavité abdominale à travers une ouverture séparée.

Littérature

De base:

1. Chirurgie. Manuel national. Par éd. Ya.S. Bereznytskyi. Vinnytsia : Nouveau livre, 2020. - 528 s.
2. Matériel de conférence.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE
de la formation pratique

Sujet № 5.

"Syndrome abdominal inflammatoire aigu.

Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : cholécystite aiguë » Module 1.

Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale urgente.

Sujet № 5. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : cholécystite aiguë

Définition: Le **syndrome abdominal inflammatoire aigu** survient en raison de l'obstruction de la cavité de l'un des organes abdominaux d'étiologies diverses avec développement progressif de l'inflammation et de la destruction, suivi d'une transition vers le péritoine, se manifestant par une douleur, une intoxication

clinique et des modifications inflammatoires d'indicateurs supplémentaires.

Si un syndrome abdominal inflammatoire aigu est suspecté, une consultation urgente avec un chirurgien est présentée au patient et, s'il est confirmé, une hospitalisation urgente dans le service de chirurgie pour un examen plus approfondi, un traitement et une intervention chirurgicale d'urgence.

Les causes les plus fréquentes du syndrome abdominal inflammatoire aigu sont **l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë et la pancréatite aiguë.**

Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : cholécystite aiguë.

1. Cholécystite aiguë - inflammation aiguë non spécifique de la vésicule biliaire. Les buts ultimes de la formation pratique :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Traitement postopératoire

Objectif de la leçon pratique : Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à vocation professionnelle des médecins généralistes sur le thème - Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : cholécystite aiguë, qui fait référence au syndrome abdominal inflammatoire aigu.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques : 1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)

2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :

- justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
- Détermination des symptômes pathognomoniques de la cholécystite aiguë (Georgievsky-Mussey, Grekov-Ortner, Murphy)
 - Analyse des paramètres biochimiques du sang en cas d'inflammation aiguë maladies de la cavité abdominale.

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques de la vésicule biliaire et des canaux excréteurs extrahépatiques, du péritoine**
- 2. Physiologie - vésicule biliaire**
- 3. Physiologie pathologique - dysfonctionnement des organes et des systèmes dans l'inflammation, y compris l'inflammation de l'abdomen et du péritoine.**
- 4. Anatomie pathologique - modifications morphologiques de la vésicule biliaire et du péritoine dans diverses formes d'inflammation**
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans l'apparition de processus inflammatoires dans la vésicule biliaire et le péritoine**
- 6. Radiologie - cholécystopancréatographie rétrograde, échographie de la cavité abdominale**
- 7. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et examen physique du patient.**

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique et les complications possibles, cholécystite aiguë (enquête du patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire de la maladie
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et

statistique des maladies

6. Formation d'un programme de traitement de la cholécystite aiguë.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier la cholécystite aiguë.

2. Identification des maladies appartenant au syndrome abdominal inflammatoire aigu.

3. Causes et mécanisme de développement des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier la cholécystite aiguë.

4. Les manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de la cholécystite aiguë.

5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à la formation du précédent diagnostic des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier la cholécystite aiguë.

6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.

7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.

8. Classifications cliniques et statistiques de la cholécystite aiguë et principes du diagnostic clinique.

9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Détermination des symptômes pathognomoniques de la cholécystite aiguë

(Georgievsky-Mussi, Grekov-Ortner, Murphy, Parturier)

2. Analyse des données de la recherche par ultrason (RPU) dans la cholécystite

1. Détermination des symptômes pathognomoniques :

- De **George's-Mussi** - ou "**phrenicus-symptom**" - douleur lors de la pression du doigt du médecin entre les jambes du muscle sterno-claviculaire-mammaire droit de la patiente, en l'absence de douleur à gauche;

- De **Grekov-Ortner** - douleur dans la projection de la vésicule biliaire en tapotant le bord de la paume du médecin sur l'arc costal du patient à droite;





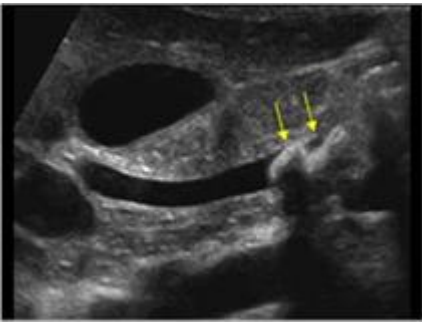

- De **Murphy** - douleur dans la projection de la vésicule biliaire lors de l'inhalation lors de la palpation avec trois doigts de l'abdomen du patient à la pointe de Kerr.

- De **Parturier** - une vésicule biliaire hypertrophiée, tendue et douloureuse est palpée dans l'hypochondre droit à droite.

Instructions pour effectuer le test

Dans les tâches concernant les symptômes de la cholécystite aiguë, l'élève doit choisir la bonne interprétation de ce symptôme (une seule réponse). La deuxième question est basée sur le principe du test. 3 vidéos présentant des symptômes de cholécystite aiguë sont proposées. L'élève doit regarder chaque vidéo, choisir le nom correct de ce symptôme dans la case à droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir de nouveau la question, confirmer la fin du test et envoyer les résultats.

2. Analyse des données de la recherche par ultrason (RPU) dans la cholécystite

		
1. Norme	2. De cholécystite catarrhale aiguë	3. De cholécystite chronique
		
4. Cholécystite gangreneuse	5. MCB choledocholithiasis	6. Cholécystite calculeuse

Normalement (1) la vésicule biliaire est définie comme exempte de structures internes, formation échonégative de forme en forme de poire, ovoïde ou cylindrique, qui a un contour clair. Sa taille varie - la longueur de 6 à 9,5 cm, et la

largeur n'excède pas 3 - 3,5 cm. Le mur de la bulle est représenté par une ligne fine assez uniforme (pas plus de 3 mm) d'échogénicité modérément augmentée. Les contours extérieur et intérieur de la vessie sont clairs et lisses.

Dans la cholécystite catarrhale aiguë (2), la vésicule biliaire peut être hypertrophiée, normale voire réduite, et l'un des principaux signes échographiques est l'épaississement de la paroi (4 mm ou plus), l'apparition d'un double contour.

Les formes destructives de cholécystite aiguë sont caractérisées par une stratification de la paroi de la vésicule biliaire ou son contour flou et la présence de liquide autour de la vésicule biliaire dans la cavité abdominale.

Pour la cholécystite chronique (3), les caractéristiques les plus caractéristiques sont : compactage et épaississement de la paroi, irrégularité et déformation du contour de la vessie, mouvement réduit ou nul lors de la respiration, inhomogénéité du contenu, sédiment « biliaire ».

La pierre (6) dans la vésicule biliaire ressemble à une formation dense, suivie d'une ombre ultrasonore, située, en règle générale, sur la paroi postérieure de la vésicule biliaire, qui se déplace lorsque la position du corps change.

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques repose sur le principe d'un test à quatre questions dans des écrans séparés, dont trois contiennent des listes de réponses parmi lesquelles l'étudiant doit choisir la bonne pour chaque question, en fonction de sa connaissance du sujet. L'un des écrans contient deux images échographiques auxquelles vous devez choisir la bonne réponse en choisissant parmi les listes identiques prévues pour chacune. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative en appuyant sur le bouton approprié, puis confirmer l'action ou revenir à la réponse douteuse et revoir la question, puis réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints d'un syndrome abdominal inflammatoire aigu :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (moitié droite de l'abdomen, hypochondre droit, moitié gauche de l'abdomen, hypochondre gauche, région iliaque droite, épigastre,

autres zones de l'abdomen)

2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)

3. irradiation de la douleur (dans la cuisse droite, la région lombaire, les organes génitaux externes, l'épaule droite et autres)

4. la nature de la douleur (constante, crampe, enveloppe - symptôme de Blyce), lien avec l'acte de défécation, mouvement, toux

5. Avez-vous déjà eu des crises de douleur similaires ?

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées : 1. caractéristiques des matières fécales et des gaz, nature de la selle - normal, diarrhée, retard 2. nausées, vomissements (uniques, multiples) ou soulagement après des vomissements 3. ballonnements 4. changements de température corporelle (dans lesquels les limites sont élevées) 5. changements d'autres organes et systèmes

Historique de la maladie et de la vie :

A) Date et heure de l'apparition de la maladie :

Ce qui est associé à l'apparition de la maladie (dans un contexte de santé complète ou après avoir mangé et sa nature - viande, légumes, erreurs dans l'alimentation, abus d'alcool ; surcharge physique, position corporelle), l'apparition d'une surcharge aiguë ou soudaine

B) Quand et où a-t-il demandé de l'aide médicale :

1. Quel traitement a-t-il reçu avant l'admission à la clinique, son efficacité

2. Quand est-ce qu'il a été livré à l'hôpital (date, heure)

C) Autres causes possibles de la maladie

D) Conditions de vie et de travail susceptibles d'entraîner l'apparition de la maladie

E) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses

2. nombre de naissances

3. date de la dernière période menstruelle

4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

3. Examen physique :

Vue d'ensemble :

A) Aperçu général :

1. gravité de l'état du patient

2. comportement du patient : calme (couché sur le dos, à droite, à gauche) ou agité (change de la position du corps, fussing, gémissement)

3. température corporelle, vitesse d'impulsion

4. état de la langue (sèche, humide, couverte par quel enduit)

5. état de la gorge et des amygdales

6. état des membres inférieurs

B) Examen :

De la cage thoracique

4. De l'Abdomen :

1. Tiré, gonflé

2. symétrique, asymétrique

3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte de respiration (retard d'une partie du ventre dans la respiration, asymétrie navel, symptôme de Karavanov)

4. la présence de couleur de peau, sclera et visible - jaunâtre.

Palpation:

a) la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence d'un infiltrat, la localisation, la mobilité, sa taille en centimètres (tracer ses contours), l'hyperesthésie de la peau abdominale;

b) la présence de symptômes pathognomoniques de cholécystite aiguë (Georgievsky-Mussey, Grekov-Ortner, Kerr, Murphy, Boas);

c) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation, une tension musculaire protectrice, Schotkin-Blumberg, symptômes de Mendel);

d) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés coups sur la région lombaire de Pasternatsky, Zakharine, nerf diaphragmatique, symptômes d'obstruction intestinale et autres);

e) au toucher vaginal et rectal - surplomb de la voûte plantaire et du bassin péritoine, douleur ("cri" de Douglas), protrusion de la paroi antérieure du rectum

Percussion :

A) De la cage thoracique

B) Du ventre :

La présence de symptômes de Rozdolsky, Lépène, les changements dans les limites percutanées du foie, la vésicule biliaire, la présence de matité hépatique, un son sourd sur les flancs de l'abdomen à droite et à gauche, en bas de l'abdomen.

Auscultation :

A) De la cage thoracique

B) Du ventre :

Présence ou absence de bruits péristaltiques

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents de la maladie et de la vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) une justification du diagnostic préliminaire est faite.

3. Programme de diagnostic avec analyse de données de recherche supplémentaires :

Examen de laboratoire dans la cholécystite aiguë :

a) test sanguin clinique (leucocytose avec décalage de la formule leucocytaire à gauche)

b) test sanguin biochimique (bilirubine et ses fractions, ALT, AST, électrolytes sériques, coagulogramme) c) analyse clinique des urines (présence de protéines, érythrocytes, cylindres, pigments biliaires)

Matériel supplémentaire et méthodes de recherche instrumentale :

a) sonographie (pour évaluer l'état de la vésicule biliaire, des canaux biliaires extracellulaires, du pancréas et du foie)

b) radiographie d'examen des organes abdominaux selon les indications (si nécessaire, différencier avec obstruction intestinale, ulcère perforatif)

c) tomodensitométrie (selon les indications dans les cas diagnostiques complexes)

d) cholangiopancreatographie rétrograde - selon les indications de clarification des modifications pathologiques des canaux extrahépatiques

e) laparoscopie diagnostique - dans les cas diagnostiques complexes, qui peut être utilisé pour clarifier le diagnostic, et en présence de capacités techniques - se transforme en une procédure de traitement qui se termine par une cholécystectomie.

4. Diagnostic différentiel :

- **cholécystite aiguë**

avec des maladies chirurgicales urgentes de la cavité abdominale:

- appendicite aiguë - ulcère gastroduodénal de l'estomac et du duodénum compliqué de perforation

- pancréatite aiguë - occlusion intestinale aiguë

avec des maladies urologiques urgentes:

- colique néphrétique droite

avec des maladies thérapeutiques :

- pneumonie du lobe inférieur droit
- névralgie intercostale à droite

avec des maladies chroniques de la cavité abdominale:

- ulcère gastroduodéal compliqué de pénétration
- tumeur de la courbure hépatique du côlon

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinique et statistique (voir "Classifications cliniques et statistiques unifiées des maladies digestives". Instructions départementales. Dzyak GV, Berezhnytsky JS, Filipov YO avec coauteurs. - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée est désignée (indications chirurgicales, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec la définition des groupes de médicaments et leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire avec la définition des groupes de médicaments et orientations de leur action. Dans la cholécystite aiguë - chirurgie retardée, à l'étape actuelle - laparoscopique, utilisant l'endovidéo.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique Sujet № 6.

"Syndrome abdominal inflammatoire aigu

Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : pancréatite aiguë"

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 6. Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : pancréatite aiguë

Définition : Le **syndrome abdominal inflammatoire aigu** survient en raison de l'obstruction de la cavité de l'un des organes abdominaux d'étiologies diverses avec développement progressif d'une inflammation et d'une destruction, suivie d'une transition vers le péritoine, se manifestant par une douleur, une intoxication clinique et des modifications inflammatoires dans les études inflammatoires.

Si un syndrome abdominal inflammatoire aigu est suspecté, le patient reçoit une consultation urgente avec un chirurgien et, s'il est confirmé, une hospitalisation urgente dans le service de chirurgie pour un examen plus approfondi, un traitement et une intervention chirurgicale d'urgence. Les causes les plus fréquentes du syndrome abdominal inflammatoire aigu sont **l'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë et la pancréatite aiguë.**

Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : pancréatite aiguë.

1. La pancréatite aiguë est une maladie dégénérative-inflammatoire aiguë du pancréas, qui est basée sur l'autolyse des tissus glandulaires par leurs propres enzymes activées avec l'ajout ultérieur d'une inflammation aseptique et microbienne.

Les buts ultimes de la formation pratique :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération

- C) Préparation préopératoire
- D) Traitement postopératoire

Objectif de la leçon pratique : Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à vocation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale : pancréatite aiguë, qui fait référence au syndrome abdominal inflammatoire aigu .

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques : 1.

Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)

2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :

- justification du diagnostic antérieur
- définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
- diagnostic différentiel
- élaboration du diagnostic clinique - définition du programme de soins

3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :

- Détermination des symptômes pathognomoniques **de la pancréatite aiguë** (Corte, Mayo-Robson, Chukhrienko)

- Analyse des paramètres biochimiques de l'urine dans les maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale.

Partie information du développement méthodologique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques de la vésicule biliaire et des canaux excréteurs extrahépatiques, du pancréas et du sac épiploïque, du péritoine

2. Physiologie - le pancréas

3. Physiologie pathologique - dysfonctionnement des organes et des systèmes dans l'inflammation, y compris l'inflammation de l'abdomen et du péritoine.

4. Anatomie pathologique - modifications morphologiques du pancréas et du péritoine dans diverses formes d'inflammation

5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans l'apparition de processus inflammatoires dans le pancréas et le péritoine

6. Radiologie - cholécystopancréatographie rétrograde, échographie de la cavité abdominale

7. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et examen physique du patient.

L'objectif spécifique de l'auto-préparation à la formation pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants : 1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique et les complications possibles, pancréatite aiguë (enquête sur le patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques) 2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire de maladies 3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires 4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation 5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies 6. Formation d'un programme de traitement de la pancréatite aiguë.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'actualité du problème des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier la pancréatite aiguë.
2. Identification des maladies appartenant au syndrome abdominal inflammatoire aigu.
3. Causes et mécanisme de développement des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier la pancréatite aiguë.
4. Les manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de la pancréatite aiguë.
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à la formation du précédent diagnostic des maladies liées au syndrome abdominal inflammatoire aigu, en particulier, pancréatite aiguë.
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.
8. Classifications cliniques et statistiques de la pancréatite aiguë et principes du diagnostic clinique.
9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Méthodes supplémentaires d'examen d'un patient atteint de pancréatite aiguë.
2. Détermination des symptômes pathognomoniques de la pancréatite aiguë

1. Analyse biochimique de l'urine - augmentation de la diastase et du sucre - possible dans la pancréatite aiguë et la cholécystite, une forte diminution de la diastase de haut en zéro indique la destruction du pancréas - nécrose pancréatique.

Analyse biochimique du sang - hyperglycémie, hypocalcémie, augmentation de l' α -amylase et de la lipase.

Test sanguin général - leucocytose avec déplacement de la formule leucocytaire vers la gauche, lymphopénie, éosinopénie.

Échographie - échostructure hétérogène et hypertrophie de la glande.

La radiographie d'examen est un gonflement isolé du côlon transverse en l'absence de cupules de Kloiber (symptôme de Gobbe).

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques pour les méthodes d'examen supplémentaires dans la pancréatite aiguë est basé sur le principe du test. Entre parenthèses les indicateurs sont indiqués qui se changent, et le bouton lorsqu'il est enfoncé sur lequel tombent les valeurs de l'indicateur, à partir duquel vous devez sélectionner la bonne réponse, cliquez dessus. Si nous parlons de la méthode de recherche, alors lorsque vous cliquez sur le bouton, les données obtenues au cours de l'étude sous la forme de phrases individuelles parmi lesquelles vous devez choisir la bonne. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative en appuyant sur le bouton approprié, puis confirmer l'action ou revenir à la réponse douteuse et revoir la question, puis réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

2. Corte - à la palpation de l'abdomen, il y a une résistance douloureuse de la paroi abdominale sous la forme d'une bande 5-7 cm au-dessus du nombril (selon l'emplacement du processus pathologique dans le pancréas - tête, corps, queue - résistance peut se déplacer vers la gauche ou la droite);

Mayo-Robson - lorsque vous appuyez sur les doigts du médecin dans la zone de l'angle côte-colonne vertébrale gauche du patient est déterminé par la douleur ;

Chukhrienko - avec la côte de la paume du médecin, qui est placé sur l'abdomen du patient sous le nombril, mouvements de poussée sont effectués en profondeur et au sommet (l'apparition de douleurs dans la zone épigastrique du patient indique une pancréatite aiguë, selon la localisation du processus pathologique -

tête, corps, queue - la douleur peut être principalement déterminée à droite, à gauche ou dans l'épigasthme)

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques sur les symptômes pathognomoniques et les méthodes d'examen de laboratoire dans la pancréatite aiguë repose sur le principe du test. Après avoir sélectionné une réponse à une question avec plusieurs données, la question suivante apparaît automatiquement. Attention, il est impossible de revenir sur la question à laquelle la réponse a été donnée. Après la dernière réponse, le test se ferme automatiquement et affiche le résultat.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints d'un syndrome abdominal inflammatoire aigu :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (moitié droite de l'abdomen, hypochondre droit, moitié gauche de l'abdomen, hypochondre gauche, région iliaque droite, épigastre, autres zones de l'abdomen)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans la cuisse droite, la région lombaire, les organes génitaux externes, l'épaule droite et autres)
4. la nature de la douleur (constante, crampe, enveloppe - symptôme de Blyce), lien avec l'acte de défécation, mouvement, toux
5. Avez-vous déjà eu des crises de douleur similaires avant?

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

1. caractéristiques des matières fécales et des gaz, nature de la selle - normale, diarrhée, retard
2. nausées, vomissements (uniques, multiples) si le soulagement vient après vomissements
3. Ballonnements de l'abdomen
4. changements de température corporelle (dans lesquelles limites celle est élevée)
5. changements d'autres organes et systèmes

Historique de la maladie et de la vie :

A) Date et heure de l'apparition de la maladie :

Ce qui est associé à l'apparition de la maladie (dans un contexte de santé complète ou après avoir mangé et sa nature - viande, légumes, erreurs dans l'alimentation, abus d'alcool ; surcharge physique, position corporelle), l'apparition d'une surcharge aiguë ou soudaine

B) Quand et où il a demandé de l'aide médicale :

1. quel traitement il recevait avant l'admission à la clinique, son efficacité
2. Quand il a été hospitalisé à l'hôpital (date, heure)

C) Autres causes possibles de la maladie

D) Conditions de vie et de travail susceptibles d'entraîner l'apparition de la maladie

E) Chez les femmes - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses
2. nombre de naissances
3. date la dernière période menstruelle
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Examen:

A) Examen général :

1. gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme (couché sur le dos, à droite, à gauche) ou agité (change la position du corps, fushing, gémissement)
3. température corporelle, vitesse d'impulsion
4. état de la langue (sèche, humide, couverte, quelle enduite)
5. État du pharynx et des amygdales
6. état des extrémités inférieures

B) Examen :

De la cage thoracique

De l'abdomen :

1. tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire (retard de n'importe quelle partie de l'abdomen dans la respiration, asymétrie du nombril, symptôme de Caravan)
4. la présence de couleur de peau, de sclérotique et de muqueuses visibles (symptômes de Grunwald, Cullen, Logerlof, Mondor, Turner, Holsted, ictère, couleur kallikrein).

Palpation:

a) la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence d'un infiltrat, la localisation, la mobilité, sa taille en centimètres (tracer ses contours), l'hyperesthésie de la peau abdominale;

b) la présence de symptômes pathognomoniques de pancréatite aiguë (Corte, Mayo-Robson, Chukhrienko, douleur au point Mayo-Robson);

c) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation, une tension musculaire protectrice, Schotkin-Blumberg, symptômes de Mendel);

d) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés coups sur la région lombaire de Pasternatsky, Zakharine, nerf diaphragmatique, symptômes d'obstruction intestinale, etc.);

e) lors du toucher vaginal et rectal - surplomb de la voûte plantaire et du bassin péritoine, douleur (cri de Douglas), protrusion de la paroi antérieure du rectum.

Percussion :

A) De la cage thoracique

B) Du ventre :

La présence de symptômes de Rozdolsky, Lépène, les changements dans les limites percutanées du foie, la vésicule biliaire, la présence de stupidité hépatique, le tassement du son le long des flancs du ventre à droite et à gauche, au bas de l'abdomen.

Auscultation :

A) De la cage thoracique

B) Du ventre :

Présence ou absence de bruit péristaltique.

Sur la base des données obtenues après l'enquête sur le patient (plaintes, antécédents de la maladie et de la vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation), une justification du diagnostic préliminaire est faite.

3. Programme de diagnostic avec analyse de données de recherche

supplémentaires : Examen de laboratoire dans la pancréatite aiguë :

a) test sanguin clinique (leucocytose avec déplacement de la formule leucocytaire vers la gauche, lymphopénie, éosinopénie)

b) test sanguin biochimique (augmentation de la bilirubine, activation des enzymes hépatiques ALT, AST, PA, diminution du calcium), **glucose du sang** (augmentation), amylase sérique (augmentation)

c) analyse clinique des urines (présence de protéines, érythrocytes, cylindres), augmentation de la diastase urinaire

Signes pronostiques défavorables : une nette diminution de la diastase et de l'amylase à zéro, une leucocytose avec un déplacement de la formule vers la gauche, une lymphopénie, une diminution des éosinophiles, du calcium, une augmentation de la glucose dans le sang

Matériel supplémentaire et méthodes de recherche instrumentale :

a) échographie (pour évaluer l'état du pancréas et du tissu parapancréatique, la présence de liquide dans la cavité abdominale, l'état de la vésicule biliaire et des voies biliaires extrahépatiques)

b) tomodensitométrie (pour déterminer la présence et la prévalence de changements nécrotiques dans la glande)

c) la radiographie d'examen de la cavité abdominale pour détecter les signes indirects de pancréatite aiguë (ballonnement du côlon transverse) et d'épanchement dans cavité pleurale à gauche

d) la laparoscopie diagnostique (qui peut être utilisée pour clarifier le diagnostic, et en présence d'épanchement dans la cavité abdominale - se transforme en une procédure médicale qui se termine par un drainage de la cavité abdominale)

4. Diagnostic différentiel :

Diagnostic différentiel de la pancréatite aiguë (réalisé en fonction de la période du processus pathologique - période de choc, défaillance multiviscérale et complications purulentes):

A) La période des troubles hémodynamiques et du choc pancréatogène : avec des maladies chirurgicales urgentes de la cavité abdominale:

- cholécystite aiguë - ulcère gastroduodéal compliqué de perforation
- thrombose des vaisseaux mésentériques
- appendicite aiguë

B) Période de défaillance multiviscérale :

- péritonite

C) La période des complications purulentes :

- abcès abdominal
- septicémie

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinico-statistique (voir « Classifications clinico-statistiques unifiées des maladies digestives ». Instruction

du Ministère. Dziak G.V., Berezhnytskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée (indications chirurgicales, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec la définition des groupes de médicaments et leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire avec la définition des groupes de médicaments et leur action.

Dans la pancréatite aiguë - traitement médicamenteux dans l'unité de soins intensifs et chirurgie d'urgence dans le développement d'une nécrose pancréatique ou d'autres complications.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances «Syndrome abdominal inflammatoire aigu»

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.
4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :
 - diagnostic préliminaire
 - programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
 - diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
 - diagnostic clinique
 - programme de traitement
3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 7.

"Syndrome de saignement dans la cavité du tractus gastro-intestinal.

Saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal: varices de l'œsophage et de l'estomac; syndrome de Mallory-Weiss ; reflux gastro-œsophagien compliqué d'hémorragie érosive ; ulcère peptique de l'estomac et du duodénum; gastrite érosive (hémorragique); néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum "

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 7. Saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal.

Définition : Les saignements aigus et chroniques dans le tractus gastro-intestinal sont dus à des lésions de diverses parties du tractus gastro-intestinal par un processus pathologique compliqué par des saignements, se manifestant par la présence de sang altéré ou inchangé dans les selles, une anémie clinique et un choc hypovolémique.

Si une hémorragie aiguë dans le tractus gastro-intestinal est suspectée, le patient doit recevoir des soins primaires et être hospitalisé d'urgence dans un centre spécialisé pour le traitement des hémorragies gastro-intestinales ou dans un hôpital chirurgical d'un hôpital multidisciplinaire.

Si une hémorragie chronique dans le tractus gastro-intestinal est suspectée, la consultation d'un chirurgien est indiquée, et si elle est confirmée, une hospitalisation dans un service de chirurgie ou un autre service spécialisé (proctologie) est indiquée.

Plus de 100 maladies différentes peuvent provoquer des saignements gastro-intestinaux aigus et chroniques. Les causes les plus courantes de saignement aigu et chronique dans la cavité supérieure du tractus gastro-intestinal sont **les varices de l'œsophage et de l'estomac; syndrome de Mallory-Weiss ; reflux gastro-œsophagien compliqué d'hémorragie érosive ; ulcère peptique de l'estomac et du duodénum; gastrite érosive (hémorragique); néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum.**

Saignements aigus et chroniques dans la cavité du tractus gastro-intestinal supérieur.

La part des saignements ulcéreux est d'environ 50%, les saignements dans les tumeurs de localisation différente sont d'environ 15%, la gastrite hémorragique érosive d'environ 10%, les varices de l'œsophage et de l'estomac d'environ 5%, d'autres maladies jusqu'à 20%.

- 1. Le saignement dans les varices de l'œsophage et de l'estomac** est une complication de la maladie, qui se développe lors de ruptures de varices de l'œsophage, en raison de la différence entre la pression intravasculaire et intraoculaire chez les patients souffrant d'hypertension portale et le développement de collatérales portosystémiques.
- 2. Syndrome de Mallory-Weiss** - fissures ou ruptures longitudinales de la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac, dues à des vomissements répétés sur fond de pression intra-abdominale élevée.
- 3. L'hémorragie dans l'ulcère gastroduodéal de l'estomac et du duodénum** est une complication de l'ulcère gastroduodéal causé par des défauts ulcéreux des vaisseaux sanguins situés dans la paroi de l'estomac ou du duodénum.
- 4. Les saignements dans la gastrite érosive (hémorragique)** surviennent en raison de troubles circulatoires de la muqueuse gastrique avec le développement d'érosions hémorragiques ou de saignements diapédiques, ainsi qu'après la prise de médicaments ulcérogènes (des moyens anti-inflammatoires non stéroïdiens, glucocorticoïdes et d'autres)
- 5. Le saignement dans le reflux gastro-œsophagien** est l'une des complications des érosions ou des ulcères de l'œsophage, résultant d'une exposition prolongée et répétée au suc gastrique, bile et suc pancréatique sur la membrane muqueuse de l'œsophage à reflux du contenu gastrique vers l'œsophage.
- 6. Les saignements dans les néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum** sont des complications qui résultent de la lésion des vaisseaux de l'estomac par un processus tumoral bénigne ou malin et de la décomposition de la tumeur avec un défaut vasculaire situé dans la paroi de l'estomac.

Les buts ultimes de la formation pratique :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :

- A) Maîtriser les règles des premiers secours au stade pré-hospitalier
- B) Urgence d'hospitalisation
- C) Urgence de l'opération
- D) Préparation préopératoire
- E) Traitement postopératoire

Objectif de la leçon pratique : atteindre le niveau requis de connaissances théoriques et de compétences pratiques dans le cadre des tâches à orientation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Saignements aigus et chroniques dans la cavité supérieure du tractus gastro-intestinal : varices de l'œsophage et estomac; syndrome de Mallory-Weiss ; reflux gastro-œsophagien compliqué d'hémorragie ; ulcère peptique de l'estomac et du duodénum; gastrite hémorragique érosive; néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, qui fait référence au syndrome de saignement aigu et chronique dans la cavité du tractus gastro-intestinal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Enquête théorique de chaque étudiant après l'examen du patient thématique avec une évaluation des questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - Interprétation des signes endoscopiques d'activité hémorragique selon Forrest
 - Déterminer la gravité de la perte de sang.

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

1. **Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques** de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin.
2. **Physiologie** - fonctions physiologiques des cellules sanguines et des organes hématopoïétiques

- 3. Physiologie pathologique** - changements dans le corps avec perte de sang.
- 4. Anatomie pathologique** - changements dans les organes et les systèmes avec perte de sang
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - bases immunologiques de la transfusiologie
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient, transfusiologie : détermination du groupe sanguin, tests de compatibilité, premiers secours.**
- 7. Anesthésiologie et soins intensifs** - compensation de la perte de volume de sang circulant /VSC/

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la maladie (enquête du patient et examen physique)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire de la maladie
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies avec lesquelles il est nécessaire de réaliser le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation du programme de traitement.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème des saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal
2. Identification des maladies pouvant entraîner des saignements dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal
3. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de saignement aigu ou chronique dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal
4. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à la formation d'un diagnostic préliminaire
5. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur

6. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative
7. Classifications cliniques et statistiques des maladies incluses dans le syndrome de saignement aigu et chronique dans la cavité de l'étage supérieure du tractus gastro-intestinal et formation du diagnostic clinique
8. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques affectées à la leçon pratique :

1. Interprétation des signes endoscopiques d'activité hémorragique selon Forrest

2. Déterminer la gravité de la perte de sang

1. Activité hémorragique selon Forrest (photo endoscopique) :

I1 - Forrest 1a (jet actif)

I2 - Forrest 1b (capillaire actif)

Forrest Ix - sous un caillot bien fixé, sans vérification de la source, qui n'est en aucun cas supprimée.

I3 - Forrest 2a (vaisseau thrombosé avec risque de saignement, diamètre du vaisseau jusqu'à 2 mm);

I4 - Forrest 2b (caillot sanguin fixé situé sur un vaisseau d'un diamètre supérieur à 2 mm)

I5 - Forrest 2c (petits vaisseaux thrombosés)

I6 - Forrest 3 (défaut sous fibrine)

Instructions pour effectuer le test

Dans les figures présentées, il est nécessaire de déterminer l'activité des saignements gastro-intestinaux aigus selon la classification de Forrest.

2. Le degré de gravité de la perte de sang :

T₁ – légère perte de sang

(une perte de sang 10-20%, le pouls 90 bat/min., AT > 120 mm.Hg., indice de choc Pouls/PA – 0,54-0,78; Er. – 5-3,5 x 10¹²/l; Hb - 150-120 g/l; Ht - 44-38%; la diurèse – 50-60 ml/h.)

T₂ – degré moyen de perte de sang

(une perte de sang 21-30%, le pouls 90-110 bat/min., PA - 120 -80 mm.Hg., indice de choc Pouls/PA – 0,78-1,38; Er. – 3,5-2,5 x 10¹²/l; Hb - 120-100 g/l; Ht - 38-32%; la diurèse - 40-50 ml/h.)

T₃ – grave perte de sang

(une perte de sang 31-40%, le pouls 110-120 bat/min., AT- 80-70 mm.Hg., indice de choc Pouls/PA – 1,38-1,5; Er. – 2,5-2 x 10¹²/l; Hb - 100-80 g/l;

Ht -32-22%; la diurèse - 30 - 40 ml/h.)

T₄ - perte de sang extrêmement grave

*(une perte de sang 41-70%, le pouls >120 bat/min., AT < 70 mm.Hg.,
indice de choc Pouls/PA - > 1,5; Er. - <2 x 10¹²/l; Hb < 80 g/l; Ht < 22%;
la diurèse < 30 ml/h.)*

Instructions pour effectuer le test

Compte tenu de 4 tâches avec des données cliniques et de laboratoire, il est nécessaire de déterminer le degré approprié de gravité de la perte de sang.

Caractéristiques de l'examen des patients présentant des saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage supérieur du tractus gastro-intestinal :

1. Sondage

Plaintes de: faiblesse générale, vertiges, palpitations, nausées, vomissements, "terre".

Identifiez systématiquement les autres plaintes :

1. nausées, vomissements (nature des vomissements et leur couleur - rose sang, foncé, caillots sanguins)
2. caractéristiques des écoulements fécaux (consistance, couleur, impuretés de sang rose ou foncé, sol)

Historique de la maladie et de la vie :

Date et heure de début (en heures) de la maladie

La séquence des autres symptômes :

a) nausées, vomissements (uniques, multiples, avec traces de sang) ou soulagement après des vomissements ;

b) la nature des selles (normale, diarrhée, méléna, rétention des selles, présence de sang) ; disparition de la douleur en cas d'hémorragie (ulcère gastroduodéal).

Dans combien d'heures et où est-il allé pour obtenir des soins médicaux lorsqu'il a été emmené à l'hôpital (précisez les heures).

Traitement avant l'admission à la clinique.

Causes possibles de la maladie - le lien avec l'exacerbation saisonnière de l'ulcère gastroduodéal, la prise.

Présence d'antécédents d'ulcère, de maladies chroniques du foie et du sang.

2. Recherche objective

Données générales:

- a) la gravité de l'état du patient,
- b) température corporelle, accélération du pouls, diminution de la pression artérielle, fréquence du pouls (FP), fréquence de la respiration (FR)
- c) l'état de la langue (sèche, humide),
- d) l'état du pharynx et des amygdales
- e) couleur de la peau (pâle, présence d'un réseau veineux sur la paroi abdominale antérieure)

Examen des organes abdominaux :

examen abdominal :

- a. rétractée, enflée, élargie en ascite.
- b. degré de participation à l'acte respiratoire (retard de la moitié droite ou gauche de l'abdomen, asymétrie de l'abdomen),

palpation de l'abdomen :

- a) la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence de néoplasmes, localisation, mobilité, sa taille en centimètres (décrire ses contours), hyperesthésie de la peau de l'abdomen
- b) la présence de symptômes ulcéreux
- c) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation (une tension musculaire protectrice, symptômes de Schotkin-Blumberg, Mendel)
- d) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés

percussion abdominale :

- a. émoussé sur les flancs,
- b. augmentation de la matité hépatique,
- c. tympanite sévère

auscultation abdominale : - la présence et l'intensification des bruits péristaltiques.

examen rectal :

- le sang, le mucus, les impuretés sur le gant sont déterminés.

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) est la justification du diagnostic antérieur.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires

1. Tests sanguins en laboratoire (par ambulance - comptage du nombre d'érythrocytes et d'hémoglobine dans le sang, hématocrite, déficit en volume de sang circulant /VSC/).
2. Électrocardiographie
3. Oesophagogastroduodénoscopie pour déterminer la source du saignement, de l'activité hémorragique, de l'hémostase endoscopique (hémostase endoscopique physique, chimique, mécanique ou combinée)
4. Détermination du volume et du degré de perte de sang : VSC approprié : femmes - 60 ml/kg, hommes - 70 ml/kg Le volume de perte de sang = VSC proprement dit x (Ht proprement dit - Ht réel)/Ht proprement dit, Ht proprement dit pour les hommes 45 %, pour les femmes 42 %.
5. Artériographie sélective
6. RPU (recherche par ultrason) des organes abdominaux.

4. Diagnostic différentiel

Saignement dans l'ulcère gastroduodéal de l'estomac et du duodénum, saignement dans les néoplasmes de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, saignement dans les varices de varicosité de l'œsophage et de l'estomac, saignement dans la gastrite hémorragique érosive, saignement dans le syndrome de Mallory-Weiss, les saignements avec maladie du reflux gastro-oesophagien nécessitent un diagnostic différentiel entre eux, ainsi que des saignements du bas du tractus gastro-intestinal dans le cancer de l'intestin et des hémorroïdes, compliqués par les saignements, ainsi que des saignements pulmonaires et des saignements dans la cavité pleurale et abdominale.

5. Diagnostic clinique

L'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie sont indiquées, il existe des complications sur la base de la classification clinique et statistique (voir « Unifié clinique et statistique classification des maladies du système digestif.

93

Instruction départementale. Dziak GV, Bereznitsky JS, Filipov Yu.O. avec ccoauteur. - Kiev, Dnipro - VAL, 2004.

6. Tactiques organisationnelles de traitement

Hospitalisation d'urgence pour traitement conservateur (mini-invasif) ou intervention chirurgicale urgente ou urgente (indications avant l'opération,

préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec la définition des groupes de médicaments et les directions de leur action)

La possibilité d'utiliser un régime spécial, une hypothermie locale, une thérapie antisécrétoire (inhibiteurs de la pompe à protons, bloqueurs H2), la thérapie hémostatique (acide tranexamique, terlipressine, éthamsylate), la thérapie par perfusion et transfusion sanguine.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE
de la formation pratique
Sujet № 8.

**"Syndrome de saignement dans la cavité du tractus gastro-intestinal.
Saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal : néoplasmes de l'intestin grêle et du gros intestin, compliqués par des saignements ; maladie diverticulaire compliquée par des saignements ; hémorroïde compliquée de saignement "**

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 8. Saignement aigu et chronique dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal.

Définition : Les saignement aigu et chronique dans le tractus gastro-intestinal est du à des lésions de diverses parties du tractus gastro-intestinal par le processus pathologique compliqué par des saignements, se manifestant par la présence de sang altéré ou inchangé dans les selles, une anémie clinique et un choc hypovolémique. Si une hémorragie aiguë dans le tractus gastro-intestinal est suspectée, le patient doit recevoir des soins médicaux primaires et être hospitalisé d'urgence dans un centre spécialisé pour le traitement des hémorragies gastro-intestinales ou dans un hôpital chirurgical d'un hôpital multidisciplinaire.

Si la hémorragie chronique dans le tractus gastro-intestinal est suspectée, une consultation chirurgicale est indiquée, et si elle est confirmée, une hospitalisation dans un service de chirurgie ou autre service spécialisé (proctologie, oncologie) est indiquée.

Plus de 100 maladies différentes peuvent provoquer des saignements gastro-intestinaux aigus et chroniques. Les causes les plus courantes de saignement aigu et chronique dans la cavité inférieure du tractus gastro-intestinal sont **les tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin, la maladie diverticulaire, compliquées par des saignements; hémorroïdes compliquées par des saignements.**

Les tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin, maladie diverticulaire, hémorroïdes, compliquées de saignements.

- 1. Le saignement dans les tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin** est une manifestation de la maladie et survient à la suite de lésions tumorales des gros vaisseaux ou d'un traumatisme ou d'une désintégration de la tumeur.
- 2. Les saignements des hémorroïdes** sont l'une des principales manifestations

de la maladie et sont dus à un traumatisme des corps caverneux du rectum.

3. La diverticulose est une maladie chronique du tractus gastro-intestinal, inflammatoire et destructrice, caractérisée par l'apparition de diverticules (localisation prédominante de la moitié gauche du côlon) et pouvant se compliquer d'hémorragie.

Les buts ultimes de la formation pratique :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. PROGRAMME DE TRAITEMENT :
 - A) Maîtriser les règles des premiers secours au stade pré-hospitalier
 - B) Urgence d'hospitalisation
 - C) Urgence de l'opération
 - D) Préparation préopératoire
 - E) Traitement postopératoire

Objectif de la leçon pratique :

atteindre le niveau requis de connaissances théoriques et de compétences pratiques dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - **tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin, maladie diverticulaire, compliquées** de saignement ; hémorroïdes compliquées de saignement, qui fait référence au syndrome de saignement aigu et chronique dans la cavité du tractus gastro-intestinal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Curation d'un patient thématique avec une enquête théorique de chaque étudiant ayant une note sur les questions :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation de la performance de chaque étudiant en compétences pratiques :

- détermination du groupe sanguin
- détermination de la compatibilité sanguine du groupe et de l'individu

Partie information du développement méthodologique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques du gros intestin.**
- 2. Physiologie** - fonctions physiologiques des cellules sanguines et des organes hématopoïétiques
- 3. Physiologie pathologique** - changements dans le corps avec perte de sang.
- 4. Anatomie pathologique** - changements dans les organes et les systèmes avec perte de sang
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - bases immunologiques de la transfusiologie
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient, transfusiologie : détermination du groupe sanguin, tests de compatibilité, premiers secours.
- 7. Anesthésiologie et soins intensifs** - compensation de la perte de volume de sang circulant /VSC/

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques permettant de maîtriser des tâches à caractère pratique d'un montant de :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la maladie (enquête du patient et examen physique)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire de la maladie
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies avec lesquelles il est nécessaire de réaliser le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation du programme de traitement.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème des saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal

2. Identification des maladies pouvant entraîner des saignements dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal
3. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de saignement aigu ou chronique dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal
4. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à la formation d'un diagnostic préliminaire
5. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur
6. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative
7. Classifications cliniques et statistiques des maladies incluses dans le syndrome de saignement aigu et chronique dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal
8. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques liées à l'élément d'apprentissage

1. Détermination du groupe sanguin
 2. Détermination de la compatibilité sanguine du groupe et de l'individu
- 1. Détermination du groupe sanguin par le système AB0 à l'aide d'anticorps monoclonaux :**

Machinerie

La détermination du groupe sanguin (érythrocytes) par système AB0 avec des réactifs monoclonaux (monoclonales anti-A et anti-B, coliclons anti-A et anti-B) est réalisée en utilisant les méthodes isosérologiques conventionnelles de détection des antigènes érythrocytaires sur comprimés ou plaque de porcelaine blanche avec surface mouillée, dans une pièce bien éclairée à une température de 15-25°C;

1. À chaque détermination de groupe sanguin utiliser deux séries de réactifs anti-A et anti-B. Les anticorps monoclonaux anti-A et anti-B sont appliqués sur le comprimé ou la plaque en une grosse goutte (0,1 ml) sous les étiquettes appropriées : "anti-A" ou "anti-B". Avec les gouttes d'anticorps, appliquez le sang de test en une petite goutte (0,01 ml). Lors de la détermination du groupe sanguin sur le comprimé, les anticorps et le sang sont mélangés avec une boule sèche soigneusement lavée, en secouant le comprimé; en cas de détermination sur la plaque - une tige de verre, qui est lavée et essuyée après avoir mélangé chaque goutte.

2. Après avoir mélangé les réactifs et le sang, observez la réaction d'agglutination pendant 2,5 minutes
3. Evaluation des résultats de la réaction d'agglutination avec les anticorps monoclonaux anti-A et anti-B :

2. Détermination des groupes sanguins à l'aide de coliclos

Anti-A	Anti-B	Groupe sanguin
—	—	O(I)
+	—	A (II)
—	+	B (III)
+	+	AB (IV)

Remarque : + agglutination, - pas d'agglutination

Instructions pour l'exécution

Le contrôle des compétences pratiques est basé sur le principe d'une tâche test pas à pas et se compose de 6 questions.

1-5. Cette technique est divisée en questions, il est nécessaire de déterminer les bonnes réponses.

6. Sur 4 dessins présentés il faut définir le groupe correspondant du sang du malade.

3. Tests de compatibilité

Test de compatibilité individuelle du groupe sanguin (érythrocytes) selon le système ABO (test de compatibilité de groupe à température ambiante)

Machinerie

1. Tous les tests sont effectués avec le sérum du sang du patient, qui est obtenu par centrifugation ou décantation. Le sérum peut être testé

si celui est conservé au réfrigérateur pendant 2 jours.

2. Sur une plaque blanche ou une tasse de Pétri appliquer 2-3 gouttes de sérum du sang du patient, auxquelles on ajoute 5 fois moins de goutte de concentré érythrocytaire (du sang) du donneur.
3. Le sang est mélangé avec le sérum du patient, puis la plaque est périodiquement secouée pendant 5 minutes et observer simultanément le résultat de la réaction.
4. L'absence d'agglutination des érythrocytes du donneur indique la compatibilité du groupe sanguin du donneur et du receveur sur le système ABO. La présence d'agglutination indique leur incompatibilité et l'impossibilité de transfusion de concentré érythrocytaire (du sang).

Test de compatibilité du sang (des érythrocytes) Rh0 (D) (test thermique de compatibilité rhésus)

Machinerie

1. Le test de compatibilité utilisant une solution de gélatine à 10,0% est effectué dans des tubes à essai à une température de 46 à 48 degrés. C pendant 10 minutes
2. Au fond du tube marqué en conséquence, faites 1 goutte d'érythrocytes du donneur, puis ajoutez 2 gouttes de solution de gélatine chauffée (avant dilution) à 10,0% et 2 à 3 gouttes de sérum du patient.
3. Le contenu du tube est mélangé par agitation et placé dans un bain-marie à une température de 46 à 48 degrés pendant 10 minutes. Ensuite, le tube est retiré du bain-marie, ajoutez-y 5,0 - 8,0 ml de solution de chlorure de sodium isotonique, mélangez le contenu par 1 - 2 inversion du tube et inspectez lumière à l'œil nu ou à travers une loupe.
4. Evaluation des résultats : la présence d'agglutination sous forme de suspension de petits, rarement gros, glomérules sur fond de liquide clarifié ou totalement transparent signifie que les érythrocytes (sang) du donneur sont incompatibles avec le sang du patient et on ne peut pas les transfuser au patient. Si le contenu du tube reste uniformément coloré, légèrement opalescent et qu'aucune agglutination n'est pas observée, les érythrocytes (sang) du donneur sont compatibles avec le sang du patient par facteur Rh0 (D).

Test de compatibilité clinique et biologique

Machinerie

1. Les 45 premiers ml de sang sont transfusés en trois doses de 10 à 15 ml avec un jet à des intervalles de 3 minutes (pendant l'intervalle, le système est arrêté)
2. Si après la transfusion de 45 ml de sang il n'y a aucun signe d'incompatibilité (anxiété, difficulté à respirer, lombalgie, rougeur ou pâleur du visage, accélération pouls, baisse de la tension artérielle), la transfusion sanguine est réalisée goutte à goutte.
3. En cas de transfusion de concentré d'érythrocytes (du sang) sous anesthésie, la survenue d'une réaction ou d'une complication peut indiquer une accélération non motivée fréquence cardiaque et tension artérielle. Dans ce cas, une nouvelle transfusion doit être arrêté immédiatement.

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est construit sur le principe d'un test de 3 questions.

Dans les méthodes de test de compatibilité des options fournies pour déterminer les bonnes.

Caractéristiques de l'examen des patients présentant des saignements aigus et chroniques dans la cavité de l'étage inférieur du tractus gastro-intestinal :

1. Enquête

Plaintes de : faiblesse générale, vertiges, palpitations, changements dans la nature de la selle et de l'excrément, perte de poids, ballonnements.

Identifiez systématiquement les autres plaintes :

1. caractéristiques des écoulements fécaux (consistance, couleur, impuretés de sang rose ou foncé, sol)
2. ballonnements
3. changements d'autres organes et systèmes
4. changements de température corporelle

Histoire et de la maladie et de la vie:

Date et heure de début (en heures) de la maladie

La séquence des autres symptômes :

- a) la nature des selles (normale, diarrhée, selles retardées, présence de sang) ;
- b) température corporelle (normale, élevée, dans quelles limites).

Dans combien d'heures et où est-il allé pour obtenir des soins médicaux lorsqu'il a été emmené à l'hôpital (précisez les heures).

Traitement avant l'admission à la clinique

Les causes possibles de la maladie sont liées à l'alimentation et à l'alimentation nature (viande, légume, erreur diététique), médicaments.

2. Recherche objective

Données GÉNÉRALES:

- a) le degré de la gravité de l'état du patient,
- b) température corporelle, accélération de la fréquence du pouls, diminution de la PA, FP, FR
 - c) l'état de la langue (sèche, humide),
 - d) l'état du pharynx et des amygdales
 - e) couleur de la peau (pâle, présence d'un réseau veineux sur la paroi abdominale antérieure)

Examen des organes abdominaux :

examen abdominal :

- 1. rétracté, enflé, élargi en ascite.
- 2. le degré de participation à l'acte respiratoire (retard de la moitié droite ou gauche de l'abdomen, asymétrie de l'abdomen),

palpation de l'abdomen :

- a) détermination de la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence de néoplasmes, localisation, mobilité, sa taille en centimètres (décrire ses contours), hyperesthésie de la peau abdominale,
- b) la présence de symptômes ulcéreux,
- c) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation (une tension musculaire protectrice, symptômes de Schotkin-Blumberg, Mendel).
- d) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés

percussion abdominale :

- a. émoussé sur les flancs,
- b. augmentation de la matité hépatique,
- c. tympanite sévère

auscultation abdominale :

- la présence et l'intensification des bruits péristaltiques.

examen rectal :

- surplomb déterminé de la voûte vaginale, la présence d'infiltrats,

de tumeurs, de sang, de mucus sur le gant, la présence d'hémorroïdes nœuds. Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) est la justification du diagnostic préliminaire.

3. Programme de diagnostic avec analyse de données de recherche supplémentaires

1. Analyses sanguines de laboratoire (ambulance - comptage du nombre d'érythrocytes et d'hémoglobine dans le sang, hématocrite, déficit en VSC), analyse de sang occulte dans les selles (comme dépistage pour la détection précoce des tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin et référence pour examen endoscopique).
2. Rectoromanoscopie
3. Coloscopie
4. RPU de la cavité abdominale.

4. Diagnostic différentiel

Les saignements dans les tumeurs de l'intestin grêle et du gros intestin, les maladies diverticulaires et les saignements dans les hémorroïdes nécessitent un diagnostic différentiel, ainsi que les saignements dans les polypes anaux, les fissures anales et les saignements du tractus gastro-intestinal supérieur (saignement d'ulcères de l'estomac et duodénum, saignement de cancer de l'estomac, saignement dans les varices de l'œsophage, saignement dans le syndrome de Mallory-Weiss, saignement dans la gastrite hémorragique érosive, saignement dans le reflux gastro-œsophagien), avec saignement dans la cavité abdominale.

5. Diagnostic clinique

L'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie sont indiquées, il existe des complications sur la base de la classification clinique et statistique (voir « Classifications cliniques et statistiques unifiées des maladies digestives. Instructions départementales. Instruction du Ministère. Dziak G.V., Bereznytskyi Y.S., Filipov Y.O. avec coauteur. - Kiev, Dnipro - VAL, 2004.)

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques

Hospitalisation urgente pour traitement conservateur, intervention chirurgicale urgente ou planifiée (indications avant l'opération, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec la définition des groupes de médicaments et leur action), ou la possibilité de traitement conservateur et

ambulatoire avec la définition des groupes de médicaments et leurs domaines d'action.

La possibilité d'utiliser un régime spécial, une hypothermie locale, des méthodes d'hémostase endoscopique ou endovasculaire, une thérapie hémostatique (acide tranexamique, éthamsylate), une thérapie par perfusion et transfusion sanguine, prescription de médicaments (pommade **Procto Glivenol**, **Posterisan-forte**, **Aurobin**, gélules **Detralex**, **Cyclo 3 fort**, **Phlebodia**, **Venosmin**).

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances

«Syndrome de saignement dans la cavité du tractus gastro-intestinal»

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.

4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :

- diagnostic préliminaire
- programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
- diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
- diagnostic clinique
- programme de traitement

3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 9.

«Syndrome de perturbation aiguë du passage du contenu intestinal : Problèmes généraux de développement, de diagnostic et de traitement de l'occlusion intestinale mécanique aiguë»

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 9. Occlusion mécanique aiguë des intestins.

Définition : Le syndrome d'occlusion intestinale aiguë est un syndrome qui survient dans diverses maladies du tractus gastro-intestinal et est déterminé par une altération du péristaltisme et de la fonction d'évacuation avec des modifications morphologiques de la partie affectée de l'intestin et de l'état général de l'organisme entier.

Au syndrome de la violation aiguë du passage du contenu intestinal chez le patient on l'indique la consultation urgente du chirurgien pour la décision des questions de l'hospitalisation urgente du patient dans la branche chirurgicale pour l'exécution de l'opération urgente. Les causes du syndrome de violation aiguë du passage du contenu intestinal peuvent être des complications de hernies, des maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale, des tumeurs pouvant conduire au développement d'une obstruction intestinale dynamique et mécanique aiguë..

Problèmes généraux de développement, de diagnostic et de traitement de l'obstruction intestinale mécanique aiguë

Selon l'étiopathogénie de l'obstruction intestinale aiguë est divisé en:

1. Occlusion dynamique (fonctionnelle), divisée en spastique et paralytique.
2. Occlusion mécanique. Il y a ses formes :
 - obturation (intra-organe, intra-muros, extra-organe) ;
 - étranglement (formation de nœuds, torsion, compression herniaire) ;
 - mixte (invagination, obstruction adhésive).

Par origine, il existe une obstruction congénitale et acquise.

Par niveau d'impraticabilité : haut et bas.

Selon l'évolution clinique : aiguë, chronique, complète et partielle.

Détermination de l'occlusion obstructive mécanique aiguë de l'intestin :

Violation de la promotion des masses alimentaires et du contenu intestinal en raison de l'obstruction de la lumière intestinale ou de sa compression de l'extérieur sans implication dans le processus pathologique des vaisseaux mésentériques.

Détermination de l'occlusion aiguë par strangulation mécanique des intestins : violation de la promotion des masses alimentaires et du contenu

intestinal en raison de la compression de la lumière intestinale et du faisceau vasculaire-nerveux du mésentère.

La plus grande attention est attirée sur l'obstruction intestinale haute, aiguë et complète, car ce type d'obstruction peut mettre en peu de temps la vie du patient en danger de mort, surtout si cette obstruction est mécanique.

Au cœur de la pathogenèse de l'obstruction mécanique aiguë des intestins se trouvent les phénomènes de choc. La première et la plus évidente conséquence de l'obstruction mécanique est l'afflux et l'accumulation de grandes quantités de liquide et d'électrolytes dans la lumière intestinale au-dessus du niveau d'obstruction avec une suppression simultanée et brutale de la réabsorption dans cette zone de l'intestin. Cela conduit à un étirement excessif de la paroi intestinale et à une sécrétion accrue de liquide avec une détérioration simultanée de l'apport sanguin à la membrane muqueuse. Le tractus intestinal au-dessus du niveau d'obstruction perd la capacité d'absorber les électrolytes et l'eau. Parce que la lumière intestinale n'est pas l'environnement interne du corps, le liquide ne peut pas être utilisé pour maintenir l'homéostasie et est perdu. La stase du contenu intestinal favorise le développement de micro-organismes et l'accumulation de gaz dans l'intestin. Le gonflement et la distension de l'estomac et des intestins entraînent une irritation du centre des vomissements, il existe un antipéristaltisme et des vomissements, au cours desquels le patient perd beaucoup de liquide contenant de grandes quantités d'électrolytes et de protéines. Plus l'obstruction est élevée, plus la perte de liquide est importante, et le liquide qui s'accumule dans la lumière de l'intestin a la même composition électrolytique que le plasma. Par conséquent, au cours de la période initiale de la maladie, la déshydratation se produit principalement en raison de pertes de l'espace extracellulaire sans modifications significatives des électrolytes sanguins. Il y a une diminution de l'OCP et de la coagulation du sang. Progressivement, une déshydratation générale se développe, d'abord extracellulaire puis intracellulaire.

Le volume de sang circulant est diminué. Les manifestations cliniques de ceci sont une hypotension artérielle et une diminution de la TVC. En raison de la perte de la partie liquide du sang, l'hématocrite est augmentée, les propriétés rhéologiques du sang sont changées, sa viscosité est augmentée, ce qui entraîne des violations importantes de l'hémomicrocirculation. La perméabilité de la paroi vasculaire est augmentée. Avec la partie liquide du sang, une grande quantité d'ions sodium est consommée - le principal électrolyte du liquide extracellulaire, qui stimule la libération d'aldostérone, qui retient le sodium et le chlore dans le

corps. Cependant, les ions potassium continuent d'être excrétés dans l'urine.

Il en résulte une affection connue dans la littérature sous le nom de « syndrome de Dorrow » Trois ions potassium sont libérés de la cellule, remplacés par deux ions sodium et un ion hydrogène, et, par conséquent, une acidose intracellulaire et une alcalose extracellulaire se développent.

La perte d'eau, de protéines et d'électrolytes entraîne une diminution de la filtration glomérulaire et une diminution de la diurèse. Consécutivement, les deux formes d'azotémie sont apparues: productive et rétentielle. C'est-à-dire qu'au départ, le niveau d'azote résiduel est augmenté en raison de l'hyperproduction de composés azotés en raison d'une dégradation accrue des protéines, puis - en raison d'une diurèse réduite.

Si l'obstruction dure plus que 24 heures, les troubles décrits s'aggravent : l'épuisement du glycogène dans le foie et les muscles, la dégradation des protéines et des graisses des propres tissus de l'organisme commence, accompagnée d'une accumulation de produits acides, entraînant une alcalose extracellulaire est remplacée par acidose. Le résultat de la mort et de la désintégration cellulaires est la libération de potassium intracellulaire, mais comme l'oligurie se produit, il n'est pas excrété par le corps.

Ainsi, l'hypokaliémie est remplacée par l'hyperkaliémie. La concentration d'azote et d'urée est augmentée. Une augmentation prolongée de la pression dans la lumière intestinale provoque de graves troubles circulatoires et entraîne des modifications hémomicrocirculatoires. Gonflement, nécrose de la membrane muqueuse sont apparus ainsi que la perforation de l'intestin avec conséquences ultérieures.

En plus d'augmenter la pression intra-intestinale, l'accumulation de liquide et de gaz dans l'intestin contribue à l'augmentation de la pression intra-abdominale, ce qui conduit à une position élevée du diaphragme et à une altération de la fonction respiratoire. Une pression intracrânienne élevée altère le flux sanguin dans la veine cave inférieure, entraînant une diminution du débit cardiaque par minute.

Ces changements sont accompagnés d'un facteur toxique important. Parallèlement à l'intoxication bactérienne, l'effet toxique des produits d'autolyse de la muqueuse intestinale joue un rôle important, des polypeptides vasoactifs agressifs et des enzymes lysosomales se forment et pénètrent dans la circulation sanguine.

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Anesthésie
 - E) Traitement postopératoire
 - F) Réadaptation des patients.

Le but de la leçon pratique: Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à vocation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Doctrine générale de l'obstruction intestinale mécanique aiguë, qui fait référence au syndrome d'obstruction intestinale aiguë.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - analyse des radiographies de revue de la cavité abdominale en cas d'obstruction mécanique aiguë des intestins,
 - détermination des symptômes pathognomoniques de l'obstruction intestinale: **Valya, Schlang, Sklyarov, Spasokukotsky, Kivul, Hôpital Obukhov, Tiliaks, Rush, Cruvelier.**

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques** de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin, leur innervation et leur apport sanguin.
- 2. Physiologie** - fonction sécrétoire et motrice du tractus gastro-intestinal
- 3. Physiologie pathologique** - dysfonctionnement des organes et des systèmes, ainsi que de l'intestin dans l'occlusion intestinale mécanique aiguë.
- 4. Anatomie pathologique** - modifications morphologiques des organes du tractus gastro-intestinal et d'autres organes du corps humain lors d'une occlusion mécanique aiguë des intestins
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans la survenue de processus inflammatoires de l'intestin et du péritoine dans l'occlusion intestinale mécanique aiguë
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.
- 7. Radiologie** - description et analyse des signes radiologiques de l'occlusion intestinale mécanique aiguë.
- 8. Anesthésiologie et soins intensifs** - principes de prise en charge d'un patient présentant une occlusion mécanique aiguë et sa préparation à la chirurgie, méthodes d'anesthésie et restauration de l'équilibre corporel

Objectif spécifique de la préparation indépendante pour une leçon pratique :

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de l'obstruction (enquête du patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies qui ont conduit au développement d'une obstruction
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies

6. Formation d'un programme de traitement de l'obstruction intestinale mécanique aiguë.

Le programme de préparation autonome à un cours pratique :

1. L'urgence du problème de l'obstruction mécanique aiguë des intestins
2. Détermination des types d'obstruction intestinale mécanique aiguë
3. Causes et mécanisme du développement de l'obstruction mécanique aiguë
4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données d'examen physique) d'un patient présentant une occlusion intestinale mécanique aiguë
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires pour former un diagnostic
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur
7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative
8. Etablissement d'un diagnostic clinique sur la base d'une classification clinique et statistique de la pathologie du tractus gastro-intestinal
9. Justification du programme d'organisation et de traitement de l'obstruction intestinale mécanique aiguë.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Analyse des radiographies de revue dans l'obstruction intestinale mécanique aiguë.
2. Détermination des symptômes pathognomoniques : Valya, Schlange, Sklyarova, Spasokukotsky, Kivul, Hôpital Obukhov, Tiliaks, Rush, Cruvelier.

1. Analyse des radiographies de revue dans l'obstruction intestinale mécanique aiguë.

Chaque étudiant doit être capable de visualiser la revue des radiographies de la cavité abdominale et être capable de déterminer :

- Les calices de Kleuber (niveaux horizontaux de liquide avec du gaz au-dessus d'eux) et les distinguer dans l'intestin grêle et le gros intestin à la fois par leur emplacement et par le rapport hauteur/largeur (les bols larges et bas de l'intestin grêle sont situés au milieu de la cavité abdominale dans contraste avec les bols hauts et relativement étroits des bols du côlon, situés dans les flancs latéraux de la cavité abdominale);

- détecter les plis de Kerkring sous forme de raies lombaires surtendues par le contenu de l'intestin grêle (présence de « ressorts »).

De plus, lors de la réalisation **d'un test de Schwartz** en demi-verre avec surveillance dynamique du mouvement du mélange de baryum dans l'intestin, l'étudiant doit être capable de déterminer le délai de passage de l'agent de contraste à la place de l'obstruction.

Instructions pour effectuer le test

Maîtrise des compétences pratiques : la question repose sur le principe du test : plusieurs radiographies de contrôle sont proposées, sur lesquelles les fenêtres doivent indiquer la bonne réponse aux signes et symptômes à l'écran, c'est-à-dire que l'étudiant doit disposer les caractéristiques correspondant à chacun radiographie. Confirmez ensuite la fin du test et envoyez les résultats.

2. Détermination des symptômes pathognomoniques : De Valya, Schlange, Sklyarova, Spasokukotsky, Kivul, Hôpital Obukhov, Tiliaks, Rush, Cruvelier.

Le symptôme de Valya est une asymétrie de l'abdomen lors de l'examen du patient, la palpation peut révéler une formation ressemblant à une tumeur (anse enflée) et une tympanite lors de la percussion dessus.

Le symptôme de Schlange - à l'inspection de l'abdomen on observe le péristaltisme visible de l'intestin.

Le symptôme de Sklyarov - le bruit de l'éclaboussure dans l'intestin grêle et le gros intestin au passage du mur antérieur abdominal par la main du médecin.

Le symptôme de Kivul est un son métallique sur la boucle enflée de l'intestin lorsqu'il est percuté avec un pleximètre ou un doigt.

Le symptôme de Spasokukotsky est d'écouter le bruit d'une "goutte qui tombe" sur fond de péristaltisme affaibli pendant l'auscultation.

Le symptôme de l'hôpital d'Obukhov - lors de l'examen par le doigt du rectum

avec une faible occlusion intestinale, il y a une expansion en forme de ballon de l'ampoule rectale et le béant de l'anus en raison de l'affaiblissement du tonus du sphincter rectal (symptôme positif).

Le symptôme de Tiliaks est l'apparition périodique de douleurs abdominales de type crampe pendant l'invagination.

Symptôme de Rush - présence d'une tumeur élastique indolore dans l'abdomen et d'un ténesme à la palpation (lors de l'invagination de l'intestin).

Le symptôme de Cruvelier est une décharge sanglante du rectum pendant l'invagination du côlon.

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question est basée sur le principe du test : plusieurs descriptions de symptômes d'obstruction sont proposées, qui doivent être placées selon le nom des symptômes dans les fenêtres affichées à l'écran, c'est-à-dire que l'étudiant doit disposer correctement les caractéristiques correspondantes à chaque symptôme. Confirmez ensuite la fin du test et envoyez les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients présentant une occlusion intestinale aiguë :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

A) Plaintes de :

- Présence et nature de la douleur : Le premier et le plus courant symptôme subjectif de l'obstruction intestinale est la douleur abdominale, qui au début a la nature convulsive et au commencement de la maladie est déterminée dans la partie de l'abdomen où la barrière s'est formée. À l'avenir, la douleur devient constante, se propage dans tout l'abdomen, quelque peu émoussée. Au stade terminal de l'obstruction, l'intensité de la douleur est considérablement réduite.
- nausées et vomissements - observés dans 60% des cas. Plus l'obstruction est élevée, plus les vomissements sont prononcés. Les premières masses de vomi sont constituées du contenu de l'estomac avec des impuretés biliaires, puis le contenu intestinal les rejoint. Au stade tardif, la masse de vomi acquiert une odeur fécale.
- La défécation retardée et les flatulences sont des symptômes courants et importants de l'obstruction intestinale.
- le ballonnement est particulièrement caractéristique de la forme obstructive

de l'obstruction intestinale.

- un ballonnement uniforme est le plus souvent observé dans l'intestin grêle obstruction, et si le ballonnement se produit dans une partie de l'abdomen, alors ces symptômes sont plus caractéristiques d'une obstruction colique.

A) Antécédents de la maladie :

Il est nécessaire de savoir quand les premières manifestations de la maladie sont apparues, ce que le patient associe au début de la maladie (dans le contexte d'une bonne santé ou après avoir mangé et avec sa nature, l'abus d'alcool), s'il y a eu des attaques similaires dans le passé. Compte tenu de l'urgence de la pathologie, il est nécessaire toutes les heures de déterminer la dynamique des changements dans l'état du patient, les mesures de traitement prises ou les options d'automédication, ainsi que quand et où il a consulté un médecin, quand il a été transporté à l'hôpital.

B) Histoire de vie :

Il est nécessaire de préciser la présence de maladies similaires chez des parents proches (père, mère, frères et sœurs), de faire attention à une éventuelle pathologie congénitale (atrésie intestinale ou autres anomalies des cavités abdominale et thoracique, hernies, etc) les caractéristiques du développement et des interventions chirurgicales et leurs caractéristiques transférées à différents âges. Il faut faire attention aux conditions de vie et de travail du patient (travail pénible, présence de risques professionnels tels que pesticides, séjour dans des pièces à l'air toxique, périodes d'abstinence de manger, etc.).

2. Examen physique :

À l'examen objectif, l'attention est portée sur l'état général du patient, qui reste initialement satisfaisant (avec obstruction obstructive), mais peut s'aggraver significativement dans les premières heures de la maladie (avec obstruction strangulation). L'accélération du pouls et la baisse de la pression artérielle dépendent directement des signes de déshydratation et du degré de réduction du VSC. La langue est d'abord humide, puis devient sèche.

L'examen de l'abdomen permet de détecter chez les patients un degré modéré

de ballonnement et d'asymétrie. La forme et l'asymétrie de l'abdomen dépendent de l'emplacement de l'obstacle. Un ballonnement uniforme de l'abdomen est caractéristique des formes basses d'occlusion intestinale. À une haute impraticabilité on observe l'augmentation du ventre dans les sections supérieures; aux tours s'enregistre en plusieurs cas la localisation moyenne, à l'invagination, l'asymétrie se passe le plus souvent dans le domaine droit iliaque.

Les tumeurs (obstruction obstructive), l'invagination sont détectées par palpation. Évaluer la nature et la localisation de la douleur, la gravité des symptômes d'irritation péritonéale. Dans l'intestin, détectez le "bruit de claquement" (symptôme Sklyarov). Avec obstruction du côlon - flatulences importantes dans la région iliaque droite, ballonnements du caecum (symptôme d'Anschutz).

Une tympanite à percussion est définie, parfois avec une teinte métallique élevée.

Pendant l'auscultation, vous pouvez entendre des sons aigus qui se produisent en raison du mouvement du liquide et du gaz (au premier stade de l'obstruction). Dans les cas graves, l'auscultation de l'abdomen, les souffles intestinaux ne sont pas détectés. Il n'y a pas de n'importe quels bruits dans la cavité abdominale. Ce phénomène est appelé "silence grave".

Les symptômes pathognomoniques de l'obstruction intestinale comprennent :

- Symptôme de Valya - asymétrie visible dans la moitié inférieure de l'abdomen, motilité intestinale visible, palpation de tumeurs résistantes, tympanite avec percussion de cette tumeur ;
- Le symptôme de Schlang - le péristaltisme visible des intestins;
- Symptôme de Sklyarov - bruit «éclaboussures intestinales »;
- Symptôme de Kivul - un son métallique sur la boucle gonflée lors de la percussion ;
- le symptôme de Spasokukotsky - le bruit d'une goutte tombant;
- Symptôme de Grekov (" Hôpital Obukhov ") - ampoule vide et étirée du rectum, sphincter béant;
- symptôme de Cege - Manteifel - dans le rectum ne peut pas entrer plus de 0,5 à 1 litre de liquide;

Pour l'invagination intestinale est caractérisée par une triade de symptômes :

- Symptôme de Tiliak - apparition périodique de douleurs abdominales ressemblant à des crampes ;
- Symptôme de Rush - la présence d'une tumeur élastique indolore dans

l'abdomen et d'un ténésme à sa palpation ;

- Symptôme de Cruvelier - écoulement sanglant du rectum.

Prise en compte du facteur temps dans l'évolution clinique de l'occlusion intestinale aiguë on distingue les trois étapes (phases): **"cri iléal " (initial, réflexe), intoxication (violation aiguë de l'hémodynamique intestinale intra-muros), péritonite (terminale).**

La phase de "cri iléal " dure de 12 à 16 heures, se caractérise par une des crampes douloureuses, récurrentes périodiquement et parfois si intenses, conduisant au choc. En plus de la douleur, les patients souffrent de nausées, de vomissements, de selles retardées et de gaz. Symptôme de Valya est presque toujours un symptôme positif.

La phase d'intoxication dure de 12 à 36 heures. Pendant cette période, la douleur perd son caractère convulsif et devient permanente, il y a ballonnements et asymétrie de l'abdomen, les vomissements sont fréquents, le péristaltisme disparaît. Le pouls est accéléré, la pression artérielle est normale ou légèrement réduite, un retard complet des selles et des gaz. Les symptômes de Valya, Sklyarov, Kivul, Shchetkin - Blumberg sont positifs. Pendant cette période, il existe des signes radiologiques clairs d'obstruction intestinale.

La phase terminale (de la péritonite) se développe dans 36 heures après le début de la maladie. Cette période est caractérisée par une violation prononcée de l'état général et des fonctions d'un certain nombre d'organes et de systèmes. L'abdomen est fortement enflé, le péristaltisme est absent. Le liquide libre est clairement détecté dans la cavité abdominale libre, la langue est sèche, des vomissements avec une odeur fécale se produisent périodiquement. La pression artérielle est basse, la fréquence cardiaque est fréquente, faible. Tous les symptômes d'obstruction intestinale et le symptôme de Schottkin-Blumberg sont positifs. Des patients en état d'euphorie. En raison de troubles métaboliques profonds (défaillance de plusieurs organes), du développement rapide d'une infection de la cavité abdominale et d'une intoxication sévère, cette période d'obstruction est dite terminale.

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) se fait la justification du diagnostic préliminaire.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études

supplémentaires :

Dans l'ambulance - comptage du nombre de leucocytes dans le sang, puis analyse clinique générale du sang pour détecter les changements dans la formule des leucocytes - son déplacement vers la gauche, l'accélération du taux de décantation des érythrocytes (TDÉ). Amylase, glycémie. Analyse biochimique du sang. Analyse clinique générale des urines. Amylase urinaire. L'exécution du radiogramme de révision de la cavité abdominale. RPU de la cavité abdominale. Test de baryum oral en demi-verre de Schwartz. Laparoscopie.

4. Diagnostic différentiel :

Lors du diagnostic d'une obstruction intestinale aiguë, il est important de préciser son type (mécanique, dynamique), car les méthodes de traitement de ces types d'obstruction sont différentes.

Le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale aiguë est effectué avec un ulcère perforé, une cholécystite aiguë, une appendicite aiguë, une pancréatite aiguë, une colique néphrétique, une grossesse extra-utérine, une thromboembolie mésentérique des vaisseaux.

5. Diagnostic clinique :

Il indique l'unité nosologique et la forme du cours de la maladie, les complications existantes - sur la base de la classification clinique et statistique (voir « Classification clinique et statistique unifiée des maladies du système digestif ». Instruction du Ministère. Dziak G.V., Berezhnytskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

Avant de commencer le traitement, vous devez comprendre clairement quel type d'obstruction vous devez traiter. L'obstruction par strangulation nécessite une intervention chirurgicale d'urgence, car une intervention chirurgicale tardive peut entraîner une nécrose intestinale et une péritonite diffuse. En cas d'obstruction obstructive, il est possible d'effectuer un traitement conservateur pour éliminer

l'obstruction avec élimination ultérieure (éventuellement opératoire) de la cause qui l'a provoquée. Le traitement conservateur en l'absence d'effet prononcé ne doit pas être effectué plus de 2 heures.

Principes du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale mécanique aiguë :

- Intervention chirurgicale par section médiane, sous anesthésie générale.
- Supprimer une obstruction mécanique ou contourner le contenu intestinal.
- Evaluation de la viabilité intestinale (en cas de non-viabilité - résection de l'intestin).
- Le déchargement de la partie dilatée de l'intestin permet de restaurer la microcirculation de la paroi intestinale, la tonicité de la paroi intestinale et le péristaltisme.
- Réhabilitation et drainage de la cavité abdominale.

DEVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE de la formation pratique

Sujet № 10.

"**Syndrome de violation aiguë du passage du contenu intestinal :
Problèmes généraux de développement, de diagnostic et
de traitement de l'occlusion intestinale dynamique aiguë** "

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 10. Occlusion intestinale dynamique aiguë.

Définition : **Syndrome de perturbation aiguë du passage du contenu** intestinal est un syndrome qui survient dans diverses maladies du tractus gastro-intestinal et est déterminé par une altération du péristaltisme et de la fonction d'évacuation avec des modifications morphologiques de la partie affectée de l'intestin et de l'état général de l'organisme entier.

Au syndrome de la violation aiguë du passage du contenu intestinal chez le patient on montre la consultation urgente du chirurgien pour la décision des questions de l'hospitalisation urgente du patient dans le département chirurgical pour l'exécution de l'opération urgente. Les causes du syndrome d'obstruction intestinale aiguë peuvent être des complications de hernies, des maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale, des tumeurs pouvant conduire au développement **d'une obstruction intestinale dynamique et mécanique aiguë.**

Problèmes généraux de développement, de diagnostic et de traitement de l'occlusion intestinale dynamique aiguë.

Selon l'étiopathogénie on distingue :

Occlusion dynamique (fonctionnelle), qui est divisée en spastique et paralytique.

Occlusion mécanique. On distingue ses formes :

- obturation (intra-organe, intra-muros, extra-organe) ;
- strangulation (formation de nœuds, torsion, compression herniaire) ;
- mixte (invagination, obstruction adhésive) ;

Par origine, on distingue l'obstruction congénitale et acquise.

Par niveau de l'obstruction : haut et bas.

Selon l'évolution clinique : aiguë, chronique, complète et partielle.

Définition : L'occlusion intestinale dynamique est causée par une violation du tonus de leur système musculaire (spastique) ou est un réflexe dû à une irritation du système neuromusculaire de l'intestin (paralytique).

Types d'occlusion intestinale dynamique :

- occlusion intestinale paralytique ;
- occlusion intestinale spastique.

Raisons du développement d'une obstruction intestinale dynamique :

A) Occlusion intestinale paralytique (parésie de l'intestin grêle et du gros intestin) :

- après des opérations sur les organes abdominaux;
- en raison de processus inflammatoires et destructeurs dans la cavité abdominale;
- en raison de blessures de l'abdomen, de la poitrine et de la colonne vertébrale.

B) Occlusion intestinale spastique (spasme de la paroi intestinale) :

- en raison de l'objet étranger ;
- en raison d'une augmentation de l'excitabilité nerveuse générale (hystérie) ;
- due à une intoxication chronique ou aiguë ;
- effet réflexe dans les coliques hépatiques et néphrétiques.

Les troubles physiopathologiques généraux de l'occlusion intestinale aiguë sont causés par la perte de quantités importantes d'eau, d'électrolytes, de protéines, d'enzymes et de troubles de l'état acido-basique, d'intoxication et de facteur bactérien.

Manifestations cliniques de l'occlusion intestinale dynamique :

A) Occlusion intestinale spastique :

- douleur paroxystique ;
- vomissements ;
- excrétion gazeuse et défécation retardées ;
- à partir de l'anamnèse, il est nécessaire de déterminer le contact éventuel avec la substance vénéneuse;
- à l'examen objectif - zones spasmodiques de l'intestin;
- radiologiquement - hyperpneumatose intestinale.

B) Occlusion intestinale paralytique :

- l'état du patient est sévère ;
- une intoxication sévère due à la maladie sous-jacente (péritonite) avec des phénomènes d'occlusion intestinale paralytique.

À l'occlusion paralytique dynamique il y a la douleur abdominale, en général, le caractère constant, on observe les symptômes de la maladie principale qui a provoqué l'iléus dynamique.

En cas d'occlusion paralytique, l'abdomen est uniformément gonflé, mou et le péristaltisme est affaibli ou absent dès le début.

En cas d'occlusion spastique, la douleur est paroxystique, l'abdomen n'est pas gonflé, et parfois rétracté.

Diagnostic de l'occlusion intestinale dynamique :

- Examen clinique:
 - réclamations ;
 - histoire de la maladie;
 - Données objectives;
- diagnostic de laboratoire ;
- diagnostic instrumental :
 - examen de la radiographie de la cavité abdominale ;
 - recherche radiologique de contraste de l'intestin grêle et du gros intestin.

Tactiques thérapeutiques pour l'occlusion intestinale dynamique :

- la préférence est donnée à la pharmacothérapie ;
- le traitement de la maladie fondamentale, qui a conduit à l'apparition d'une occlusion intestinale dynamique.

Les objectifs finaux de la formation sur l'élément formation :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Anesthésie

- E) Traitement postopératoire
- F) Réadaptation des patients.

Le but de la leçon pratique: Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à orientation professionnelle des médecins généralistes sur le sujet - Doctrine générale de l'obstruction intestinale dynamique aiguë, qui se réfère au syndrome de perturbation aiguë du passage du contenu intestinal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâches de test)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - Réalisation du test Napalkov-Schwartz
 - Décompression de l'intestin grêle et du gros intestin avec une sonde d'intubation

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire - caractéristiques topographiques et anatomiques** de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle et du gros intestin, leur innervation et leur apport sanguin.
- 2. Physiologie** - fonction sécrétoire et motrice du tractus gastro-intestinal
- 3. Physiologie pathologique** - dysfonctionnement des organes et des systèmes, ainsi que de l'intestin dans l'occlusion intestinale mécanique aiguë.
- 4. Anatomie pathologique** - modifications morphologiques des organes du tractus gastro-intestinal et d'autres organes du corps humain lors d'une occlusion mécanique aiguë des intestins

5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans la survenue de processus inflammatoires de l'intestin et du péritoine dans l'occlusion intestinale mécanique aiguë

6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.

7. Radiologie - description et analyse des signes radiologiques de l'occlusion intestinale mécanique aiguë.

8. Anesthésiologie et soins intensifs - principes de prise en charge d'un patient présentant une occlusion mécanique aiguë et sa préparation à la chirurgie, méthodes d'anesthésie et restauration de l'équilibre corporel

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de l'obstruction (enquête du patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques)

2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies qui ont conduit au développement d'une obstruction

3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires

4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation

5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies

6. Formation d'un programme de traitement de l'occlusion intestinale aiguë.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème de l'occlusion intestinale aiguë

2. Détermination des types d'occlusion intestinale aiguë

3. Causes et mécanisme de l'évolution d'obstruction intestinale aiguë

4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données d'examen physique) d'un patient présentant une occlusion intestinale aiguë

5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires pour former un diagnostic précédent

6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le

diagnostic précédent et le traitement ultérieur

7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative

8. Etablissement d'un diagnostic clinique sur la base d'une classification clinique et statistique de la pathologie du tractus gastro-intestinal

9. Justification du programme d'organisation et de traitement de l'obstruction intestinale aiguë.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Réalisation du test de Napalkov-Schwartz

2. Décompression de l'intestin grêle et du gros intestin avec une sonde d'intubation.

1. Réalisation du test de Napalkov-Schwartz (étude de contraste dynamique aux rayons X du tractus gastro-intestinal avec du sulfate de baryum).

Le patient reçoit 100 ml de suspension liquide de baryum per os. Une image d'observation de la cavité abdominale est réalisée en 2, 4 et 6 heures. Après 20 minutes, on détermine la pathologie de l'œsophage. Chez une personne en bonne santé pendant 2 heures, on détermine la pathologie de l'estomac et de l'intestin grêle. L'agent de contraste du côlon atteint environ dans 6 heures après l'ingestion. Un retard de la masse de contraste dans l'intestin grêle pendant plus de 4 à 6 heures indique la présence d'une occlusion intestinale.

Instruction pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est basé sur le principe d'une tâche test pas à pas et se compose de 4 questions.

1. Radiographies présentées - pour déterminer laquelle d'entre elles correspond à l'échantillon de Schwartz.

2. Choisissez la bonne définition d'échantillon Schwartz.

3. Déterminer les signes radiologiques d'occlusion intestinale lors du test de Schwartz.

4. Dans la méthode de la réalisation du test de Schwartz pour déterminer les bonnes réponses.

2. Décompression de l'intestin grêle et du gros intestin avec une sonde d'intubation.

L'intubation de l'intestin grêle peut être réalisée par voie nasogastrique ou

microgastrostomie, cécostomie. Intubation du côlon - par voie transanale (rétrograde) ou par colostomie (cécostomie, transversostomie, sigmostomie), ainsi que lors d'études endoscopiques mini-invasives.

Chaque élève doit être capable de reconnaître la sonde pour l'intubation par décompression nasogastrique de l'intestin, ainsi que de pouvoir gonfler un brassard en forme de seringue sur la sonde intestinale, puis retirer la sonde intestinale de l'estomac et presser les huiles gonflées dans la direction proximale pousser la sonde intestinale à travers le lumen de l'intestin jusqu'à l'extrémité de l'intestin grêle entier. Puis tenir la sonde intestinale pour en retirer la sonde gastrale de guidage et l'extrémité de la sonde intestinale pour effectuer de la cavité buccale à travers le passage nasal à l'extérieur (sur le mannequin).

De plus, chaque élève doit clairement présenter et expliquer comment un tube de décompression intestinale peut être inséré à travers la caecostomie dans l'intestin grêle de manière rétrograde, ainsi que comment faire passer un gros tube gastrique à travers l'anus et le conduire rétrogradement dans le gros intestin.

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est construit sur le principe d'un test comportant 5 questions.

1. Parmi les options proposées (types d'intubation et de décompression du tractus gastro-intestinal), les réponses doivent être choisies correctement.
2. Examinez les images et déterminez la sonde pour l'intubation/la décompression de l'estomac, de l'intestin grêle et du gros intestin.
3. Des maladies énumérées définir quelles sont les déclarations pour l'intubation / la décompression de l'estomac.
4. Déterminer la séquence correcte de la réalisation d'intubation nasogastrique.
5. Des données énumérées choisir les complications à l'intubation/la décompression de l'estomac.

Caractéristiques de l'examen des patients présentant une occlusion intestinale aiguë :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) la présence et la nature de la douleur :

Le premier et le plus courant symptôme subjectif de l'obstruction intestinale est la douleur abdominale, qui dans les premiers stades est de nature convulsive et est déterminée au début de la maladie dans la partie de l'abdomen où l'obstruction s'est formée. À l'avenir, la douleur devient constante, se propage dans tout l'abdomen, quelque peu émoussée. Au stade terminal de l'obstruction, l'intensité de la douleur est considérablement réduite.

- Nausées et vomissements - sont observés dans 60% des cas. Plus l'obstruction est élevée, plus les vomissements sont prononcés. Les premières masses de vomi sont constituées du contenu de l'estomac avec des impuretés biliaires, puis le contenu intestinal les rejoint. Au stade tardif, la masse de vomi acquiert une odeur fécale.

- Retard des selles et régénération des gaz - symptômes fréquents et importants de l'obstruction intestinale.

- La flatulence est particulièrement caractéristique de la forme obstructive de l'occlusion intestinale. Un ballonnement uniforme est le plus souvent observé dans l'occlusion de l'intestin grêle, et si le ballonnement se produit dans l'une des zones de la cavité abdominale, alors ces symptômes sont plus caractéristiques d'une obstruction du côlon.

B) Histoire de la maladie et de la vie :

Il est nécessaire de savoir quand les premières manifestations de la maladie sont apparues, ce que le patient associe au début de la maladie (dans le contexte d'une bonne santé ou après avoir mangé et avec sa nature, l'abus d'alcool). Quand et où il a consulté un médecin, quand il a été transporté à l'hôpital. Conditions de vie et de travail, etc.

2. Examen physique :

À l'examen objectif, l'attention est portée sur l'état général du patient, qui reste initialement satisfaisant (avec obstruction obstructive), mais peut s'aggraver significativement dans les premières heures de la maladie (avec obstruction strangulation).

L'accélération du pouls et la baisse de la pression artérielle dépendent directement des signes de déshydratation et du degré de réduction du VSC. La langue est d'abord humide, puis devient sèche.

L'examen de l'abdomen permet de détecter chez les patients un degré modéré de ballonnement et d'asymétrie. La forme et l'asymétrie de l'abdomen dépendent de l'emplacement de l'obstacle. Un ballonnement uniforme de l'abdomen est caractéristique de la parésie de l'intestin grêle et des formes basses d'obstruction intestinale. À une haute impraticabilité on observe l'augmentation de l'abdomen dans les parties supérieures; à la torsion s'enregistre en plusieurs cas la localisation moyenne, à l'invagination l'asymétrie se passe le plus souvent dans le domaine iliaque droit.

Les tumeurs (lors de l'obstruction obstructive), les invaginations sont détectées par palpation. Évaluer la nature et la localisation de la douleur, la gravité des symptômes d'irritation péritonéale. Dans l'intestin, détectez le "bruit de claquement" (symptôme Sklyarov). Avec obstruction colique - flatulences importantes dans la région iliaque droite (symptôme d'Enschutz). La percussion est déterminée par la tympanite.

Pendant l'auscultation, vous pouvez entendre des sons aigus qui se produisent en raison du mouvement du liquide et du gaz. Dans les cas graves, le bruit intestinal n'est pas détecté lors de l'écoute de l'abdomen. Il n'y a pas de n'importe quels bruits dans la cavité abdominale. Ce phénomène est appelé "silence grave".

Les symptômes pathognomoniques de l'obstruction intestinale comprennent :

- Symptôme de Valya - asymétrie visible dans la moitié inférieure de l'abdomen, motilité intestinale visible, palpation de tumeurs résistantes, tympanite lors de la percussion de cette tumeur ;
- Le symptôme de Schlang - le péristaltisme visible des intestins;
- Symptôme de Sklyarov - bruit éclaboussures intestinales ”;
- Symptôme de Kivul - un son métallique sur la boucle gonflée lors de la percussion ;
- le symptôme de Spasokukotsky - le bruit d'une goutte tombant;
- Symptôme de Grekov (de "l'hôpital Obukhov ") - ampoule vide et étirée du rectum, sphincter béant;
- symptôme de Tsaiquet - Manteifel - dans le rectum ne peut pas entrer plus de 500 ml de liquide;

Pour l'invagination intestinale est caractérisée par une triade de symptômes :

- Symptôme de Tiliakse - apparition périodique de douleurs abdominales ressemblant à des crampes ;
- Symptôme de Rush - la présence d'une tumeur élastique indolore dans

l'abdomen et d'un ténésme à la palpation ;

- Symptôme de Cruvelier - écoulement sanglant du rectum.

Compte tenu du facteur de temps dans l'évolution clinique de l'occlusion intestinale aiguë, on distingue trois phases : **"cri iléal", intoxication, péritonite.** La phase **«de cri iléal»** dure de 12 à 16 heures, se caractérise par une crampe douloureuse qui revient périodiquement et est parfois si intense qu'elle provoque un choc. En plus de la douleur, les patients souffrent de nausées, de vomissements, de retard selles et gaz. Les symptômes de Valya sont presque toujours positifs.

La phase d'intoxication dure de 12 à 36 heures. Pendant cette période, la douleur perd son caractère convulsif et devient permanente, il y a ballonnements et asymétrie de l'abdomen, les vomissements sont fréquents, le péristaltisme disparaît. Le pouls est accéléré, la pression artérielle est normale ou légèrement réduite, un retard complet des selles et des gaz. Les symptômes de Valya, Sklyarov, Kivul, Shchetkin - Blumberg sont positifs. Pendant cette période, des signes radiologiques clairs d'occlusion intestinale apparaissent.

La phase terminale (péritonite) se développe dans 36 heures après le début de la maladie. Cette période est caractérisée par une violation prononcée de l'état général et des fonctions d'un certain nombre d'organes et de systèmes. L'abdomen est fortement enflé, le péristaltisme est absent. Le liquide libre est clairement détecté dans la cavité abdominale libre, la langue est sèche, des vomissements avec une odeur fécale se produisent périodiquement. La pression artérielle est basse, la fréquence cardiaque est fréquente, faible. Tous les symptômes d'obstruction intestinale et le symptôme de Schottkin-Blumberg sont positifs. Des patients en état d'euphorie. En raison de troubles métaboliques profonds (défaillance de plusieurs organes), du développement rapide d'une infection de la cavité abdominale et d'une intoxication sévère, cette période d'obstruction est dite terminale.

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) se réalise la justification du diagnostic préliminaire.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

D'après l'aide rapide - comptage du nombre de leucocytes dans le sang, puis analyse clinique générale du sang pour détecter les changements dans la

formule des leucocytes - son déplacement vers la gauche, l'accélération de la TDÉ. Amylase, glycémie. Analyse biochimique du sang. Analyse clinique générale des urines. Amylase urinaire. L'exécution du radiogramme de révision de la cavité abdominale. RPU de la cavité abdominale. Laparoscopie.

4. Diagnostic différentiel :

Lors du diagnostic d'une obstruction intestinale aiguë, il est important de préciser son type (mécanique, dynamique), car les méthodes de traitement de ces types d'obstruction sont différentes.

Le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale aiguë est effectué avec un ulcère perforé, une cholécystite aiguë, une appendicite aiguë, une pancréatite aiguë, une colique néphrétique, une grossesse extra-utérine, une thromboembolie mésentérique.

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinique et statistique (voir "Classifications cliniques et statistiques unifiées des maladies digestives". Instructions départementales. Dzyak GV, Berezhnitsky JS, Filipov YO avec coauteur. - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

Le traitement est conservateur et vise principalement à traiter la maladie principale. À l'obstruction paralytique en vue de la restauration de la fonction motrice de l'intestin et la lutte contre la parésie accomplissent les actions pour la restauration du péristaltisme actif. À l'obstruction spastique on prescrit pour les malades les antispasmodiques, les procédures physiothérapeutiques, la chaleur sur le ventre.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances

«Syndrome de perturbation aiguë du passage du contenu intestinal»

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.

4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :

- diagnostic préliminaire
- programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
- diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
- diagnostic clinique
- programme de traitement

3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 11.

« Syndrome péritonéal :

Concepts généraux sur les causes du syndrome péritonéal: péritonite aiguë due à la progression des maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale "

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 11. Syndrome péritonéal dû à la progression de maladies inflammatoires aiguës des organes de la cavité abdominale.

Définition : **Le syndrome péritonéal** survient comme une complication, ou plutôt une conséquence naturelle, ou un stade de développement négatif de diverses maladies chirurgicales aiguës et blessures des organes de la cavité abdominale. Si le syndrome péritonéal est suspecté, un patient a besoin de la consultation urgente avec un chirurgien, et s'il est confirmé - une hospitalisation urgente dans le service de chirurgie pour effectuer une opération d'urgence.

Les causes les plus fréquentes du syndrome péritonéal sont la perforation de l'estomac et du duodénum, la perforation de l'intestin grêle et du gros intestin, **les formes destructrices d'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, la pancréatite aiguë (nécrose pancréatique), l'obstruction intestinale aiguë.**

Concepts généraux et causes de l'évolution du syndrome péritonéal :

Péritonite aiguë - Il y a **des primaires**, dans lesquelles la microflore pénètre dans le péritoine par voie hématogène ou lymphogénique, et des **secondaires**, qui sont une complication de diverses maladies chirurgicales et blessures de la cavité abdominale. Les causes de la péritonite secondaire sont divisées en traumatique, postopératoire, perforante, inflammatoire. Il existe des stades réactifs, toxiques et terminaux. Par la nature de l'exsudat : brut, fibrineuse, purulente, putréfiante, hémorragique et mixte. Par la nature de la microflore : aérobie (staphylocoque, streptocoque, escherichia coli, etc.) ; anaérobies (bactéroïdes, peptocoques, etc.); mixte (associations de différents micro-organismes). Par cours : aigu, chronique, lent. Par prévalence : délimité, non borné, divisé en local, diffus, répandu et commun. Degrés de gravité de la

péritonite : degré I - léger, degré II - modéré, degré III-A - sévère, degré III-B – extrêmement sévère et degré IV - terminal.

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Anesthésie
 - E) Traitement postopératoire
 - F) Réadaptation des patients

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à orientation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Concepts généraux des causes de l'évolution du syndrome péritonéal : Péritonite aiguë due aux maladies inflammatoires aiguës du cavité abdominale liée au syndrome péritonéal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences

en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tests)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - réalisation du diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - détermination du niveau de déshydratation dans la péritonite (test de Shelestyuk)

- détermination des symptômes de la péritonite aiguë.

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - - caractéristiques topographiques et anatomiques du péritoine : péritoine pariétal et viscéral, vascularisation péritonéale et voie d'éjection lymphatique.
- 2. Physiologie** - fonction du péritoine
- 3. Physiologie pathologique**- dysfonctionnement des organes et des systèmes dans la péritonite : détresse pulmonaire, insuffisance hépatique, rénale et polyviscérale.
- 4. Anatomie pathologique** - modifications morphologiques de la péritonite dans le péritoine, les organes internes de la cavité abdominale et l'espace rétropéritonéal
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans la survenue et le développement de la péritonite, les modifications du péritoine et des organes abdominaux, les troubles systémiques
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.
- 7. Radiologie** - description et analyse des signes radiologiques de la péritonite.
- 8. Anesthésiologie et soins intensifs** - principes de prise en charge d'un patient atteint de péritonite et sa préparation à la chirurgie, méthodes d'analgésie et restauration de l'équilibre corporel

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la péritonite (enquête du patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies qui ont conduit au développement de la péritonite
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa

réalisation

5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies

6. Formation d'un programme de traitement de la péritonite.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème du syndrome péritonéal.

2. Identification des maladies compliquées par le développement d'une péritonite aiguë.

3. Causes et mécanisme de l'évolution du syndrome péritonéal.

4. Les manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de la péritonite aiguë.

5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires à l'établissement d'un diagnostic préliminaire des maladies qui conduisent au développement d'une péritonite.

6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.

7. Liste des maladies pour la réalisation du diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.

8. Les classifications cliniques et statistiques et les principes de la formation du diagnostic clinique aux maladies amenant au développement du syndrome péritonéal.

9. Justification du programme organisationnel et médical et réadaptation des patients.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Détermination du niveau de déshydratation dans la péritonite (test de Shelestyuk)

2. Détermination des symptômes de la péritonite aiguë.

1. Détermination du niveau de déshydratation dans la péritonite (test de Shelestyuk)

Selon la gravité des manifestations cliniques, la déshydratation peut être de 1, 2 ou 3 degrés. Pour déterminer le degré de déshydratation et la quantité de liquide pour la thérapie par perfusion en utilisant un test d'hydrophilie tissulaire selon P.I. Shelestyuk: après traitement de la peau avec un antiseptique, 0,25 ml de solution de chlorure de sodium à 0,9% est injecté par voie intradermique dans la surface antérieure de l'avant-bras et le temps

jusqu'à la résorption complète de la "peau de citron" formée, ce qui correspond à un certain degré de déshydratation.

Nomogramme d'après Shelestyuk

Degré de déshydratation	Temps de résorption (min.)	La quantité de liquide (ml/kg/24hs)	Quantité quotidienne de liquide pour un patient pesant 70 kg *
1	40-30	50-80	3500-5600
2	30-15	80-120	5600-8400
3	15-5	120-160	8400-11200

* - le volume de liquide pour la correction de la déshydratation se compose à parts égales de 5 % de glucose, de Ringer-Locke et de 0,9 % de chlorure de sodium.

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques repose sur le principe du choix de la bonne réponse concernant la technique d'exécution (une des réponses indiquées dans la fenêtre) et le calcul préalable et la sélection dans la fenêtre des caractéristiques et des volumes de solutions nécessaires (choisir ceux proposés dans la fenêtre).

2. Détermination des symptômes de la péritonite aiguë.

En décubitus dorsal, le médecin vérifie les symptômes suivants : De Winter, Krasnobayev, Rozanov, Mendel, Shchetkin-Blumberg, Kulenkampf, du "cri" de Douglas.

1. Le symptôme de Winter - à l'inspection de l'abdomen la paroi antérieure de l'abdomen ne participe pas à la respiration

2. Symptôme de Krasnobayev - tension protectrice des muscles droits du péritoine à la palpation de l'abdomen

3. Symptôme de Rozanov - « Ivanka-Kivanets » - le patient ne peut pas se coucher sur le dos et s'assied constamment en présence de sang dans la cavité

abdominale (rupture de la rate)

4. Symptômes de Schotkin-Blumberg - augmentation de la douleur lors de la levée du bras palpable de la paroi abdominale antérieure

5. Symptôme de Mendel - avec un léger coup sur la paroi abdominale, il y a de la douleur

6. Le "cri" de Douglas - suspendu au-dessus de la voûte et du péritoine pelvien, douleur lors de l'examen vaginal

7. Symptôme de Kulenkampf - gonflement et douleur de la paroi antérieure du rectum lors de la recherche de rectal

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question repose sur le principe du test : plusieurs descriptions de symptômes de péritonite sont proposées, qui doivent être placées selon le nom des symptômes dans les fenêtres données à l'écran, c'est-à-dire que l'étudiant doit disposer correctement les caractéristiques correspondant à chaque symptôme. Confirmez ensuite la fin du test et envoyez les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints du syndrome péritonéal :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (moitié droite de l'abdomen, hypochondre droit, moitié gauche de l'abdomen, hypochondre gauche, région iliaque droite, épigastre, autres zones de l'abdomen dans tout l'abdomen)

2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)

3. irradiation de la douleur (dans la cuisse droite, la région lombaire, les organes génitaux externes, l'épaule droite et autres)

4. la nature de la douleur (constante, surdimensionnée, bardage - symptôme de Blyce), lien avec l'acte de défécation, mouvement, toux

5. S'il y avait des crises de douleur similaires ?

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

1. caractéristiques des matières fécales et des gaz, nature de la selle - normale, diarrhée, retard

2. nausées, vomissements (uniques, multiples) ou soulagement après des vomissements

3. ballonnements de l'abdomen
4. changements de température corporelle (dans lesquelles les limites sont élevées)
5. changements d'autres organes et systèmes

Histoire de la maladie :

A) Date et heure de début de la maladie :

À ce qui relie le début d'une maladie (dans le contexte de la santé complète ou après la prise de nourriture et son caractère - viande, légume, erreur dans un régime, abus d'alcool ; surcharge physique, position du corps), localisation préliminaire de la douleur, début aigu ou soudain .

B) Quand et où il a demandé de l'aide médicale.

1. quel traitement il recevait avant l'admission à la clinique, son efficacité, ou s'est engagé dans l'automédication.
2. Quand il a été transporté à l'hôpital (date, heure)
3. Causes possibles de l'évolution de la maladie.

L'histoire de la vie:

Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie.

Des maladies , des blessures et opérations subies auparavant
Chez les femmes - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses.
2. nombre de naissances.
3. date des dernières menstrues.
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure.

2. Examen physique :

Passer en revue:

A) vue d'ensemble générale

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme (couché sur le dos, côté droit, gauche) ou agité (change de position du corps, agitation, gémissement)
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. l'état de la langue (sèche, humide, enduite, quel enduit)
5. état du pharynx et des amygdales
6. état des membres inférieurs

B) Passer en revue:

De la cage thoracique

De l'Abdomen :

1. tiré, gonflé

2. symétrique, asymétrique

3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire (retard de n'importe quelle partie de l'abdomen dans la respiration, asymétrie du nombril, symptôme de Caravanova)

4. la présence de couleur de peau, de sclérotique et de muqueuses visibles (symptômes de Grunwald, Cullen, Loguerlof, Mondor, Turner, Holsted, ictère, couleur kallikreine).

Palpation:

a) Préciser la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence d'un infiltrat, la localisation, la mobilité, sa taille en centimètres (tracer ses contours), l'hyperesthésie de la peau abdominale

b) la présence de symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë (de Rovzing, Voskresensky, Sitkovsky, Bartomie-Michelson, Obratsov, Yaure-Rozanov);

c) la présence de symptômes pathognomoniques de cholécystite aiguë (de Georgievsky-Mussey, Grekov-Ortner, Kerr, Parturier, Merley, Boasse);

d) la présence de symptômes pathognomoniques de pancréatite aiguë (de Corte, Mayo-Robson, Tchukhrienko, douleur au point de Mayo-Robson);

e) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation (symptôme de Winter - la paroi antérieure de l'abdomen ne participe pas à la respiration, le symptôme de Krasnobayev - tension protectrice des muscles directs de l'abdomen, le symptôme de Rosanov - « Ivantsa-Kivantsa », symptômes de Chtchetkin-Blumberg, Mendelen-en frappant sur la paroi abdominale est apparue la douleur);

f) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés (symptôme de coups sur la région lombaire de Pasternak, nerf diaphragmatique, symptômes d'obstruction intestinale et autres);

g) à la recherche vaginale et rectale - voûtes suspendues de et du péritoine pelvien, douleur ("cri" de Douglas), gonflement et douleur de la paroi antérieure du rectum - un symptôme de Kulenkampf.

Percussion:

A) De la cage thoracique

B) De l'Abdomen :

La présence des symptômes de Razdolsky, des modifications des limites de percussion du foie, de la vésicule biliaire, la présence d'une matité hépatique,

l'atténuation du son sur les flancs de l'abdomen à droite et à gauche, en bas de l'abdomen.

Auscultation:

A) De la cage thoracique

B) De l'Abdomen :

Présence ou absence de bruits péristaltiques.

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (vue d'ensemble générale, palpation, percussion, auscultation) on réalise la justification du diagnostic préliminaire.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

Le programme de diagnostic chez les patients atteints de péritonite est formé sur la base d'un diagnostic préliminaire:

A) Examen de laboratoire :

a) test sanguin clinique (leucocytose avec déplacement de la formule leucocytaire vers la gauche vers les formes jeunes, granularité toxique des leucocytes)

b) analyse clinique des urines (présence de protéines, érythrocytes, cylindres), diastase urinaire

c) glycémie

B) Matériel supplémentaire et méthodes de recherche instrumentale :

a) radiographie d'inspection de la cavité abdominale pour détecter des signes de libre gaz dans la cavité abdominale, obstruction intestinale mécanique ou dynamique et détection d'un épanchement dans la cavité pleurale, principalement à gauche

b) échographie (pour évaluer l'état du pancréas et du tissu parapancréatique, la présence de liquide dans la cavité abdominale, l'état de la vésicule biliaire et des voies biliaires extrahépatiques)

c) laparoscopie diagnostique (qui peut être utilisée pour clarifier le diagnostic et les causes de la péritonite)

4. Diagnostic différentiel :

Diagnostic différentiel (réalisé en fonction du stade du processus pathologique - stade réactif, stade toxique et stade terminal de la péritonite):

A) Diagnostic différentiel au stade réactif :

est réalisé avec un groupe de maladies qui ont des syndromes pathogéniques similaires: douloureux, inflammatoires, dyspeptiques :

a) maladies chirurgicales inflammatoires aiguës des organes de la cavité abdominale

- appendicite aiguë destructrice
- cholécystite aiguë destructrice
- pancréatite nécrotique aiguë
- occlusion intestinale aiguë
- perforation d'un organe vide

b) pathologie urologique aiguë

- pyélonéphrite aiguë
- lithiase urinaire

c) pathologie gynécologique aiguë

- torsion et perforation du kyste de l'ovaire
- salpingite purulente
- grossesse extra-utérine

d) pathologie thérapeutique aiguë

- septicémie
- infarctus du myocarde
- rectocolite hémorragique non spécifique, variante toxique-septique

B) Diagnostic différentiel au stade toxique :

- le diagnostic différentiel est fait avec la mésentérothrombose

C) Diagnostic différentiel au stade termina (avec états comateux d'autre genèse):

- coma hypoglycémique
- coma hyperglycémique
- coma urémique

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinico-statistique (voir « Classifications clinico-statistiques unifiées des maladies digestives ». Instruction du Ministère. Dziak G.V., Bereznytskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactique organisationnelle et thérapeutique :

La nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale urgente ou planifiée est déterminée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise

en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

Dans les maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale - chirurgie urgente, qui se termine par la rééducation et le drainage de la cavité abdominale par contre-ouvertures isolées (2-6).

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 12.

« Syndrome péritonéal :

Concepts généraux sur les causes de l'évolution du syndrome péritonéal : perforation de l'estomac et du duodénum, perforation de l'intestin grêle et du gros intestin "

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 2. Chirurgie abdominale d'urgence.

Sujet № 12. Syndrome péritonéal dû à une perforation de l'estomac et du duodénum, perforation de l'intestin grêle et du gros intestin.

Définition : **Le syndrome péritonéal** survient comme une complication, ou plutôt une conséquence naturelle, ou un stade de développement négatif de diverses maladies chirurgicales aiguës et blessures des organes de la cavité abdominale. Si le syndrome péritonéal est suspecté le patient doit consulter d'urgence le chirurgien, et s'il est confirmé - une hospitalisation urgente dans le service de chirurgie pour effectuer une opération d'urgence.

Les causes les plus fréquentes du syndrome péritonéal sont **la perforation de l'estomac et du duodénum, la perforation de l'intestin grêle et du gros intestin**, les formes destructrices d'appendicite aiguë, la cholécystite aiguë, la pancréatite aiguë (nécrose pancréatique), l'obstruction intestinale aiguë.

1. Perforation de l'estomac et du duodénum - Lors de la percée d'ulcères gastriques ou duodénaux, de tumeurs gastriques malignes ou de lésions traumatiques des organes, le contenu gastro-duodéal pénètre dans la cavité abdominale libre, qui agit sur le péritoine comme un stimulus chimique, physique, puis bactérien avec le développement ultérieur de la péritonite.

2. Perforation de l'intestin grêle et du gros intestin - Survient comme une complication de la maladie de Crohn, d'une rectocolite hémorragique non spécifique, d'une diverticulite ou de tumeurs malignes du côlon (avec désintégration et obstruction), de la fièvre typhoïde avec développement ultérieur d'une péritonite.

La cause de la perforation peut être des dommages causés par des corps étrangers (lors du lavement, de la violence, etc.).

Manifestations cliniques des ulcères perforés gastriques et duodénaux :

A) Les principaux symptômes de l'ulcère gastrique perforé (triade de Mondor) :

- douleur soudaine et aiguë (« poignard ») dans le haut de l'abdomen ;
- antécédents d'ulcère ou troubles « gastriques » caractéristiques ;
- tension de planche des muscles de la paroi abdominale antérieure.

B) Symptômes secondaires de l'ulcère perforatif :

- troubles somatiques (difficulté à respirer, bradycardie avec passage à la tachycardie, hypotension artérielle) ;
- troubles fonctionnels (vomissements isolés, soif, bouche sèche, faiblesse générale, défécation retardée) ;
- Manifestations objectives (position forcée au lit - allongé sur le dos avec les hanches tirées jusqu'au ventre, peau pâle, sueur froide et collante, symptômes pathognomoniques positifs).

C) Antécédents de la maladie :

- la présence d'antécédents d'ulcères - chez 80-90% des patients;
- ulcères "muets" - chez 10-15% des patients;
- la présence de symptômes prodromiques (douleurs, nausées, vomissements).

D) Histoire de la vie ; le développement de la perforation de l'estomac ou du duodénum est influencé par les particularités et l'opportunité de la nutrition, la nature des aliments, l'utilisation de médicaments pour l'alimentation (prednisolone, anti-inflammatoires non stéroïdiens, etc.), le tabagisme, l'alcool. Les mauvaises habitudes s'accompagnent de modifications du pH de l'estomac, ce qui entraîne une perturbation de l'ensemble du tractus gastro-intestinal et le développement de complications.

E) Les manifestations cliniques de la perforation de l'estomac ou du duodénum dépendent du stade de la maladie :

- stade de choc (jusqu'à 6 heures à partir du début de la perforation) ;
- stade de bien-être imaginaire (6-12 heures à partir du début de la perforation) ;
- stade de la péritonite (plus de 12 heures après le début de la perforation).

Facteurs affectant la clinique des ulcères perforés :

- stade du processus clinique (choc, bien-être imaginaire, péritonite) ;
- caractéristiques du parcours ou de la localisation de la perforation (perforation couverte, perforation atypique) ;
- l'état des défenses de l'organisme ;

- association d'une perforation avec d'autres complications de l'ulcère gastroduodéal (saignement, pénétration, sténose).

Les manifestations cliniques de la perforation de l'intestin grêle et du gros intestin diffèrent de la perforation du tractus gastro-intestinal supérieur comme suit :

A) Les principaux symptômes de la perforation :

- douleur soudaine et aiguë dans n'importe quelle partie de la cavité abdominale;
- contrairement à l'ulcère gastrique péritonite dès les premières heures d'apparition de la bactérie fécale, alors que dans la perforation gastrique elle est d'abord chimique,
- les antécédents de la maladie varient selon la cause de la perforation : dans la maladie diverticulaire et les néoplasies, la maladie est au long cours, majoritairement chez les personnes âgées, s'accompagnant d'altérations de l'état général et des données de laboratoire.
- La tension en planches des muscles de la paroi abdominale antérieure n'est pas toujours prononcée (dans la rectocolite hémorragique, le tableau clinique n'est pas clair).

B) Les symptômes mineurs de perforation de l'intestin grêle et du gros intestin sont similaires :

- troubles somatiques (difficulté à respirer, bradycardie avec passage à la tachycardie, hypotension artérielle) ;
- troubles fonctionnels (vomissements isolés, soif, bouche sèche, faiblesse générale, défécation retardée) ;
- Manifestations objectives (position forcée au lit - allongé sur le dos avec les hanches tirées jusqu'au ventre, peau pâle, sueur froide et collante, symptômes pathognomoniques positifs).

C) Antécédents de la maladie :

- la présence de symptômes de maladies de l'intestin grêle ou du gros intestin dans l'anamnèse - polypes, polyposes, maladies inflammatoires de l'intestin grêle ou du gros intestin,
- la présence de symptômes prodromiques (douleur, perte de poids, nausées, vomissements, modifications de la forme des selles et présence d'impuretés - sang, mucus, pus).

D) Histoire de la vie ; l'apparition de maladies intestinales est influencée par les

particularités et la nature de la nutrition, les mauvaises habitudes, ce qui entraîne une perturbation de l'ensemble du tractus gastro-intestinal et le développement de complications. La cause de la perforation peut être un travail difficile chez une personne malade, un traumatisme abdominal, le développement d'une obstruction intestinale avec une pression accrue dans la lumière de l'intestin.

Les manifestations cliniques de la perforation gastrique dépendent du stade de la maladie :

- stade de choc (jusqu'à 6 heures à partir du début de la perforation) ;
- stade de bien-être imaginaire (6-12 heures à partir du début de la perforation) ;
- stade de la péritonite (plus de 12 heures à partir du début de la perforation).

Facteurs affectant la clinique des ulcères perforés :

- stade du processus clinique (choc, bien-être imaginaire, péritonite)
- caractéristiques du parcours ou de la localisation de la perforation (perforation couverte, perforation atypique) ;
- l'état des défenses des forces de l'organisme ;
- association d'une perforation avec d'autres complications de l'ulcère gastroduodéal (saignement, pénétration, sténose).

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Anesthésie
 - E) Traitement postopératoire
 - F) Réadaptation des patients

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de maîtrise des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - Concepts généraux sur les causes du développement du syndrome péritonéal : Perforation de

l'estomac et du duodénum, perforation de l'intestin grêle et le gros intestin liés au syndrome péritonéal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tests)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - analyse des radiographies de revue pour péritonite et perforation de la cavité, caractérisation des symptômes détectés et des changements dans l'analyse
 - Test Neymark.

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - - caractéristiques topographiques et anatomiques du péritoine : péritoine pariétal et viscéral, vascularisation péritonéale et voie d'éjection lymphatique.
- 2. Physiologie** - fonction du péritoine
- 3. Physiologie pathologique**- dysfonctionnement des organes et des systèmes dans la péritonite : détresse pulmonaire, insuffisance hépatique, rénale et polyviscérale.
- 4. Anatomie pathologique** - modifications morphologiques de la péritonite dans le péritoine, les organes internes de la cavité abdominale et l'espace rétropéritonéal
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - la place des facteurs microbiens et immunitaires dans la survenue et le développement de la péritonite, les modifications du péritoine et des organes abdominaux, les troubles systémiques
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.
- 7. Radiologie** - description et analyse des signes radiologiques de la péritonite.
- 8. Anesthésiologie et soins intensifs** - principes de prise en charge d'un patient atteint de péritonite et sa préparation à la chirurgie, méthodes d'analgésie et restauration de l'équilibre corporel

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la péritonite lors de perforation de l'organe creux (enquête du patient et examen physique, y compris la détermination des symptômes pathognomoniques)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies qui ont conduit au développement de la péritonite
3. Élaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement de la péritonite.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème du syndrome péritonéal.
2. Identification des maladies compliquées par le développement d'une péritonite aiguë.
3. Causes et mécanisme du syndrome péritonéal.
4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de péritonite aiguë, perforation de l'estomac et du duodénum, perforation de l'intestin grêle et du gros intestin.
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires pour former un diagnostic précédent des maladies qui conduisent au développement de la péritonite.
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour la réalisation du diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.
8. Les classifications cliniques et statistiques et les principes de la formation du diagnostic clinique lors des maladies amenant au développement du syndrome péritonéal.
9. Justification du programme organisationnel et médical et réadaptation des patients.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Analyse des radiographies d'examen pour la péritonite et la perforation de l'organe de la cavité, caractéristique des changements détectés dans les analyses et les images
2. Réalisation du test Neymark.

1. Analyse des radiographies de contrôle pour péritonite et perforation de la cavité

Un examen radiographique sans contraste doit être effectué avec une suspicion minimale de maladie chirurgicale aiguë et de traumatisme des organes abdominaux. Effectué en position debout du patient. Sur la radiographie abdominale, l'attention est attirée sur l'éclipse totale, qui forme plus tard un niveau horizontal de fluide avec une bulle de gaz, ou plusieurs boules de gaz au site de l'apparition de péritonite, puis on passe à l'espace sous-phrénique, où fusionnent pour former un grande bulle d'air avec un niveau horizontal. La perforation ou la rupture des organes intérieurs de la cavité abdominale forme du gaz libre dans la cavité abdominale sous les dômes du diaphragme sous la forme d'une bande en forme de croissant dans la position verticale du patient. Les analyses de sang montrent une augmentation du nombre de leucocytes, une accélération de la TDÉ, un déplacement de la leucoforme vers la gauche.

Instruction pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est basé sur le principe d'une tâche de test par étapes et comprend plusieurs questions, y compris les radiogrammes sélectionnés du patient atteint de péritonite, le choix de la méthode d'examen et des symptômes de péritonite, les données sélectionnées des méthodes d'examen supplémentaires et le choix des changements dans celles-ci. L'élève répond systématiquement aux questions et enregistre le résultat. Le résultat final du test sera affiché sur le dernier écran.

2. Réalisation du test Neymark

En présence des données cliniques de l'ulcère perforé et l'absence du gaz libre dans la cavité abdominale on fait de la pneumogastrographie (le test de Neymark) :

- lorsque le patient est du côté gauche, une sonde est insérée dans son estomac ;
- par une sonde une seringue de Jean 500 ml d'air est injectée dans l'estomac ;

- après l'introduction d'air au patient on réexamine de nouveau la radiographie de la cavité abdominale (en présence de gaz sous le dôme du diaphragme on confirme la perforation).

Instruction pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques est basé sur le principe de choisir la bonne réponse concernant la technique d'exécution (une des réponses marquées dans la fenêtre) et de choisir les caractéristiques et les volumes des volumes d'air requis de la fenêtre (choisir parmi les volumes déroulants).

Caractéristiques de l'examen des patients atteints du *syndrome péritonéal* :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (moitié droite de l'abdomen, hypochondre droit, moitié gauche de l'abdomen, hypochondre gauche, région iliaque droite, épigastre, autres zones dans tout l'abdomen)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans la cuisse droite, la région lombaire, les organes génitaux externes, l'épaule droite et autres)
4. la nature de la douleur (constante, crampe, opératoire - symptôme de Blyce), lien avec l'acte de défécation, mouvement, toux
5. S'il y avait des crises de douleur similaires ?

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

1. caractéristiques des matières fécales et des gaz, nature de la selle - normal, diarrhée, retard
2. nausées, vomissements (uniques, multiples) si le soulagement est apparu après des vomissements
3. ballonnements de l'abdomen
4. changements de température corporelle (dans lesquels les limites sont élevées)
5. changements d'autres organes et systèmes

L'anamnèse de la maladie et l'anamnèse de la vie sont étudiées

A) Date et heure de début de la maladie :

Qu'est-ce qui est associé à l'apparition de la maladie (sur fond de bonne

santé ou après avoir mangé et sa nature - viande, légumes, erreur diététique, abus d'alcool ; surcharge physique, position du corps), localisation antérieure de la douleur, début d'une crise aiguë ou soudain

B) Quand et où il a consulté un médecin :

1. qui a reçu un traitement avant l'admission à la clinique, son efficacité
2. lors de l'hospitalisation (date, heure)

C) Il peut y avoir d'autres causes de la maladie

D) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie

E) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses
2. nombre de naissances
3. date du mois dernier
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Vue d'ensemble :

A) Examen général :

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme (couché sur le dos, côté droit, gauche) ou agité (change de position du corps, agitation, gémissement)
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. la présence de couleur de peau
5. l'état de la langue (sèche, humide, couverte par quel enduit)
6. état de la gorge et des amygdales
7. état des membres inférieurs

B) Vue d'ensemble:

De la cage thoracique

De l'abdomen :

1. Tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte de respiration (retard d'une partie de l'abdomen dans la respiration, asymétrie du nombril)

Palpation:

a) Préciser la localisation de la douleur et de la tension des muscles de la paroi abdominale, la présence d'un infiltrat, la localisation, la mobilité, sa taille en

- centimètres (tracer ses contours), l'hyperesthésie de la peau abdominale
- b) la présence de symptômes pathognomoniques de l'appendicite aiguë (de Rovzing, Voskresensky, Sitkovsky, Bartomie-Michelson, Obrastsov, Yaure-Rozanov);
- c) la présence de symptômes pathognomoniques de cholécystite aiguë (de Georgievsky-Mussey, Grekov-Ortner, Kerr, Parturier, Merley, Boasse);
- d) la présence de symptômes pathognomoniques de pancréatite aiguë (de Corte, Mayo-Robson, Tchukhrienko, douleur au point de Mayo-Robson);
- e) la présence de symptômes péritonéaux et leur localisation (symptôme de Winter - la paroi antérieure de l'abdomen ne participe pas à la respiration, le symptôme de Krasnobayev - tension protectrice des muscles directs de l'abdomen, le symptôme de Rosanov - « Ivantsa-Kivantsa », symptômes de Chtchetkin-Blumberg, Mendelen- -en frappant sur la paroi abdominale est apparue la douleur);
- f) les symptômes des maladies avec un tableau clinique oriental sont vérifiés (symptôme de coups sur la région lombaire de Pasternak, nerf diaphragmatique, symptômes d'obstruction intestinale et autres);
- g) à la recherche vaginale et rectale - voûtes suspendues de et du péritoine pelvien, douleur ("cri" de Douglas), gonflement et douleur de la paroi antérieure du rectum - un symptôme de Kulenkampf.

Percussion:

A) De la cage thoracique

B) De l'Abdomen :

La présence des symptômes de Razdolsky, des modifications des limites de percussion du foie, de la vésicule biliaire, la présence d'une matité hépatique, l'atténuation du son sur les flancs de l'abdomen à droite et à gauche, en bas de l'abdomen.

- **Le symptôme de Spijarny** - la disparition de la matité de foie à la percussion;
- **Symptôme de De Kerven** - son sourd de percussion dans les zones inclinées de l'abdomen;

Auscultation:

A) De la cage thoracique

B) De l'Abdomen :

Présence ou absence de bruits péristaltiques.

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (vue d'ensemble générale, palpation, percussion, auscultation) on réalise la justification du diagnostic préliminaire.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

Le programme de diagnostic chez les patients atteints de péritonite est formé sur la base d'un diagnostic préliminaire:

A) Examen de laboratoire :

a) test sanguin clinique (leucocytose avec déplacement de la formule leucocytaire vers la gauche vers les formes jeunes, granularité toxique des leucocytes)

b) analyse clinique des urines (présence de protéines, érythrocytes, cylindres), diastase urinaire

c) glycémie

B) Matériel supplémentaire et méthodes de recherche instrumentale :

a) radiographie d'inspection de la cavité abdominale pour détecter des signes de libre gaz dans la cavité abdominale, obstruction intestinale mécanique ou dynamique et détection d'un épanchement dans la cavité pleurale, principalement à gauche

b) échographie (pour évaluer l'état du pancréas et du tissu parapancréatique, la présence de liquide dans la cavité abdominale, l'état de la vésicule biliaire et des voies biliaires extrahépatiques)

c) laparoscopie diagnostique (qui peut être utilisée pour clarifier le diagnostic et les causes de la péritonite)

4. Diagnostic différentiel :

Diagnostic différentiel (réalisé en fonction du stade du processus pathologique - stade réactif, stade toxique et stade terminal de la péritonite):

A) Diagnostic différentiel au stade réactif :

est réalisé avec un groupe de maladies qui ont des syndromes pathogéniques similaires: douloureux, inflammatoires, dyspeptiques :

a) maladies chirurgicales inflammatoires aiguës des organes de la cavité abdominale

- appendicite aiguë destructrice

- cholécystite aiguë destructrice
- pancréatite nécrotique aiguë
- occlusion intestinale aiguë
- perforation d'un organe vide

b) pathologie urologique aiguë

- pyélonéphrite aiguë
- lithiase urinaire

c) pathologie gynécologique aiguë

- torsion et perforation du kyste de l'ovaire
- salpingite purulente
- grossesse extra-utérine

d) pathologie thérapeutique aiguë

- septicémie
- infarctus du myocarde
- rectocolite hémorragique non spécifique, variante toxique-septique

B) Diagnostic différentiel au stade toxique :

- le diagnostic différentiel est fait avec la mésentérothrombose

C) Diagnostic différentiel au stade terminal

(avec états comateux d'autre genèse):

- coma hypoglycémique
- coma hyperglycémique
- coma urémique

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinico-statistique (voir « Classifications clinico-statistiques unifiées des maladies digestives ». Instruction du Ministère. Dziak G.V., Berezhnytskyi Y.S., Filipov Y.O. coauteur - Kiev, Dnipro-VAL, 2004).

6. Tactique organisationnelle et thérapeutique :

La nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale urgente ou planifiée est déterminée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

Dans les maladies inflammatoires aiguës de la cavité abdominale - chirurgie

urgente, qui se termine par la rééducation et le drainage de la cavité abdominale par contre-ouvertures isolées (2-6).

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances «Syndrome péritonéal »

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.
4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :
 - diagnostic préliminaire
 - programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
 - diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
 - diagnostic clinique
 - programme de traitement
3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique

Sujet № 13.

« **Syndrome de douleur aiguë dans le rectum : Problèmes généraux de développement et de diagnostic du syndrome aigu de douleur dans la région ano-rectale :**

Hémorroïde aiguë, fissure anale aiguë, paraproctite aiguë, inflammation des voies épithéliales coccygiennes "

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 3. Proctologie urgente.

Sujet № 13. Douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région périanale.

Définition : Une douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région périanale survient en raison d'une obstruction ou d'une compression du rectum et du canal anal par des calculs fécaux, un infiltrat inflammatoire ou des hémorroïdes hypertrophiées pathologiquement et un traumatisme du défaut de la membrane muqueuse par le contenu fécal.

En cas de douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région périanale, on propose au patient une consultation urgente avec un chirurgien et un proctologue, et en cas de confirmation de complications de maladies proctologiques - une hospitalisation urgente dans un service de chirurgie ou de proctologie.

La cause la plus courante de douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région périanale **est la hémorroïde aiguë, la fissure anale aiguë, la paraproctite aiguë et l'inflammation des voies épithéliales coccygiennes**

Problèmes généraux de développement et de diagnostic de la douleur aiguë dans la région ano-rectale :

1. Hémorroïde aiguë - modifications pathologiques congestives aiguës avec l'expansion des hémorroïdes de l'anus et du rectum, provoquant un pincement des ganglions, des douleurs, une gêne dans l'anus

2. Fissure anale aiguë - modifications pathologiques aiguës des couches muqueuses et sous-muqueuses du canal anal avec spasme du sphincter, **provoquant une douleur aiguë et une gêne intenses dans l'anus**

3. Paraproctite aiguë - modifications inflammatoires aiguës de la paroi du rectum et de la région périanale, entraînant la formation d'abcès, provoquant une douleur aiguë et une gêne dans l'anus et la région périanale, faiblesse générale, température aiguë du corps

4. Inflammation des voies épithéliales coccygiennes - modifications

inflammatoires aiguës de la zone interstitielle, provoquant la formation d'infiltrats et de pus avec douleur, faiblesse générale et température aiguë du corps.

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Traitement postopératoire

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à orientation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Problèmes généraux de développement et de diagnostic de la douleur aiguë syndrome ano-rectal : hémorroïde aiguë, fissure anale aiguë, paraproctite aiguë, inflammation des voies épithéliales coccygiennes, qui fait référence au syndrome de douleur aiguë dans le rectum, le canal anal et la région périanale.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences

en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tâche de test)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - réalisation du diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - examen de la région périanale
 - examen du rectum au doigt

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - caractéristiques topographiques et anatomiques du rectum, canal anal avec sphincter anal, tissu adipeux périanale et région interfessière.
- 2. Physiologie** - la fonction du rectum.
- 3. Physiologie pathologique** - pathogenèse du développement des syndromes douloureux et inflammatoires.
- 4. Anatomie pathologique** - changements morphologiques dans le rectum, le canal anal, la région périanale et dans région interfessière en raison de l'âge de la maladie et des causes, , qui a conduit au développement d'hémorroïdes aiguës, d'une fissure anale aiguë, d'une paraproctite aiguë et d'une inflammation des passages coccygiens épithéliaux.
- 5. Microbiologie, virologie et immunologie** - la place des facteurs microbiens dans l'apparition de processus inflammatoires dans le rectum, le canal anal, le tissu adipeux périanale et le région interfessière.
- 6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes** - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de l' hémorroïde aiguë, de la fissure anale aiguë, de la paraproctite aiguë et de l'inflammation des voies épithéliales coccygiennes (enquête auprès du patient et examen physique)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement de l' hémorroïde aiguë, fissure anale aiguë, paraproctite aiguë et inflammation des voies épithéliales coccygiennes.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème de la douleur aiguë dans la région ano-rectale.

2. Identification des maladies appartenant au syndrome douloureux aigu dans la zone anorectale.
3. Causes et mécanismes de développement des maladies liées à la douleur aiguë syndrome de la région anorectale.
4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) hémorroïde aiguë, fissure anale , paraproctite aiguë et inflammation des voies épithéliales coccygiennes.
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires pour former un diagnostic précédent des maladies liées à la douleur aiguë dans la zone anorectale.
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour la réalisation du diagnostic différentiel, compilation de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.
8. Les classifications cliniques et statistiques de l'hémorroïde aiguë, fissure anale aiguë, paraproctite aiguë, inflammation des voies épithéliales coccygiennes et principes de la formation du diagnostic clinique.
9. Justification du programme organisationnel et médical et réadaptation des patients.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Examen de la région périanale
2. Examen du rectum au doigt

1. Examen de la région périanale :

L'examen de la région périanale est réalisé avec des gants en caoutchouc : a) dans la position genou-coude du patient, b) dans la position du patient allongé sur le côté avec les jambes tirées jusqu'à l'abdomen, c) dans la position du patient allongé sur le dos avec les genoux fléchis et les jambes écartées, d) lorsque le patient est à moitié assis avec les pieds sur le divan.

Examen : Tout d'abord, après avoir écarté les fesses du patient, examiner l'anus, les fesses, le périnée, les zones sacro-coccygiennes et interstitielles. Cela vous permet de détecter les hémorroïdes externes, les fissures anales, les fistules, les voies épithéliales coccygiennes, les tumeurs superficielles, les excroissances verruqueuses (verrues), les œdèmes, les abcès, ainsi que d'évaluer la couleur et l'état de la peau. À l'effort du patient on peut révéler la perte de la membrane muqueuse du rectum, les hémorroïdes internes et les tumeurs basses du rectum.

Palpation : permet de détecter la présence ou l'absence de douleur dans la peau et le tissu sous-cutané de l'anus, des fesses, des fesses et du coccyx, la libération de sang et de pus des ganglions, des fistules et des voies épithéliales.

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question repose sur le principe du test : plusieurs options d'examen de la zone périanale sont proposées. L'étudiant doit, après avoir regardé chaque option, sélectionner le bon numéro de cette option dans la fenêtre de droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Examen du rectum au doigt :

La zone de l'anus du patient doit être lubrifiée avec une solution d'anesthésiques locaux et graissée avec de l'huile vaseline avec un gant en caoutchouc de l'index du médecin lui injecte progressivement partout un trou anal dans le rectum, tout en déterminant le tonus du sphincter rectal. Normalement, il devrait couvrir étroitement le doigt inséré. Une fois le doigt inséré dans le rectum sur toute sa longueur, la présence de contenu fécal dans sa lumière est notée et les modifications de la surface de la membrane muqueuse sont déterminées. De plus, le tissu pararectal est palpé à travers les parois latérales et postérieures de l'intestin, puis la prostate est palpée à travers la paroi antérieure de l'intestin chez l'homme, et l'espace et l'utérus chez la femme - espace de Douglas. S'il y a des tumeurs dans la lumière de l'intestin, déterminez leur emplacement (parois avant, arrière ou latérales de l'intestin) en tenant compte du schéma accepté par les médecins "cadran de l'horloge lorsque la position du patient sur le dos avec les jambes écartées, la section de l'anus est virtuellement divisée selon le cadran de l'horloge : près du périnée - 12 « heures », à droite du médecin - 3 « heures », près du kuprik - 6 « heures », à gauche du médecin - 9 « heures ». Ensuite, déterminez la forme, la taille, la nature de la surface, la consistance, le déplacement, la présence de fluctuations et de douleurs. Cela nous permet de noter une tumeur (polype, cancer) issue d'hémorroïdes internes et de pus dans la paraproctite. Pour détecter un prolapsus rectal ou des tumeurs, et l'examen des parties supérieures du rectum, l'examen du doigt est effectué dans la position du patient à moitié assis, les pieds sur le canapé. Après avoir terminé la palpation,

on retire le doigt du rectum du patient et on examine le gant en caoutchouc en faisant attention à la coloration du contenu fécal et à la présence d'impuretés pathologiques (sang, mucus, pus, détritits tumoraux).

Instruction pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question est basée sur le principe du test : plusieurs options pour réaliser un examen du doigt du rectum sont proposées. L'étudiant doit, après avoir regardé chaque option, sélectionner le bon numéro de cette option dans la fenêtre de droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients souffrant de douleur aiguë dans la région ano-rectale :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur

1. localisation de la douleur (anus, canal anal, rectum, région périanale, fesses)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (dans le périnée, dans la prostate chez l'homme, dans le vagin chez la femme, dans l'abdomen, dans le coccyx, les fesses)
4. nature de la douleur (constante, ressemblant à des crampes), lien avec l'acte de défécation
5. S'il y avait déjà des crises de douleur similaires

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

1. modifications des selles (diarrhée ou retard, présence d'impuretés pathologiques : sang, mucus, pus, détritits tumoraux)
2. changements de température corporelle (dans lesquels les limites sont élevées)
3. changements d'autres organes et systèmes

Histoire et maladie :

A) Date et heure de début de la maladie

B) Quand et où il a consulté un médecin :

1. Quel traitement a-t-il reçu avant l'admission à la clinique
2. Quand il a été transporté à l'hôpital (date, heure)

C) Causes possibles de la maladie : erreur en mangeant, buvant de l'alcool, surcharge physique, autre

D) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie

L'histoire de la vie:

Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie.

Chez les femmes - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses.
2. nombre de naissances.
3. date des dernières menstrues.
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure.

2. Examen physique :

Passer en revue:

A) vue d'ensemble générale

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme ou bien n'est pas calme
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. l'état de la langue (sèche, humide)
5. état du pharynx et des amygdales
6. état des membres inférieurs

B) Passer en revue:

De la cage thoracique

De l'Abdomen :

1. tiré, gonflé
 2. symétrique, asymétrique
 3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire
- Zone périanale : la présence d'hémorroïdes externes hypertrophiées de 3 à 5 "Heures", 7 "heures" et 11 "heures", avec un changement de couleur de peau au-dessus d'eux du rouge foncé au noir ; la présence de rides cutanées surplombantes de 12 à 6 "heures" avec un défaut linéaire de la muqueuse de l'anús; la présence d'ouvertures de fistule près de l'anús ou sur la peau des fesses, à partir desquelles le pus, le gonflement de la peau et du tissu sous-cutané peuvent changer, sa couleur passe du rouge au rouge foncé; la présence dans la zone

interstitielle de trous en forme de "pointe d'aiguille" ou légèrement plus, à partir desquels il est possible de libérer du pus, gonflement de la peau dans cette zone avec changement de couleur en rouge foncé.

Palpation (y compris examen gynécologique et rectal) :

A) Localisation de la douleur et des tensions musculaires, présence d'infiltrat

B) Détermination des manifestations locales de la maladie à l'examen digital du rectum : la présence d'hémorroïdes externes et internes hypertrophiées et douloureuses à 3-5 "heures", 7 "heures" et 11 "heures", souvent avec hypertrophie et douloureuse hémorroïdes examen au doigt du rectum impossible à réaliser; la présence d'un défaut douloureux de la muqueuse anale à 12 ou 6 « heures » de forme linéaire ou elliptique à bords denses ; la présence d'un infiltrat dense douloureux ou de fluctuations sous l'œdème de la peau et des tissus périanaux, et dans le rectum - surplomb et douleur de sa paroi; à la palpation de la zone interstitielle - un infiltrat douloureux dense ou une fluctuation de pus sous la peau.

C) Détermination des symptômes péritonéaux et leur localisation

D) Détermination des symptômes d'autres organes et systèmes

Percussion:

A) De la cage thoracique

B) De l'abdomen

Auscultation:

A) De la cage thoracique

B) De l'abdomen

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) la justification du diagnostic préliminaire est réalisée

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études

supplémentaires :

D'après ambulance - comptage du nombre de leucocytes dans le sang, puis analyse clinique générale du sang pour détecter les changements dans la formule des leucocytes - son déplacement vers la gauche, augmentation du TDÉ, diminution du nombre d'érythrocytes, diminution de la couleur et diminution de l'hémoglobine.

4. Diagnostic différentiel :

Au syndrome douloureux aigu dans le domaine ano-rectal est réalisé : hémorroïdes aiguës avec fissure anale aiguë, paraproctite aiguë, tumeur maligne

du rectum, occlusion intestinale aiguë, rectum à corps étranger ; fissure anale aiguë avec hémorroïdes aiguës, paraproctite aiguë, tumeur maligne du rectum, occlusion intestinale aiguë, corps étranger du rectum; paraproctite aiguë avec hémorroïdes aiguës, fissure anale aiguë, tumeur maligne du rectum, occlusion intestinale aiguë, corps étranger du rectum; inflammation des voies épithéliales coccygiennes avec lésion traumatique du coccyx ou du sacrum, exacerbation de la coccygodynie.

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinique et statistique.

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

On détermine la nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

La possibilité d'utiliser un régime spécial, froid, coagulation laser, électrocoagulation, médicaments (pommade **Posterisan-forte**, **Aourobine**, gélules **Detralex**, **Cyclo 3 fort**, **Phlebodia**, **Venolan**), chirurgie.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances «Syndrome de douleur aiguë dans le rectum »

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.
4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :
 - diagnostic préliminaire
 - programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
 - diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
 - diagnostic clinique
 - programme de traitement
3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE
de la formation pratique
Sujet № 14

**Sujet № 14. "Syndrome de prolapsus rectal :
Prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés "**

Module 1. Chirurgie abdominale immédiate.

Contenu du module 3. Proctologie urgente.

Sujet № 14. Prolapsus rectal et hémorroïde chronique.

Définition: **Le syndrome de prolapsus rectal** survient en raison d'une faiblesse pathologique du système musculaire du rectum, du périnée et du plancher pelvien avec une pression intrapéritonéale et intra-intestinale accrue sur fond de lésions traumatiques, de maladies chroniques et aiguës, d'âge sénile et entraîne la perte de la muqueuse et de toutes les couches du rectum et des nœuds hémorroïdaux à l'extérieur.

La réaction pathologique des vaisseaux pelviens à la rétention constante de sang en eux provoquera une stase sanguine chronique dans les hémorroïdes du canal anal et de l'anus avec gêne, perte de ganglions, douleurs et saignements, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale après consultation urgente et consultation avec un chirurgien.

Les causes les plus courantes du syndrome de prolapsus rectal sont **le prolapsus rectal et les hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés.**

1. Le prolapsus du rectum est un état pathologique aigu ou chronique caractérisé par un prolapsus de la membrane muqueuse et de toutes les couches du rectum vers l'extérieur.

2. Hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés - ce sont des modifications pathologiques congestives chroniques avec l'expansion des hémorroïdes de l'anus et du rectum, provoquant la perte de ganglions vers l'extérieur, une gêne dans la zone de l'anus.

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable
2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :

- A) Urgence d'hospitalisation
- B) Urgence de l'opération
- C) Préparation préopératoire
- D) Traitement postopératoire

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de connaissances théoriques et de compétences pratiques des étudiants dans le cadre des tâches à orientation professionnelle d'un médecin généraliste sur le sujet - Prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés qui fait référence au syndrome de prolapsus rectal.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences

en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tests)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - réalisation du diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - recherche de l'intestin rectal avec un miroir rectal
 - rectoromanoscopie

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - - caractéristiques topographiques et anatomiques du rectum, canal anal avec sphincter anal et vaisseaux sanguins, cavité abdominale..
- 2. Physiologie** - - fonction du côlon et du rectum.
- 3. Physiologie pathologique** - - pathogenèse du développement d'une pression intrapéritonéale et intra-intestinale accrue et d'une stase sanguine dans les vaisseaux du plancher pelvien, ce qui conduit au syndrome de prolapsus rectal.
- 4. Anatomie pathologique** - - modifications morphologiques du rectum, de ses muscles et de ses vaisseaux, dans la cavité abdominale, en fonction de la durée et des causes qui ont conduit au développement du syndrome de prolapsus rectal.

5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place de violation du système immunitaire du corps avec faiblesse congénitale des muscles et des vaisseaux du

6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base, pour acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés (entretien avec le patient et examen physique)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement du prolapsus rectal et des hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème du syndrome de prolapsus rectal.
2. Identification des maladies appartenant au syndrome du prolapsus rectal.
3. Causes et mécanisme de développement des maladies liées au syndrome de prolapsus rectal.
4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) avec prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés.
5. Les principes diagnostiques et la quantité de données nécessaires pour former un préliminaire diagnostic pour les maladies appartenant au syndrome de perte rectale.
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour le diagnostic différentiel, compilation de tableaux

de diagnostic différentiel avec analyse comparative.

8. Classifications cliniques et statistiques du prolapsus rectal et des hémorroïdes chroniques de 3 à 4 degrés, et principes du diagnostic clinique.

9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. Examen du rectum avec un miroir rectal

2. Rectoromanoscopie.

1. Examen du rectum avec un miroir rectal :

L'étude du rectum avec un miroir rectal est réalisée après examen de la région périanale et examen au doigt du rectum avec des gants en caoutchouc : dans la position genou-coude du patient et dans la position du patient allongé sur le dos avec les jambes fléchies à les genoux et les jambes écartés.

Branchi du miroir rectal (jusqu'à 10 cm), lubrifié avec de l'huile vaseline ou des gels Nefluan, Luan, EMLA progressivement injecté à travers le trou anal dans le rectum et dans un cercle effectuer l'ouverture du miroir pour étirer les muscles de la pulpe anale - la divulsion de la pulpe. Après introduction du miroir rectal sur toute sa longueur dans le rectum, noter la présence de fèces dans son échappée de lumière, les impuretés pathologiques et déterminer les modifications de la surface de la muqueuse. En outre, les parois latérales et postérieures de l'intestin sont examinées, puis la paroi antérieure de l'intestin - les hommes peuvent avoir protrusion de la prostate pendant sa pathologie, et les femmes ont un espace Douglas suspendu et l'utérus. S'il y a des tumeurs dans la lumière de l'intestin, déterminez leur emplacement (parois avant, arrière ou latérales de l'intestin) en tenant compte du schéma accepté par les médecins "cadran" de l'horloge : lorsque la position du patient sur le dos avec les jambes écartées, la section de l'anus est virtuellement divisée selon le cadran de l'horloge : près du périnée - 12 « heures », à droite du médecin - 3 « heures », près du kuprik - 6 « heures », à gauche du médecin - 9 « heures ». Ensuite, déterminez la forme, la taille, la nature de la surface, le déplacement, la présence de douleur. Cela nous permet de noter une tumeur (polype, cancer) issue d'hémorroïdes internes et de pus dans la paraproctite.

Après avoir terminé l'examen du rectum, on retire progressivement le miroir rectal du rectum du patient et on inspecte son branchi, en faisant attention à la coloration du contenu fécal et à la présence d'impuretés pathologiques (sang, mucus, pus, détritits tumoraux).

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question repose sur le principe du test : il existe plusieurs possibilités pour réaliser l'examen du rectal avec un miroir rectal. L'étudiant doit, après avoir regardé chaque option, sélectionner le bon numéro de cette option dans la fenêtre de droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

2. Rectoromanoscopie :

La rectoromanoscopie est une méthode instrumentale d'examen de la muqueuse rectum et de la partie distale de l'intestin sigmoïde à l'aide d'un dispositif spécial - un rectoromanoscope introduit par le trou de passage postérieur dans le lumière de l'intestin (gradué en cm tube avec de l'huile), l'oculaire auquel la source lumineuse et la pompe connectée sous forme de cylindre sont alimentées.

Le patient prend une position de genou-coude, on réalise l'examen de la zone périanale, examen du doigt du rectum et examen rectal avec un miroir rectal, puis lubrifié avec de l'huile de vaseline ou des gels Nefluan, Luan, un tube avec de l'huile à l'intérieur est injecté dans le rectum au profond de 3-5 cm. Ensuite, l'huile est retirée et l'oculaire avec la source lumineuse et la pompe avec le cylindre sont connectés au tube. D'autres recherches sont effectuées sous contrôle visuel, généralement à une profondeur de 25 à 30 cm.

Pour redresser les parois de l'intestin, un ballon à air est progressivement gonflé et l'appareil est enfoncé profondément dans l'intestin, en observant toutes les courbes anatomiques du rectum et du rectosigmoïde. Notez la présence dans sa lumière de contenu fécal, d'impuretés pathologiques et déterminez les modifications de la surface de la membrane muqueuse. En présence de tumeurs dans la lumière intestinale, des ulcères ou d'autres modifications pathologiques on détermine leur localisation (parois antérieure, postérieure ou latérale de l'intestin). Ensuite, on détermine la forme, la taille, la nature de la surface, le déplacement, la présence de saignement. À l'exécution d'une rectoromanoscopie l'inspection de la membrane muqueuse est possible, l'exécution des manipulations diagnostiques - la prise du matériel de biopsie, la tenue des actions médicales - l'élimination des polypes et l'arrêt de l'hémorragie avec l'utilisation de la coagulation électrique ou laser .

Ayant terminé l'examen de la partie distale du côlon sigmoïde et du rectum, on retire progressivement le rectomanoscope du rectum du patient et on examine

son tube en faisant attention à la coloration du contenu fécal et à la présence d'impuretés pathologiques (sang, mucus, pus, détritits tumoral).

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question est basée sur le principe du test : plusieurs options de réalisation de la rectoromanoscopie sont proposées. L'étudiant doit, après avoir regardé chaque option, sélectionner le bon numéro de cette option dans la fenêtre de droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

Caractéristiques de l'examen des patients atteints de prolapsus rectal et d'hémorroïdes chroniques de 3-4 cm :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (anus, canal anal, rectum, région périanale)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (au périnée, à la prostate chez l'homme, au vagin chez la femme)
4. nature de la douleur (constante, ressemblant à des crampes), lien avec l'acte de défécation
5. s'il y avait eu des crises de douleur similaires avant

B) D'autres plaintes systématiquement identifiées :

- 1) la présence d'un prolapsus du rectum ou d'une partie de celui-ci vers l'extérieur
- 2) modifications des selles (diarrhée ou retard, présence d'impuretés pathologiques : sang, mucus, pus, détritits tumoraux)
- 3) changements de température corporelle (dans lesquels les limites sont élevées)
- 4) changements d'autres organes et systèmes

Historique de la maladie et de la vie :

A) Date et heure de début de la maladie

B) Quand et où il a consulté un médecin :

1. Quel traitement a-t-il reçu avant l'admission à la clinique
2. Quand il a été transporté à l'hôpital (date, heure)

C) Causes possibles de la maladie : erreur en mangeant, buvant de l'alcool, surcharge physique, autre

- D) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie
- E) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :
1. nombre de grossesses
 2. nombre de naissances
 3. date des dernières menstrues.
 4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Examen:

A) Examen général

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme ou bien n'est pas calme
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. l'état de la langue (sèche, humide)
5. état du pharynx et des amygdales
6. état des membres inférieurs

B) Examen:

De la cage thoracique

De l'abdomen :

1. tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique
3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire

Zone périanale : la présence près de l'anus de la partie saillante de la membrane muqueuse ou toutes les couches du rectum, son œdème, son changement de couleur du rouge au rouge foncé; la présence d'hémorroïdes hypertrophiées à 3-5 "heures", 7 "heures" et 11 "heures", avec un changement de couleur de peau au-dessus d'elles du rouge foncé au noir;

Palpation (y compris examen gynécologique et rectal) :

Pour détecter un prolapsus du rectum ou des hémorroïdes, à l'examen digital est effectué dans la position du patient à moitié assis, les pieds sur le canapé.

A) Localisation de la douleur et de la tension dans le rectum ou dans une partie de celui-ci qui s'échappe

B) Détermination des manifestations locales de la maladie à l'examen digital de la ligne intestins: la présence près de l'anus de la partie tombée de la muqueuse ou de toutes les couches du rectum, son œdème; la présence d'hémorroïdes hypertrophiées à 3-5 "heures", 7 "heures" et 11 "heures".

- C) Détermination des symptômes péritonéaux et leur localisation
- D) Détermination des symptômes d'autres organes et systèmes

Percussion:

- A) De la cage thoracique
- B) De l'abdomen

Auscultation:

- A) De la cage thoracique
- B) De l'abdomen

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) la justification du diagnostic antérieur est réalisée.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études supplémentaires :

Selon l'ambulance - comptage du nombre de leucocytes dans le sang, puis analyse clinique générale du sang pour détecter les changements dans la formule des leucocytes - son déplacement vers la gauche, augmentation de la TDÉ, diminution du nombre d'érythrocytes, diminution de l'indication de couleur et diminution de l'hémoglobine. Exécution si possible examen de l'intestin rectal avec un miroir rectal, rectoromanoscopie

4. Diagnostic différentiel :

Avec prolapsus rectal et hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés est effectuée:

prolapsus rectal avec tumeur maligne du rectum, corps étranger du rectum, hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés; hémorroïdes chroniques de 3-4 degrés avec fissure anale chronique, tumeur maligne du rectum, corps étranger du rectum, prolapsus rectal.

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinique et statistique.

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée est déterminée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour

déterminer des groupes de médicaments et leur action .

La possibilité d'utiliser un régime spécial, froid, coagulation laser, électrocoagulation, médicaments (pommade **Posterisan-forte, Aurobin**, gélules **Detralex, Cyclo 3 fort, Phlebodia, Venolan**), chirurgie, développement des professeurs D.P. Chukhrienko et Y.S. Bereznytsky.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances

«Syndrome de prolapsus rectal »

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.

4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :

- diagnostic préliminaire
- programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
- diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
- diagnostic clinique
- programme de traitement

3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la formation pratique Sujet № 15

Sujet № 15. "Syndrome diarrhémique-inflammatoire : Colite ulcéreuse et maladie de Crohn »

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 3. Proctologie urgente.

Sujet № 15. Colite ulcéreuse et maladie de Crohn

Définition : Le **syndrome diarrhémique-inflammatoire** survient en raison de la nature polyétiologique due à des modifications de la réactivité de l'organisme, sous l'influence d'une infection, du développement de la collagénose, des troubles de l'innervation du côlon, des modifications de la fonction du cortex surrénalien et de l'hypovitaminose (vitamine B12 et acide folique carence). Ces lésions primaires conduisent à une inflammation chronique de la membrane muqueuse du côlon avec implication dans le processus pathologique de la couche sous-muqueuse.

La réaction immunitaire pathologique provoquera une inflammation chronique de la membrane muqueuse et, sur fond de changements mentaux, entraînera la manifestation de la maladie, provoquera son exacerbation et ses complications, avec des modifications ulcéro-granulomateuses de la paroi intestinale, muqueuse ulcéreuse, avec les manifestations de la diarrhée et inflammation, rétrécissement de la lumière intestinal à presque complet obstutum, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale après consultation urgente avec un chirurgien et un proctologue.

Les causes les plus fréquentes du syndrome inflammatoire diarrhémique sont
La rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.

1. La rectocolite hémorragique est une lésion ulcéreuse diffuse chronique non spécifique du côlon.

2. La maladie de Crohn est une lésion inflammatoire-granulomateuse chronique du tube digestif, de nature segmentaire, avec une localisation prédominante dans l'intestin grêle et le gros intestin.

Les objectifs ultimes de l'apprentissage de l'élément éducatif :

1. Formation d'un diagnostic préalable

2. Programme de diagnostic et analyse des données obtenues
3. Diagnostic différentiel (liste des maladies, tableaux de diagnostic différentiel avec analyse)
4. Classification clinique et statistique de la maladie et diagnostic clinique
5. Programme de traitement :
 - A) Urgence d'hospitalisation
 - B) Urgence de l'opération
 - C) Préparation préopératoire
 - D) Traitement postopératoire

Le but de la leçon pratique : Établir le niveau de maîtrise des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches professionnelles d'un médecin généraliste sur le sujet - colite ulcéreuse et maladie de Crohn qui est un syndrome inflammatoire diarrhéique.

Formes de contrôle des connaissances et des compétences en cours pratiques :

1. Contrôle des connaissances par test (contrôle des connaissances par ordinateur sur 30 tests)
2. Enquête théorique auprès de chaque étudiant avec une évaluation sur les questions suivantes :
 - justification du diagnostic antérieur
 - définition du programme de diagnostic et analyse des données reçues
 - diagnostic différentiel
 - élaboration du diagnostic clinique
 - définition du programme de soins
3. Évaluation des performances pratiques de chaque étudiant :
 - l'ordre de préparation du patient à la fibrocoloscopie et à l'irrigoragraphe
 - analyse des irrigogrammes (pour rectocolite hémorragique et maladie de Crohn, polypes et diverticules)

L'information fait partie du développement méthodique

Le niveau minimal de connaissances de base nécessaire à la maîtrise du sujet :

- 1. Anatomie, anatomie topographique et chirurgie opératoire** - - caractéristiques topographiques et anatomiques du côlon et du rectum, cavité abdominale..
- 2. Physiologie** - - fonction du côlon et du rectum.

3. Physiologie pathologique – la pathogenèse du développement du syndrome inflammatoires.

4. Anatomie pathologique - modifications morphologiques du côlon et du rectum, dans la cavité abdominale, en fonction de la durée de la maladie et des raisons qui ont conduit au développement du syndrome inflammatoire.

5. Microbiologie, virologie et immunologie - la place des facteurs microbiens et de violation du système immunitaire de l'organisme en cas de processus inflammatoires dans le côlon et le rectum.

6. Chirurgie générale, propédeutique des maladies internes - méthodes d'enquête et d'examen physique du patient.

Objectif spécifique de préparation indépendante pour une leçon pratique:

En utilisant le niveau de connaissances et de compétences de base acquérir des connaissances théoriques et des compétences pratiques qui permettent de maîtriser des tâches orientées vers la pratique dans les montants :

1. Examen du patient pour déterminer l'évolution clinique de la Colite ulcéreuse et maladie de Crohne (enquête auprès des patients et examen physique)
2. Justification et formation d'un diagnostic préliminaire des maladies
3. Élaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de recherches complémentaires
4. Formation de la liste des maladies pour le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Formation du diagnostic clinique sur la base de la classification clinique et statistique des maladies
6. Formation d'un programme de traitement de la Colite ulcéreuse et maladie de Crohne.

Le programme de préparation autonome à une leçon pratique :

1. L'urgence du problème du syndrome diarrhéique-inflammatoire.
2. Identification des maladies liées au syndrome diarrhéique-inflammatoire.
3. Causes et mécanisme du développement des maladies liées aux maladies diarrhéiques-inflammatoires syndrome.
4. Manifestations cliniques (plaintes, anamnèse, données de l'examen physique du patient) de la Colite ulcéreuse non spécifique et de la maladie de la Crohne.
5. Principes de diagnostic et quantité de données nécessaires pour former un diagnostic précédent des maladies liées au syndrome diarrhéique-inflammatoire.
6. Principes d'élaboration d'un programme de diagnostic pour clarifier le diagnostic précédent et le traitement ultérieur.
7. Liste des maladies pour la réalisation du diagnostic différentiel, compilation

de tableaux de diagnostic différentiel avec analyse comparative.

8. Classifications cliniques et statistiques de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohne, et principes du diagnostic clinique.

9. Justification du programme organisationnel et médical.

Compétences pratiques attribuées à l'élément d'apprentissage :

1. L'ordre de préparation du patient pour la fibrocoloscopie et l'irrigorographie
2. Analyse des irrigogrammes (avec la Colite ulcéreuse et maladie de Crohne, polypes, diverticules).

1. L'ordre de préparation du patient à la fibrocoloscopie et à l'irrigographie :

La fibrocoloscopie (ou vidéocoloscopie) est une méthode d'examen visuel du côlon, réalisée à des fins diagnostiques et thérapeutiques.

L'irrigographie (-scopie) est une méthode d'examen aux rayons X de contraste du côlon après introduction d'un mélange de baryum par un lavement.

La préparation du patient à ces tests nécessite le nettoyage du côlon des matières fécales, des liquides et du mucus. Pour ce faire, utilisez un régime sans scories, un nettoyage mécanique des intestins avec des laxatifs, des lavements et des médicaments modernes.

Parmi les laxatifs utilisés facteurs chimiques : huile de ricin (60-80 ml), foin (140 mg), sulfate de magnésium (125-250 ml de solution à 25% par jour avant examen), mannitol (jusqu'à 1500 ml de solution à 5% dans 4 à 5 heures avant l'examen) et des solutions salines.

Chez les patients sans changements fonctionnels à 15-17 heures la veille de l'étude, nommez 30-60 ml d'huile de ricin, après l'acte de défécation, on effectue au patient deux lavements nettoyants d'un volume de 1,0-1,5 litre chacun avec de l'eau à température ambiante avec un intervalle de 1-2 heures, et le jour de l'étude, le matin, effectuez deux autres lavements du même volume.

L'étude peut être réalisée au plus tôt 2 heures après le dernier lavement. Ce terme est nécessaire afin d'éliminer ou de réduire les effets d'irritation de la muqueuse intestinale, et de libérer le liquide résiduel.

Dans les maladies accompagnées de constipation, il faut plusieurs jours de régime en association avec des laxatifs, des lavements nettoyants et siphonnés, et chez les patients présentant une motilité intestinale accrue et des selles fréquentes, les laxatifs ne doivent pas être utilisés et peuvent se limiter à des lavements nettoyants.

La préparation la plus efficace pour la coloscopie et l'irrigographie est l'utilisation du médicament moderne **Endofalk** selon le schéma suivant: 6 sachets

sont dissous dans 3 litres d'eau on boit 1 litre de solution toutes les heures avec des pauses de 15-30-60 minutes à la veille de l'étude . Il est également possible d'utiliser des médicaments **Fleet Phospho-soda et Fortrans**.

La plupart des patients n'ont pas besoin d'effectuer une anesthésie de la région périanale et du canal anal avant l'étude, cependant, on peut utiliser des applications de gel analgésique **Nefluan et Luan**. Chez les patients présentant des troubles mentaux, une excitabilité nerveuse accrue, des manifestations du syndrome de douleur dans les maladies de la région anale, des antécédents de maladie des rayons, une coloscopie est réalisée sous anesthésie générale.

Instructions pour effectuer le test

Contrôle des compétences pratiques : la question repose sur le principe du test : plusieurs options de préparation du côlon à la fibrocoloscopie ou à l'irrigographie sont proposées. L'étudiant doit, après avoir regardé chaque option, sélectionner le bon numéro de cette option dans la fenêtre de droite. Après cela, l'étudiant doit terminer la tentative et confirmer l'action et terminer le test, ou revenir à la réponse douteuse et revoir les questions, réaffirmer l'achèvement du test et envoyer les résultats.

2. Analyse des irrigogrammes (dans la Colite ulcéreuse non spécifique et la maladie de Crohn) :

Lors de l'analyse de l'irrigogramme, il est nécessaire de le tenir correctement dans les mains ou de l'installer dans le négatoscope connecté, en se concentrant sur les repères : les lettres "D" et "G"(en ukrainien «П» et «Л»).

Il est à noter que nous disposons d'un irrigogramme, c'est-à-dire le résultat d'un examen aux rayons X de contraste du côlon après introduction d'un mélange de baryum par un lavement.

Si un patient est suspecté d'avoir reçu un diagnostic de Colite ulcéreuse aux rayons X de la membrane muqueuse, l'intestin aura : a) de nombreux défauts peu profonds seront rappelés « dans **une toile mité**» c'est-à-dire recouverts d'ulcères dits « boutonnières » b) petites protubérances dans la direction de la lumière des pseudopolypes - inflammatoires ; c) perte de la gastration - symptôme des rayons X du « **tuyau de jardin** » ou de la « **pipe de tabac renversée** ».

Si le patient a un diagnostic de la maladie de Crohn sur la lumière X de la muqueuse, l'intestin aura : a) des zones de saillies irrégulières et bourguignonnes dans la direction de l'échappée de lumière - un relief caractéristique des « **pavés** » ; b) épaissement de la paroi intestinale, rides asymétriques du mésentère, rétrécissement de l'échappée de lumière de l'intestin - sténose, avec le symptôme dit de rayons X « **cockade** », c) propagation segmentaire dans l'intestin

des deux manifestations précédentes, entre lesquelles il y a de larges segments de l'intestin non changeable de rayons X - un symptôme de « **saut de kangourou** » .

Instructions pour effectuer le test

Le contrôle des compétences pratiques selon l'analyse des radiographies est construite d'après le principe de l'épreuve. Après avoir sélectionné une réponse à une question parmi plusieurs données, l'étudiant doit placer le curseur sur le champ avec la bonne réponse et valider son choix. La question suivante apparaît automatiquement. La troisième question contient quatre images de radiographies, parmi lesquelles il faut choisir une radiographie présentant des signes de colite ulcéreuse ou de maladie de Crohne et mémoriser son numéro de l'ordre. Ensuite sur un écran séparé qui apparaît après avoir cliqué sur le bouton marqué « continuer », sélectionner le numéro de l'ordre de la radiographie et cliquer sur le champ sélectionné. Terminer ensuite la tentative en cliquant à nouveau sur le bouton « continuer ». Après cela, le test se ferme et affiche le résultat. Attention, il est impossible de revenir sur la question à laquelle la réponse a été donnée !

Caractéristiques de l'examen des patients atteints de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohne :

1. Lors de l'entretien d'un patient, il est nécessaire de déterminer :

Plaintes de :

A) Une douleur:

1. localisation de la douleur (dans l'abdomen le long du côlon, de l'anus, du canal anal, du rectum, de la région périanale)
2. intensité de la douleur (faible, modérée, forte)
3. irradiation de la douleur (au périnée, à la prostate chez l'homme, au vagin chez la femme, au coccyx, aux fesses)
4. nature de la douleur (constante, ressemblant à des crampes), lien avec l'acte de défécation
5. S'il y avait déjà des crises de douleur similaires .

B) D'autres plaintes successivement identifiées :

1. modifications des selles (diarrhée ou retard, présence d'impuretés pathologiques : sang, mucus, pus, détritits tumoraux)
2. changements de température corporelle (dans lesquels les limites sont élevées)
3. changements d'autres organes et systèmes

Historique de la maladie et de la vie :

A) Date et heure de début de la maladie

B) Quand et où il a consulté un médecin :

1. Quel traitement a-t-il reçu avant l'admission à la clinique
2. Quand il a été transporté à l'hôpital (date, heure)

C) Causes possibles de la maladie : erreur en mangeant, buvant de l'alcool, surcharge physique, autre

D) Conditions de vie et de travail pouvant causer la maladie

E) Chez la femme - antécédents obstétricaux et gynécologiques :

1. nombre de grossesses
2. nombre de naissances
3. date des dernières menstrues.
4. si la dernière période menstruelle était à l'heure

2. Examen physique :

Examen:

A) Examen général

1. la gravité de l'état du patient
2. comportement du patient : calme ou bien n'est pas calme
3. température corporelle, fréquence cardiaque
4. l'état de la langue (sèche, humide)
5. état du pharynx et des amygdales

6. état des membres inférieurs

B) Examen:

De la cage thoracique

De l'abdomen :

1. tiré, gonflé
2. symétrique, asymétrique

3. le degré de participation de la paroi abdominale antérieure à l'acte respiratoire
Zone périanales: présence d'ouvertures de fistule près de l'anus ou sur la peau des fesses, à partir desquelles le pus, le gonflement de la peau et du tissu sous-cutané peuvent changer, sa couleur passe du rouge au rouge foncé.

Palpation (y compris examen gynécologique et rectal) :

A) Localisation des douleurs et tensions musculaires de la paroi abdominale, présence d'infiltrat

B) Détermination des manifestations locales de la maladie à l'examen digital du rectum : la présence d'un défaut douloureux de la muqueuse de l'anus à 12 ou 6 « heures » de forme linéaire ou elliptique à bords denses ; la présence de denses douloureux infiltration ou fluctuations sous l'œdème de la peau et des tissus

périanaux, et dans le rectum - surplomb et douleur de sa paroi.

C) Détermination des symptômes péritonéaux et leur localisation

D) Détermination des symptômes d'autres organes et systèmes

Percussion:

A) De la cage thoracique

E) De l'abdomen

Auscultation:

A) De la cage thoracique

F De l'abdomen

Sur la base des données obtenues après avoir interrogé le patient (plaintes, antécédents médicaux et vie) et son examen physique (examen, palpation, percussion, auscultation) la justification du diagnostic préliminaire est réalisée.

3. Programme de diagnostic avec analyse des données d'études

supplémentaires :

Selon l'ambulance - comptage du nombre de leucocytes dans le sang, puis analyse clinique générale du sang pour détecter les changements dans la formule des leucocytes - son déplacement vers la gauche, augmentation du TDÉ, diminution du nombre d'érythrocytes, diminution de l'indication de couleur et diminution de l'hémoglobine. Réaliser une rectoscopie, une coloscopie et une irrigographie (-scopie), prélever du matériel de biopsie d'ulcères planaires, des pseudopolypes, des rétrécissements granulomateux-cicatriciels de la paroi intestinale, suivi d'un examen histologique.

4. Diagnostic différentiel :

Dans la colite ulcéreuse et la maladie de Crohne :

Colite ulcéreuse avec maladie de Crohn, tumeur maligne du côlon, dysenterie, fièvre typhoïde ;

Maladie de Crohne avec rectocolite hémorragique, tumeur maligne du caecum, occlusion intestinale aiguë, appendicite aiguë.

5. Diagnostic clinique :

L'unité nosologique et la forme d'évolution de la maladie sont indiquées, les complications existantes sont basées sur la classification clinique et statistique.

4. Diagnostic différentiel :

En cas de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn on se fait:

De la colite ulcéreuse avec maladie de Crohne, tumeur maligne du côlon, dysenterie, fièvre typhoïde ;

De la maladie de Crohne avec colite ulcéreuse, tumeur maligne de l'intestin aveugle, obstruction intestinale aiguë, appendicite aiguë.

5. Diagnostic clinique :

Il est indiqué l'unité nosologique et la forme de l'évolution de la maladie, les complications existantes - sur la base de la classification clinique et statistique

6. Tactiques organisationnelles et thérapeutiques :

La nécessité d'une hospitalisation pour chirurgie urgente ou programmée est déterminée (indications opératoires, préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leur action), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire pour déterminer des groupes de médicaments et leur action .

La possibilité d'utiliser un régime spécial et les médicaments Salofalk, Budenofalk, Remikade, interventions chirurgicales.

DÉVELOPPEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Contrôle intermédiaire des connaissances «Syndrome diarrhéique-inflammatoire »

Solution écrite à la maison de la tâche clinique

Formes de contrôle intermédiaire des connaissances et des compétences :

3. Indépendamment, dans les conditions de formation extrauditaire (à la maison, dans le foyer), par écrit pour résoudre le problème clinique situationnel d'une des maladies qui font partie du syndrome qui a été étudié.

4. Lors de la résolution d'un problème clinique situationnel, en fonction des conditions, formuler par écrit :

- diagnostic préliminaire
- programme de diagnostic (énumérer les méthodes de recherche et la séquence de leur mise en œuvre avec l'analyse des résultats possibles)
- diagnostic différentiel de deux maladies, très probablement dans ce cas donné
- diagnostic clinique
- programme de traitement

3. Au cours pratique suivant, le travail écrit est soumis pour vérification à l'enseignant qui évalue le niveau de maîtrise d'une tâche à vocation professionnelle.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

Vérification de l'acquisition des compétences pratiques

Module 1. Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie.

Contenu du module 3. Proctologie urgente.

Thème № 16. Vérification de l'acquisition des compétences pratiques.

L'analyse finale et l'évaluation des résultats de l'acquisition des compétences pratiques sont effectuées.

DEVELOPPEMENT METHODOLOGIQUE

de la leçon de révision

« Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie : intégration, différenciation et généralisation »

Module 1 : Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie

Modules de contenu :

- 1. Principes généraux de reconnaissance et de formation du diagnostic clinique**
- 2. Chirurgie abdominale immédiate**
- 3. Proctologie immédiate**

Objectif : Établir le niveau de préparation de l'étudiant au travail avec le patient et le niveau d'acquisition des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des tâches à vocation professionnelle d'un médecin généraliste du module 1 "**Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie**".

Formes de contrôle des connaissances dans la classe « Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie : intégration, différenciation et généralisation » :

1. Contrôle informatique de test
2. Examen d'un patient présentant l'une des pathologies liées à la chirurgie abdominale d'urgence et à la proctologie, et à ce titre de:
 - rapporter sur l'état du patient (plaintes, antécédents médicaux et vie)
 - démontrer des compétences pratiques selon l'examen physique d'un patient présentant une pathologie spécifique (examen, palpation, percussion, auscultation)
 - justifier par écrit le diagnostic antérieur
 - formuler par écrit le programme de diagnostic et procéder à l'analyse des résultats reçus
 - faire un diagnostic différentiel de deux maladies similaires par écrit
 - formuler un diagnostic clinique par écrit
 - justifier par écrit le programme de soins

L'information fait partie du développement méthodique

Objectif spécifique de la réalisation de la leçon finale du module 1 « Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie » :

Détermination de la qualité de maîtrise par chaque étudiant de tâches à

vocation pratique au sein du médecin généraliste (connaissances théoriques et compétences pratiques) à l'étendue de :

1. Étude de l'évolution clinique de la maladie (enquête auprès du patient et l'examen de physique)
2. Formation d'un diagnostic préliminaire de la maladie
3. Elaboration d'un programme de diagnostic et analyse des résultats de la recherche
4. Formation de la liste des maladies avec lesquelles il est nécessaire de réaliser le diagnostic différentiel et sa réalisation
5. Principes de formation du diagnostic clinique (classification des maladies)
6. Programme thérapeutique (nécessité d'un traitement chirurgical, urgence d'hospitalisation, indications pour la chirurgie et la pharmacothérapie).

Le programme de préparation autonome à la leçon finale du module 1

« Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie » :

1. Maîtriser les principes d'examen d'un patient chirurgical (enquête patient - plaintes, anamnèse de la maladie et de la vie; examen physique).
2. Assimiler les principes de formation du diagnostic préliminaire (les éléments du diagnostic préliminaire, la séquence de la saisie des données cliniques et physiques dans le diagnostic préliminaire).
3. Maîtriser les principes d'élaboration d'un programme de diagnostic (objectif des méthodes de diagnostic, séquence de leur mise en œuvre et énumération, en fonction de la situation clinique; options possibles des modifications des indications des études de laboratoire et instrumentales en pathologie chirurgicale)
4. Maîtriser les principes de l'exécution du diagnostic différentiel des maladies (identifier les maladies avec lesquelles il est nécessaire de se différencier, identifier les principaux syndromes et symptômes qui différencient les maladies).
5. Rédiger par écrit la classification clinique de la maladie et les principes du diagnostic clinique.
6. Principes de formation d'un programme de traitement (détermination de la nécessité d'un traitement hospitalier ou ambulatoire, si nécessaire pour un traitement hospitalier afin de déterminer l'urgence de l'hospitalisation, les principales directions de l'utilisation des technologies médicales, la liste des médicaments et leurs doses pour le traitement médicamenteux).

Au cours final selon le sujet de "Chirurgie abdominale d'urgence et proctologie : intégration, différenciation et généralisation", vérification du niveau de préparation au travail avec le patient et du niveau d'acquisition des connaissances théoriques et des compétences pratiques par les étudiants dans le cadre des missions à vocation professionnelle des services de médecine générale selon le module sera effectué partiellement ou totalement par des chargés de cours ou des professeurs de la chaire .

Exemple de problème clinique situationnel et algorithme de sa solution écrite :

PROBLÈME

Une patiente de 35 ans s'est plaint à un médecin d'une clinique externe rurale de la présence d'une protubérance dans la région de l'aîne à gauche, qui est apparue après avoir soulevé un excès de poids et était indolore. D'après l'anamnèse : la patiente note que pendant environ 5 ans, la protubérance apparaît périodiquement après avoir soulevé un excès de poids et une forte toux, disparaît en position horizontale ; le travail implique la construction, ce qui nécessite souvent de soulever un excès de poids. À l'examen objectif : la patiente est en surpoids, à gauche dans la région de l'aîne sous le pli inguinal il y a une protubérance d'environ 3 × 3 cm, à la palpation indolore, facile à exercer en position verticale, et disparaît en position horizontale ; à la percussion de la protubérance - la tympanite, à l'auscultation - les bruits du péristaltisme.

1. Formuler par écrit la justification du diagnostic précédent :
2. Déterminer par écrit le programme de diagnostic nécessaire et analyser les résultats obtenus:
3. Établir un diagnostic différentiel de maladies similaires par écrit :
4. Formuler un diagnostic clinique complet par écrit :
5. Définir par écrit et justifier le programme de traitement nécessaire

Bonne réponse écrite :

1. Compte tenu des plaintes de la patiente concernant la présence d'une protubérance indolore dans la région de l'aîne gauche, apparue après avoir soulevé un excès de poids ; les données de l'histoire de la maladie, qui montrent que la protubérance apparaît périodiquement pendant cinq ans après une prise un excès de poids et lors de la toux sévère, disparaît en

position horizontale; les données de l'histoire de vie - une femme travaillant sur un chantier de construction, qui est associée à une prise de poids fréquente; à l'examen - la patiente en surpoids, à gauche dans l'aîne sous les plis inguinaux, il y a une protubérance, d'environ 3x3 cm, à la palpation - indolore, s'exerce facilement en position verticale, disparaît en position horizontale, lors de la percussion de la protubérance - tympanite, à l'auscultation - bruits du péristaltisme on peut établir le diagnostic préliminaire : Hernie fémorale remise gauche.

2. Pour confirmer le diagnostic de "Hernie fémorale remise gauche", il n'est pas nécessaire d'effectuer des méthodes de recherche supplémentaires (laboratoires et instrumentales), des méthodes d'examen physiques suffisantes: examen, palpation, percussion, auscultation de la protubérance. Pour préparer et réaliser le traitement, pour connaître l'état de l'organisme du patient, la présence de maladies concomitantes et non détectées, pour effectuer une intervention chirurgicale et pour surveiller l'efficacité du traitement, il faut effectuer : 1) analyse sanguin clinique général ; 2) analyse clinique générale de l'urine; 3) analyse biochimique du sang; 4) sucre dans le sang et l'urine; 5) coagulogramme ; 6) groupe sanguin et facteur rhésus ; 7) ÉCG ; 8) FRG ; 9) consultation avec un gynécologue. Il est nécessaire d'analyser les éventuels changements pathologiques dans les analyses et les recherches du patient atteint de cette maladie, ses complications ou des maladies concomitantes.

3. La présence de certaines manifestations cliniques similaires de la maladie de la patiente d'après la tâche clinique et d'une hernie fémorale remise gauche nécessite un diagnostic différentiel entre elles. **Ces manifestations similaires** sont les suivantes: plaintes de protubérance indolore dans la région de l'aîne à gauche, anamnestique - la protubérance dans les deux cas peut être pendant une longue période, à l'examen - protubérance dans la région de l'aîne à gauche, indolore à la palpation, percussion - tympanite, les bruits d'auscultation du péristaltisme sont écoutés. Il n'y a pas de besoin de méthodes de recherche supplémentaires pour clarifier les diagnostics de ces maladies, c'est juste pour cela nous ne les analysons donc pas. Lors du choix d'autres maladies pour le diagnostic différentiel, l'analyse de manifestations similaires et différentes dans les résultats d'études de laboratoire et instrumentales est obligatoire. **Cependant, une comparaison minutieuse de**

manifestations même similaires et l'élimination des symptômes pathognomoniques caractéristiques d'une seule de ces maladies permettent d'exclure l'un des diagnostics. Ainsi, dans les conditions de la tâche, la patiente se plaint de la protubérance indolore dans la région de l'aîne à gauche, qui est survenue après avoir soulevé un excès de poids, tandis que dans l'hernie inguinale remise à gauche, la protubérance indolore sera plus souvent présente chez les hommes ; de l'anamnèse de la maladie - dans les conditions de la tâche la protubérance chez la patiente apparaît périodiquement après avoir soulevé un excès de poids ou avec une forte toux, tandis que dans hernie inguinale remise à gauche la protubérance sera également présente pendant une longue période, mais plus souvent chez les hommes; de l'anamnèse de la vie - dans les conditions de la tâche, la patiente est une femme et les femmes sont plus susceptibles d'avoir des hernies fémorales, tandis que les hernies inguinales sont plus fréquentes chez les hommes; à l'examen - en termes de tâche de la protubérance se situe dans la région de l'aîne à gauche en dessous du pli inguinal, ce qui est caractéristique de la hernie fémorale, tandis que dans la hernie inguinale, la protubérance sera au-dessus du pli inguinal; à la palpation - dans les conditions de la tâche de la protubérance se remet sans douleur dans la position verticale et dans l'horizontale disparaît d'elle-même, tandis que dans la hernie inguinale remise, la protubérance disparaît à la palpation dans les positions verticale et horizontale, mais à l'examen au doigt du canal inguinal on peut détecter la pulsation de l'artère épigastrique inférieure. Si elle est palpée à l'extérieur du sac de hernie, dans ce cas là il s'agit d'une hernie inguinale directe, et si au milieu de celui-ci - oblique. Il n'y a pas de besoin de réaliser de méthodes de recherche supplémentaires pour clarifier les diagnostics de ces maladies, c'est pourquoi nous ne les analysons donc pas. Lors du choix d'autres maladies pour le diagnostic différentiel, l'analyse de manifestations similaires et différentes dans les résultats d'études de laboratoire et instrumentales est obligatoire.

Après avoir effectué une comparaison aussi détaillée et en déterminant la différence entre les manifestations de la hernie fémoral remise à gauche et les manifestations cardinales de la hernie inguinale remise à gauche, le diagnostic de la hernie inguinal remise à gauche peut être exclu.

4. La nécessité d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale urgente ou planifiée est déterminée (indications d'intervention chirurgicale,

préparation préopératoire, prise en charge postopératoire du patient avec définition des groupes de médicaments et de leurs orientations), ou la possibilité d'un traitement conservateur et ambulatoire avec définition des groupes de médicaments et orientations de leur action.

Traitement des hernies non compliquées - chirurgie planifiée : herniotomie avec plastique à grille herniaire avec tension tissulaire (autoplastie) ou sans tension tissulaire avec des matériaux auxiliaires (alloplastie), C'est pourquoi il faut la consultation du chirurgien HDC (Hôpital de district central) pour une hospitalisation planifiée et une chirurgie programmée après la préparation des intestins (lavements nettoyants), zone opératoire (raser la peau au lieu d'intervention), réalisation de prémédication (atropine 1 ml sous-cutanée et dimédrol 1 ml sous-cutanée 30 minutes avant l'intervention). Après l'opération - anesthésie (cétonal 2 ml 3 fois par jour, à partir du deuxième jour après l'opération - sous forme de pilules 3 jours), pansement, régime d'alimentation - table 1a et activation du régime à partir du deuxième jour après l'opération.