

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Жалпы және абдоминальді хирургия пәнінен аралық бақылауға арналған жағдайлық есептер

Мамандық: 7R01138 «Отбасылық медицина»

Пәннің аталуы: Жалпы және абдоминальді хирургия

Пән коды: R-ZhAH

Оқу сағатының көлемі: 120 сағат (4 кредит)

Шымкент 2021ж.



1. 1 – аралық бақылауына арналған бағдарлама сұрақтары.

Жедел хирургиялық патология.

1. Жедел аппендицитке анықтама беріңіз.
2. Жедел аппендициттің көрінісі.
3. Жедел аппендициттің диагностикасы (белгілері)
4. жедел аппендициттің емі.
5. Ауруханадан шыққан науқастардың жағдайын бақылау.
6. Жедел ішек өтімсіздігіне анықтама беріңіз.
7. Жедел ішек өтімсіздігінің клиникалық жіктелуі.
8. Жедел ішек өтімсіздігінің жіктелуіне байланысты белгілері.
9. Жедел ішек өтімсіздігінің диагностикасы.
10. Жедел ішек өтімсіздігінің ем шаралары.

Қан кету.

1. Асқазан мен 12 елі ішек ойық жаралардан қан кету себептерін түсіндіріңіз.
2. Қан кетудің ауырлығына қарай жіктелуі.
3. Қан кетудің клиникалық белгілері.
4. Қан кетудің диагностикасы.
5. Қан кетудің аспаптық зерттелудің түрлері.
6. Ем-шаралары

Ойық жара перфорациясы

1. Перфорацияға анықтама беріңіз.
2. Перфорацияның клиникалық жіктелуі.
3. Перфорацияның диагностикасы.
4. Перфорацияның емі

Пенетрация

1. Пенетрацияға анықтама беріңіз
2. Клиникалық көрінісі мен диагностикасы
3. Пенетрацияның емі
4. Оперативті емге көрсеткіштер

Пилоростеноз

1. Пилородуоденальды стенозға анықтама беріңіз
2. Пилородуоденальды стеноздың себептері
3. Клиникалық көрініс пен диагностикасы.
4. Ем-шаралары.

Қысылған жарық

1. Қысылған жарыққа анықтама беріңіз
2. Анатомиялық орналасуына байланысты жіктелуі
3. Клиникалық көрініс пен диагностикасы.
4. Ем-шаралары.

Жіті холецистит

1. Жедел холециститке анықтама беріңіз
2. Этиология мен патогенезі.
3. Клиникалық көрінісі, белгілері.
4. Диагностика аспаптық зерттеу әдістері.
5. Ем-шаралары.

Жіті панкреатит



1. Жедел панкреатитке анықтама беріңіз
2. Этиология мен патогенез
3. Клиникалық картина мен диагностикасы.
4. Ем-шаралары

Жұмсақ тіндердің іріңдеу процестері

1. Жұмсақ тіндердің іріңдеу процестеріне анықтама беріңіз
2. Жұмсақ тіндердің іріңді процестерінің этиологиясы, патогенезі
3. Жұмсақ тіндердің іріңді процестерінің әртүрлі формаларының клиникалық көрінісі
4. Жұмсақ тіндердің іріңді процестерін емдеудің негізгі бағыттары
5. Фурункулға анықтама беріңіз.
6. Фурункулдың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
7. Фурункулды емдеу
8. Фурункулезді анықтаңыз
9. Карбункулдың қоздырғыштары
10. Карбункулдың патогенезі
11. Карбункулдың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
12. Карбункулды емдеу
13. Гидраденитке анықтама беріңіз
14. Гидрадениттің патогенезі
15. Гидраденит диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
16. Гидраденитті емдеу
17. Кіріп кеткен тырнақты анықтаңыз
18. Кіріп кеткен тырнақтың патогенезі
19. Кіріп кеткен тырнақтың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
20. Кіріп кеткен тырнақты емдеу

Бүйрек паен зәр шығару жолдарының аурулары.

1. Бүйректің шаншып ауруына анықтама беріңіз
2. Жедел зір іркілісіне анықтама беріңіз
3. Жедел зәр іркілісінің себептері
4. Простатит, простата аденомасы
5. Емханалық жағдайда медициналық көмек
6. Цисталгияның себептері
7. Крипторхизмге анықтама беріңіз
8. Клиникалық көрініс пен диагностика.
9. Ем-шаралары.

2. 2 – аралық бақылауына арналған бағдарлама сұрақтары.

Жарақаттар, жұмсақ тіндер мен сүйек-буын жүйесінің аурулары.

1. Буын шығудың анықтамасы
2. Иықтың шығуы
3. Жалпақ табан бұлшық еттік, қисық мойын, тумасы аяқ басының маймақтығына анықтама беріңіз.
4. Тұмалы орган ижіліктің шығуы.
5. Омыртқа кисаюы.
6. Клиникалық белгілері, диагностикасы.
7. Төменгі жақтың шыққаның салу және тоқпан жіліктің.
8. Сүйек сынуларға анықтама беріңіз

9. Клиникалық көрініс пен диагностикасы
10. Жілік сынған жағдайда транспорттық мобилизация.
11. Зақымданудан есенгіреу, анықтама
12. Зақымданудан есенгіреу, клиникалық көрініс.
13. Есенгіреудің емі.
14. Жарақаттың остеомиелиттің себептері.
15. Белгілері мен зерттеу әдістері
16. Остеомиелиттің емі
17. Тендовагинит артрозо артрит анықтамалары
18. Клиникалық белгілері, зерттеу әдістері
19. Көрсетілген аурулардың емдері
20. Жедел тіндердің сығылулары
21. Жаралардың түрлері
22. Клиникалық көріністері
23. Жануарлардың тістелуі
24. Хирургиялық тігістердің түрлері
25. Күйік пен үсілулерге анықтама беріңіз
26. Дәрежелермен зақымдану аудандарының анықтамасы.
27. Жұқпаланған жараларды өңдеу.
28. Таңғыштардың түрлері

Қантамырлар ауруы

1. Артериялық тромбоз бен эмболияға анықтама беріңіз
Тромбофлебит, флеботромбоз анықтамалары
2. Клиникалық көріністері
3. Аспаптық зерттеу әдістері, диагностикасы
4. Ем-шаралары.

Тік ішек аурулары

1. Геммарой, айналшық сызаты, анықтамалары.
2. Клиникалық көріністері, диагностикасы.
3. Ем-шаралары.

Кеуде қуысы мүшелерінің жарақаттары

1. Пневмо-гемоторакс, анықтамалары
2. Клиникалық көріністері
3. Алғашқы медициналық көмек.

3. Аралық сертификаттау сұрақтары

(емтихан сессиясы)

Жедел хирургиялық патология.

1. Жедел аппендицитке анықтама беріңіз.
2. Жедел аппендициттің көрінісі.
3. Жедел аппендициттің диагностикасы (белгілері)
4. жедел аппендициттің емі.
5. Ауруханадан шыққан науқастардың жағдайын бақылау.
6. Жедел ішек өтімсіздігіне анықтама беріңіз.
7. Жедел ішек өтімсіздігінің клиникалық жіктелуі.
8. Жедел ішек өтімсіздігінің жіктелуіне байланысты белгілері.

9. Жедел ішек өтімсіздігінің диагностикасы.

10. Жедел ішек өтімсіздігінің ем шаралары.

Қан кету.

1. Асқазан мен 12 елі ішек ойық жаралардан қан кету себептерін түсіндіріңіз.

2. Қан кетудің ауырлығына қарай жіктелуі.

3. Қан кетудің клиникалық белгілері.

4. Қан кетудің диагностикасы.

5. Қан кетудің аспаптық зерттелудің түрлері.

6. Ем-шаралары

Ойық жара перфорациясы

1. Перфорацияға анықтама беріңіз.

2. Перфорацияның клиникалық жіктелуі.

3. Перфорацияның диагностикасы.

4. Перфорацияның емі

Пенетрация

1. Пенетрацияға анықтама беріңіз

2. Клиникалық көрінісі мен диагностикасы

3. Пенетрацияның емі

4. Оперативті емге көрсеткіштер

Пилоростеноз

1. Пилородуоденальды стенозға анықтама беріңіз

2. Пилородуоденальды стеноздың себептері

3. Клиникалық көрініс пен диагностикасы.

4. Ем-шаралары.

Қысылған жарық

1. Қысылған жарыққа анықтама беріңіз

2. Анатомиялық орналасуына байланысты жіктелуі

3. Клиникалық көрініс пен диагностикасы.

4. Ем-шаралары.

Жіті холецистит

1. Жедел холециститке анықтама беріңіз

2. Этиология мен патогенезі.

3. Клиникалық көрінісі, белгілері.

4. Диагностика аспаптық зерттеу әдістері.

5. Ем-шаралары.

Жіті панкреатит

1. Жедел панкреатитке анықтама беріңіз

2. Этиология мен патогенез

3. Клиникалық картина мен диагностикасы.

4. Ем-шаралары

Жұмсақ тіндердің іріндеу процестері

1. Жұмсақ тіндердің іріндеу процестеріне анықтама беріңіз

2. Жұмсақ тіндердің ірінді процестерінің этиологиясы, патогенезі

3. Жұмсақ тіндердің ірінді процестерінің әртүрлі формаларының клиникалық көрінісі

4. Жұмсақ тіндердің ірінді процестерін емдеудің негізгі бағыттары

5. Фурункулға анықтама беріңіз.

6. Фурункулдың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
7. Фурункулды емдеу
8. Фурункулезді анықтаңыз
9. Карбункулдың қоздырғыштары
10. Карбункулдың патогенезі
11. Карбункулдың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
12. Карбункулды емдеу
13. Гидраденитке анықтама беріңіз
14. Гидрадениттің патогенезі
15. Гидраденит диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
16. Гидраденитті емдеу
17. Кіріп кеткен тырнақты анықтаңыз
18. Кіріп кеткен тырнақтың патогенезі
19. Кіріп кеткен тырнақтың диагностикасы және дифференциальды диагностикасы
20. Кіріп кеткен тырнақты емдеу

Бүйрек паен зәр шығару жолдарының аурулары.

1. Бүйректің шаншып ауруына анықтама беріңіз
2. Жедел зір іркілісіне анықтама беріңіз
3. Жедел зәр іркілісінің себептері
4. Простатит, простата аденомасы
5. Емханалық жағдайда медициналық көмек
6. Цисталгияның себептері
7. Крипторхизмге анықтама беріңіз
8. Клиникалық көрініс пен диагностика.
9. Ем-шаралары.

Жарақаттар, жұмсақ тіндер мен сүйек-буын жүйесінің аурулары.

1. Буын шығудың анықтамасы
2. Иықтың шығуы
3. Жалпақ табан бұлшық еттік, қисық мойын, тумасы аяқ басының маймақтығына анықтама беріңіз.
4. Тұмалы ортан ижіліктің шығуы.
5. Омыртқа кисаюы.
6. Клиникалық белгілері, диагностикасы.
7. Төменгі жақтың шыққаның салу және тоқпан жіліктің.
8. Сүйек сынуларға анықтама беріңіз
9. Клиникалық көрініс пен диагностикасы
10. Жілік сынған жағдайда транспорттық мобилизация.
11. Зақымданудан есеңгіреу, анықтама
12. Зақымданудан есеңгіреу, клиникалық көрініс.
13. Есеңгіреудің емі.
14. Жарақаттың остеомиелиттің себептері.
15. Белгілері мен зерттеу әдістері
16. Остеомиелиттің емі
17. Тендовагинит артрозо артрит анықтамалары
18. Клиникалық белгілері, зерттеу әдістері
19. Көрсетілген аурулардың емдері

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

20. Жедел тіндердің сығылулары
21. Жаралардың түрлері
22. Клиникалық көріністері
23. Жануарлардың тістелуі
24. Хирургиялық тігістердің түрлері
25. Күйік пен үсілулерге анықтама беріңіз
26. Дәрежелермен зақымдану аудандарының анықтамасы.
27. Жұқпаланған жараларды өңдеу.
28. Таңғыштардың түрлері

Қантамырлар ауруы

1. Артериялық тромбоз бен эмболияға анықтама беріңіз
Тромбофлебит, флеботромбоз анықтамалары
2. Клиникалық көріністері
3. Аспаптық зерттеу әдістері, диагностикасы
4. Ем-шаралары.

Тік ішек аурулары

1. Геммарой, айналшық сызаты, анықтамалары.
2. Клиникалық көріністері, диагностикасы.
3. Ем-шаралары.

Кеуде қуысы мүшелерінің жарақаттары

1. Пневмо-гемоторакс, анықтамалары
2. Клиникалық көріністері
3. Алғашқы медициналық көмек.

4. 1-аралық бақылау есептері

№1 ситуациялық есеп

Науқас 32 жаста, бір апта бұрын оң жақ қабырға асты аймағының ауырсынуына шағымданды. Басында эпигастрия аймағында қатты ауырсыну болды, бір рет құсу, дене қызуы 37,6°C. Сосын ауырсыну оң жақ қабырға астына тұрақтады, басылғандай болды, бірақ жоғалып кеткен жоқ. Үлкен дәрет қалыпты.

Қарау кезінде: тілі сулы, дене қызуы қалыпты, оң жақ қабырға астында азырақ ауырсыну бар, бұлшық ет керілуі жоқ. Ситковский және Ровзинг белгісі оң. Щеткина-Блумберг белгісі теріс. Құрсақ қуысында ешқандай түйін жоқ. .

Зертханалық диагностикалық зерттеулер:

Лейкоцит қанда $8 \times 10^9 / \text{л}$. несеп анализі өзгеріссіз.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз.

- Сіздің диагнозыңыз
- Негізгі симптомдарын атаңыз
- Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- Дифференциальды диагностика жасаңыз
- Емдік тактиканы таңдаңыз

№1 ситуациялық есепке жауап

1.1 . Жіті аппендицит.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

1.2. Оң жақ мықын аймағындағы ауырсыну, Розинг Ситковский симптомы оң мәнді, T-37,6C.

1.3. Науқасты жедел түрде оперативті емдеу үшін хирургиялық стационарға жіберу керек.

№2 ситуациялық есеп

Науқас 50 жаста, 3 жылдан бері шап үрпелі жарығымен зардап шегетін науқас қабылдау бөліміне жеткізілді. 1 тәулік бұрын жарық қысылған. Науқас үйде өздігінен жарықты қалпына келтірмекші болғаны оң нәтиже бермеген. Науқастың жағдайы нашарлай түскендіктен ауруханаға қаралған. Қабылдау бөлімінде гигиеналық ванна кезінде жарық өздігінен қалпына келген. Науқас өзін толығымен сау сезіні, үйге жіберілді. 5 сағаттан кейін қайтадан ауруханаға перитонит құбылысымен жеткізілді.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз.

- Сіздің диагнозыңыз
- Қарау кезіндегі дәрігердің қателігі неде?
- Емдеу жоспарын құрыңыз

№2 ситуациялық есепке жауап

1.1. Ішектің некрозымен және перитонитпен асқынған шап-куық жарықтары.

1.2. Қысылған жарықтары бар науқастар өз бетімен пайда болған жағдайда одан әрі бақылау үшін стационарға жатқызу және перитонит клиникасы пайда болған жағдайда шұғыл түрде операция жасалады.

1.3. Науқасқа шұғыл түрде операция жасау қажет.

№3 ситуациялық есеп

Науқас 48 жаста, майлы тағам пайдаланғаннан кейін оң жақ қабырға астының ауырсынуының оң жақ иыққа және жауырынға берілуіне шағымданады. Дене қызуы 38,3°C дейін көтерілді, бір реттік құсық болды. Пальпациялау кезінде оң жақ қабырға астында ауырсыну және бұлшықеттің қысымы байқалды. Щеткин-Блумберг симптомы оң мәнді. Қандағы лейкоциттер $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Спазмолитиктерді, антибиотиктерді, новокаинды блокаданы тағайындағаннан кейін жағдайы жақсарды. Дене қызуы қалыпты жағдайға түсті, ауырсыну басылды, бұлшықеттің тартылуы басылып және 3 тәуліктің соңына қарай толық кетті. Өт қабшығында нүктесінде аздап ауырсыну қалды. Қандағы лейкоциттер $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Зертханалық диагностикалық зерттеулер:

Қандағы лейкоциттер $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз.

- Сіздің диагнозыңыз
- Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- Саралау диагностикасы үшін қандай қосымша зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері қажет
- Емдік жоспарын жасаңыз

№3 ситуациялық есепке жауап

1.1. Жіті холецистит.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

1.2. Оң жақ иық пен жауырынға таралатын оң жақ қабырға астындағы ауырсыну. қандағы лейкоциттер $12,0 \times 10^9/\text{л}$.

1.3. Өт қабы мен өт шығару жолдарының УДЗ.

1.4. Науқас стационардың хирургиялық бөлімінде емделеді.

№4 ситуациялық есеп

Науқас 36 жаста, таңертең оң жақ қабырға астында таң ертең ауырсыну басталған, кешке қарай күшейіп, интенсивті болған. Кіші дәретке көбірек шығып, дене қызуы $37,6^\circ\text{C}$ көтерілген, бір рет құсқан. Бұрын мұндай ауырсыну болмаған. Тілі ақ қаптамамен қапталған, құрғақтау. Іштің оң жақ бөлігі керілген, өткір ауырсынады, Щеткин-Блюмберга белгісі оң. Ровзинг, Ситковский белгісі оң, Пастернацкий белгісі теріс. Несепте өзгеріс жоқ. Лейкоцит қанда $16 \times 10^9/\text{л}$.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз.

- Сіздің диагнозыңыз
- Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- Саралау диагностикасы үшін қандай қосымша зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері қажет
- Емдік жоспарын жасаңыз

№4 ситуациялық есепке жауап

1.1. Жіті аппендицит.

1.2. Іштің оң жақ бөлігі өткір ауырсынады, Ровзинг Ситковский, Щеткин-Блюмберг белгісі оң. Лейкоцит қанда $16 \times 10^9/\text{л}$.

1.3. Емхана жағдайында қосымша тексеру қажет емес.

1.4. Науқас стационардың хирургиялық бөлімшесіне шұғыл түрде жіберіледі.

№5 ситуациялық есеп

36 жастағы науқас кенеттен оң жақ іштің, оң жақ бел аумағымен шап аумағына берілетін ауырсынуына шағымданып келді. Ауырғанына 2 сағат болды. Ілгері мұндай ауырсыну болмаған. Ауырсыну бір рет құсумен жалғасты. Науқас жайсыз, бүк түсіп жатып алады. Түскен кездегі дене қызуы $37,5^\circ\text{C}$. Пульсі 100 с.минутына. тілі сулы, ақ жабылғы мен қапталған. Іші оң жағы керілген, өткір ауырады, тыныс алу актісіне қатысады, Щеткина-Бюмберга белгісі теріс. Пастернацкий белгісі оң. Қанда лейкоцит $14 \times 10^9/\text{л}$. Несепте: нәруыз іздері, салыстырмалы тығыздығы - 1018, балғын эритроциті 8-10 көз аясында, сілтісіздендіру эритроциті 1-2 көз аясында, лейкоциты 10-12 көз аясында, эпителия жалпақ тіндері көп мөлшерде.

Зертханалық диагностикалық зерттеулер:

Қанда лейкоцит $14 \times 10^9/\text{л}$. Несепте: нәруыз іздері, салыстырмалы тығыздығы - 1018, балғын эритроциті 8-10 көз аясында, сілтісіздендіру эритроциті 1-2 көз аясында, лейкоциты 10-12 көз аясында, эпителия жалпақ тіндері көп мөлшерде.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- Сіздің диагнозыңыз
- Диагнозыңызды негіздеңіз
- Дифференциалды диагностика үшін қандай қосымша зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері қажет
- Емдеу жоспарын жасаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

№5 ситуациялық есепке жауап

- 1.1. Несеп тас ауруы, оң жақ несептардың тасы, бүйрек колиті..
- 1.2. Бел аймағындағы сәулеленумен ауырсыну, Пастернацкийдің оң симптомы, зәр анализінде жаңа эритроциттердің болуы.
- 1.3. пен зәр шығару жолдарының ультрадыбыстық зерттеуі, тамырішілік урография.
- 1.4. Ол аурухананың урологиялық бөліміне жіберіледі

№6 ситуациялық есеп

Науқас Ш 65 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: арқа аймағының ауырсынатын ісік тәрізді түзіліске шағымданады, қозғалған кезде керілу сипатындағы ауырсынудың күшеюіне, қызаруға, жалпы әлсіздікке, дене температурасының 38-С көтерілуіне .

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша өзін 10 күннен бері ауру санайды. Жалпы жағдайының нашарлауын суықтаумен байланыстырады. Өздігінен ХТЖГАО (ЦАХТиГ) келген, сол жерде жедел түрде госпитализацияланған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы шырышты қабаты қалыпты түсті . Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ- 18 рет мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс. АҚҚ 140/80 мм.бб. Пульс 86 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі ылғалды таза. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Оң жақ арқа аймағын қарағанда, жауырын аралық аймақта ісіну және гиперемия, көлемі 4,0x5,0см .тығыздалған, ортасында некротикалық негіздер бар, кей жерлерінде іріңді бөліністер. Пальпациялағанда бірден ауырсыну және жергілікті температураның жоғарлауы. Ортасында флюктуация анықталады.

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

ЖҚА: Нб138 г/л, ЭР-4,4 x10¹², Л-10,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,066%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз
- 2.1. Қандай қосымша лабораторлы-аспатық зерттеу әдістері қажет
- 2.2. Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- 2.3. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1 Емдік жоспарын құрыңыз.

№6 ситуациялық есепке жауап

Кілт сөздер: Карбункул, фурункул, абсцесс, флегмона, жара, жаралық инфекция

- 1.1. Жауырын аралық аймақтың абцестирленуші карбункулы.
- 1.2. Ауырсынулық, интоксикациялық, неврологиялық.

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

- 2.1. Қанның биохимиясы: Қанның глюкозасы , Коагулограмма, Қан тобы, Rh(фактор), Микрореакция. Жарадан бактерологиялық себінді.
- 2.2. Науқаста дене қызуы көрінеді, лейкоцитоз және ЭТЖ жоғарылап тұр көрініп тұр, оның себебі: қабыну процесі
- 2.3. Жұмсақ тіндердің іріңді хирургиялық инфекциясымен (фурункул, гидраденит, абсцесс, тілме)
- 3.1. Оталық емі: 1) Іріңді ошақты крест тәрізді кескінмен ашып некротикалық тіндерді кесу 2) Антибактериальды терапия сезімталдығына байланысты. 3) Ауырсынуды басу мақсатында анальгетиктер қолдану. 4) Десенцибилизациялаушы терапия. Дезинтоксикациялық терапия. 5) Күндізгі стационар жағдайында алғашқы 3 күнде жараны өңдеу мақсатында –тану.

№7 ситуациялық есеп

Науқас В 38 жаста ШҚЖМҚКА жедел медициналық жәрдеммен шұғыл түрде жеткізілді.

Шағымдары: іштің барлық аймағының қатты ауырсынуына, іш өтуге, құсуға, ауыздың құрғауына, жалпы әлсіздікке.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша 2 сағаттан бері ауырады, эпигастрий аймағында бүкіл ішке таралатын бірден қаңжар сұққан тәрізді ауырсынуға, әлсіздікке, жағдайының күрт нашарлауына байланысты, жедел медициналық жәрдем шақырған және ШҚЖМҚКА жеткізілген ХБ-1 ге госпитациялаған

Anamnesis vitae: Науқастың айтуы бойынша 2 жыл көлемінде, әсіресе түнгі кезде тұрақты түрде эпигастрий аймағындағы ауырсыну мазалаған. Дәрігерге қаралынбаған, ешқандай ем қабылдамаған.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы мен шырышты қабаты бозғылт алқызыл түсті , мұздай термен жабылған. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, дұрыс ритмді. АҚҚ 90/60 с.б.б. Пульс 112/мин. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Таңдайы таза, гиперемияланбаған. Іші тақтай тәрізді формада, ісінбеген, эпигастри аймағында ауырсынады. Щеткин-Блюмберг симптомы оң мәнді. Перкуссияда бауыр тұйықтығы анықталмайды. Ішектің перистальтикасы естілмейді. Бауыр және көкбауыр пальпацияланбайды. Қағу симптомы екі жағынан да бел аймағында теріс, диурез қалыпты.

Status localis: Іші тақтай тәрізді, керілмеген, эпигастрий аймағындағы ауырсыну.

Щеткин-Блюмберг симптомы оң мәнді. Перкуссияда оң жақ қабырға астында тимпанит анықталады. Ішектің перистальтикасы естілмейді. .

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

Іш қуысының жалпы шолу рентгенограммасы – сол жақ диффрагма күмбезі астында бос газ.

УДЗ- Гепатомегалия. Бауырдың және ұйқы безінде айқын диффузды өзгерістер.

Холецистопанкреатит белгілері.

ЭКГ- Синусты тахикардия, пульс 100рет мин. Миокардтағы зат алмасу - диффузды өзгерістер.

ЖҚА: Нь135 г/л, ЭР-4,0 x10¹², Л-10,5x10⁹, ЭТЖ -15 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, жалпақ эпителий – 4 - 3 көру аймағында.; лейкоцит – 2 - 3 көру аймағында.

ҚБА: жалпы биллирубин - 18,8мм/л; амилаза-11,7мм/л, глюкоза-5,9ммоль/л

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Қан тобы-В(III)үшінші,Rh(+)
оң мәнді

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз.
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз.
- 2.3. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1. Емдеу жоспарын құрыңыз.

№7 ситуациялық есепке жауап

Кілт сөздер: Ойық жара ауруы, асқазан, он екі елі ішек, перитонит

1.1..Он екі елі ішектің ойық жара ауруы. Он екі елі ішектің тесілген жарасы. Перитонит. Реактивті фаза.

1.2. Іші тақтай тәрізді , ауырсынады. Щеткин-Блюмберг симптомы күрт оң мәнді. Бауырдың перкуторлы тұйықтығының жоғалуы. Ауырсынулық шоктың көрінуі: бозғылт және салқын тері АҚ=90/60 мм.сын.бағ. Рефлекторлы брадикардия 60рет 1 мин.

Іш қуысының R- графиясында оң жақ диафрагма асты аймағында бос газ анықталады.

2.2. Құрсақ қуысы органдарының ауруларымен ажыратпалы диагностикасын жүргізу (холецистит, панкреатит, аппендицит, ЖІӨ, мезентериялық қан тамырларының тромбозы және т.б)

3.1. Операциялық араласу:1) Лапаротомия операциясы.

№8 ситуациялық есеп

Науқас 3 50 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: желкесінің сол жақ аймағының ісік тәрізді түзіліске, сол аймақтың ауырсынуына, ісінуіне, гиперемиясына .

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша желкесінің сол жақ аймағындағы түзіліс 2014 жылдар бері бар, соңғы 5 күнде ауырсыну, қызару мазалайды, көлемі ұлғайған. Өздігінен ХТжГАО(ЦАХТиГ) келген, сол жерде жедел түрде госпитализацияланған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы ,шырышты қабаты қалыпты түсті,таза. t =37,4 С. Өкпеді везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ.ТАЖ-18рет мин. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 120/80 сб.бб. Пульс 78 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Желкенің сол жақ аймағын қарағанда, терінің ісік тәрізді түзіліс, гиперемияланған, ісінген, пальпацияда жұмсақ консистенциялы, қатты ауырсынады, қозғалыссыз, көлемі 4,0x2,0см . флюктуация симптомы оң мәнді. Мойынның аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған.

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

ЖҚА: Нb128 г/л, ЭР-4,0 x10¹², Л-12,5x10⁹, ЭТЖ -20 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1015; ақуыз-0,017%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз
- 1.2.Негізгі симптомдарды атаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

- 2.2. Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- 2.3. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1. Емдік жоспарын құрыңыз.

№8 ситуациялық есепке жауап

Кілт сөздер: атерома, карбункул, фурункул, абсцесс, флегмона, жара, жаралық инфекция.

- 1.1. Сол жақ желке аймағының іріңдеген атеромасы.
- 1.2. Ауырсынулық, интоксикациялық, неврологиялық.
- 2.1. Науқаста гипертермия, лейкоциттердің жоғарылауымен ЭТЖ жоғарылап тұр көрініп тұр, оның себебі: қабыну процесі.
- 2.2. Жұмсақ тіндердің іріңді хирургиялық инфекциясымен (Жаралармен, флегмона, фурункул, карбункул, абсцесс, тілме)
- 3.1. Операциялық араласу: 1) Некротикалық тіндерді кесумен крест тәрізді тілікпен іріңді ошақты ашу және дренаждау

№9 ситуациялық есеп

Науқас А 25 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: сол жақ қолтық асты аймағында көлемі қатты үлкен емес ісік тәрізді түзіліс, ауырсынуына, ісінуіне, гиперемиясына, қызуының кешке 38⁰С көтерілуіне шағымданды. Соңғы 3 күнде мазасыз ұйқы.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша соңғы 1 аптада ауырады. Бұл ауруды қолтық астын қырумен байланыстырады. Үй жағдайында өзі әртүрлі жақпалар жаққан, әсері болмаған. Жағдайының нашарлауына байланысты өздігінен ХТЖАО (ЦАХТиГ) хирургиялық бөліміне келген, сол жерде жедел түрде госпитализацияланған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы, шырышты қабаты қалыпты түсті, $t^0 = 37,8^0$. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ-19 рет/мин. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 120/80 с.б.б. Пульс 86 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі ылғалды, таза. Таңдайы тыныш. Іші жұмсақ, ауырсынбайды. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Үлкен дәретке, зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: сол жақ қолтық асты аймағын қарағанда гиперемияланған, ісінген, тығыз консистенциялы түзіліс қатты ауырсынады, көлемі диаметрі 4,0-2,0 см, сау теріден 1,0 см көтеріліп тұр. Гиперемия түзілістен шетке қарай 6-8 см таралған. түзіліс астындағы тері қызыл қоңыр түсті, ортасында флюктуация белгілері, некротикалық, түбірі жоқ, бөліністер жоқ. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймаған.

Лабораторлы-диагностикалық зерттеулер:

ЖҚА: Нб 115 г/л, ЭР-3,2 x 10¹², Л-11,5 x 10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз
- 2.1. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1. Емдік жоспарын құрыңыз.

№9 ситуациялық есепке жауап

ОҢТҮСТІК-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

- 1.1. Сол жақ қолтықтасты аймағының жедел ірінді гидраденит . Абсцедирленген асқынған Гидраденит
- 1.2. Қолтық асты аймағында ісік пайда болуы, гиперемиялық ауру. Ісік орталығында флюктуация белгілері.
- 1.3. Саралау диагностикасын лимфаденитпен, фурункулмен жүргізу қажет
- 1.4. Күн сайын ірінді ашу және дренаждап таң.

№10 ситуациялық есеп

Науқас С 37 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: оң қолының I саусағының ауырсынуына, ісінуіне, гиперемиясына, қимылының шектелуіне, жалпы әлсіздік, селқосытыққа, бас ауруына, дене қызуының 38⁰С көтерілуіне.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша 1апта бұрын үй жағдайында бетон құйған. Микрожарақат алу мүмкіндігі бар екенін және ол осы жағдайға алып келді деп ойлайды. Басқа себептер айтпайды. 2-3 кундері саусағының ісінуіне, қызаруына байланысты өздігінен жергілікті емханаға қаралған осы жерден ХТЖГАО (ЦАХТиГ) жолданған, сол жерде жедел түрде госпитализацияланған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы , шырышты қабаты қалыпты түсті $t^0=38.2\text{ C}^0$. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ-19р мин. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 120/80 сб.бб. Пульс 82 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі ылғалды, таза. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: оң қолдың I саусағын қараған кезде ортаңғы саусағының алақан бетінде жедел ісіну, қызару, басқан кезде жедел ауру, жергілікті гипертермия. Керілген флюктуация белгісі.

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

ЖҚА: Нь138 г/л, ЭР-4,2 x10¹², Л-13,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1.Сіздің диагнозыңыз
- 1.2.Негізгі симптомдарды атаңыз
- 2.1. Емдік жоспарын құрыңыз.

№10 ситуациялық есепке жауап

- 1.1. Теріасты панарициясы .
- 1.2. Ісіну және қызару, қатты ауырсыну, гипертермия, тербелістер.
- 1.3. панарицияны ашу және дренаждау

№11 ситуациялық есеп

Науқас Ш 65 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: арқа аймағының ауырсынатын ісік тәрізді түзіліске шағымданады, қозғалған кезде керілу сипатындағы ауырсынудың күшеюіне, қызаруға, жалпы әлсіздікке, дене температурасының 38-С көтерілуіне .

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша өзін 10 күннен бері ауру санайды. Жалпы жағдайының нашарлауын суықтаумен байланыстырады. Өздігінен ХТЖГАО (ЦАХТиГ) келген, сол жерде жедел түрде госпитализацияланған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы шырышты қабаты қалыпты түсті. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ- 18 рет/мин. Жүрек тондары тұйықталған, ритм дұрыс. АҚҚ 140/80 с.б.б. Пульс 86 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі ылғалды таза. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Қағу симптомдары бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Оң жақ арқа аймағын қарағанда, жауырын аралық аймақта ісіну және гиперемия, көлемі 4,0x5,0см тығыздалған, ортасында некротикалық негіздер бар, кей жерлерінде іріңді бөліністер. Пальпациялағанда бірден ауырсыну және жергілікті температураның жоғарлауы. Ортасында флюктуация анықталады.

Лабораторлы-диагностикалық зерттеулер:

ЖҚА: Нь115 г/л, ЭР-4,0 x10¹², Л-15,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз
- 2.1. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1. Емдік жоспарын құрыңыз.

№11 ситуациялық есепке жауап

- 1.1. Жауырын аралық аймақтың карбункулы.
- 1.2. Некротикалық өзектермен тығыз түзілу гиперемиясының болуы.
- 1.3. фурункулмен, тілмелі асқинумен
- 3.1. емі: хирургиялық, іріңді ошақты крест тәрізді кескінмен ашып некротикалық тіндерді кесу.

№12 ситуациялық есеп

Науқас В 38 жаста ШҚЖМҚКА жедел медициналық жәрдеммен шұғыл түрде жеткізілді.

Шағымдары: іштің барлық аймағының қатты ауырсынуына, іш өтуге, құсуға, ауыздың құрғауына, жалпы әлсіздікке.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша 2 сағаттан бері ауырады, эпигастрий аймағында бүкіл ішке таралатын бірден қаңжар сұққан тәрізді ауырсынуға, әлсіздікке, жағдайының күрт нашарлауына байланысты, жедел медициналық жәрдем шақырған және ШҚЖМҚКА жеткізілген ХО-1 ге госпитациялаған

Anamnesis vitae: Науқастың айтуы бойынша 2 жыл көлемінде, әсіресе түнгі кезде тұрақты түрде эпигастрий аймағындағы ауырсыну мазалаған. Дәрігерге қаралынбаған, ешқандай ем қабылдамаған.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы мен шырышты қабаты бозғылт алқызыл түсті, мұздай термен жабылған. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, дұрыс ритмді. АҚҚ 90/60 с.б.б. Пульс 112/мин. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Таңдайы таза, гиперемияланбаған. Іші тақтай тәрізді формада, ісінбеген, эпигастри аймағында ауырсынады. Щеткин-Блюмберг симптомы оң мәнді. Перкуссияда бауыр тұйықтығы анықталмайды. Ішектің перистальтикасы естілмейді. Бауыр және көкбауыр пальпацияланбайды. Қағу симптомы екі жағынан да бел аймағында теріс, диурез қалыпты.

Status localis: Іші тақтай тәрізді, керілмеген, эпигастрий аймағындағы ауырсыну. Щеткин-Блюмберг симптомы оң мәнді. Перкуссияда оң жақ қабырға астында тимпанит анықталады. Ішектің перистальтикасы естілмейді.

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

Іш қуысының жалпы шолу рентгенограммасы – сол жақ диффрагма күмбезі астында бос газ.

УДЗ- Гепатомегалия. Бауырдың және ұйқы безінде айқын диффузды өзгерістер. Холецистопанкреатит белгілері.

ЭКГ- Синусты тахикардия, пульс 100рет мин. Миокардтағы зат алмасу - диффузды өзгерістер.

ЖҚА: Нь135 г/л, ЭР-4,0 x10¹², Л-10,5x10⁹, ЭТЖ -15 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, жалпак эпителий – 4 - 3 көру аймағында.; лейкоцит – 2 - 3 көру аймағында.

ҚБА: жалпы биллирубин - 18,8мм/л; амилаза-11,7мм/л, глюкоза-5,9ммоль/л

Қан тобы-В(III)үшінші, Rh(+)-оң мәнді

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз.
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз.
- 2.3. Саралау диагностикасын жасаңыз.
- 3.1. Емдеу жоспарын құрыңыз.

№12 ситуациялық есепке жауап

- 1.1..Асқазанның перфорацияланған асқынған ойық жара ауруы
- 1.2. Іші тақтай тәрізді, ауырсынады. Щеткин-Блюмберг симптомы күрт оң мәнді. Іш қуысының R- графиясында оң жақ диафрагма асты аймағында бос газ анықталады.
- 1.3. Жіті холецистит, панкреатит
- 1.4. Стационар жағдайында операциялық емдеу. Жалпы эндотрахеальды наркоз астында жоғарғы-орта лапаротомия.

№13 ситуациялық есеп

Науқас К. 45 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: оң жақ балтырының қатты ауырсынуға, ісінуіне, гиперемиясына, оң аяқбасының қозғалысының шектелуіне, жалпы әлсіздікке, шаршағыштыққа, бас ауруына, дене қызуының жоғарылауына, аузының құрғауына

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша осы жағдай 5-6 күннен бері байқалады, бұл арматураға кішкене кесіп алғаннан басталды. Алғашқы күндері онша мазаламаған, бірақ 3күннен кейін жоғарыдағы шағымдар мазалай бастады. Үйінде өздігінен жаракатын

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

өндеген, бірақ жақсару байқалмаған. Соңғы күні жағдайы нашарлауына байланысты жергілікті поликлиникасы бойынша ХТЖГАО (ЦАХТиГ) жедел түрде жолданған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы бозғылт алқызыл түсті. $t^0 = 37,8^0$. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ- 20р мин. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 110/70 с.б.бб. Пульс 92 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Үлкен дәреті қалыпты. Газдар шығады. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: қарағанда оң жақ балтыр аймағының бетінде қызару, ісіну, пальпациялағанда бірден ауырсыну, көлемі диаметрінде 10,5x12,5см, биіктігі 1,5см сау теріден, ортасында флюктуация анықталады. Тізе асты шұңқырынан 3см төменде көлемі 2,5x1,0см ірінді-геморрагиялық бөлінді анықталады. Зондпен ревизиялағанда бүйір бағытта төмен терең, тереңдігі 8-9см. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Ауырсынуға байланысты аяқтарының қимылы шектелген.

Лабораторлы-диагностикалық зерттеулер:

ЖҚА: Нb 118 г/л, ЭР-4,2 x10¹², Л-15,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейкоцит-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз
- 1.2. Негізгі симптомдарды атаңыз
- 3.1. Емдік жоспарын құрыңыз.

№13 ситуациялық есепке жауап

- 1.1. Абсцесспен асқынған оң балтырда тесілген жара.
- 1.2. Ісік тәрізді гиперемияның пайда болуы, күрт ауырсыну, ортасында флюктуация.
- 1.3. Хирургиялық стационар жағдайында абсцесті ашу және дренаждау.

№14 ситуациялық есеп

Науқас, 32 жаста, дәрігерге эпигастральды аймақтағы және әдетте тамақтан кейін, жұмыс кезінде еңкейгенде пайда болатын кеуде артындағы "ақырын" ауырсынуға шағымданды. Ауырсыну ұстамасының биіктігінде кейде құсу, ауа жетіспеу сезімі пайда болады. Аурудың белгілері 1/2 жыл бұрын пайда болды, прогрессивті үрдісі бар.

Қарау кезінде: тері жамылғысы бозғылт-қызғылт, әдеттегі ылғалдылықта. Өкпеде везикулярлы тыныс алу, сол өкпенің төменгі бөліктерінде едәуір әлсіреген. Ішек шуы анық емес естіледі. ТАЖ-18 минутына. Пульс-76 минутына, ырғақты. АҚҚ-130/80 мм. сын. жүрек тондары тұйықталған, ырғақты. Алдыңғы құрсақ қабырғаларында тыртық ортаңғы лапаротомиядан, науқастың айтуы бойынша, бір жыл бұрын құрсақ қуысына еніп, пышақ жарақатына байланысты жасалған. Іш кеппеген, жұмсақ, пальпация кезінде барлық бөлімдерде ауыртпалықсыз. Іштің тітіркену белгілері жоқ. Бауыр қабырға доғасының шетінде. Көкбауыр пальпацияланбайды. Орындық тұрақты, ресімделген. Зәр шығаруы еркін, ауыртпалықсыз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

1. Қандай ауру туралы ойлауға болады?
2. Бұла аурудың жіктелуі?
3. Этиопатогенездің айырмашылықтарына байланысты клиникалық көріністің вариабельділігі?
4. Сіздің диагнозыңызды зерттеудің қандай әдістері растайды?
5. Қандай асқынулар дамуы мүмкін?
6. Бұл ауруды емдеу әдістері?

№14 ситуациялық есепке жауап

1. Травматикалық диафрагмалды жарықтар
2. Диафрагмалды жарықтың жіктелуі (К. Д. Тоскин, 1990)
 - Диафрагманың шын мәнінде жарықтары:
 - а) туа біткен : қабырға-омыртқалы, кеуде-қабырғалы, диафрагма күмбезінің жарықтары, диафрагма аплазиясы
 - б) жарақаттық
 - в) диафрагма релаксациясы (невропатиялық жарықтар)
 - Табиғи диафрагма тесіктерінің жарықтары:
 - а) қысқа өңеш (туа біткен, жүре пайда болған)
 - б) диафрагма өңеш тесігінің жарықтары
 - в) параэзофагеальды жарықтар
3. Диафрагманың жарығына кардиореспираторлық (ентігу, цианоз, тахикардия) және гастроинтестиналдық симптомдар тән (эпигастриядағы ауырсыну, құсу, нәжіс пен газдардың тежелуі)
4. Шолу және контрасты рентгенография, ФГДС және УДЗ.
5. Қысылу
6. Оперативтік емдеу – диафрагма пластикасы өз ұлпаларымен немесе аллопластикалық материалмен.

№15 ситуациялық есеп

37 жастағы ер адам ауру басталғаннан 16 сағат өткеннен кейін іштің жоғарғы бөлігінде кенеттен пайда болған күшті толғақ тәрізді ауырсыну, жеген тамақтың қайталанған құсу, іштің кебуі туралы шағымдармен түсті. Анамнезден екі жыл бұрын бауыр мен көлденең тоқ ішектің зақымдануымен іш қуысының тесілген жарақатына байланысты операция жасалғаны белгілі. Операциядан кейінгі кезеңде бірнеше рет спазмолитиктерді қолданумен тиімді тоқтатылған осындай ұстамалар байқалды. Бұл жолы приступ қиын өтеді, әдеттегі консервативті шаралар тиімді емес.

Объективті: ауырлық дәрежесі орташа, науқас мазасызданған, жағдайын өзгертеді. Пульс 90 в минутына, қан қысымы 110/70 мм рт. Тілі құрғақ, жабылған. Іш біркелкі кебеді, жұмсақ, жоғары бөлімдерде ауырады, перистальтика тыңдалады, перитонеальды симптомдар анықталмайды. Алдыңғы құрсақ қабырғасында орта лапаротомиядан кейін гипертрофиялық тыртық. Бір тәулік бұрын қалыпты дәреті болған. Ректальді зерттеу кезінде-нәжістің түсі кәдімгі.

1. Сіздің алдынала диагнозыңыз?
2. Науқасты қосымша тексеру жоспары?
3. Рентгенологиялық тексерудің рөлі мен көлемі, деректерді интерпретациялау.
4. Осы патологияда дамитын бұзылыстардың этиологиясы және патогенезі.
5. Осы науқасқа қажетті консервативті емдеу шараларының көлемі қандай?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

6. Операцияға көрсеткіштер, операциялық араласулар нұсқалары?
7. Аурудың қайталануының алдын алуға бағытталған іс-шаралар.

№15 ситуациялық есепке жауап

1. Спайк түзілуден немесе жарақаттан кейінгі диафрагмалды жарықтан туындаған жіті ішек өтпеуі.
2. Алғашқы тексеру кешенінде барий пассажен бақылаумен іш қуысының шолу рентгенографиясы, ультрадыбыстық зерттеу міндетті.
3. Бұл жағдайда негізгі этиологиялық фактор-илеус тудырған механикалық кедергі, оның салдары ішек пассаженің ішінара немесе толық тоқтауы болып табылады және белгілі бір дәрежеде айқын көрінген, ішек ілмегінің процесіне тартылған қанмен жабдықтаудың бұзылуы. Патогенетикалық тұрғыдан гомеостаздың әртүрлі бұзылулары арасында дамидын Сулы-электролиттік бұзылулар, ішек қабырғасының өткізгіштігінің өзгеруі, ішек қабырғасының некрозы, ішек жеткіліксіздігі, эндотоксикоз, екінші реттік перитонит клиникалық маңызы бар.
4. Аштық, асқазанды дренаждау, ауырсынуды басу, күшті инфузиялық терапия, спазмолитика, новокаинді блокадалар, ГБО, тазалау клизмалары, дамушы полиоргандық бұзылыстарды түзету кіретін іс-шаралар кешені.
5. Операцияға 6 сағат ішінде консервативті емдеуден анық оң динамиканың болмауы (клиникалық және рентгенологиялық деректер бойынша), диафрагмалды жарықтың қысылған перитонит құбылысы көрсеткіш болып табылады. Бұл жағдайда жедел жәрдемнің ықтимал нұсқалары: өтпеушілікті жою, френогенопластика немесе жабыспаларды кесу, зардап шеккен органның учаскесін резекциялау (некроз кезінде), аш ішектің трансназальді интубациясы (көрсеткіштер бойынша) болады.
6. Жедел техника принциптерін мұқият сақтау, тіндерге ұқыпты қарау, аш Ішекті интубациялау, керме герниопластика, гидрперитонеум салу, перистальтиканы ерте қалпына келтіру, операциядан кейінгі кезеңде ГБО, гидрокортисонды, антигистаминді препараттарды, физиотерапия және т. б. тағайындау.

2-аралық бақылау есептері

№1 ситуациялық есеп

Науқас А 30 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: сол жақ бөксе аймағында жараға және жарадан қан кетуге шағымданады.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша 1 сағат бұрын байқаусызда шыныға отырған кезде жарақат алған. Жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырған, ХТжГАО (ЦАХТиГ)-ға әкелген.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы салыстырмалы қанағаттанарлық. Тері жабындысы, шырышты қабаты бозғылт алқызыл түсті. Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 110/70 мм.бб. Пульс 90 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі ылғалды, ақ жабындымен жабылған. Іші қалыпты формада, жұмсақ, ауырсынбайды. Ішектің перистальтикасы: естіледі, қанағаттанарлық. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Сол жақ бөксе аймағында, төменгі ішкі квадраты проекциясында тесілген-кесілген жара, көлемі 1,5x0,5 см тереңдігі, 3,0см шеттері тегіс, көлденен бағытта бұрыштары өткір. Үлкен көлемдегі сыртқы қан кету анықталады.

Лабораторлы-диагностикалық зерттеулер:

ЖҚА: Нb115 г/л, ЭР-4,0 x10¹², Л-15,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,033%, эпит-4-3

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

көру аймағында.; лейк-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1.Сіздің диагнозыңыз
- 1.2.Негізгі симптомдарды атаңыз
- 3.1Емдік жоспарын құрыңыз.

№1 ситуациялық есепке жауап

Кілт сөздер: Жара, жаралық инфекция, бөксе аймағы

- 1.1.Сол жақ бөксе аймағының тесілген-кесілген жарасы.Сыртқы қан кету.
- 1.2.Ауырсынулық, неврологиялық.
- 2.1. Оталық емі: 1) Жедел түрде жараны АХӨ жүргізу

№2 ситуациялық есеп

Науқас С 30 жаста емханаға хирургқа қаралды.

Шағымдары: оң жақ білек пен қол басы аймағының қатты ауырсынуына, ісінуіне, гиперемиясына және оң жақ қолдың қимыл-қозғалысының шектелуіне, жалпы әлсіздікке, басының ауруына, дене қызуының 39⁰ С көтерілуіне, ауызының құрғауына.

Anamnesis morbi: 7 күн бұрын оң жақ қол басының өндірісте металдық затпен жарақаттап алған. Емдік мекемелерге қаралмаған. 2 күннен соң қол басымен білек аймағы ісінген, үдейтін ауырсыну пайда болған, дене қызуы жоғарылаған. 5 тәулікте ісінумен гиперимия шынтақ буыны аймағына дейін жеткен. Оң қолдың қимылы айтарлықтай ауырсыну шақырған. Дене қызуы 40⁰ С қа жоғарылаған. Бас ауруы және аузының құрғауы пайда болған.

Anamnesis vitae: Ерекшеліксіз.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы орта ауырлықта. Тері жабындысы бозғылт алқызыл түсті . Өкпеде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ритм дұрыс. АҚҚ 110/70 с.б.бб. Пульс 98 рет/мин. Қанағаттанарлық. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Іші қалыпты формада, жұмасақ, ауырсынбайды. Ішектің перистальтикасы: естіледі, қанағаттанарлық. Үлкен дәреті қалыпты. Газдар шығады. Қағу симптомы бел аймағында теріс. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Оң жақ қолдың алақан сүйектерінің сыртқы бетінде, 2-3 саусақтың жазушы сіңірлеріне паралелді көлемі 1,0x4,0 см, тереңдігі 1,5 см ге дейін жара анықталады. Шеттері тегіс, гиперемияланбаған, аздап ісінген жасыл түсті қабықпен қапталған, Жарадан сары-жасыл түсті қою ірің бөлінеді. Жараның түбінде алақан сүйектерімен сіңірлерімен бұлшық еттері анықталады. Оң жақ қолдың алақан бетіндегі тенордың проекциясында көлденең бағытты көлемі 2,0x3,0 см, тереңдігі 1,5 см жара анықталады. Шеттері тегіс емес, гиперимияланған, ісінген жасыл жабынмен жабылған. Жарадан сары-жасыл түсті қою ірің бөлінеді. Жараның түбі қол басы бұлшық етті апоневротикалық қабатқа дейін. Гиперемиямен ісіну қол басынан шынтақтың бүгілуіне дейін жайылған. Пальпацияда бірден ауырсынады, қимыл-қозғалысы шектелген, жергілікті гиперемия байқалады.

Лабораторлы-диагностикалық зерттпеулер:

ЖҚА: Нь138 г/л, ЭР-4,4 x10¹², Л-10,5x10⁹, ЭТЖ -25 мм/сағ.

ЖЗА: түсі-сабан сары түсті, мөлдір, таза, зәрдің тығыздығы -1018; ақуыз-0,066%, эпит-4-3 көру аймағында.; лейк-2-3 көру аймағында.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1.Сіздің диагнозыңыз
- 2.2.Алған нәтижелерді интерпритациялаңыз

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

3.1 Емдік жоспарын құрыңыз.

№2 ситуациялық есепке жауап

- 1.1. Лимфангоитпен асқынған оң жақ білезіктің инфицирленген жарасы.
- 1.2. Анамнез, іріңді бөлімі бар оң жақ білезік аймағында жараның болуы, ісіну және жарақаттың айналасындағы гиперемия с/з білекке дейін.
- 2.1. Жараны санациялау (некротикалық тіндерді алып тастау, жуу), тампондармен гипертониялық ерітіндімен дренаждау. Антибиотиктер в / м, дезинтоксикациялық терапия, анальгетиктер.

№3 ситуациялық есеп

Науқас К 52 жаста хирургиялық ауруханаға түсті.

Шағымдары: терең тыныс алғанда көкірек клеткасының оң жақ жарты аймағында ауырсынудың күшніюіне, жөтелгенде болатын іріңді қақырыққа, дене температурасының жоғарлауына, бас айналуына, жалпы әлсіздікке.

Anamnesis morbi: Науқастың айтуы бойынша алты күн бұрын темірмен ұрып тастаған. Соңғы уақытта денсаулық жағдайына аса көңіл аудармаған, өйткені алкогольді мастаю жағдайында болған. Медициналық көмекке жағдайының күрт нашарлауына байланысты қаралған.

Anamnesis vitae: 3 жыл бұрын өкпе туберкулезі бойынша есепте тұрған. Қазіргі уақытта тұрғылықты тұратын орны жоқ, жұмыс істемейді.

Status praesens: Науқастың жалпы жағдайы ауыр. Қарағанда адекватты емес, қозған, қол саусақтарының треморы. Тері жабындысы мен шырышты қабаты бозғылт түсті. $t^0=38.2^0$. Оң жақ кеуде бөлігі терісінің артқы бүйірлік беті жырылған. Пальпацияда жырылған аймақта тері асты шел май қабатының крепитациясы мен ауырсынуы анықталады. Тыныс алу экскурсиясында 6,7,8 қабырғаларында жауырындық және артқы аксиллярлық сызықтар бойынша пальпациялағанда крепитация анықталады. Оң жақта тыныс алу бірден әлсіреген, перкуторлы қорап дыбысы етіледі. Сол жақтың барлық бөлімдерінің ылғалды бронхиалды сырыл естіледі. ЖСЖ-110 рет мин. АҚҚ 100/60 мм.сын.бағ. Тілі құрғақтау, ақ жабындымен жабылған. Таңдайы таза, гиперемияланбаған. Іші қараған кезде ісінбеген, тыныс алу әктісіне қақтысады. Палпацияда іші жұмсақ, ауырсынусыз. Щеткин-Блюмберг симптомы теріс мәнді. Ішек перистальтикасы естіледі. Жел шығады. Кіші дәрет шығару еркін, ауырсынусыз.

Status localis: Оң жақ кеуде бөлігі терісінің артқы бүйірлік беті жырылған. Пальпацияда жырылған аймақта тері асты шел май қабатының крепитациясы мен ауырсынуы анықталады. Пальпацияда жырылған аймақта тері асты шел май қабатының крепитациясы мен ауырсынуы анықталады. Оң жақта тыныс алу бірден әлсіреген, перкуторлы қорап дыбысы етіледі. Сол жақтың барлық бөлімдерінің ылғалды бронхиалды сырыл естіледі. ЖСЖ-110 рет мин. АҚҚ 100/60 мм.сын.бағ

Лабораторлы-диагностикалық зерттеулер:

ЖҚА: Нб96 г/л, Эр-3,0 x10¹², Л-16,0x10⁹, ЭТЖ -42 мм/сағ.

Алькогольға сынама оң. Плевра қуысының пункциясында - сол жақтан ауа мен іріңді экссудант алынды. Зерттеудің соңғы сағатында науқаста жедел психомоторлы қозу байқалды, керуетке фиксацияланды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Қосымша зерттеулер:

-ЭКГ-синусты тахикардия 120 рет мин.,бірлік экстрасистолиялар. Горизонтальды қалыптағы ЭОС. ЭКГ-да миокард гипоксияның белгілері.

-Құрсақ қуысының УДЗ: құрсақ қуысындағы бос сұйықтық және паренхиматозды органдардың зақымдану көріністері анықталмады.

-Өкпенің R-графиясы: өкпенің екі проекциядағы(тіке,оң жақ бүйірлік)

рентгенограммасында:сол жақта-С1 және С2 проекциясында диаметрі 2,5см-ге дейін анық шектелген үш ошақты көленке анықталды. Оң жақта -өкпенің көлемі ½ дейін коллабирленген, екі горизонтальдағы сұйықтық анықталады, 6 қабырға деңгейінде артқы қабырғалар кесіндісі бойынша және 4 қабырға деңгейінде алдыңғы қабырғалар кесіндісі бойынша.Оң жақта көкірек қабырғасының жұмсақ тіңдерінде ауа анықталады.Жауырын сызығында 6 қабырғаның сынығы анықталады, арытқы қолтық асты және ортанғы қолтық асты сызықтарға сәйкес 7 және 8 қабырғалар. Көкірек аралық көленкесі сол жаққа ығысқан.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1.1. Сіздің диагнозыңыз қандай (негізгі, асқынуы, ілеспелі)?
- 1.2.Патология ағымында қандай патологиялық синдромдарды бөлуге болады?
- 2.1. Қандай қосымша лабораторлы-аспатық зерттеу әдістері қажет және алынған нәтижелерді интерпритациялаңыз.
- 2.2. Қандай клиникалық белгілер кеуде торының жабық жарақатында өкпе тінінің зақымдалуын тікелей көрсетеді?
- 2.3. Бұл жағдайда пневмоторакстың қандай түрі?
3. Науқасты емдеу тәсіліңіз қандай (нақты сіздің іс әрекетіңіз жайлы)?
- 3.1. Емдік бағдарламасын құрыңыз (синдромдық).
- 3.2. Бұл патологияда плевра қуысын дренирлеудің қай түрі көрсетілген?
- 3.3.Плевра қуысын дренирлеуден бұрын, біріншілік санация әдісі?
- 3.4. Бул жағдайда дамыған потологияның қандай септикалық асқынулары бар?

№3 ситуациялық есепке жауап

Кілт сөздер: Өкпе, кеуде торы, кеуде торының зақымдалуы, гемоторакс, пневмоторакс.

1.1.Негізгі диагноз : Кеуде торының жабық жатақаты. Оң жақ 6,7,8 қабырғаларының жабық сынуы, өкпе тінінің зақымдануы.

Асқынуы: Оң жақты жабық пневмоторакс. Шектелген тері асты эмфиземасы. Жарақаттан кейінгі оң жақты жедел плевра эмпиемасы. Ірінді трахеобранхит. Жедел аралас генезді делирий (алкогольды интоксикациялық).

Ілеспелі аурулары: Сол өкпенің жоғарғы бөлігінің тығыздалу фазасындағы ошақтық туберкулезі.

1.2. Тыныс алу жетіспеушілігінің, эндогенді интоксикацияның, гемодинамикалық бузылыстардың симптомдары.

2.1. ЖЗА,БХА, коагулограмма, компьютерлік томография, торакоскопия.

2.2. Қан қақыру , тері астылық эмфизема (әсіресе қабырға сынған кезде), зақымдалған аймақта тыныс алудың төмендеуі немесе болмауы.

2.3.Жабық пневмоторакс.

3.1.Плевра қуысының торакоскопиялық санациясы, активті аспирациямен плевра қуысын дренирлеу , трахеобронхиалдың талдың санациясы, күнделікті R-бақылау.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

3.2. Синдромына байланысты медикаментозды терапия.

(антибактериальды, туберкулезге қарсы, дезинтоксикациялық, седативті, сыртқы тынысты жақсартатын т.б)

3.3. Оң жақты ателектаз-пневмония, аспирациялық пневмония сол жақта , оң жақ кеуде қабырғасының флегмонасы, ірінді перикардит, бұғана асты венасының флебиті.

№4 ситуациялық есеп

60 жастағы науқас оң тыныштықта және түнде жүргенде күшейетін қарқынды ауырсынуға шағымданды. Бұл құбылыстар кенеттен 2 ай бұрын пайда болды және біртіндеп дамыды. Қарау кезінде оң табанның терісінің піл сүйегінің түсі бар екені анықталды. "Плантарлы ишемия" симптомы оң. Тізе асты артериясындағы және одан төмен тамыр соғуы анықталмайды.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1) сіздің болжамды диагнозыңыз.
- 2) науқасты жүргізу тактикасы.
- 3) стационарда емдеудің ықтимал тактикасының нұсқалары.

№4 ситуациялық есепке жауап

1) Жамбас сегменті деңгейінде окклюзиясы бар аяқтар тамырларының атеросклерозы (аралық ақсаңдау симптомы бар, "плантарлы ишемия" - аяқтары көтерілген кезде тері мәрмәр.

2) консервативті - атеросклеротикалық құтының азаюы, ишемияны жою, антикоагулянттар, спазмолитиктер, гиполлипидемиялық терапия

3) Ойткені құбылыстар жедел критикалық қысылу – дилатация үшін шағын датчигі (реканализация) эндоваскулярлы басталады, стенттеу, симпатэктомия ганглиилердегі. Тиімсіз болған жағдайда: Сан артериясының пластикасы немесе аутоотрансплантация (тамыр), жасанды протез, ксено (шошқадан), мәйттерден, синтетикалық. Егер тиімсіз болса: Сан сегментінің деңгейінде ампутация, сан-тізе шунттау.

№5 ситуациялық есеп

Шарикті бомбаның жарылысы кезінде кеуденің оң жағында жарақат алды. Қан түкіру, айқын жөтел, әлсіздік, тыныс алу кезінде қиындықтар пайда болды. Жағдайы ауыр. Пульс 108 минутына, әлсіз, АҚҚ 75/45 мм.с. Тыныс алуы 32 минутына. Тері жамылғысы бозарған. Кеуденің алдыңғы бетінде диаметрі 0,5 см екі жаралар бар. Арасындағы қашықтық 4 см. кеуде қуысының оң жартысының үстінен перкуссия кезінде алдыңғы жағынан 2 қабырғаға дейін тұйықтық анықталады. Плевральды пункция кезінде алынған қан шприцке оралады.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

- 1) Сіздің диагнозыңыз.
- 2) Емдік жоспарын құрыңыз.

№5 ситуациялық есепке жауап

Диагноз: Өкпенің зақымдалуымен кеуде қуысының оң жартысының қос соқыр шарикті жарасы, үлкен гемоторакс, массивті ішкі қан кету, 3 дәрежелі шок.

Алғашқы дәрігерлік және дәрігерге дейінгі көмек: асептикалық таңғыш; шприц-тюбиктен тері астына промедол; зембілде жартылай отырған қалыпта шығару.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

МПП-да: плевральды қуыстың түсіру пункциясы; көктамыр ішіне 1 мл 2% промедол ерітіндісі және 400 мл полиглюкин; оң жақта вагосимпатикалық блокада; оксигенотерапия, антибиотиктер, 0,5 мл сіреспе анатоксині тері астына; бірінші кезекте жартылай отырған жағдайда эвакуациялау.

ОМЕДБ-да: операциялық бөлімде - кең торакотомия, зақымдалған өкпе тамырларын тігу арқылы легірлеу, өкпе тіндерін тігу; Бюлау бойынша сегізінші қабырға арасына плевра қуысын дренаждау; қанды, қан ығыстырғыш сұйықтықты құю, плевра қуысына және жараның шеңберіне антибиотиктер,

В ОМЕДБ: в операционной – широкая торакотомия, легирование с прошиванием поврежденных легочных сосудов, ушивание ткани легкого; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье по Бюлау; переливание крови, кровезамещающей жидкости, антибиотики в плевральную полость и в окружность раны, 3-4 тәулікте ауруханаға жатқызу, кейін кеуде, іш, таз жараланғандар үшін госпитальға эвакуациялау

№6 ситуациялық есеп

Ер адам жұдырықпен бетіне соққы алды. Жұмсақ тіндердің ісінуі есебінен бет асимметриясы, төменгі жақ аймағындағы гематома, тістің бұзылуы, төменгі жақ шеті бойынша "баспалдақ" симптомы, сынықтардың бекітілуі.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

1. Науқастың жедел жағдайын анықтаңыз.
2. Дәрігерге дейінгі көмек көрсету алгоритмін құрыңыз.
3. "узdechka"-таңғышты салу техникасын көрсетіңіз.

№6 ситуациялық есепке жауап

1. Объективті деректер негізінде (бет асимметриясы) диагноз-сынықтардың жылжуымен төменгі жақтың сынығы.
2. Шұғыл көмек көрсету алгоритмі:
гематома аймағына суықты қою, алдын алу бойынша іс-шаралар өткізу
асфиксиялар, шок;
тірек арқылы қатты иек өрісі түрінде көліктік иммобилизация жүргізу
бас таңғышпен немесе бас айналасындағы шеңберлі таңғышпен маталы бөртпе түрінде.
3. Студент "узdechka"таңғышын салу техникасын көрсетеді.

№7 ситуациялық есеп

Қабылдау бөліміне кеуденің сол жақ жартысындағы ауырсыну, еңтігу, бас айналу шағымдары бар зардап шегуші келіп түсті.

Анамнезден 2 сағат бұрын жеңіл машина қағып кетті.

Қарау кезінде: тері жабындары бозғылт, суық тер, пульс минутына 96 соққыға дейін, АҚҚ 100/70 мм с.б.; кеуде қуысының сол жағында V-VI қабырға аралық алдыңғы қолтық асты сызығы бойынша қан ағады; кеуде қуысының сол жақ жартысы тыныс алу кезінде артта қалады; пальпаторно – қан ағу аймағында күрт ауырсыну және бекітілу анықталады; дыбыстың перкуторлы – V қабырға деңгейіне дейін тығындалуы; аускультативті – тыныс алуы әлсірейді.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Диагнозды растау үшін қандай қосымша зерттеулер жүргізу қажет?
 Плевра пункциясының әдістемесі мен техникасын айтып беріңіз?
 Қан кету сипатын анықтау үшін қандай сынама жүргізу қажет және оның нәтижелерін қалай түсіндіру керек?
 Бұл науқасты қан кету кезінде емдеу нұсқасын ұсыныңыз.

№7 ситуациялық есепке жауап

Кеуде қуысының жабық жарақаты. Қабырға сынығы. Гемоторакс.
 Кеуде қуысының рентгенографиясы, "қызыл қан" көрсеткіштерін зерттеу үшін қанның жалпы талдауы, диагностикалық плевральды пункция.
 Гемоторакс кезінде диагностикалық плевральды пункция қолтық астындағы артқы сызық бойынша VII-VIII қабырға аралық қабырғада, төменгі қабырғаның жоғарғы шеті бойынша жүргізіледі.
 Грегуар сынамасы-сынаманың оң нәтижесі – плевральды қуыстан алынған қан құйылмайды, бұл дегеніміз-плевральды қуысқа қан кету жалғасуда.
 Грегуардың оң сынамасы кезінде-плевральды қуысты дренирлеу, құйылған қанның реинфузиясы, гемостатикалық терапия, кеуде қуысының бақылау рентгенографиясы. Егер дренаж бойынша 2 сағат ішінде 300 мл көлемінде қан түсуді жалғастырса, онда торакотомияны, қан кетуді тоқтатуды орындау қажет.

№8 ситуациялық есеп

Стационарға жол-жөнекей машинамен зардап шеккен адам жеткізілді, тұрғын үйдің баспалдақтан 1 сағат бұрын құлап кетті. Науқас кеуде қуысының оң жақ бөлігінің ауырсынуына, еңтігуіне шағымданады.
 Қарау кезінде: тері жабындары бозғылт; акроцианоз; кеуде қуысының оң жартысы тыныс алу кезінде артта қалады; IV-V қабырға аралық аймағында ауырсыну пальпатормен анықталады, бекітілмейді; оң өкпенің проекциясының барлық бетінен перкуторлы – тимпаникалық дыбыс; аускультативті-күрт әлсіреген везикулярлы тыныс алу.
 Кеуде қуысы мүшелерінің шолу рентгенографиясында кеуде қуысы мүшелерінің солға ығысуы анықталды.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

Сіздің диагнозыңыз?
 Осы пациентке алғашқы медициналық көмектің қандай іс-шараларын көрсету қажет?
 Кеуде қуысының жабық жарақатының жіктелуін айтыңыз.
 Плевра пункциясын жүргізу әдістемесі мен техникасын түсіндіріңіз.
 Осы науқасты емдеу нұсқасын ұсыныңыз.

№8 ситуациялық есепке жауап

Кеуде қуысының жабық жарақаты. Оң жақта клапанды пневмоторакс.
 Клапанды пневмотораксты ашық және оң плевральды қуыста үдемелі қысымды азайту мақсатында науқасқа плевральды пункция жүргізу көрсетілген.
 Кеуде қуысының жабық жарақаты бұлшықет қаңқасының, сүйек қаңқасының зақымдануына бөлінеді; - ішкі ағзаларының зақымдануы және зақымдануынсыз; кеуде қуысының ішкі ағзаларының зақымдану салдары гемоторакс, пневмоторакс, пневмогемоторакс, гемоперикард болуы мүмкін. Пневмоторакс жабық, ашық, клапанды (кернеулі) болып бөлінеді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

Пневмоторакс кезінде плевральды пункция алдыңғы қолтық асты сызығы бойынша, төменгі қырдың жоғарғы шеті бойынша II қабырға аралық қабырғада орындалады. Плевральды пункцияны орындағаннан кейін белсенді вакуумдық аспирациямен немесе Бюлау дренажының көмегімен плевральды қуысты құрғату, кеуде қуысы мүшелерінің бақылау рентгенографиясын, тиімсіз болғанда – торакотомия, өкпе жарасын тігу қажет.

№9 ситуациялық есеп

Ауруханаға науқас К. 23 жаста, алкогольдік мас күйінде, ішінің ауыруы, жүрек айнуы, құсу шағымдарымен өз бетінше жүгінді.

Анамнезден 10 сағат бұрын көшеде белгісіз биреу ұрған. Медициналық көмекке жүгінбеген, ішімдік ішкен.

Қарау кезінде: тері жабындары бозарған; емделуші мәжбүрлі жағдайға ие – иілген және ішке келтірілген тізелері бар; тахикардия минутына 110 соққыға дейін; АҚҚ 110/70 мм с.б.; іш қалыпты ісінген, оң жартысы тыныс алу актісінде қалады; пальпация кезінде оң жағында көбірек құрсақ қабырғасының бұлшық етінің кернеуі және іштің тітіркенуінің анық емес белгілері анықталады; перкуссия кезінде – бауыр тұйығының симптомы; аускультативті – ішек шуларының әлсіздеуі;

Қабылдау бөлмесінің дәрігері пациентті диагностикалық палатаға жатқызып, "ішке суықты" қойып, динамикалық бақылауды тағайындады.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

Сіздің алдын ала диагнозыңыз?

Қабылдау бөлмесі дәрігерінің тактикасы дұрыс па?

Науқасқа қандай қосымша зерттеу әдістерін жүргізу қажет?

Іш қуысы мүшелерінің рентгенографиясы кезінде қандай рентгенологиялық симптомдар анықталады?

Құрсақ қуысында еркін газдың болуын растау кезінде осы пациентке қандай емдеу іс-шараларын жүргізу қажет?

№9 ситуациялық есепке жауап

Іштің жабық жарақаты. Қуыс органның үзілуі. Перитонит.

Қабылдау бөлмесі дәрігерінің тактикасы дұрыс емес. Дәл диагноз қою үшін пациентті толық тексеру қажет.

Лейкоцитозды анықтау үшін қанның жалпы талдауы. Еркін газдың болуын анықтау үшін құрсақ қуысы мүшелерінің шолу рентгенографиясы. Қажет болған жағдайда (рентгенографияда еркін газ анықталмаған) – диагностикалық лапароскопия.

"Диафрагма күмбезінің астындағы газ орамы" симптомы - қуыс органның зақымдануын (перфорациясын) көрсетеді.

Құрсақ қуысында еркін газ болған жағдайда, яғни қуыс органның перфорациясы, перитонит диагнозын растау, шұғыл операция – лапаротомия (перитонит көзін анықтау, зақымдануды жою, іш қуысын санациялау және дренаждау) көрсетілген. Бұл манипуляцияларды диагностикалық лапароскопияны емдеу орнына ауыстырғанда да жүзеге асыруға болады.

№10 ситуациялық есеп

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

60 жастағы ер адам ауру басталғаннан бастап 2-ші күні іштің төменгі жағында орташа қарқындылықтағы толғақ тәрізді ауырсынуға, айқыш, іштің кебуі, нәжіс пен газдардың тежелуіне шағымданды. Ауру біртіндеп басталды. Науқас іш қатумен ауырады, мұндай жағдайлар бірнеше рет болғанын және тазалау клизмасынан кейін үйде рұқсат етілгендігін атап өтті.

Науқастың жалпы жағдайы салыстырмалы түрде қанағаттанарлық, температурасы қалыпты, пульс минутына 90 в, тілі жабылған, ылғалды. Іштің оң жартысының кебуі есебінен, пальпация кезінде жұмсақ, сол жақ каналдың жүрісі бойынша орташа ауырады. Оң жақта тығызэластикалық консистенцияның үлкен ісік пальпацияланады, оған перистальтика тыңдамайды. «Шум плеска» анақталды. Перкуссия кезінде-жоғары тимпанит.

Тік ішектің ампуласын ректалды зерттеу кезінде бос, сифондық клизма жасауға тырысу кезінде 400 мл-ден артық емес сұйықтықты енгізуге болды.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

1. Осы науқаста қандай клиникалық синдром орын алады?
2. Емделушіде бұл синдромның дамуының ықтимал себебі?
3. Бұл патологияның жіктелуі?
4. Алдын ала диагнозды растау және нақтылау үшін қандай қосымша әдістерді қолдану керек?
5. Алдын ала диагнозды растау кезінде хирург тактикасы?
6. Аурудың сатысына байланысты оталық құрал варианттары?
7. Операциядан кейінгі кезенді жүргізу ерекшеліктері.
8. Цегефон-Мантейфель сынаамасы дегеніміз не?

№10 ситуациялық есепке жауап

Науқаста обтурациялық тоқішекті ішек өтімсіздігі ісік генез клиникасы. Қосымша зерттеу әдістерінен қажет: іш қуысының шолу рентгенографиясы, барий пассадын бақылау. Науқасты оталық емдеу.

Ота алды кезеңде: 10%-40 мл NaCl, паранефральды блокада, антибиотиктер.

Тактиканы хирург операция кезінде анықтайды. Операциялық құралдың нұсқалары: гемиколэктомия. "Гартман типтері" операциялары, тоқ ішектің резекциясы, U - тәрізді анастомоз салу, Цейтлер-Шлоффер операциясы.

Алшақ метастаздар және ісіктің шашыратпауы болған кезде-айналмалы анастомоздар және екі бағаналы колосталардың шығарылуы. Цеге-фон-Мантейфель сынаамасы: тазалау клизмасын қою кезінде 300л астам сұйықтықты енгізу мүмкін емес. Сигма тәрізді ішектің обтурация белгісі.

1. Жіті ішек өтпеуі
2. Тоқ ішектің обтурацияланатын ісігі, шамамен-сигма тәрізді
3. TNM жіктелуі
4. Кеңейтілген түрде рентгенографиясы, Шварц сынаамасы, биопсиясы бар колоноскопия
5. Жедел операция
6. Сигма тәрізді ішекте ісікті оқшаулау кезінде-Гартман бойынша сигма тәрізді Ішекті резекциялау, төмен ішекте оқшаулану кезінде-бір жақты трансверзостоманы шығара отырып, сол жақты гемиколэктомия, көлденең тоқ ішекте оқшаулану кезінде-Гартман

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

түріндегі Ішекті резекциялау, оң жақ фланг аймағында оқшаулану кезінде-оң жақты гемиколэктомия. Ісіктің неоперабельділігі кезінде-екі жақты анусты салу.

7. Жалпы қағидаттар бойынша операциядан кейінгі жүргізу, колостоманы күтуге ерекше көңіл бөлуді талап етеді.

8. Тазалау клизмасын қою кезінде 300 мл астам сұйықтықты енгізу мүмкін емес. Сынама сигма тәрізді ішек деңгейінде сүрту көрсетеді.

№11 ситуациялық есеп

Науқас 50 жаста. 6 ай бұрын науқаста тамақ ішу кезінде пайда болатын кеуде артындағы төменгі үштен бір бөлігінің проекциясындағы ауырсынуға және өңеште жанасу сезіміне шағымдар пайда болды. Кейде дисфагия құбылыстары байқалды.

Объективті: мойын дұрыс пішінді, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Кеуде ерекшеліктері жоқ. Кәдімгі пішінді эпигастралды аймақ, ауыртпалықсыз. Эзофагоскопия кезінде өңештің сол жақ қабырғасының көлемі 3 x 4 см кескіштен 32 см деңгейде өзгермеген шырышты қабықпен және оған 2 см-ге дейінгі кірумен сіңуі анықталды. Науқас бұрын емделген жоқ, алғаш рет дәрігерге жүгінді.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

Сіздің диагнозыңыз?

1. Бұл патологияның жіктелуі.
2. Бұл патологияның пайда болуының қандай механизмдерін білесіз?
3. Қандай қосымша зерттеу әдістерін орындау керек?
4. Қандай емдеу тактикасын таңдау керек?
5. Бұл патологияда консервативті іс-шаралар курсы неде?
6. Бұл аурудың асқынуы қандай?
7. Операцияға не көрсеткіш болып табылады және осы патологияда операциялық емдеудің қандай түрлері қолданылады?

№11 ситуациялық есепке жауап

Алдын ала диагноз: өңеш дивертикулы. Қосымша зерттеу әдістері: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС.

Емі: дивертикулдың шағын мөлшері-консервативті емдеу.

Хирургиялық емнің көрсеткіші - аурудың асқынуы (перфорация, пенетрация, қан кету, малигнизация, өңеш-кеңірдек жыланкөздері).

Оперативтік ем: жұтқыншақ-өңеш дивертикуласында-мойын қол жетімділігі, эпибронхиальды - сол жақты торакальды. Операция көлемі: диафрагма немесе плевра кесіндісі өңеш пластикасымен дивертикулэктомия, дивертикулэктомия.

№12 ситуациялық есеп

42 жастағы науқас, жүк тиеуші, артқы өтпедегі ауырсынуға, дефекация актісінен кейін қан бөлінуіне шағымданды. Мұндай симптомдар бір жыл бұрын алаңдатты, бірақ соңғы 3 күн ішінде қан кету күшейе түсті, бас айналу шу пайда болды, бұл ауыр физикалық жұмысты орындауды қиындатады.

Объективті: науқас бозарған. Пульс 96 минутына қанағаттанарлық, АҚК 110/60 мм.с.б. Анальді күйме аймағында 3, 7, 11 сағатта диаметрі 1,5 см дейін сиреналық реңді геморройды түйіндер бар, олардың бірінде қан ағатын қан тамырлары көрінеді.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

1. Сіздің диагнозыңыз қандай?
2. Бұл аурудың клиникалық жіктелуі?
3. Бұл аурудың этиопатогенезі?
4. Бұл ауру кезінде қандай зерттеу әдістерін жүргізу қажет?
5. Бұл жағдайда амбулаториялық хирург тактикасы?
6. Бұл патологиядағы шұғыл көмектің әдістері мен көлемі?
7. Бұл ауруды емдеу әдістері?

№12 ситуациялық есепке жауап

Диагноз: қан кетумен асқынған Геморрой. Зерттеу әдістері: ректальді зерттеу, anoscopy, ректороманоскопия.

Амбулаториялық хирург тактикасы: айқын анемия кезінде-хирургиялық бөлімшеге жатқызу. Алғашқы көмек ауырсынуды басу, таңу салу, қабынуға қарсы және гемостатикалық терапия жүргізу болып табылады. Емдеу әдістері: (процесс сатысына байланысты және қан кетуді тоқтатқаннан кейін) - инфракызыл фотокоагуляция, латексті сақиналармен лигирлеу, склеротерапия, геморроидэктомия.

№13 ситуациялық есеп

15 жастағы науқас нәжіс пен газдың бөлінбеуіне, іштің тұрақты сипатындағы ауыруына шағымданады. Анамнезден науқас бала кезінен күнделікті тазалау клизмаларына баруға мәжбүр екені анықталды. Қалыптасқан жағдайларға байланысты (поезда болды) 3 тәулік ішінде дәретке шығу болмады.

Объективті: тіл ылғалды. Іштің бірнеше кебуі, жұмсақ, ішектің ауыруы. Перитонеалды симптомдар жоқ. «Шум плеска» естілмейді. Ректальді зерттеу кезінде: сфинктер тонусы жоғарланған, ампула бос.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

1. Сіздің диагнозыңыз?
2. Аурудың этиологиясы және патогенезі?
3. Дифференциальды диагностиканы қандай патологиямен жүргізу керек?
4. Қосымша зерттеу әдістері?
5. Алғашқы көмек, консервативті емдеу?
6. Оталық емнің көрсеткіштері?
7. Оталық емнің сипаты мен көлемі?
8. Операциядан кейінгі мүмкін болатын асқынулар?

№13 ситуациялық есепке жауап

Диагноз: Гиршпрунг ауруы, мегалосигма. Этиология: туа біткен интрамуральды нерв өрімдерінің дамымауы.

Дифференциалды диагностиканы обтурациялық ішек өтпеуімен, копростазбен, тік ішектің бөгде денесімен жүргізу қажет.

Қосымша зерттеу әдістері және алғашқы көмек: ректальді зерттеу, тазалау клизмалары, ішектің механикалық босауы (егер қажет болса - наркоз астында). "Суық" кезеңде-ирригоскопия, колоноскопия. Шұғыл операцияға көрсеткіш: ішек өтпеуі.

Гиршпрунг ауруын емдеу: жоспарлы түрде сигма тәрізді Ішекті кесу.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Отбасылық медицина» кафедрасы	044/69	
Жағдайлық есептер	31 беттің 1беті	

№14 ситуациялық есеп

57 жастағы ер адам сол бұлшық етінің ауырсынуын, тобықтың мұздауына, тез шаршауы мазалайды. Ауырсыну 60-70 метр өткеннен кейін пайда болады. Аурудың ұзақтығы 6 айға жуық. Қарау кезінде сол аяқтың дистальды бөлімдері оңнан қарағанда бозғылт, сезуге суық, пальпация кезінде бұлшықеттер ауырады. Пульс шап аймағындағы Сан артериясында ғана анықталуы мүмкін, ол әлсіреген. Оның үстінде систоликалық шу естіледі. Оң аяқтың магистральды артерияларының пульсациясы барлық деңгейде сақталған, бірақ біршама әлсіреген.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

1. Сіздің диагнозыңыз?
2. Бұл аурудың клиникалық жіктелуі?
3. Бұл аурудың даму патогенезі?
4. Науқасты тексеру жоспары?
5. Бұл патологияны қандай аурулармен саралау керек?
6. Процесс сатысына байланысты ауруды емдеу принциптері?
7. Бұл ауруды емдеуде мүмкін болатын асқынулар және олардың алдын алу шаралары?

№14 ситуациялық есепке жауап

Диагноз: Аяқ артерияларының қаптайтын атеросклерозы (жамбас-тізе сегментінің сол жақ стенозы), аяқ ишемиясы, -2Б - 3 дәрежелі.

Тексеру жоспары; қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қандағы қант мөлшерін тексеру, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеидтер атерогендігі коэффициентін анықтаумен, УЗ-доплерография, ангиография. Саралау диагностиканы облитерациялаушы эндартериитпен, Бюргер ауруымен жүргізілуі керек.

Емі: аяқ-қол ишемиясының 1-2А дәрежесі кезінде консервативті, 2Б - 3 дәрежесі кезінде-оперативті ем. Таңдау әдісі - зақымдану түріне байланысты-қалпына келтіру операциясы (шунттау, протездеу, сирек эндартерэктомия). Қалпына келтіру операциясын орындау мүмкін болмаған жағдайда-симпатэктомия, профундопластика, РОТ.

№15 ситуациялық есеп

42 жастағы ер адам, алыс рейстер орындайтын жүргізуші, 5 күн бұрын оң білектің артқы бетінде шағын дөңгелек формалы түйін пайда болды, ол бірте-бірте ұлғайып, айналасындағы тіндер тығыздалып, ауырсынады, тері тығыздалған.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, температура қалыпты. Оң білектің төменгі үштен бірінің артқы бетінде конус тәрізді биіктігі 3*5 см, ортасында диаметрі 0,3 см дейін іріңді эпидермис пайда болды. Тері диаметрі 5 см дейін айналасында гиперемияленген, пальпаторлы тығыз, ауырсынатын инфильтрат. Қолтық астындағы лимфа түйіндері үлкейген және ауырады.

Келесі сұрақтарға жазбаша жауап беріңіз:

Диагноз қойыңыз

Емдеу жоспарын жасаңыз.

№15 ситуациялық есепке жауап



Оң білектің фурункулы, оң қолтық асты аймағының лимфадениті.
Емі: 0,5% ерітіндімен жергілікті инфильтрациялық анестезиямен
новокаин фурункулдың ең үлкен дөңесуі бойынша оны сызықтық ашыңыз
"өзекті" міндетті түрде алып тастай отырып кесу-түкті қаптың некрозы,
санация, "Левомеколь" немесе гипертониялық майы бар дәке турунда
ерітіндімен. Қолдың орамал арқылы иммобилизациясы. Таңу
келесі күні. Науқас еңбекке жарамсыз, еңбекке жарамсыздық парағын беру қажет, оның
ұзақтығы жарақат процесінің ағымына байланысты.