

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE MOLDOVA  
L'UNIVERSITÉ D'ÉTAT DE MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE  
"Nicolae Testemițanu"**

**PROGRAMME  
D'ÉTUDE DE LA DICIPLINE "MALADIES CHIRURGICALES"  
POUR LES ÉTUDIANTS DE LA VI-ième ANNÉE,  
FACULTÉ DE MÉDECINE**



**CHIȘINĂU, 2004**

## **Programme a été discuté à:**

### **La séance de la chaire de chirurgie Nr.2**

De la « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2004      procès-verbal de séance Nr.

Chef de la chaire:

Docteur d'État ès sciences médicales,  
Professeur titulaire, Homme Émérite

V. Hotineanu

### **La séance de la commission méthodique chirurgicale**

De la « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2004      procès-verbal de séance Nr.

Président:

Académicien AS RM,  
Docteur d'État ès sciences médicales,  
Professeur titulaire

Gh. Ghidirim

### **Lu et approuvé de Commission Méthodique Général**

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2004

Vice recteur didactique,  
Docteur d'État ès sciences médicales, professeur titulaire

N. Eșanu

## NOTE EXPLICATIVE

Programme d'études aux „maladies chirurgicales”, pour les étudiants de la VI-ième année, faculté de médecine, suppose **en tout 108 heures (14 heures de cours théorétiques et 94 heures de cours pratique)**. Pour chaque thème, les cours consistent des notions d'anatomie, physiologie, étiologie, pathogénie, morphopatologie, classification, manifestations clinique, diagnostic, diagnostic différentiel, traitement médical et chirurgicale, complications et la prophylaxie des maladies.

Les résultats d'apprentissage du cour „maladies chirurgicales” ont l'intention de développer la pensée clinique des étudiants, d'apprendre les étudiants de formulaient le diagnostic préliminaire et définitif, de formaient la tactique chirurgicale, de collecter les habitudes pratiques manuelles, les techniques principales opératoires. Les occupations pratiques ont l'objectif d'accorder aux étudiants une synthèse des connaissances principal des maladies chirurgicales, des méthodes d'examen clinique, participation personnel dans la intervention chirurgicale, manipulations et pansements dans le service d'entrée, policlinique.

La curation des malades consiste de travail dans le service d'entrée, dans le bloc d'opérations et dans la sale de pansements. Pendant toute l'année d'étude, semestriel, les étudiants passent le contrôle de ses connaissances théorétique et pratique par oral et par test à grille.

Les objectives principales d'apprentissage est une bonne connaissance du matériel de la programme d'étude et des habitudes pratiques, qui permit a l'étudiants de prendre la capacité de former rapidement un algorithme diagnostique et thérapeutique dans les cases d'urgence.

**A la fin du cours de chirurgie, l'étudiant de VI-ième année doit connaître:**

- l'importance socio-économique des maladies chirurgicales;
- la fréquence, étiologie, pathogénie des maladies chirurgicales abdominale et des traumatismes abdominaux;
- les méthodes contemporaines d'investigations (d'urgence et programmé) à pathologies chirurgicales;

- diagnostic positif et différentiel à pathologie chirurgicale des organes abdominaux;
- méthode contemporaine de traitement des maladies chirurgicales abdominales et des traumatismes abdominaux;
- méthode de prophylaxie d'affections chirurgicales aiguës et chroniques etc.
- l'expertise de travail à malades chirurgicales, l'accomplissement des documents médicales.

**A la fin du cours de chirurgie, l'étudiant de VI-ième année doit posséder:**

- diagnostic clinique d'affections chirurgicales;
- l'expression du algorithme d'investigation de malade chirurgicale en cas d'urgence et programmé;
- les habitudes pratiques nécessaires pour l'examen de malade et pour la formation de diagnostic;
- la détermination des indications pour les méthodes classiques de traitement des plus fréquentes pathologies chirurgicales;
- l'habitude d'accorder assistance médicale d'urgence dans les pathologies chirurgicales d'urgence et dans les traumatismes avec les médecins d'autres spécialités;
- les habitudes pratiques nécessaires pour le soin des malades chirurgicales pré- et postopératoire;
- assistance à l'opération, travaille dans la salle de pansements et dans le service d'entrée.

**Programme de la discipline «Maladies Chirurgicales»**

**Spécialité - médecin**

**Faculté - Médecine, Chaire Nr.1 chirurgie «Nicolae Anestiadi»; Chaire Nr.2 chirurgie, Année VI**

**Semestre – XI, XII**

**Cours théorétiques – 14 heures, cours pratiques – 94 heures**

**En tout: – 108 heures**

**Examen d'État.**

**Plan thématique aux “Maladies Chirurgicales”,  
VI-ième Année,  
Faculté de Médecine  
Année universitaire 2004 – 2005**

N	THÈME	Semestre XI		Semestre XII		En tout
		Cours théor.	Cours prat.	Cours théor.	Cours prat.	
1.	Curation. Fiche d'observation.		6			6
2.	Traumatisme thoracique	2	4			6
3.	Pathologie chirurgicale du diaphragme. Hernies congénitales et acquises du diaphragme. Hernies du hiatus œsophagien. Relaxation du diaphragme.	2	4			6
4.	Maladie thromboembolique (embolie d'artère pulmonaire, mésentérique et d'artères périphérique)	2	4			6
5.	Hernies difficiles et rarement rencontrées (récidivantes, postopératoires, post-traumatiques, grandes et gigantesques).	2	4			6
6.	Particularité de diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale dynamique. Syndrome occlusif dans la maladie adhérencielle abdominale.	2	4			6
7.	Complication évolutive et postopératoire de l'appendicite aiguë.	2	4			6
8.	Hémorragies du tractus digestif	2	4			6
9.	Complications postopératoires chirurgicales de l'ulcère gastro-duodénale.	2	4			6
10.	Diagnostic et traitement contemporain de l'ictère mécanique.	2	4			6
11.	Péritonites initiales, secondaires, tertiaires. Particularités de diagnostic et traitement contemporain.	2	4			6
12.	Fistules intestinaux	2	4			6
13.	Travail dans le service d'entrée et la salle de pansements. Expertise médicale des malades chirurgicaux. Curation. Fiche d'observation.				6	6
14.	Jour d'opération.				6	6
15.	Particularités de diagnostic et traitement de la chirurgie endocrinienne – des supraréines, thymus, glande thyroïde.					6
16.	Infection anaérobie clostridienne et neclostridienne. Diagnostic et traitement chirurgical contemporain.				6	6
17.	Infection chirurgicale de la main et des doigts.					6
18.	Septicémie chirurgicale.			2	4	6
19.	Complications tardives de la pancréatite aiguë. Parapancréatite purulente. Fistules digestives Complications hémorragiques Particularités de diagnostic et traitement contemporain.					6
20.	Syndrome de l'abdomen aigu.			2	4	6
21.	Syndrome de l'abdomen aigu chirurgical.				6	6
22.	Abdomen faux aigu chirurgical (AFAC).				6	6
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>132</b>

## **PROGRAMME ANALYTIQUE**

### **1. Pathologie chirurgicale du diaphragme.**

#### **Hernies œsophagiennes**

Données anatomophysiologique.

Hernies diaphragmatiques. Classification. Tableau clinique. Diagnostic positif. Traitement.

Hernies de l'hiatus œsophagien. : a) hernies hiatales par glissement ; b) hernies parœsophagiennes ; c) hernies hiatales à court œsophage. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic positif. Traitement.

Hernies rétro-costo-xifoïdiennes. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic positif. Traitement.

Hernies posttraumatiques du diaphragme. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic positif. Traitement.

Relaxation du diaphragme. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic positif. Procédés chirurgicaux de traitement.

### **2. Hernies rarement rencontrées. Récidivantes, post-traumatiques.**

#### **Eventrations et éviscérations postopératoires.**

Hernies rarement rencontrées: hernies de la ligne de Spiegel, obturatrices, lombaires, périnéales. Hernies récidivantes. Eventrations : etiopathogénie, éventrations spontanées, traumatiques (post-traumatiques, postopératoires). Anatomie pathologique. Tableau clinique. Traitement. Préparatifs préopératoires.

Eviscérations (post-traumatiques, postopératoires). Etiopathogénie. Facteurs généraux, facteurs locaux. Anatomie pathologique. Tableau clinique. Diagnostic. Traitement chirurgical. Particularités des interventions chirurgicales. Méthodes d'hernioplastie. Complications postopératoires.

### **3. Occlusion intestinale dynamique. Maladie adhérencielle abdominale.**

Notion. Données étiologiques: a) occlusions dynamiques dyshomeostatiques ; b) occlusions fonctionnelles réflexes ; c) occlusions fonctionnelles paracliniques.

Physiopathologie. Symptomatologie. Diagnostic positif. Diagnostic

différentiel. Au début de l'occlusion aigue dynamique et mécanique. Signes caractéristiques pour l'occlusion dynamique et mécanique. Attitude médicochirurgicale a l'occlusion intestinale aigue dynamique et mécanique. Particularités du tableau clinique et l'évolution de l'occlusion intestinale par l'obstruction, strangulation et mixte.

Préparation préopératoire des patients selon les formes cliniques, topographiques, l'age des malades, maladies associés. Objectifs du traitement : a) rééquilibre hydro électrolytique, nutritif, nerveux et la lutte contre les complications septiques ; b) décompression abdominale; c) résolution de la cause ; d) prophylaxie des récives. Particularités de la tactique chirurgicale a l'appréciation du volume de l'intervention opératoire selon le cas clinique concret : sectionnement des brides, dévolvulation, sectionnement d'un anneau herniaire, entérotomie, résection intestinale, dérivation interne ou externe. Complications de l'occlusion intestinale aigue.

**Maladie adhérencielle abdominale.** Lieu (fréquence) de la maladie adhérencielle parmi les formes d'occlusion intestinale. Maladie adhérencielle : étiologie, mécanisme de a formation des adhérences. Formes cliniques (aigue), intermittente, chronique), symptomatologie, diagnostic positif et différentiel. Préparation préopératoire des patients a maladie adhérencielle, conduite postopératoire. Troubles du métabolisme protéique, glucidique, hydroélectrolytique et acido-basique. Voies d'accès et les variantes des opérations, an fonction des formes de la malade adhérencielle. Erreurs de diagnostic et d'ordre tactique au traitement de la maladie adhérencielle.

#### **4. Maladie thromboembolique**

Notions anatomophysiologiques du système vasculaire. Méthodes d'examen des malades a pathologie artérielle.

Thrombose artérielle aigue. Etiopathogénie. Facteurs prédisposant a la formation du thrombus. Tableau clinique de al thrombose artérielle aigue Stades cliniques. Diagnostic. Traitement médical et chirurgical. Procédés chirurgicaux. Complications.

Embolisme artériel. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic. Méthodes de traitement. Sonde de Fogarti. Principes de la thérapie a des anticoagulants, fibrinolytiques. Les tests d'étude de l'état de la coagulation du sang.

Embolie de l'artère pulmonaire. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic positif. Traitement.

Thrombose et embolie des vaisseaux mésentériques. Conceptions contemporaines sur les causes et le mécanisme du développement de la thrombose et de l'embolie de vaisseaux, leur fréquence. Stades évolutifs (période prodrome, initiale, stade de l'iléus paralytique et de la péritonite). Formes cliniques : angiospasme, thromboembolie a des signes d'occlusion intestinale, diarrhée. Thromboembolie prend la symptomatologie de l'appendicite aigue, de la péritonite de provenance appendiculaire, des ormes atypiques. Difficultés de diagnostic. Diagnostic différentiel. Traitement médical des thromboses et de l'embolie. Thérapie a anticoagulants et a fibrinolytiques. Indications pour le traitement chirurgical. Méthodes opératoires (embolectomie, thrombectomie, opérations de type by-pass). Indications pour la résection intestinale : particularités du traitement. Complications intra et postopératoires.

## **5. Complications évolutives et postopératoires de l'appendicite aigue.**

Complications évolutives de l'appendicite aigue : plastron appendiculaire, abcès appendiculaire, péritonite, pyléphlébite etc.

Complications postopératoires : intraabdominales – hémorragies, progrès de la péritonite, insuffisance des sutures du bont appendiculaire, abcès interintestinal, sous phrénique, sous hépatique, du fond du sac de Douglas, occlusion intestinale précoce ; extraabdominales - pneumonies, thrombophlébites etc. ; de la part de la plaie - hématomes, suppuration de la plaie, flegmon de la paroi abdominale éventration, hernie. Tableau clinique. Diagnostic. Traitement.

Indications pour le traitement chirurgical. Voie d'accès opératoire. Ampleur de l'intervention chirurgicale. Indications pour le tamponnement et le drainage de la cavité abdominale. Antibiothérapie rationnelle dans le traitement des complications purulentes.

## **6. Hémorragies du tractus digestif supérieur d'origine non ulcéreuse.**

Pathologie de l'œsophage : varice œsophagienne, tumeurs bénignes et malignes, œsophagite ulcéreuse, brûlures, traumatismes, diverticules.

Pathologie de l'estomac et du duodénum : gastrite érosive, syndrome Malory – Weiss, syndrome Zollinger – Ellison, ulcères aigus de stress (ulcère de Curling, Cushing) et médicamenteux gastriques et intestinaux, tumeurs bénignes et malignes, hernie de l'hiatus œsophagien, duodénite érosive, diverticules, léiomyomes.

Pathologie du foie, des voies biliaires et du pancréas. Hémobilie.

Maladies du système de affections du sang (leucémie, hémophilie, anémie pernicieuse) et des vaisseaux sanguins (hémangiome, syndrome de Rendu – Veber – Osler, vasculite hémorragique), urémie, amylose etc. Etiopathogénie. Tableau clinique. Diagnostic différentiel. Particularités du traitement et de la technique chirurgicale.

## **7. Complications intra- et postopératoires précoces chirurgicales de l'ulcère gastro-duodénal. Affections bénignes de l'estomac.**

Complications intra opératoires : altération de la rate, de l'œsophage, du cholédoque. Tactique intra opératoire.

Complications précoces : hémorragies postopératoires, atonie et distension gastrique, insuffisance des sutures du bont duodénal, des anastomoses gastroduodénales, gastro-jéjunales et jéjuno -jéjunales. Troubles d'évacuation. Anastomosite. Pancréatite aigue postopératoire. Tableau clinique. Diagnostic. Traitement. Prophylaxie des complications. Affections bénignes de l'estomac : corps étrangers, tumeurs bénignes, volvulus et dilatation aigue, flegmon. Tableau clinique. Diagnostic. Traitement.

## **8. Diagnostic et traitement contemporain de la péritonite.**

Particularités du tableau clinique, de l'évolution et du diagnostic des péritonites en fonction de l'étiologie de l'extension du processus, des causes du développement et des phases de la maladie. Tactique chirurgicale et méthodes de

diagnostic : analyse générale du sang, examen des organes de la cavité péritonéale, laparoscopie, laparocentèse, laparotomie et les difficultés dans le diagnostic de péritonites cryptogènes, biliaires et postopératoires. Préparation des malades pour les opérations d'urgence selon l'état général. Principes du traitement chirurgical de diverses formes de péritonite – méthodique de l'exploration de la cavité péritonéale, isolement de la cavité péritonéale de la source de l'infection (suture de la perforation à l'aide de l'épiploon, résection de l'organe. Limitation an tampons, drainage indication pour ces méthodes, technique). Technique de la réalisation de la dialyse péritonéale, indications et contre-indications.

Rélaparotomies programmées : indications, techniques opératoires. Conduite de la période postopératoire en fonction de la phase de la péritonite, combat des troubles du métabolisme protéique, électrolytique et acido-basique, de l'intoxication de l'organisme, des troubles cardiovasculaires, de la microcirculation, de la parésie intestinale. Antibiothérapie rationnelle, prophylaxie des complications cardiovasculaires et du système respiratoire. Diagnostic et traitement des complications de la péritonite : abcès sous diaphragmatique, abcès interintestinaux et pelviens, occlusion intestinale mécanique, pyléphlébite, abcès hépatique. Indications pour l'opération, voie d'accès et technique du drainage. Particularités de diagnostic de traitement de la péritonite tuberculeuse et gynécologique.

## **9. Diagnostic et traitement contemporain de l'ictère mécanique.**

Définition, étiopathogénie, classification. Examen clinique et paraclinique des malades ictériques. Eléments cliniques, paracliniques et thérapeutiques de certaines formes étiopathogéniques d'ictère. Ictères hémolytiques. Ictères à prédominance de bilirubine directe de certaines affections hépatocellulaires (ictère hépatique), hépatite épidémique, hépatite cholestatique, hépatite toxique. Ictère obstructif. Tableau clinique. Diagnostic. Traitement. Principes de traitement médical et chirurgical (méthode chirurgicale et endoscopique). Méthodes de drainage des voies biliaires. Anastomoses biliodigestives. Complication de l'ictère mécanique. Conduite pré- et postopératoire.

## **10. Syndrome de l'abdomen aigu.**

Syndrome de l'abdomen aigu: abdomen aigu chirurgical. Notion. Signes cliniques. Classification. Abdomen aigu traumatique et non traumatique. Péritonites : initiales, secondaires, tertiaires. Diagnostic clinique, paraclinique, étiologique. Diagnostic différentiel. Evolution. Principes de traitement : non interventionnel, interventionnel, antibactérien.

Abdomen faux aigu chirurgical (AFAC). Notion. Signes cliniques. Affections réalisant AFAC :

A. généraux - systématique a retentissement abdominal (intoxications, maladies infectieuses, maladies du système nerveux central, maladies allergiques, endocrines, métaboliques) ;

B. maladies de voisinage a retentissement abdominal (affections cardiaques, pulmonaires et de la paroi thoracique, de la colonne vertébrale, nephro - urétrales) ;

C. maladies a siège abdominal : crises tabétiques, hyper lipidémiques etc. Diagnostic. Traitement. Laparotomie « blanche ».

## **11. Fistules intestinaux**

Notions anatomophysiologiques de l'intestin grêle et du colon. Méthodes d'investigation de l'intestin. Classification des fistules intestinales : fistules de l'intestin grêle et du colon. Tableau clinique. Diagnostic. Particularités des fistules intestinales proximales et distales. Tactique curative. Traitement médical. Indications pour le traitement chirurgical. Conduite préopératoire. Méthodes de l'obstruction des fistules de l'intestin grêle et du colon. Complications dans le traitement des fistules intestinales. Erreurs d'ordre tactique, diagnostique et technique dans le traitement des fistules intestinales iléo coliques.

## **12. Traumatismes du thorax.**

Traumatismes fermés du thorax : contusion, compression thoracique. Fractures du squelette thoracique : fractures du sternum et des cotes. Ruptures des poumons, des bronches et des vaisseaux grands. Emphysème sous-cutané et

médiastinal. Ruptures du diaphragme. Contusion du cœur.

Plaies du thorax : pénétrantes et impénétrantes. Plaies pleuro0pulmonaires. Pneumothorax (ferme, ouvert, et a sous aquatique) et l'hémothorax. Classification. Tactique diagnostique - curative. Méthodes de drainage de la cavité pleurale. Indications a la thoracotomie. Plaies cardiopéricardiques et thoracoabdominales. Tableau clinique, diagnostic, traitement. Complications des traumatismes thoraciques. Conduite postopératoire.

### **13. Sepsis chirurgical**

Notion. Classification. Phases de déroulement de l'infection purulente. Étiologie et pathogénie de al septicémie chirurgicale. Facteurs déterminants la septicémie chirurgicale : germe de l'infection, état du foyer primaire d'infection, réactivité de l'organisme. Etude bactériologique. Affectation des organes pendant la septicémie chirurgicale. Tableau clinique de la septicémie. Dépendance de la localisation des métastases pyémiques de caractère microcontrôleur. Diagnostic différentiel entre la fièvre purulente résorbitive et la septicémie. Complications de la septicémie. Choc septique. Symptômes qui peuvent pronostiquer le développement du choc septique. Traitement complexe (général, local). Létalité dans la septicémie.

Particularités de l'évolution d l'infection chirurgicale en présence des formes microbiennes résistantes et dépendantes aux antibiotiques. Particularités des manifestations cliniques de l'infection staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, polibacillaires, gonocoque, anaérobiques néclostridienne et mixtes.

Principes de base du diagnostic et du traitement de l'infection aigue purulente, putréfiée, anaérobie et spécifique (tétanos, anthrax). Particularités des manifestations locale et générales de la réaction de protection de l'organisme selon l'age, l'état de l'organisme, la présence des maladies associées : diabètes, cachexie etc.

Principes de la prophylaxie de l'infection chirurgicale dans le service de chirurgie. Régime de travail de la salle de pansement et du bloc opératoire. Critère de l'appréciation du processus infectieux, indications pour le traitement chirurgical.

Principes de base d'ouverture des processus et du foyer purulent, méthodes d'anesthésie selon le siège et de la dispersion du processus.

Traitement rationnel a des antibiotiques pendant la période postopératoire – emploi conséquemment de divers groupes d'antibiotiques en rapport avec l'antibiogramme, l'état et la dispersion du processus inflammatoire. Traitement de l'infection purulente dans les conditions de la sensibilisation de l'organisme aux antibiotiques.

Complications pendant la thérapie a antibiotiques. Immunothérapie. Principes de base de l'intervention chirurgicale pour l'infection anaérobie é barothérapie. Maladies inflammatoires des tissus mous.

Diagnostic des maladies inflammatoires des espaces cellule-adipeux (flegmons du cou, de la fosse axillaire, sous-pectoral etc.)

Particularités de l'évolution des phlegmons profonds sous-fasciales et intermusculaires des membres, des processus purulents de l'espace rétropéritonéal et du médiastin. Principes de base dans le traitement des maladies inflammatoires purulentes des tissus mous. Particularités du traitement du processus de plaies chez les malades cachectiques et a diabète. Indications pour le traitement chirurgical. La conduite des malades pendant la période pré et postopératoire.

Diagnostic différentiel des processus inflammatoires purulents de la peau et de la couche adipeuse-cellulaire sous-cutanée (carbuncle, furoncle, hidrosadénite, abcès et flegmons de la couche adipeuse-cellulaire sous-cutanée, pyodermie, érysipèle, érysipéloïde).

#### **14. Infection anaérobie néclostridiénne. Diagnostic et traitement chirurgical.**

Infection anaérobie néclostridiénne. Particularités évolutives de l'infection anaérobie néclostridiénne. Manifestations cliniques. Principes de base de diagnostic de l'infection anaérobie néclostridiénne. Particularités du traitement de l'infection anaérobie néclostridiénne. Traitement antibactérien et chirurgical. Barothérapie. Conduite postopératoire. Problème de l'expertise médicale.

#### **15. Infection chirurgicale de la main et des doigts.**

Infections pyogènes des doigts et de la main. Particularités anatomophysiologiques de la main et des doigts. Panaris superficiels, profonds et de la région des ongles. Phlegmon des espaces cellulaires : de la loge du thénar et de l'hypothénar, commissurale, de l'espace de la paume. Etiologie, diagnostic, traitement. Particularités et drainage des processus pyogènes des doigts et de la main.

Méthodique de traitement médical dans les conditions de la polyclinique, indications pour l'hospitalisation et le traitement chirurgical.

Particularités des incisions (de l'ouvertux) et du drainage des processus purulents des doigts, de la main, des cavités articulaires, des tresses tendineuses (des tendons).

Conduite de la période postopératoire, problèmes de l'expertise médicale.

## **16. Travail dans le service d'entrée, le bloc opératoire et la salle de pansements.**

Accomplissement de la documentation médicale du malade chirurgicale. Examen initial du malade. Formation de la fiche d'observation clinique. Elaboration chirurgicale initiale de la plaie. Application des sutures, écartement des fils, des drains, des tampons, changement des pansements. Participation aux opérations en qualité de deuxième assistant.

## **17. Expertise médicale des malades chirurgicaux.**

Travail de la commission médicale consultative et de la commission d'expertise médicale pour l'appréciation de la capacité de travail. Travail sur les documents médicaux des malades chirurgicaux.

# **HABITUDES PRATIQUES AUX MALADIES CHIRURGICALES POUR LES ETUDIANTS DE LA VI-IEME ANNEE.**

## **1. Travail dans le service d'entrée et la sale des pansements.**

- Participation a l'examen initial des malades.
- Formation des documents. Exécution du lavage gastrique ;
- Elaboration chirurgicale des plaies ;
- Application des pansements. Extraction des drains.

## **2. Traumatisme thoracique.**

- Présentation du malade ;
- Appréciation des emphysèmes sous cutanés ;
- Appréciation des fractures osseuses ;
- Lecture des radiogrammes ;
- Présentation à la ponction et au drainage pleural.

## **3. Pathologie chirurgicale du diaphragme. Hernies congénitales et acquises du diaphragme. Hernies du hiatus œsophagien. Relaxation du diaphragme.**

- Présentation du malade ;
- Appréciation des résultats paracliniques (radiogramme du thorax, et de l'abdomen, irrigoscopie, spirométrie) ;
- Participation a EFGDS, radioscopie de l'œsophage et de l'estomac.

## **4. Maladie de la thromboembolie (de l'artère pulmonaire, mésentérique, et des artères périphériques.**

- Présentation du malade ;
- Appréciation des résultats paracliniques (toucher rectal, radiogramme de l'ensemble a jeun, passage intestinal, irrigoscopie, radiogramme pulmonaire, bronchoscopie, artériogramme) ;
- Installation de la sonde décompressive naso-gastrique ;
- Pansements postopératoires ;

## **5. Hernies compliquées et rarement rencontrées : hernies de la ligne de Spiegel, obturatrices, lombaires, périnéales. Hernies récidivantes et postopératoires grandes et gigantesques. Hernies post-traumatiques. Hernies internes.**

- Présentation du malade.
- Examen de la portion et du contenu herniaire ;
- Distinction de la hernie irréductible, de l'hernie strangulant ;
- Appréciation des résultats de l'examen radiologique ;
- Pansements postopératoires ;
- Application du suspensorium.

#### **6. Syndrome de l'abdomen aigu, diagnostic différentiel, tactique chirurgicale.**

- Présentation du malade ;
- Détermination des symptômes caractéristiques pour l'abdomen aigu ;
- Radioscopie a jeun de la cavité abdominale ;
- Exécution du toucher rectal et vaginal ;
- Participation a la laparocentese et a la laparoscopie.

#### **7. Occlusion intestinale dynamique. Maladie adhérencielle abdominale.**

- Présentation du malade ;
- Appréciation de R- graphie de la cavité abdominal a jeun ;
- Exécution du toucher rectal et vaginal ;
- Exécution du lavage gastrique ;
- Participation à la préparation préopératoire.

#### **8. Complication évolutive et postopératoire de l'appendicite aiguë.**

- Présentation du malade ;
- Détermination des symptômes caractéristiques de l'appendicite aiguë
- Appréciation des résultats paracliniques ;
- Détermination de plastron appendiculaire ;
- Appréciation des complications de la plaie postopératoire ;
- Extraction des sutures.

#### **9. hémorragies du tractus digestif.**

- Présentation du malade ;
- Détermination du degré de l'hémorragie ;
- Lavage gastrique ;
- Participation a la gastroscopie.

#### **10. Complications postopératoires chirurgicales de l'ulcère gastro-duodéal.**

## **Pathologie de l'estomac opéré. Affections bénignes de l'estomac.**

- Présentation du malade.
- Installation du lavage gastrique ;
- Exécution du toucher rectal ;
- Participation a FGDS ;
- Appréciation des résultats cliniques et paracliniques.

## **11. Diagnostic et traitement contemporain de l'ictère mécanique.**

- Présentation du malade ;
- Examen manuel de l'abdomen ;
- Interprétation des résultats de laboratoire et instrumentaux ;
- Participation a l'extraction des drains des voies biliaires et de la cavité abdominale ;
- Participation à l'exécution de la colangiopancréatographie rétrograde endoscopique, de la papillosphinctérotomie endoscopique, a la ponction transcutanée transhépatique.

## **12. Diagnostic et traitement chirurgical de la péritonite.**

- Présentation du malade ;
- Examen manuel de l'abdomen ;
- Détermination des bruits intestinaux ;
- Divulsion du sphincter anal ;
- Activation médicamenteuse du péristaltisme intestinal ;
- Appréciation du contenu éliminé par le drain ;
- Exécution des pansements.

## **13. Fistule intestinale**

- Présentation du malade ;
- Participation a la fistulographie et lecture des résultats de l'examen radiologique ;
- Exécution des pansements.

## **14. Septicémie chirurgicale**

- présentation du malade ;
- Participation a l'examen radiologique de la cage thoracique et de l'abdomen ;

- Collection du sang ;
- Lecture des résultats de l'examen bactériologique.

### **15. Infection anaérobie néclostridiénne. Diagnostic et traitement chirurgical.**

- Présentation du malade ;
- Participation au pansement ;
- Collection du matériel pour la bactérioscopie et l'examen bactériologique ;
- Participation a l'élaboration chirurgicale de la plaie.

### **16. Infection chirurgicale de la main et des doigts.**

- Présentation du malade ;
- Détermination du phénomène de fluctuation ;
- Ponction de la collection purulente ;
- Blocage a novocaïne ;
- Elaboration de la collection purulente des tissus mous.

## **EXAMEN D'ÉTAT DES MALADIES CHIRURGICALES**

Inclut 3 étapes: I – présentation du cas clinique; II – test a grille, III – examen oral

### **A. Présentation du cas clinique**

Présentation du cas clinique représente une manière d'évaluation des connaissances et l'assimilation des habitudes pratiques de l'étudiant. C'est une forme d'examen en situation réelle (a un vrai malade), qui se caractérise par une stricte limite de temps c'est – a – dire, collection des données cliniques et paracliniques, le temps de synthèse pour la systématisation et la préparation de la présentation et la durée de la présentation. Chaque étape occupe 20 minutes (au total 60 minutes).

La collection des données comprend : anamnèse, examen physique et la sollicitation des analyses de la commission constituée de membres de la Commission d'Examen d'État.

L'anamnèse inclut obligatoirement : motifs d'hospitalisation, évolution des symptômes subjectifs et objectifs, évolution de la maladie chronique, antécédents personnels, familiaux, professionnels. L'examen physique doit s'effectuer complètement et se faire par segments anatomiques : examen de la tête et du cou, du thorax, de l'abdomen, du système ostéoarticulaire, le malade est examiné en décubitus dorsal et en orthostation.

La sollicitation des données paracliniques supplémentaires présentées par des représentants de la commission pendant l'examen.

Le temps de préparation et l'expression de la présentation du cas est de 20 minutes. La présentation proprement dite du cas (20 minutes) comprend un nombre obligatoire de chapitres selon le standard de la fiche d'observation. Après la présentation des données on recommande l'expression d'une conclusion clinique (diagnostic présumé).

L'étape suivante est le diagnostic allant de la conclusion clinique et en employant les investigations paracliniques. Cette étape finit par les manifestations du diagnostic positif.

Les chapitres suivants comprennent brièvement : évolution de la maladie, les

plus probables et possibles complications, aspects médicochirurgicaux, indications médicales pour l'avenir (après l'examen).

Présentation du cas clinique est appréciée par les membres de la commission pour l'examen d'état par la note respective à chaque étape.

### **B. Examen par écrit et par teste a grille.**

#### **A. Méthode d'examen.**

- 1) Le set de tests comprend 100 questions du programme d'étude.
- 2) Le set contient 40 % de tests a compliment simple et 60 % a compliment composé.
- 3) Chaque étudiant reçoit la variante individuelle des tests, codifié.
- 4) Le temps de l'examen théorique écrit par grille – 2 heures académiques.
- 5) L'étudiant marque dans la grille la réponse correcte selon les exigences.
- 6) Le contrôle des tests s'effectue de manière centralisée.
- 7) Apres la distribution des tests on fixe le commencement et la fin de l'examen.
- 8) Pour l'usurpation du règlement, l'étudiant peut être expulsé de la sale d'examen en recevant la note négative.

B. Les résultats de l'examen sont annoncés à l'étape suivante (dans 24 heures).

C. L'étudiant qui n'est pas content de la note reçue peut intervenir a la commission de contestation pendant 24 heures pour vérifier sa grille avec les réponses.

### **C. Examen oral par billets**

Examen d'état este unique pour les spécialités de profil chirurgical. Les questions des examens sont connues par les étudiants depuis la fin du semestre d'études. La matériel compris dans les billets pour l'examen inclut : chirurgie – 40 % des questions, obstétrique et gynécologie – 30 %, chirurgie pédiatrique – 10 %, traumatologie – 5 %, Le billet contient 5 questions du matériel d'études. Apres la préparation (30 minutes) l'étudiant présente oralement la réponse devant la commission d'examen d'État formée de 7 – 8 examinateurs.

La note générale est appréciée à des coefficients respectifs de toutes les notes par étapes.

## LITERATURE RECOMMANDEE

### De base:

- Angelescu N. (sub redacția) – Tratat de patologie chirurgicală. – București. – 2001. – Vol.I-II.  
Burlui D., C. Constantinescu - Chirurgie – Manual pentru studenții anului IV-V. – București. - 1982.  
Hotineanu V. și altele – Chirurgie (Curs selectiv), Centrul Editorial Poligrafic, Medicină, Chișinău, 2003.  
Kuzin M. - Afecțiuni chirurgicale. - Moscova. – 1994 (traducere)  
Prâșcu V. – Chirurgie. – București. – 1994-1996. - vol. I-II.  
Proca E. - Tratat de patologie chirurgicală. – București. - 1994. - Vol. IV-VI.  
Spânu A. – Chirurgie. – Chișinău. – 2000.  
В.В. Петровский. Хирургические болезни. - 1980.  
М.Кузин. Хирургические болезни. – М. – 1992.

### Supplémentaire:

1. S. Duca. Chirurgie laparoscopică. - 1997.
2. W. Silen. Diagnosticul precoce al abdomenului acut. - 1991.
3. E. Tărcoveanu. Perforația ulcerului gastric și duodenal. - 1988.
4. T.Chirileanu. Patologie chirurgicală. - Cluj. – V.II. - 1981.
5. I.Fasciola, N.Ionescu. Patologie chirurgicală. - Cluj-Napoca. - 1980.
6. M.Patrit. Hernie abdominală. - București. - 1989.
7. D.Sabau. Elemente de chirurgie a defectelor parietale abdominale.- București. 1989.
8. D.Gerota. Explorare chirurgicală a abdomenului. - București. - 1982.
9. P.Bâtca, A. Oprea. Urgențe chirurgicale abdominale. – Chișinău – 1996.
10. M. Constantinescu. Chirurgia. – București – 1989.
11. David C. Dunn. Chirurgie, diagnostic și tratament. – București – 1995.
12. V. Fleture. Principii și tehnici de chirurgie. – Timișoara – 1987.
13. L.Titirea. Urgențele medico-chirurgicale. – București – 1996.
14. P.Rădulescu. Elemente de patologie și terapeutică chirurgicală. – București – 1980.
15. Ю.М. Панцырева. Клиническая хирургия под ред. - М. -1988.
16. Б.О. Мильков с соавт. Клинические задачи. I-II - М. - 1987.
17. К.Д. Тоскин. Грыжи живота - М. - 1983.
18. В.И. Колесов. Клиника и лечение острого аппендицита. - 1972.
19. К.С. Симонян. Спаечная болезнь - М. – 1966.
20. А. Шалимов и соавт. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – 1993.
21. В.Саенко и соавт.. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала. - 1997.
22. Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузольев, С.Р. Карагюлян. Рубцовые стриктуры желчных протоков. – М. – 1982.
23. Т.П. Макаренко, А.В. Богданов. Свищи желудочно-кишечного тракта. – М. – 1986.
24. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев – Хирургия – (перевод с англ.) – М. – 1997.
25. Ю.М. Панцырев. Клиническая хирургия. – М. – 1988.
26. В.В. Петровский. Хирургические болезни. – М. – 1980.
27. Г.П. Ратнер. Задачи по хирургическим ситуациям. – М. – 1976.
28. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Грыжи брюшной стенки. – М. – 1990.
29. В.С. Савельев. Острые нарушения мезентериального кровообращения. – М. – 1990.
30. Н.И. Батвинников. Клиническая хирургия. – Минск – 1998.
31. М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. Раны и раневая инфекция. – М. – 1990.