



Educational Resources in International Languages

JAMA BRZUSZNA



Translated from English to Polish by:

Ms Martyna Gardela
MA (Translation Studies)
Cardiff University

JAMA BRZUSZNA

- Badanie jamy brzusznej
- Badanie wątroby/śledziony/nerek/moszny/krocza
- Badanie pod kątem żółtaczki
- Badanie pod kątem objawów choroby wątroby/choroby zapalnej jelit/raka okrężnicy
- Badanie przepukliny
- Badanie stomii

1. Należy przedstawić się i poprosić o pozwolenie na badanie

2. Ułożenie pacjenta

Ułożyć pacjenta płasko na kozetce i odsłonić brzuch. Aby poszanować intymność i godność pacjenta, zakryć krocze, chyba, że jego ekspozycja jest niezbędna.

3. Przeprowadzenie wywiadu

- Czy pacjent jest w wygodnej pozycji?
- Jaki jest jego wygląd ogólny i stan odżywienia?
- Czy jest ewidentna bladość lub żółtaczka?
- Czy pacjent ma założone dreny, stomie, itp.

4. Wykonanie ogólnego badania pacjenta

Egzaminatorzy mogą polecić pominięcie tego kroku i przejście do następnego etapu lub wskazać badanie jedynie jamy brzusznej.

DŁONIE

Paznokcie

- niedokrwistość
- pałeczkowatość palców (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, marskość wątroby)
- leukonychia (spowodowana hipoproteinemią związaną z chorobami wątroby)
- koilonychia (paznokcie w kształcie łyżeczki spotykane w niedokrwistości z niedoboru żelaza)

Sprawdzić, czy jest obecne Asterixis (grubofaliste drżenie rąk), które obserwuje się w dekompensacji funkcji wątroby.

TWARZ

Oczy

- niedokrwistość (bladość spojówek)
- żółtaczka

Jama ustna

- uzębienie
- wrzody (choroba zapalna jelit, opryszczka zwykła)
- język
 - > odwodnienie
 - > gładki, czerwony, mięsisty (niedobór B12)
- zapalenie kącików ust
 - > spowodowane niedoborem żelaza, kwasu foliowego i witaminy B lub C
 - > spotykane również w opryszczce zwykłej i kandydozie jamy ustnej
- cuchnięcie wątrobowe

Można zaobserwować naczyniaki gwieździste na twarzy.

RAMIONA I TUŁÓW

- naczyniaki gwieździste znajdują się wzdłuż rozmieszczenia górnej żyły głównej (tj. powyżej linii brodawki sutkowej) i są związane z nadmiarem estrogenu
 - > obecność więcej niż pięciu u kobiety jest znacząca
 - > obecność chociaż jednego u mężczyzny jest znacząca
- plamy, wybroczyny
 - > mogą być spowodowane niską liczbą płytek krwi lub wydłużonym czasem protrombinowym
- ginekomastia
- objawy świądu - ślady zadrapania

NADBOJCZYKOWE WĘZŁY CHŁONNE

Węzeł Virchowa w lewym dole nadobojczykowym może być powiększony w przypadku raku żołądka.

5. Badanie jamy brzusznej

- a) Należy sprawdzić, czy jest/są obecne
- ślady zadrapania
 - obrzęk, opuchlizna
 - głowa meduzy (caput medusae)
 - zmiany skórne (siniaki, oznaki utraty wagi)
 - blizny
 - rozstępy
 - wszelkie widoczne pulsowanie

Polecić pacjentowi, aby zakaszlał lub podniósł głowę z łóżka, aby ujawnić przepuklinę lub symptomy zapalenia otrzewnej (mało prawdopodobne na egzaminie!). Nie wolno zapomnieć o tym, ponieważ może to ujawnić znaczną patologię i pozwolić skupić się na pozostałej części badania.

b) Badanie palpacyjne

Istotne informacje przed rozpoczęciem. Należy:

- uklęknąć po prawej stronie pacjenta
- zapytać pacjenta, czy występuje uogólniony ból lub ból miejscowy
- omacać wszystkie dziewięć poszczególnych kwadrantów brzucha, zaczynając najdalej od siebie, chyba że pacjent wskaże obszar bólu, w takim przypadku omacać wskazany kwadrant jako ostatni
- patrzeć na twarz pacjenta za oznakami bólu podczas omacywania
- jamę brzuszną należy badać płasko ułożonymi palcami (ryc. 1.1)



Ryc. 1.1: Palpacja brzucha płasko ułożonymi palcami

Głębokie badanie palpacyjne mas (wątroby, śledziona, nerek).
Należy przejść teraz do głębokiego badania palpacyjnego wszystkich dziewięciu kwadrantów, wyczuwając masy.

Wątroba:

- Zacząć od prawego dołu biodrowego, prosząc pacjenta o głęboki wdech i wydech. Podczas wdechu przesuwając dłoń w górę w kierunku łuku żebrowego, aż poczucie się brzeg wątroby przy wydechu (ryc. 1.2).



Ryc. 1.2: Badanie palpacyjne wątroby

- Jeśli wątroba jest wyczuwalna, należy sprawdzić
 - > rozmiar (zanotować w cm poniżej łuku żebrowego)
 - > konsystencję (mięka/jędrna/twarda/guzkowata)
 - > krawędź (gładka/nieregularna)
- nieregularna krawędź wątroby sugeruje przerzuty

Powierzchnowe badanie palpacyjne, należy zbadać:

- tkliwość na dotyk
- sztywność
- obronę mięśniową

Pęcherzyk żółciowy:

Wyczuć pod krawędzią wątroby namacalny pęcherzyk żółciowy (ryc. 1.3).



Ryc. 1.3: Palpacja pęcherzyka żółciowego

Test Murphy'ego: Trzymając dłoń w miejscu pęcherzyka żółciowego, palcami skierowanymi w górę, polecić pacjentowi wzięcie głębokiego wdechu i wydechu. Ból przy wydechu, podczas gdy pęcherzyk żółciowy spoczywa na opuszkach palców, jest pozytywnym testem Murphy'ego.

Śledziona:

Zacząć badać palpacyjne w prawym dole biodrowym, prosząc pacjenta o głęboki wdech i wydech tak samo jak w przypadku badania wątroby. Tym razem jednak przechodzić stopniowo do lewego górnego kwadrantu (ryc. 1.4). Należy zwrócić uwagę na rozmiar, konsystencję oraz krawędź śledziony.



Ryc. 1.4: Badanie palpacyjne śledziony

Nerki

Nerki zbadać techniką „balotowania”, obiema rękami (ryc. 1.5).



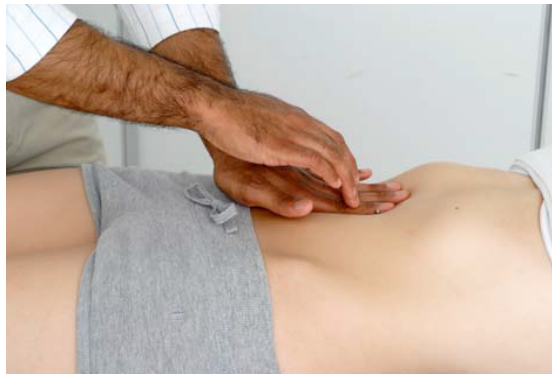
Ryc. 1.5: „Balotowanie” nerek

Aorta brzuszna:

Omacać okolicę dolnego nadbrzusza/nad pępkiem, nieco na lewo od linii środkowej, w sposób głęboki pod kątem pulsującej masy. Należy zwrócić uwagę na przybliżoną średnicę, używając obu rąk do wycucia bocznych krawędzi masy. (Należy zauważyć, że aorta brzuszna może być łatwo wyczuwalna u pacjentów z niskim poziomem tkanki tłuszczowej na brzuchu lub o niewielkim umięśnieniu).

c) Opukać

- górny brzeg wątroby (ryc. 1.6)



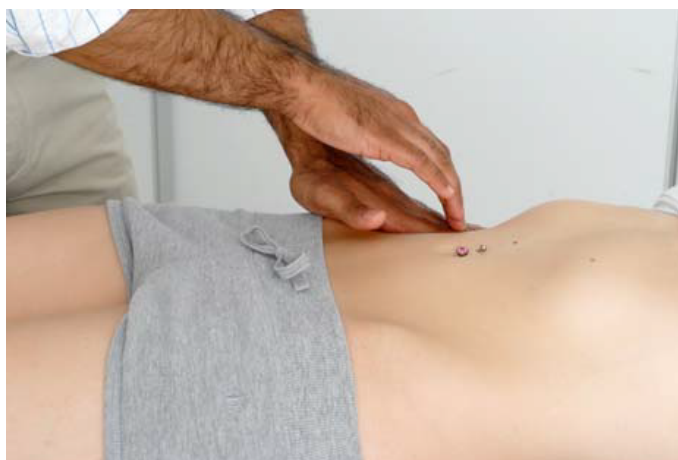
Ryc. 1.6: Opukiwanie wątroby

- śledzionę
- pęcherz moczowy (ryc. 1.7)



7 Ryc. 1.7: Opukiwanie pęcherza

- Wodobrzusze: zacząć od opukiwania linii pośrodkowej w kierunku jednego z boków i zwrócić uwagę na zmianę odgłosu na stłumienie, które wskazuje na obecność płynu (ryc. 1.8). Jeśli odgłos jest stłumiony, należy trzymać palec w tym miejscu i polecić pacjentowi, aby przewrócił się na bok, tak aby to miejsce z odgłosem stłumienia było teraz wyżej.



Ryc. 1.8: Wodobrzusze: Opukiwanie brzucha na obecność płynu

Należy ponownie opukać i zwrócić uwagę na każdą zmianę wysokości rezonującego odgłosu (ryc. 1.9). Jeśli jest obecny, to jest to stłumienie przesuwalne.



Ryc. 1.9: Wodobrzusze: Pacjent odwraca się na bok, a badający nie zmienia miejsca opukiwania i zwraca uwagę na zmiany w odgłosie opukiwania.

d) Osluchać:

- nad lewym dolnym dołem biodrowym pod kątem dźwięków jelit
- nad wątrobą pod kątem szmerów
- nad aortą, naczyniami biodrowymi i tętnicami nerkowymi pod kątem szmerów

Jeśli nie znaleziono jeszcze żadnych nieprawidłowości, należy powiedzieć egzaminatorowi, że chciałoby się odsłonić narządy płciowe i zbadać pachwinę, kanał pachwinowy i tętno udowe.

6. Badanie męskich narządów płciowych

Należy wyraźnie wysłuchać instrukcji egzaminatora, które zwykle wskazują, czy problem dotyczy pachwiny czy moszny. Jeśli zostanie się poproszonym o zbadanie pachwiny, należy rozpocząć badaniem przepukliny pachwinowej przed przejściem do badania moszny.

a) Ułożenie pacjenta

Pacjent może leżeć na plecach, być w pozycji siedzącej lub stojącej. Jeśli leży na plecach, należy polecić mu, aby wstał pod koniec badania, aby nie pominąć żyłaków. Jeśli pacjent jest w pozycji siedzącej lub stojącej, należy polecić mu, aby wstał i zbadać go na stojąco. Należy zapewnić odpowiednią ekspozycję pachwiny i moszny.

b) Badanie. Należy:

- zbadać pachwinę i mosznę pod kątem widocznych obrzęków
- polecić pacjentowi, aby zakaszał
- sprawdzić, czy są obecne blizny chirurgiczne w kroczu (mogą być wynikiem zabiegu jąder) i w mosznie (mogą być trudne do zobaczenia, ponieważ często znajdują się w środkowej części szwu)

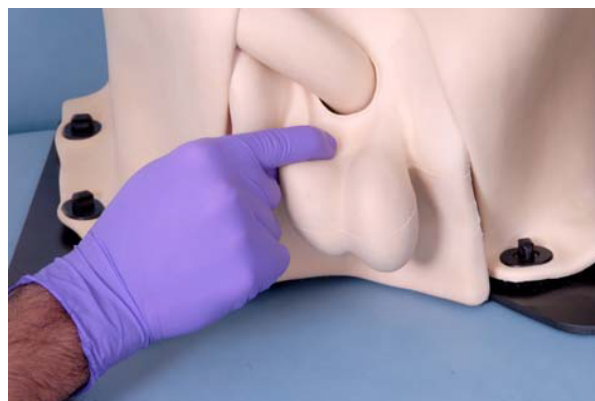
c) Badanie palpacyjne. Należy:

- pamiętać, aby najpierw zapytać o ból
- umieścić palce jednej ręki za jądrem i badać je palpacyjnie drugą ręką (ryc. 1.10). Należy użyć kciuka, aby ocenić normalny kształt. Powierzchnia powinna być gładka i regularna.



Ryc. 1.10: Oburęczne badanie palpacyjne jądra

- zidentyfikować najądrze i nasieniowody
- zbadać palpacyjnie powrózek nasienny między kciukiem a palcem wskazującym (ryc. 1.11)



Rycina 1.11: Badanie palpacyjne powrózka nasiennego między kciukiem a palcem wskazującym

- Jeśli występuje guzek:
 - > Czy jest odrębny od jądra?
 - > Czy jest przezroczysty w czasie prześwietlania latarką?
 - > Czy można się dostać ponad guzek?

Należy zakończyć badanie, mówiąc, że chciałoby się zbadać resztę pachwiny i brzucha, jeśli jeszcze to nie zostało zrobione. Należy pamiętać, że drenaż limfatyczny jąder dochodzi do węzłów paraaortalnych, co nie będzie wyczuwalne. Jednak penis i skóra moszny spływają do węzłów pachwinowych, więc jeśli występuje tu patologia (tj. rak płaskonabłonkowy), powinno się zbadać węzły pachwinowe.

7. Badania specjalistyczne

A) NOWOTWORY JĄDER

Tacy pacjenci bardzo rzadko trafiają się na egzaminie, ale powinno się być przygotowanym na opisanie cech klinicznych, przez które podejrzewa się nowotwór jądra u pacjenta:

- twarda, nieregularna, grudkowata masa
- nie daje się oddzielić od jądra
- nietkliwa
- nie jest przezroczysta w czasie prześwietlania latarką
- można dostać ponad nią
- należy powiadomić egzaminatora, że ukończyłoby się badanie, badając palpacyjnie pod kątem hepatomegalii i osłuchując klatkę piersiową (pod kątem przerzutów do wątroby i płuc)

B) PRZEPUKLINY

Do badania przepukliny należy podchodzić w taki sam sposób, jak w przypadku badania jamy brzusznej, zaczynając od dłoni. Jednak egzaminator często prosi o przejście bezpośrednio do badania przepukliny.

Przepuklina pachwinowa

Jest to bardzo częsty przypadek i należy czuć się swobodnie przy badaniu przepukliny pachwinowej. Należy być przygotowanym do zdefiniowania anatomii i jasnego przedstawienia swoje odkrycia - chociaż stosunkowo proste, kandydaci często myślą się i tracą łatwe do zdobycia punkty. Pacjent prawdopodobnie będzie leżał na plecach - jeśli nie można wykryć guzka w tej pozycji, należy polecić mu, by wstał. W przeciwnym razie nie jest konieczne badanie w dwóch pozycjach, leżącej i stojącej.

Badanie

- blizn (może to być przepuklina nawrotowa lub wcześniej występowała przepuklina po stronie przeciwnej)
- jeśli obrzęk nie jest widoczny, poprosić pacjenta o zakaszlenie lub o uniesienie głowy z łóżka
- jeśli nadal nie widać przepukliny, należy zapytać pacjenta, czy zauważył guzy w pachwinie
- należy opisać to, co się widzi (jak w przypadku każdego guzka)

Badanie palpacyjne

- Jeśli przepukliny nie można odprowadzić w momencie rozpoczęcia badania, należy zapytać pacjenta, czy może samodzielnie ją odprowadzić. Jeśli nie, należy delikatnie odprowadzić przepuklinę, upewniając się, że pyta się o ból i obserwuje twarz pacjenta

- Nie powinno spieszyć się w definiowaniu anatomii i zidentyfikować więzadło łonowe dolne oraz kołec biodrowy przedni górny. Więzadło pachwinowe biegnie pomiędzy tymi punktami, a głęboki pierścień pachwinowy jest położony tuż nad połową odległości między tymi punktami (jest to środek więzadła pachwinowego). Jeśli więzadło łonowe dolne jest trudne do określenia, należy omacać mięsień przywodziciela długiego poprzez zgięcie, odciążenie i obrócenie do zewnątrz uda - więzadło łonowe dolne jest punktem jego przyczepu.
 - Należy wyczuć impuls przy kaszlu (należy polecić pacjentowi, by zakaszał).
 - Należy dokonać badania takiego, jak w przypadku każdego guzka (konsystencja, odprowadzalność, itp).
 - Czy guzek schodzi do worka mosznowego?
- Po odprowadzeniu przepukliny ponownie należy zdefiniować anatomie, umieścić dwa palce nad pierścieniem głębokim i polecić pacjentowi, aby zakaszał. Jeśli przepuklina jest namacalna w głębokim pierścieniu, mówi się o niej, że jest skośna. Jeśli nie jest namacalna, zwykle schodzi przyśrodkowo do głębokiego pierścienia i mówi się, że jest prosta.
- Należy pamiętać, że jest to test niedokładny, z niedokładnością nawet do 50%. Jest to jednak dobry sposób na sprawdzenie wiedzy o kanale pachwinowym i oczekuje się klinicznego rozróżnienia przepuklin prostych i skośnych.
- Należy zakończyć badanie prosząc o zbadanie moszny i przeciwległej pachwiny.

Przepuklina udowa

Prawdopodobieństwo trafienia na przypadek przepukliny udowej na egzaminie jest bardzo małe, ponieważ ma ona ostry przebieg i jako taka często wymaga szybkiej interwencji chirurgicznej. Oczekuje się jednak od zdającego klinicznej znajomości różnicy między przepukliną udową i pachwinową, a także diagnostyki różnicowej guzka w pachwinie.

W przypadku przepukliny udowej:

- przepuklina powstaje poniżej więzadła pachwinowego
- jest dwa razy częstsza u kobiet niż u mężczyzn
- ryzyko uwięźnięcia jest wysokie
- nie daje impulsu przy kaszlu
- jest zazwyczaj nieodprowadzalna

Inne przepukliny

Badania przepukliny siecznej, pępkowej i kresy białej są zasadniczo takie same, więc będą rozważane razem. W przypadku przepukliny siecznej pacjent będzie miał bliznę brzuszną (często dużą). Ponieważ jest to szybki do określenia przypadek, na tej stacji może być więcej niż jeden problem do zidentyfikowania, więc przygotuj się na kontynuację po rozpoznaniu przepukliny.

Oglądanie

- należy opisać wszelkie blizny i poszukać innych blizn, stomii itp.
- poprosić pacjenta o podniesienie głowy z łóżka i poszukać wybrzuszenia przepukliny lub blizny

Badanie dotykiem. Należy:

- zbadać tkliwość i badać palpacyjnie pod kątem przepukliny, komentując każdą zmianę, którą się czuje
- polecić, by pacjent zakaszał i wykazać osłabienia blizny lub ściany brzucha, wyczuwając wybrzuszenie treści brzusznej na dłoni

- spróbować ustalić rozmiar zmiany
- jeśli występuje podłużne wybrzuszenie wzdłuż linii środkowej brzucha bez blizny, rozważyć rozejście mięśni prostych brzucha.

Osluchiwanie

- należy osłuchać jelita

Zakończenie

- należy poinformować egzaminatora, że chce się zbadać resztę jamy brzusznej, jeśli nie zostało to jeszcze zrobione

C) STOMIE

Jeśli zostanie się poproszonym o zbadanie pacjenta ze stomią, zwykle zostanie się poustruowanym, aby dokonać jedynie obserwacji. Nie należy dotykać pacjenta, chyba że otrzyma się takie polecenie. Powinno się znać różne rodzaje stomii i ich odpowiednie umiejscowienie. Jeśli stomia jest zaopatrzona w worek, oczekiwany jest wyłącznie komentarz dotyczący jego umiejscowienia i zawartości przed przejściem do badania reszty jamy brzusznej.

Należy zbadać:

- umiejscowienie
- podszewkę błony śluzowej
- czy stomia wystaje nad powierzchnię skóry czy jest na równi?
- liczbę otworów - zakończenie (1) vs. pętla (2)
- zawartość worka (kolor, konsystencję)
- nie należy mylić urostomii z cholecystostomią
- zbadać resztę brzucha (blizny, inne stomie lub poprzednie miejsca stomii)

8. Aby zakończyć badanie jamy brzusznej

Należy powiedzieć, że chciałoby się:

- wyczuć ujścia przepukliny
- zbadać zewnętrzne narządy płciowe (np. zanik jąder w przewlekłej chorobie wątroby)
- wykonać badanie per rectum
- zbadać kończyny dolne pod kątem obrzęku obwodowego
- wykonać badanie moczu za pomocą testu paskowego

9. Należy podziękować pacjentowi

Należy przygotować się na pytania.

Żółtaczka

- Jak można klasyfikować żółtaczkę i jakie są jej główne przyczyny?
- Jak zbadać pacjenta z żółtaczką "chirurgiczną" (pozawątrobową)?
- Zinterpretować podane testy wątrobowe.

Hepatomegalia

- Jak zbadać pacjenta z hepatomegalią?
- Jakie są przyczyny hepatomegalii?
- Czym jest nadciśnienie tętnicze?

Powiększenie śledziony

- Jakie są funkcje śledziony?
- Jakie są przyczyny powiększenia śledziony?
- Jakie są przyczyny masywnego powiększenia śledziony?
- Jakie są wskazania do splenektomii?
- Jak wykonać splenektomię?
- Jakie szczepienia są wymagane po splenektomii?

Przeszczepiona nerka

- Niektóre objawy kliniczne:
 - > blizna z przetoki tętniczo-żylną obecnej na nadgarstku
 - > oznaki niedokrwistości i zażywania sterydów
 - > obrzęk prawego lub lewego dołu biodrowego z przylegającą zakrzywioną blizną od cięcia Rutherforda-Morrisona
 - > blizny po nefrektomii
 - > powierzchowna i dobrze zdefiniowana masa, wymagająca jedynie delikatnego badania palpacyjnego w celu identyfikacji
- Pytania:
 - > Jakie są wskazania do przeszczepu nerki?
 - > Co dzieje się w przypadku odrzuceniu przeszczepu i jak go rozpoznać?
 - > Jaki jest dopływ krwi do przeszczepionej nerki?

Powiększona nerka

Powiększona nerka obniży się wraz z wdechem, może być omacywana oburącz i będzie rezonować z opukiwaniem dzięki jelicie, które znajduje się nad nią. Ręka badająca może dostać się między obrzęk a łuk żebrowy.

- Jakie są przyczyny powiększonej nerki?
- Jak objawia się rak nerki?
- Jakie są różnice między wielotorbielowatością nerek, typu dziecięcego a wielotorbielowatością nerek, typu dorosłego?

Wodobrzusze

- Jakie są przyczyny wodobrzusza?
- W jakich przypadkach można spodziewać się przesięku/wysięku?
- Jak można poradzić sobie z wodobrzuszem?

Wodniak jądra

- Niektóre objawy kliniczne:
 - > mocny obrzęk
 - > nieoddzielny od jądra (chyba że jest to wodniak powrózka nasiennego)
 - > przejrzysty w czasie prześwietlenia światłem
 - > palce badające mogą dostać się powyżej niego
- Pytania:
 - > Czym jest wodniak?
 - > Jakie są sposoby leczenia (chirurgiczne i niechirurgiczne)?
 - > Jaka jest klasyfikacja anatomiczna wodniaków?

Żyłaki powrózka nasiennego

- Niektóre objawy kliniczne:
 - > Podczas badania dotknięte zmianami jądra mogą zwisać niżej.
 - > Żyłaki zwykle nie są widoczne, dopóki pacjent nie wstanie.
 - > Występuje obrzęk, który:
 - o jest odrębny od jąder
 - o nie jest przejrzysty w czasie prześwietlania światłem
 - o jest w dotyku jakby był „workiem robaków”
 - o można dostać się ponad i wyczuć impuls przy kaszlu
- Pytania:
 - > Czym są żyłaki powrózka nasiennego?
 - > Podać powody (około trzech) dla których 98% żyłaków powrózka nasiennego jest lewostronnych?
 - > Jakie są możliwości leczenia?

Torbiel najądrza

- Niektóre objawy kliniczne:
 - > Podczas badania moszna zwykle wygląda normalnie.
 - > W najądrzu występuje silny obrzęk odrębny od jądra.
 - > Może być przejrzysty podczas prześwietlania światłem, chyba że zawiera spermę.
 - > Można dostać się powyżej masy.
- Pytania:
 - > Co powoduje torbiele najądrza?
 - > Jakie są możliwości leczenia?

Guzy jąder

- Omówić diagnozę różnicową (bliznowacenie od przewlekłego zakażenia, od dawna występujący wodniak z zwapnieniem)
- Jak przejawiają się te guzy?
- Opisać różnice między potworniakami i nasieniakami
- W jaki sposób usuwa się guza jądra?

Przepuklina pachwinowa

- Opisać anatomię kanału pachwinowego
 - Jaka jest różnica między przepukliną bezpośrednią a pośrednią?
 - Jaki jest skład powrózka nasiennego? (trzy tętnice, trzy nerwy, trzy inne struktury...)
 - Jak przeprowadzić operację naprawczą przepukliny?
 - Jakie są potencjalne komplikacje?
 - Co powiedzieć pacjentowi o powrocie do zdrowia po operacji naprawczej przepukliny?
- Wyjaśniając możliwości leczenia przepukliny, należy wziąć pod uwagę leczenie niechirurgiczne i chirurgiczne. Należy wspomnieć, że podjęłoby się temat czynników ryzyka, zwiększających ryzyko powikłań znieczulenia oraz ustalenia nadzoru, szczególnie w przypadku chorób układu krążenia, a także zachęciłoby się do odchudzania.

Przepuklina w bliźnie

- Czym jest przepuklina w bliźnie?
- Jakie są czynniki predysponujące?

- Jakie są powikłania przepukliny w bliźnie?
- Jakie są możliwości leczenia?

Przepuklina pępkowa

- Jaka jest patogeneza przepukliny pępkowej?
- Czy przepukliny te wymagają chirurgicznego zabiegu naprawczego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci? U dzieci zwykle ustępują samoistnie, ale u dorosłych zaleca się zabieg naprawczy ze względu na wysokie ryzyko uwięźnięcia.
- Jak dokonać zabiegu naprawczego przepukliny pępkowej?

Przepuklina nadbrzusza

- Czym jest przepuklina nadbrzusza i jak często występuje?
- Jakie są możliwości leczenia?

Stomie

- Jakie są wskazania do stomii?
- Jak odróżnić ileostomię od kolostomii?
- Jak przygotować pacjenta przed operacją wyłonienia stomii?
- Jakie są (szczególne i ogólne) powikłania stomii?



DOCTORS ACADEMY

BETTER EDUCATION. BETTER HEALTH.

Doctors Academy is a UK-based International Non-Profit Organisation comprising of doctors, dentists and scientists that undertakes a diverse range of educational activities globally. The aim of the Academy is to disseminate information and exchange medical knowledge between professionals from diverse backgrounds working in a variety of healthcare settings. This is achieved by the provision of a number of attendance courses, publishing house, online resources and international events / competitions.

Courses (a selection):

Undergraduate:

- Final Year Medicine and Surgical Revision Courses
- Training the Clinical Anatomy Trainer
- Clinical Anatomy as Applied to Trauma and Emergency Medicine
- Surgical Anatomy of Important Operative Procedures
- Future Surgeons: Key Skills (RCSEd delivered)
- Structured Introduction to Surgical Skills

Postgraduate:

- MRCS Part A
- MRCEM Part A
- MRCS Part B OSCE
- DOHNS: Intensive Revision & OSCE
- Intercollegiate Basic Surgical Skills (RCSEd delivered)
- MRCP PACES Part 2
- FRCS (General Surgery) Exit Exam
- Cadaveric Ultrasound-Guided Musculoskeletal Intervention Course
- Ultrasound-Assisted Botulinum Toxin Injection for Neuromuscular Disorders
- Live Advanced Laparoscopic Colorectal Course



Forthcoming key events:

- International Medical Summer School
- International Academic and Research Conference
- World University Anatomy Challenge

Publications



publications.doctorsacademy.org

World Journal of Medical Education & Research



Peer-reviewed academic journal with ISSN.

- No fee to view, read and download articles
- No subscription charges
- No submission fees
- No manuscript processing fee
- No publishing fee
- No cost to read, write or publish!

wjmer.co.uk

Online Revision Resources

DoctorExams consists of 1000s of questions with detailed explanations in MCQ, EMQ, SBA and SAQ formats. Questions are written by the Doctors Academy group of experienced clinicians and clinical academics, with mock exams and feedback on performance included to aid a candidate's focused revision of topics. Based on past exams, these questions are carefully crafted to suit the requirements of undergraduate students & postgraduate trainees undertaking relevant speciality exams.

Resources for:

- Medical Students
- Dental Students
- International Entrance Exams
- MRCS Exams
- General Surgery Exams
- Plastic Surgery Exams
- DOHNS Exams

www.doctorexams.co.uk

www.doctorsacademy.org