

Министерство науки и высшего образования РФ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
Медицинский факультет  
Кафедра факультетской хирургии

*А.Л. Чарышкин, Л.В. Матвеева*

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.02  
«ПЕДИАТРИЯ»**

Ульяновск, 2019

УДК  
ББК  
К

*Печатается по решению Ученого совета  
Института медицины и экологии  
Ульяновского государственного университета*

Рецензент – д.м.н., проф. Смолькина А.В.

**Чарышкин А.Л.**

**Учебно-методические рекомендации для практических занятий по дисциплине «Факультетская хирургия» для студентов по специальности 31.05.02 – Педиатрия.**

/ Чарышкин А.Л., Матвеева Л.В.- Ульяновск, УлГУ, 2019.

Учебно-методическое пособие подготовлено в соответствии с рабочей программой дисциплины "Факультетская хирургия". В структуру входят методические указания по каждой изучаемой теме согласно плану аудиторных практических работ. Методическое пособие предназначено для студентов медицинского факультета, обучающихся по специальности 31.05.02 – Педиатрия.

© Чарышкин А.Л., Матвеева Л.В., 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка.....	4
<b>Раздел 1. Заболевания щитовидной железы.</b>	
Занятие 1 Вводное занятие. Знакомство с кафедрой. Техника безопасности. Анатомия, физиология щитовидной железы. Методы диагностики и исследования. Эндемический зоб. Спорадический зоб. Диффузно-токсический зоб. Тиреоидиты. Струмиты.....	6
<b>Раздел 2 Заболевания системы органов дыхания..</b>	
Занятие 2 Неспецифические заболевания легких. Заболевания плевральной полости.....	10
<b>Раздел 3 Заболевания системы органов кровообращения</b>	
<i>Заболевания сердца</i>	
Занятие 3 Врожденные пороки сердца. Ишемическая болезнь сердца. Облитерирующие заболевания артерий.....	13
Занятие 4 Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбозы и эмболии.....	20
<b>Раздел 4 Заболевания органов брюшной полости</b>	
Занятие 5 Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки. Осложненные формы язвенной болезни: прободение, кровотечение, пенетрация, стеноз, малигнизация.....	25
Занятие 6 Острый и хронический аппендицит. Желчно-каменная болезнь. Острый и хронический холецистит.....	28
Занятие 7 Острая кишечная непроходимость.....	31
Занятие 8 Острый панкреатит.....	34
<b>Раздел 5 Заболевания брюшной стенки. Раздел 6 Перитониты</b>	
Занятие 9 Грыжи. Перитониты.....	35
<b>Раздел 7 Симуляционное обучение</b>	
Занятие 10 Отработка практических навыков в симуляционном центре.....	37
Список рекомендуемой литературы.....	38

## Пояснительная записка

Методические рекомендации предназначены в качестве методического пособия при проведении практических работ по дисциплине «Факультетская хирургия». Данная дисциплина является частью программы специалитета 31.05.02 – Педиатрия.

Курации пациентов проводятся после изучения соответствующих разделов и тем учебной дисциплины «Факультетская хирургия». Выполнение обучающимися практических кураций позволяет им обоснованно своевременно применять практические умения, которые могут быть использованы в будущей практической деятельности.

Целью практических кураций пациентов является закрепление теоретических знаний и приобретение практических умений и навыков обследования и лечения пациентов хирургического профиля.

форма выполнения: написание учебной истории болезни.

В результате выполнения занятий, предусмотренных программой по дисциплине «Факультетская хирургия», обучающийся должен:

**Согласно ОПК-11:** (готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи)

Знать медицинские изделия для оказания помощи

Уметь применять медицинские изделия для оказания медицинской помощи хирургическим больным;

Владеть практическими навыками для оказания помощи больным хирургического профиля

**Согласно ПК-5:** (готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания).

Знать диагностическое значение изменений, выявленных при клиническом исследовании больного, использовании методов лабораторно-инструментальной диагностики,

Уметь проводить опрос, физикальное исследование больного; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальной диагностики и использовать в обосновании клинического диагноза;

Владеть методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом обоснования предварительного и клинического диагноза.

**Согласно ПК-8:** (Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами).

Знать основные принципы лечения заболеваний хирургического профиля,

Уметь разработать план лечения больного с учетом течения болезни;

Владеть алгоритмом принципов лечения заболеваний хирургического профиля

**Согласно ПК-10:** (готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.).

Знать механизм возникновения клинических симптомов и принципы их группировки в клинические синдромы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики.

Уметь выделять и обосновывать клинические синдромы с учетом выявленных клинических симптомов и знаний о механизмах их развития. Выбирать и использовать необходимые медицинские препараты,

Оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поставить развернутый диагноз согласно Международной классификации болезней;

Владеть методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, алгоритмом оказания необходимой хирургической помощи.

**Согласно ПК-11:** (готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.).

Знать механизм возникновения клинических симптомов и синдромов, особенности, возможные осложнения наиболее распространенных хирургических заболеваний. Необходимые медицинские препараты. Современные методы оперативных манипуляций и вмешательств ,

Уметь выделять и обосновывать клинические синдромы. Выбирать и использовать необходимые медицинские препараты.

Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Определять показания для оперативного вмешательства;

Владеть необходимыми манипуляциями и оперативными приемами для оказания срочной хирургической помощи при неотложных состояниях.

## **Раздел 1. Заболевания щитовидной железы.**

***Занятие 1 Вводное занятие. Знакомство с кафедрой. Техника безопасности. Анатомия, физиология, методы исследования щитовидной железы. Эндемический зоб. Спорадический зоб. Диффузно-токсический зоб. Тиреоидиты. Струмиты.***

### **Проведение занятия по технике безопасности:**

#### ***Техника безопасности при работе с электроприборам:***

- Все работы, связанные с применением электроприборов должны проходить под наблюдением преподавателя (лаборанта).
- При неисправности в работе электроприбора необходимо обратиться к преподавателю. Чинить самостоятельно приборы запрещается.
- При поражении электрическим током, если пострадавший остается в соприкосновении с токоведущими частями, необходимо немедленно выключить ток с помощью пускателя или вывернуть охранную пробку или перерубить токопроводящий провод изолированным инструментом. К пострадавшему, пока он находится под током, нельзя касаться незащищенными руками (без резиновых перчаток). Если пострадавший потерял сознание, после выключения тока нужно немедленно, не дожидаясь врача, делать искусственное дыхание.

#### ***Инструкция о мерах пожарной безопасности в помещениях Ульяновского государственного университета***

Все сотрудники и студенты УлГУ обязаны четко знать и строго выполнять Правила пожарной безопасности, пресекать нарушения противопожарного режима, уметь применять практически первичные средства пожаротушения и содержать их в чистоте и порядке.  
**ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ЗДАНИЯ И ПОМЕЩЕНИЯ. ОБЯЗАНЫ:**

1. Следить за состоянием электросетей и электрооборудования, принимать необходимые меры к устранению неисправностей.
2. Строго соблюдать внутренний порядок и чистоту, корзины и ящики для бумаг должны регулярно очищаться, мусор выноситься за пределы здания в специально отведенное место.
3. Знать план эвакуации людей из зданий на случай возникновения пожара .
4. Все двери эвакуационных и других выходов содержать в исправном состоянии .
5. Проверять готовность средств пожаротушения и обо всех нарушениях сообщать начальнику хозяйственной части и инженерной службе пожарной безопасности.
6. По окончании работы проводить обязательный осмотр всех помещений.

#### **В ПОМЕЩЕНИЯХ УлГУ ЗАПРЕЩАЕТСЯ:**

1. Курить, кроме мест, определенных приказом ректора
2. Производить огнеопасные работы без письменного разрешения проректора по АХР и КС и инженера пожарной безопасности.
3. Хранить легковоспламеняющиеся и горючие жидкости.
4. Пользоваться самодельными электробытовыми нагревательными приборами или приборами не установленного образца.
5. Использовать противопожарный инвентарь не по назначению.
6. Загромождать проходы, коридоры, лестницы, выходы различными материалами.

7. Производить монтаж временных электросетей, применять в них вставки, не соответствующие техническим требованиям.
8. Проводить уборку помещений с применением бензина, керосина и других легковоспламеняющихся и горючих жидкостей.
9. Оставлять без присмотра находящиеся под напряжением электроприборы.

**КАЖДЫЙ, ОБНАРУЖИВШИЙ ПОЖАР ИЛИ ВОЗГОРАНИЕ, ОБЯЗАН:**

1. Немедленно сообщить о пожаре в пожарную охрану «01» и оперативному дежурному АХЧ УлГУ (32-98-22).
2. Оповестить о пожаре всех людей, находящихся в здании.
3. Обесточить электросети и электрооборудование.
4. Принять меры к эвакуации людей.
5. Приступить к тушению пожара первичными средствами пожаротушения до прибытия пожарной.

**Цель занятия** – научиться методике обследования больных с заболеваниями щитовидной железы, диагностировать наиболее распространенные заболевания, определить характер предоперационной подготовки и комплекс послеоперационной терапии, показания к операции, характер операционных, послеоперационных осложнений, закрепить полученные знания.

**Содержание темы:** Заболевания щитовидной железы занимают первое место среди болезней эндокринной системы. Наиболее клинически значимые среди них следующие: 1. Эндемический и спорадический зоб; 2. Диффузный токсичный зоб (синонимы-тиреотоксикоз, болезнь Базедова, болезнь Грейвса и другие); 3. Острые и хронические тиреоидиты; 4. Рак щитовидной железы.

Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Морфологическое строение щитовидной железы в норме и при ее различных заболеваниях. Синтез тиреоидных гормонов и регуляция функции щитовидной железы. Классификация заболеваний. Роль и место методов исследования больных – физикальное исследование, УЗИ, радиоизотопное сканирование, определение содержания уровня гормонов (Т3, Т4 и ТТГ) и антител в сыворотке крови, пункционная биопсия и цитологическое исследование, гистологическое исследование. Зоб. Распространенность. Классификация по этиологии, по степени увеличения щитовидной железы, по форме, по локализации, по функциональному состоянию щитовидной железы, гистологическому строению. Клиническое и морфологическое понятия зоба. Этиология и патогенез зоба. Зобная эндемия и йодная профилактика. Клиника, диагностика и лечение (консервативное, оперативное) зоба. Показания к операции. Выбор объема оперативного вмешательства у больных различными формами зоба. Современные принципы лечения больных узловым зобом. Заместительная послеоперационная гормональная терапия. Рецидивный зоб.

Тиреотоксикоз. Определение и причины тиреотоксикоза. Классификации по степени тяжести (международная, по Милку). Патофизиологическая суть изменений, развивающихся в организме при тиреотоксикозе. Диффузный токсический зоб и тиреотоксическая аденома щитовидной железы. Клиника и диагностика. Методы лечения – консервативное, радиойодтерапия, оперативное. Показания и противопоказания к различным методам лечения. Принципы и методы предоперационной подготовки. Принципы и методы оперативного лечения зоба. Интраоперационные и послеоперационные осложнения, их диагностика и коррекция. Тиреоидиты и струмиты. Тиреоидит де Кервена, Хашимото, Риделя. Этиология и патогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Гипотиреоз. Медикаментозное и хирургическое лечение, показания к операции. Острый гнойный тиреоидит.

Эндемический зоб (струма) — заболевание, встречающееся в местностях с недостаточным содержанием йода в воде и почве, что приводит к дефициту йода в организме. Зоб характеризуется компенсаторным увеличением щитовидной железы. Заболевание широко распространено во всех странах мира.

Вся Российская Федерация относится к районам, где имеется лёгкий дефицит йода. Дефицит йода в организме определяется следующей методикой: на кожу внутренней стороны предплечья

наносился 5% спиртовой раствор йода при помощи ватного тампона. Пятно должно быть размером с 5-рублёвую монету и однослойным. Результат йодной пробы оценивался через сутки. Если в течение суток пятно исчезло – проба положительная – дефицит йода есть. Если пятно держалось более суток – проба отрицательная – дефицита йода нет. Профилактика йодного дефицита может быть массовой, групповой и индивидуальной. Наиболее эффективной и менее дорогостоящей является массовая профилактика путем йодирования поваренной соли.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Ранее изучаемые дисциплины	Знать	Уметь
Анатомия	Топографию шеи. Анатомическое строение щитовидной железы, взаимоотношения с другими органами. Топографическую анатомию обратного нерва и паращитовидных желез.	Определять топографические ориентиры щитовидной железы.
Гистология	Гистологическое строение щитовидной железы. Гистологическое строение паращитовидных желез.	Оценивать результаты гистологического исследования узлов.
Нормальная физиология	Функция щитовидной железы, физиологические функции гормонов щитовидной железы, гормональная и нервная регуляция функции щитовидной железы. Состояние основного обмена.	Оценивать состояние функции щитовидной железы и базовый обмен.
Патологическая Физиология	Патогенез нарушения функции щитовидной железы.	Оценить результаты исследования функции щитовидной железы.
Патологическая анатомия	Гистологические формы опухолей и кист щитовидной железы, дифференциальная	Оценивать результаты патогистологического исследования
Внутренние болезни	Обследование шеи и желез внутренней секреции. Клинические проявления и методы диагностики заболеваний щитовидной железы	Провести физикальное обследование больных с заболеваниями щитовидной железы
Эндокринология	Клинические признаки тиреотоксикоза, гипотиреоза. Консервативные методы лечения тиреотоксикоза и гипотиреоза.	Назначить консервативное лечение больному с тиреотоксикозом и гипотиреозом

**Задание 2.** Знать, уметь, выполнять, определять.

**Симптом Грефе** Ретракция верхнего века при взгляде вниз между верхним веком и радужкой появляется участок склеры.

**Симптом Кохера** При взгляде вверх обнаруживается участок склеры между нижним веком и радужкой - отставание нижнего века.

**Симптом Мебиуса** Нарушение конвергенции глазных яблок (потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии).



**Симптом Штельвага** Редкое мигание.

**Симптом Еллинека** Гиперпигментация век

**Симптом Горнера (Бернара-Горнера)**

Птоз, миоз и энофтальм, также может наблюдаться дисгидроз (поражение шейного и грудного отделов симпатического ствола).

**Симптом Мари**

Тремор пальцев рук при осмотре (признак повышенной нервно-мышечной возбудимости).

**Симптом Еллинека**

Потемнение кожи век (связано с тем, что у меланина и гормонов щитовидной железы один предшественник).

**Симптом Дальримпля (Базедова-Дальримпля)**

Расширенная глазная щель (экзофтальм) с появлением белой полоски склеры между радужной оболочкой и верхним веком (связано с гипертрофией глазодвигательных мышц, отеком глазодвигательных мышц, отеком ретробульбарной клетчатки). (широкое раскрытие глазных щелей).

**Симптом Розенбаха** – мелкое и быстрое дрожание опущенных или слегка сомкнутых век.

**Симптом Краузе** – усиленный блеск глаз.

**Симптом Хвостека («феномен лицевого нерва»)**

Сокращение мимических мышц при ударе молоточком в проекции ствола лицевого нерва спереди от наружного слухового прохода и в области скуловой дуги (признак повышенной нервно-мышечной возбудимости, тетании).

Хвостек I – сокращение всех мышц, иннервируемых лицевым нервом; Хвостек II – сокращаются мышцы в области крыла носа и угла рта; Хвостек III – сокращаются только мышцы угла рта.

(связано с гипопаратиреозом => уменьшение кальция в крови)

**Симптом Труссо**

При перетягивании (до исчезновения пульса) плеча жгутом или резиновой манжетой аппарата для измерения артериального давления, спустя 2—3 мин, в перетянутой руке наступает типичное тетаническое сведение кисти с положением ее в виде «руки акушера» (судорожные сокращения мышц кисти, сведение пальцев рук) (признак тетании и спазмофилии при гипопаратиреозе, связано с гипокальциемией)

**Эндокринная (отечная) офтальмопатия:** I. Припухлость век, ощущение «песка в глазах», слезотечение, отсутствие диплопии. II. Диплопия, ограничение отведения глаз.

III. Неполное закрытие глазной щели, изъязвление роговицы, стойкая диплопия, атрофия зрительного нерва.

**Тиреотоксикоз.**

*Легкая степень.* Частота сердечных сокращений 80-120 уд/мин, нет мерцательной аритмии, резкого похудения, работоспособность снижена незначительно, слабый тремор рук.

*Средняя степень.* Частота сердечных сокращений 100-120 уд/мин, увеличение пульсового давления, нет мерцательной аритмии, похудание до 10 кг, работоспособность снижена. *Тяжелая*

*степень.* Частота сердечных сокращений более 120 в мин., мерцательная аритмия, тиреотоксический психоз, дистрофические изменения паренхиматозных органов, масса тела резко снижена, трудоспособность утрачена.

**Задание 3.** Курация пациентов с заболеваниями щитовидной железы:

**Контрольные вопросы:**

1. Щитовидная железа. Топографическая анатомия. Гормоны щитовидной железы. Значение, функция, измерение. Гиперфункция и гипофункция щитовидной железы.
2. Методы исследования щитовидной железы. Осмотр. Пальпация. Зоб. Классификация.
3. Эндемический зоб. Клиника, диагностика, лечение.
4. Спорадический зоб. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Диффузно-токсический зоб. Клиника. Офтальмопатия. Лечение.

6. Токсическая аденома, клиника, диагностика, лечение.
7. Тиреотоксический криз. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Тиреоидиты, струмиты. Клиника, диагностика, лечение.
9. Осложнения операций на щитовидной железе, профилактика, лечение.
10. Послеоперационный гипотиреоз, клиника, диагностика, лечение.
11. Рак щитовидной железы, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Принципы хирургических вмешательств на щитовидной железе и послеоперационные осложнения.

## **Раздел 2. Заболевания системы органов дыхания.**

### ***Занятие 3. Неспецифические заболевания легких. Неспецифические заболевания плевры***

Цель занятия: изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями легких и плевры.

#### ***Тема 1. Неспецифические заболевания легких.***

**Темы модуля:** Абсцесс, гангрена, кисты, бронхоэктатическая болезнь; эмфизема легких; ателектаз, аспирация. Хирургическая анатомия легких и плевры. Методы исследования больных с заболеваниями легких и плевры (рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография, ангиопульмонография, сцинтиграфия, бронхография, бронхоскопия ригидная и ФБС, катетеризация бронхов, торакоскопия, плеврография, цитологическое исследование мокроты и плевральной жидкости). **Абсцесс и гангрена легкого.** Острый абсцесс легкого. Единичные и множественные абсцессы, патогенез, клиника острого абсцесса, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативные методы лечения. Осложнения. Показания к операции в остром периоде и виды оперативных вмешательств. Прогноз и исходы острого абсцесса и гангрены легкого. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Хирургическое лечение. Результаты лечения. **Бронхоэктатическая болезнь.** Первичные и вторичные бронхоэктазы. Этиология, патогенез. Клиника бронхоэктатической болезни. Диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций. **Кисты легкого.** Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. **Хронические неспецифические заболевания лёгких** — условно выделяемая группа диффузных заболеваний бронхолегочной системы, клинически характеризующихся хроническим кашлем с выделением мокроты и (или) пароксизмальным либо постоянным затруднением дыхания. (диспноэ). В основе морфогенеза различных хронических неспецифических заболеваний легких лежит один из трех механизмов: бронхитогенный, пневмониогенный и пневмонитогенный. **Абсцесс легкого** – это неспецифическое воспаление легочной ткани, в результате которого происходит расплавление с образованием гнойно-некротических полостей. Болезнь протекает в два периода: период формирования абсцесса и период вскрытия гнойной полости. Вопрос о хирургической тактике при хронических неспецифических заболеваниях легких ставится в случае развития стойких локальных морфологических изменений легких или бронхов. **Синдром Мари-Бамберга (паранеопластический синдром).** Проявляется болевыми ощущениями в конечностях, утолщением мягких тканей, их пастозностью. Иногда отмечается утолщение кожи и подкожной клетчатки, особенно в области лица (чаще наблюдается при злокачественных опухолях легких и средостения, при кавернозном туберкулезе легких, неспецифических нагноительных процессах в легких, врожденных пороках сердца с недостаточностью правого сердца, гнойных плевритах).

**Определение линии Дамуазо.** Параболическая линия, являющаяся верхней границей притупления над экссудатом в плевральной полости. Тянется от позвоночника вверх до задней подмышечной линии, затем снижается по направлению к груди (обнаруживают при выпотном

плеврите, эмпиеме плевры).

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Топографию грудной клетки Анатомическое строение легких, взаимоотношения с другими органами. Топографическую анатомию сосудов грудной клетки.	Анализировать полученные знания
Нормальная физиология	Физиологические процессы, которые происходят в легких и грудной клетке.	-
Биохимия	Патологию процессов обмена в плевре.	Составить схему дополнительных методов исследования, биохимических тестов
Патологическая физиология	Этиологию и патогенез нарушений процессов вентиляции легких.	Составить схему дополнительных методов исследования, биохимических тестов Анализировать причины и следствия нарушений процессов обмена в легких .
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного.Симптоматологию заболеваний легких.	Проводить посиндромную диагностику заболеваний. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику основных нозологических единиц. Проводить дифференциальную диагностику
Оперативная хирургия	Хирургические доступы и приемы при выполнении операций на органах грудной клетке.	Уметь выбрать хирургический доступ при типичных и осложненных формах заболеваний легких. Определить показания для способа операции

**Задание 2.** Курация пациентов с заболеваниями легких

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия легких и плевры. Методы исследования больных.
2. ХНЗЛ. Эмфизема. Ателектаз. Пневмосклероз. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
3. Абсцесс легкого. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Гангрена легкого. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение
6. Рак легкого. Клиника, диагностика, лечение.

### **Тема 2 Неспецифические заболевания плевры**

**Темы модуля:** Плеврит - воспаление плевральных листков, с выпадением на их поверхность фибрина (сухой плеврит) или скопление в плевральной полости экссудата различного характера (экссудативный плеврит). Клинические признаки плеврита

- 1) Болевой синдром. Жалобы на боль в грудной клетке (одной половине), которая усиливается при дыхании.
- 2) болезненный влажный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты;
- 3) Синдром дыхательной недостаточности: одышка, бледность кожных покровов, цианоз периоральный, усиливающийся при физической нагрузке; акроцианоз.

4) Синдром интоксикации: быстрая утомляемость, плохой аппетит, вялость, адинамия. На рентгенограмме имеется косо расположенное затемнение большого легкого (уровень жидкости), смещение средостения в здоровую сторону, инфильтраты в легочной ткани. Эмпиемой называется скопление гноя в полостях организма. Воспаление плевральной полости, с гнойным экссудатом, называется эмпиемой плевры (пиоторакс). При внезапном опорожнении эмпиемы через бронх при гнойном расплавлении ткани легкого и вскрытии крупного бронха может потребоваться оказание неотложной помощи. Больные при этом «захлебываются» во время тяжелого приступа кашля с огромным количеством мокроты. Возможно возникновение острой асфиксии. Требуется экстренная интубация трахеи или трахеостомия с очищением воздухоносных путей от гнойной жидкости. Пневмоторакс – это наличие воздуха в плевральной полости при нарушении целостности легочной плевры.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Топографию грудной клетки Анатомическое строение плевры, взаимоотношения с другими органами. Топографическую анатомию Сосудов плевральных полостей	Анализировать полученные знания
Нормальная физиология	Физиологические процессы, которые происходят в плевре и грудной клетке.	-
Биохимия	Патологию процессов обмена в плевре.	Составить схему дополнительных методов исследования, биохимических тестов
Патологическая физиология	Этиологию и патогенез нарушений процессов вентиляции легких.	Анализировать причины и следствия нарушений процессов обмена в легких .
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного. Симптоматологию заболеваний плевральных полостей.	Проводить посиндромную диагностику заболеваний. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику основных нозологических единиц. Проводить дифференциальную диагностику

**Задание 2.** Курация пациентов с заболеваниями плевры

Контрольные вопросы:

1. Пневмоторакс, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Спонтанный пневмоторакс, клиника, диагностика лечение.
3. Гидроторакс. Этиология. Лечение.
4. Пункция и дренирование плевральной полости. Показания, техника выполнения. Дренаж по Бюлау, активная аспирация.
5. Острый плеврит. Клиника. Диагностика. Лечение
6. Гнойный плеврит. Острая и хроническая эмпиема. Этиология, клиника, диагностика. Методы лечения. Торакопластика.
7. Медиастинит. Этиология, классификация, клиника, лечение.

### Раздел 3. Заболевания системы органов кровообращения.

#### Заболевания сердца

#### Занятие 3. Врожденные пороки сердца. Ишемическая болезнь сердца.

#### Облитерирующие заболевания артерий.

Цель занятия - изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с врожденными пороками сердца, ИБС, облитерирующими заболеваниями артерий.

#### Тема 1: Врожденные пороки сердца

#### Задание 1. Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомическое строение сердечно-сосудистой системы	Анализировать полученные знания
Нормальная физиология	Физиологические процессы, которые происходят в сердце.	-
Биохимия	Патологию процессов обмена	Составить схему дополнительных методов исследования - биохимических тестов.
Патологическая физиология	Этиологию и патогенез нарушений процессов кровообращения	Анализировать причины и следствия процессов обмена
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного. Симптоматологию врожденных пороков сердца	Проводить посиндромную диагностику заболеваний. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику основных нозологических единиц Проводить дифференциальную диагностику
Оперативная хирургия	Хирургические доступы и приемы при выполнении операций на сердце	Уметь выбрать хирургический доступ при типичных и осложненных формах заболеваний легких. Определить показания для способа операции

**Темы занятия:** Аномалии развития сердца и магистральных сосудов ведут к различного рода нарушениям гемодинамики, которые обусловлены различными причинами: наличием сообщений между большим и малым кругом кровообращения; сужением атри-вентрикулярных отверстий или путей оттока крови из сердца, клапанной недостаточностью, нарушениями функции миокарда.

**Артериальный проток** - сосуд, соединяющий аорту и легочную артерию. Обычно он функционирует во внутриутробном развитии и вскоре после рождения ребёнка он облитерируется и превращается в артериальную связку. Если же он не облитерируется, то формируется врождённый порок бледного типа - ОАП. ОАП может быть не только самостоятельным (изолированным) заболеванием, но и сопутствующим при других врожденных пороках сердца. При одних пороках (ДЖП, дефекте аортолегочной перегородки и др.) он значительно нарушает гемодинамику и усугубляют тяжесть состояния больного, при других (врожденные пороки сердца с обедненным кровотоком в малом круге кровообращения) ОАП играет компенсаторную роль. Гемодинамика. При этом пороке создается порочное кровообращение. Часть крови из аорты поступает в легочную артерию в легкие, а оттуда вновь попадают в левые отделы сердца. Возникает переполнение кровью малого круга и уменьшение кровотока в большом круге кровообращения. Повышается давление в левом желудочке, увеличивается ударный и минутный объём, а также работа левого желудочка, что ведёт к его гипертрофии и дилатации. Величина сброса крови зависит от диаметра протока и разницы

давления между малым и большим кругом кровообращения, от сопротивления аорты малого круга, от угла отхождения протока от аорты и угла впадения его в легочную артерию. С возрастанием давления в легочной артерии, когда оно достигает уровня системного, возникает сначала перекрестный сброс, а затем обратный - из легочной артерии в аорту. Развивается **синдром Эйзенмейгера**

Клиника. Жалобы больных на слабость, быструю утомляемость, отдышку при физической нагрузке. Больные предрасположены к частым простудным заболеваниям и пневмониям, отстают в физическом развитии.

При развитии легочной гипертензии и сердечной недостаточности развивается цианоз. При большом сбросе крови уже в раннем возрасте развивается гипертрофия сердца, что приводит к деформации грудной клетки в виде сердечного горба.

Пульс обычно высокий и быстрый за счет резкого отека крови по протоку из аорты в легочную артерию.

**Диагностика.** Основным признаком ОАП является грубый непрерывный систоло-диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины, обусловленный поступлением крови из аорты в легочную артерию как во время систолы, так и в диастолу. На основании этого признака уже может быть поставлен правильный диагноз.

Имеют значение и показатели артериального давления. Вследствие сброса крови в начальных отделах аорты диастолическое давление иногда падает до нуля, при физической нагрузке, когда сброс крови из аорты в легочную артерию увеличивается, диастолическое давление ещё более понижается, одновременно с этим резко повышается пульсовое давление.

На ФКГ над легочной артерией регистрируется ромбовидной формы систоло-диастолический шум.

ЭКГ - данные не имеют решающего значения. Обычно электрическая ось нормальная или отклонена влево. При большом сбросу - левограмма.

На ФКГ - над легочной артерией регистрируется ромбовидной формы систолодиастолический шум.

Рентгенологическое исследование - отмечается усиление сосудистого рисунка в легких.

Диагноз ОАП является абсолютным показанием для оперативного лечения.

Операция противопоказана больным с обратным сбросом крови.

Хирургическое лечение заключается в перевязке или прошивании ОАП из левосторонней торакотомии в 4 межреберье.

Широкое распространение в последнее время получил катетеризационный метод закрытия ОАП, предложенный (1968): проток закрывается пробками из синтетической ткани, которые вводятся в проток со стороны аорты с помощью специальных катетеров через бедренную артерию. Впервые в мире успешно перевязал ОАП Гросс в 1938г., в нашей стране первую подобную успешную операцию произвел А.Н. Бакулев в 1948г. Послеоперационная летальность колеблется от 0 до 3%.

Осложнения ОАП: легочная гипертензия и бактериальный эндартериит.

Приобретенные пороки

**Митральный стеноз или сужение левого атриовентрикулярного отверстия** - один из самых частых ревматических пороков сердца. На 100 тыс. населения имеется 50-80 больных с митральным стенозом. (Василенко В.Х., 1972г). Характеризуется он сращением створок по краям. При прогрессировании заболевания происходит сращения хорд капиллярных мышц с деформацией и подтягиванием створок.

Клинические проявления митрального стеноза обнаруживаются при уменьшении площади митрального стеноза до 1,5-2,0 см<sup>2</sup>.

Сопротивление кровотоку, создаваемое суженным митральным отверстием, приводят в действие компенсаторные механизмы» обеспечивающие достаточную производительность сердца. Из-за переполнения кровью в левом предсердии увеличивается давление в несколько раз (N до бмм рт.ст.). Стенка предсердия гипертрофируется, его полость расширяется. По мере слабости левого предсердия уменьшается количество крови, поступающей в левый желудочек. Снижается ударный объём сердца и, как следствие этого, уменьшается полость левого желудочка.

Компенсация идет за счёт учащения сердечных сокращений и повышения сосудистого тона. Больные жалуются на отдышку, слабость, утомляемость. При осмотре отмечается митральный румянец, цианоз кончиков пальцев, носа и ушных раковин.

Аускультативно над верхушкой сердца выслушивается усиление 1 тона (хлопающий) и тон открытия митрального клапана. 1 тоном открытия выслушивается протодиастолический шум низкого тембра. Мелодия митрального стеноза особенно хорошо выслушивается в положении больного на левом боку. При наличии высокой легочной гипертензии выслушивается акцент II тона над легочной артерией.

На ЭКГ отмечается перегрузка и гипертрофия левого предсердия и правого желудочка,

При рентгенографическом исследовании отмечают расширение тени корней за счёт правых отделов и застойный рисунок легких. Имеется митральная конфигурация сердца за счет выбухания второй и третьей дуг (легочной артерии и левого предсердия). Рентгеноскопия с электроннооптическим преобразователем даёт возможность выявить кальциноз клапана.

Высокоинформативным методом является ЭхоКГ. Определяя показания к хирургическому лечению митрального стеноза, используют классификацию Нью-Йоркской ассоциации кардиологов.

В I ФК больные операции не подлежат,

Во II ФК показания относительные.

В III и IV ФК показания к операции абсолютные.

При «чистом» митральном стенозе выполняют закрытую митральную комиссуротомию, при осложнённом - операции выполняются на открытом сердце.

## **Задание 2.** Курация пациентов с пороками сердца

### Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические данные сердца и сосудов. Методы исследования.
2. Врожденные пороки сердца. Классификация.
3. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, диагностика, лечение.
4. Дефект межпредсердной перегородки. Клиника, диагностика, лечение.
5. Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика, лечение
6. Коарктация аорты, клиника, гемодинамика, диагностика, методы хирургического лечения.
7. Стеноз легочной артерии, клиника, гемодинамика, диагностика, лечение.
8. Стеноз аорты. Клиника, гемодинамика, диагностика, методы хирургического лечения.
9. Митральный стеноз и недостаточность митрального клапана.
10. Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
11. Этиология ВПС;
12. Основные механизмы патогенеза;
13. Классификация ВПС;
14. Лабораторно-инструментальные методы исследования в сердечной хирургии.
15. Реабилитация пациентов после кардиохирургических операций.

## **Тема 2. Ишемическая болезнь сердца.**

Цель занятия - изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомическое строение сердечно-сосудистой системы	Анализировать полученные знания

Нормальная физиология	Физиологические процессы, которые происходят в сердце.	-
Биохимия	Патологию процессов обмена	Составить схему дополнительных методов исследования - биохимических тестов.
Патологическая физиология	Этиологию и патогенез нарушений процессов кровообращения	Анализировать причины и следствия процессов обмена
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного. Симптоматологию врожденных пороков сердца	Проводить посиндромную диагностику заболеваний. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику основных нозологических единиц Проводить дифференциальную диагностику
Оперативная хирургия	Хирургические доступы и приемы при выполнении операций на сердце	Уметь выбрать хирургический доступ при типичных и осложненных формах заболеваний легких. Определить показания для способа операции

**Ишемическая болезнь сердца** — острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий.

ИБС широко распространенное заболевание. Одна из основных причин смертности, временной и стойкой утраты трудоспособности во всем мире. В структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте, из них на долю ИБС приходится около 40%.

Лечение ишемической болезни сердца Лечение направлено на восстановление нормального кровоснабжения миокарда и улучшение качества жизни больных. «Золотым стандартом» в диагностике обструктивных поражений коронарных артерий сердца считается селективная коронарография. Применяется для того, чтобы узнать существенное ли сужение сосуда, какие артерии и сколько их поражено, в каком месте и на каком протяжении. Применение рентгеноэндоваскулярных методов при лечении ИБС. При лечении ИБС применяется чрескожная внутрисосудистая ангиопластика. Она производится:

- Если поражен один или два сосуда, а остальные артерии сердца находятся в хорошем состоянии
- При стенокардии плохо поддающейся медикаментозному лечению
- Если признаки ишемии (недостаточности кровоснабжения) сердца доказаны при исследованиях сердца
- У больных со стенокардией, у которых высокий риск большого оперативного вмешательства
- Повторная стенокардия после инфаркта миокарда.

Баллонная ангиопластика противопоказана, если у больного имеется множественное поражение артерий или атеросклеротическая бляшка небольшая и занимает менее 50% просвета сосуда, а также, если при наличии болей в сердце инструментальными методами исследования недостаточность кровоснабжения сердечной мышцы не доказана.

При планировании операции важную роль имеют данные коронарной ангиографии. Это исследование сосудов сердца при помощи контрастных веществ. Коронароангиография указывает точное местоположение атеросклеротической бляшки и помогает определить тактику оперативного вмешательства.

Перед баллонной ангиопластикой обязательно проводят подготовку больного. Для профилактики возможных тромбоэмболических осложнений за 2-3 недели до операции пациенту назначаются препараты, которые снижают тромбообразование (аспирин, тиклид, клопидогрев). Во время проведения операции применяется гепарин в течение 18-48 часов. Со вторых суток после операции назначается аспирин в дозе 325 мг в день, антагонисты кальция и бета-адреноблокаторы.



Общее количество осложнений - от 2 до 4% в разных клиниках. Результаты лечения хорошие. Смертность при баллонной ангиопластике от 0,2 до 1,5%.

Если просвет сосуда перекрыт полностью, то применяется ротационная атерэктомия (удаление атеросклеротической бляшки) с помощью ротаблятора. Операция бывает успешной в 50-65% случаев. При полном перекрытии просвета сосуда используется и метод внутрисосудистой экстракционной атерэктомии.

Кроме этого используются и различные лазерные технологии.

## **Задание 2.** Курация пациентов с ишемической болезнью сердца

### Контрольные вопросы:

1. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Патогенез. Классификация. Формы. Факторы риска.
2. Клиника ИБС. Консервативное лечение.
3. Рентгеноэндоваскулярные методы лечения ишемической болезни сердца.
4. Хирургические методы реваскуляризации миокарда при ИБС. Оперативные доступы. Группы операций. Виды шунтирования. Дилатация и стентирование.
5. Аневризмы сердца. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
6. Перикардиты. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

## **Тема 3. Облитерирующие заболевания артерий.**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов

### **Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Анатомия артерий нижних конечностей, их топография	Указать отличие сосудов верхних и нижних конечностей
Нормальная физиология	Круги кровообращения. Кровообращение верхних и нижних конечностей.	
Биохимия	Патологию процессов Липидного обмена	Анализировать липидный профиль .
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного. Семиотику заболеваний	Проводить посиндромную диагностику заболеваний.. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику заболевания артерий. Проводить дифференциальную диагностику

*Пальцевое определение пульсации артерий нижней конечности:*

А) бедренная артерия–середина паховой складки, нога слегка согнута в коленном суставе и ротирована кнаружи;

Б) подколенная артерия-в подколенной ямке в согнутом в колене положении больной лежит на животе;

В) a. tibialis posterior—позади медиальной лодыжки;

Г) a. dorsalis pedis-1 межплюсневый промежуток на тыле стопы. Пульсация определяется 2-3 пальцами.

Определение температуры кожной поверхности нижней конечности. Аускультация артерий нижней конечности: бедренной, подколенной. Для определения хронической артериальной недостаточности проводят следующие функциональные пробы:

**Проба Ратшова.** Больной лежит на спине с выпрямленными и поднятыми под углом 45° ногами. В этом положении ему рекомендуют на протяжении 2 мин. делать сгибательно-разгибательные движения в голеностопных суставах. При нарушении артериального кровообращения конечности через 5-10 сек. возникает бледность кожи стопы и пальцев. Больному предлагают встать. Если кожа после этого приобретает свой предыдущий цвет или через 2-3 сек. возникает ее гиперемия и через 5-6 сек. наполняются подкожные вены, то нарушения кровообращения в конечности незначительны. Во всех других случаях, при увеличении времени наполнения, можно говорить о нарушении кровоснабжения тканей нижних конечностей.

Ощущение усталости (**проба Гольдфлама**) или боли (**проба Левис-Прысик**) в мышцах голени, а также онемение стопы поднятой ноги с нагрузкой является важным симптомом ишемии. Появление боли в мышцах голени при движениях в голеностопном суставе через 20 сек. указывает на распространенную окклюзию сосудов нижних конечностей, через 40 сек. —среднюю степень окклюзионного поражения сосудов, 60 сек. —ограниченную окклюзию и более 60 сек. —частичную окклюзию артерий.

**Проба Ленъель-Лавестина.** Одновременно и с одинаковой силой нажимают на симметричные участки обеих конечностей. В норме белое пятно, которое при этом возникает, удерживается после прекращения давления в течение 2-4 сек. Удлинение этого времени указывает на замедление капиллярного кровообращения.

**Проба Ипсена** основывается на сопоставлении температуры и интенсивности окраски кожи. При сужении артериол и расширении капилляров и венул кожа холодная и цианотичная. При расширении артериол и капилляров —теплая и гиперемированная, при расширении артериол и сужении капилляров —теплая и бледная.

**Синдром Лериша**—окклюзия терминального отдела брюшной аорты или общих наружных подвздошных артерий

(тип А) — клинически характеризуется появлением перемежающейся хромоты и судорог мышц пораженных ног (ягодицы, тазобедренные суставы, поясницы, бедра и голени). При этой патологии отсутствует пульсация на всех артериях нижних конечностей. У 10-20 % больных диагностируют расстройства эрекции. Обтурация одной из наружных или общих подвздошных артерий вызывает односторонний синдром Лериша. В этом случае названные симптомы возникают на стороне поражения.

Атеросклеротическая окклюзия на уровне бедренных артерий (тип В) характеризуется появлением перемежающейся хромоты с судорогами мышц голени и болью в коленных суставах. При обтурации обеих бедренных артерий перемежающаяся хромота проявляется судорогой мышц бедер. При таком варианте патологии проявления ишемии голени и стопы выражены значительно больше, чем при окклюзии только бедренной артерии.

Для атеросклеротической окклюзии на уровне берцовых и подколенных артерий (тип С) характерны клинические проявления перемежающейся хромоты и судороги в мышцах голени. При этом больной фиксирует боль на уровне нижней или средней трети голени. Объективные признаки ишемии проявляются на уровне пальцев стопы и нижней трети голени.

Симптомы периодической ишемии. У больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей при физической нагрузке на мышцы ног (быстрая ходьба, бег) обычно возникают проявления недостаточности мышечного кровообращения, так называемая «перемежающаяся хромота». В связи с появлением интенсивной боли в мышцах голени больной вынужден остановиться. Через несколько минут боль исчезает, и он может снова пройти такое же расстояние.

**Симптом плантарной ишемии Опделя** состоит в побледнении подошвенной поверхности стопы пораженной конечности, поднятой кверху. В зависимости от скорости появления побледнения можно судить о степени нарушения кровообращения в конечности. При тяжелой ишемии оно наступает на протяжении ближайших 4-6 с.

**Проба Шамовой.** Больному предлагают поднять кверху на 2-3 мин. выпрямленную в коленном суставе ногу и в средней трети бедра накладывают манжетку аппарата Рива-Роччи, в которой создают давление, превышающее систолическое. После этого ногу опускают в горизонтальное положение и через 4-5 мин. манжетку снимают. У здоровых людей через 30 сек. появляется реактивная гиперемия тыльной поверхности пальцев. Если она наступает через 1-1,5 мин., то это свидетельствует о сравнительно небольшой недостаточности кровообращения конечности, при задержке ее до 1,5-3 мин. – более значительной и более 3 мин. – значительной недостаточности кровообращения.

**Коленный феномен Панченко.** Больной, сидя, забрасывает больную ногу на здоровую и вскоре начинает ощущать боль в берцовых мышцах, ощущение онемения в стопе, ощущение ползания мурашек в кончиках пальцев пораженной конечности.

#### **Симптом сдавления ногтевого ложа**

При сдавлении концевой фаланги I пальца стопы в переднезаднем направлении в течение 5-10 секунд у здоровых людей образовавшееся побледнение ногтевого ложа сменяется нормальной окраской. У больных с нарушенным периферическим кровообращением белое пятно исчезает медленно, в течение нескольких секунд и более.

#### **Симптом Самуэляса**

В положении больного на спине с приподнятыми над кроватью ногами ему предлагают производить сгибания и разгибания в голеностопных суставах (при тяжелой недостаточности кровоснабжения в течение нескольких секунд наступает побледнение стоп).

#### **Симптом (проба) Гольдфлама**

В положении больного на спине с приподнятыми над кроватью ногами ему предлагают производить сгибания и разгибания в голеностопных суставах (конечность с недостаточным кровообращением устает быстрее, появляется слабость в конечности).

#### **Определение хронической артериальной недостаточности (ХАН) по Фонтен-Покровскому:**

I степень – ПХ > 1 км (ПЛИ > 0,9-0,7)

IIa степень – ПХ 1000-200м (ПЛИ 0,7-0,5)

IIb степень – ПХ 25-200м (ПЛИ 0,5-0,4)

III степень – боли в покое или ПХ < 25м (ПЛИ < 0,4)

IV степень – язвы и некрозы (ПЛИ < 0,4),

где ПХ – появление симптома «перемежающейся хромоты», ПЛИ – плече-лодыжечный индекс.

Трактовка показателей плече-лодыжечного индекса (ПЛИ) (норма до 1,2) при выполнении доплерографии, данных ангиографии. Плече-лодыжечный индекс систолического давления (ПЛИ) рассчитывается, как соотношение систолического артериального давления (САД), измеренного на лодыжке и плече.

## Задание 2. Курация пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов

### Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические сведения об артериальной системе нижних конечностей. Методы определения проходимости артерий.
2. Облитерирующий атеросклероз. Клиника, диагностика, лечение.
3. Облитерирующий эндартериит. Клиника, диагностика, лечение.
4. Синдром Лериша. Клиника, диагностика, лечение.
5. Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей.
6. Болезнь Рейно. Клиника, диагностика, лечение.

## Занятие 4. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Тромбозы и эмболии

Цель занятия – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей; изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с тромбозами и эмболиями.

### **Тема 1: Варикозная болезнь вен нижних конечностей.**

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия. Топографическая анатомия	Анатомическое строение Венозной системы	Анализировать полученные знания
Нормальная физиология	Физиологические процессы, которые происходят в венозной системе.	-
Биохимия	Патологию процессов обмена	Составить схему дополнительных методов исследования - биохимических тестов.
Патологическая физиология	Этиологию и патогенез нарушений функции венозной системы	Анализировать причины и следствия процессов обмена.
Пропедевтика внутренних болезней	Схему обследования больного. Симптоматологию врожденных пороков сердца	Проводить посиндромную диагностику заболеваний. Проводить клиническую, лабораторную, инструментальную диагностику основных нозологических единиц Проводить дифференциальную диагностику
Оперативная хирургия	Хирургические доступы и приемы при выполнении операций на венах	Уметь выбрать хирургический доступ при типичных и осложненных формах заболеваний легких. Определить показания для способа операции

Осмотр расширенных поверхностных вен - производится в положении больного стоя. Отмечается диаметр их, степень извитости, наличие узлов, а также наличие трофических расстройств: пигментации кожи, дерматитов и изъязвлений. При пальпации определяется наличие уплотнений, болезненность по ходу вен (при тромбофлебитах).

*Пробы на несостоятельность клапанов поверхностных вен*

**Проба ТрояноваТренделенбурга (Trendelenburg)** - в горизонтальном положении больной поднимает нижнюю конечность вверх. Врач прижимает большую подкожную вену бедра сразу ниже места ее впадения в бедренную вену. Не отпуская руки, просит больного встать на ноги. При отпускании руки кровь заполняет вену сверху вниз обратным током, что свидетельствует о несостоятельности клапанов поверхностных вен.

**Кашилевая проба Гаккенбурха (Hackenbruch)** - врач прикладывает руку к вене под пупартовой связкой, ниже места впадения большой подкожной вены бедра в бедренную вену, и предлагает больному покашлять, при этом ощущает толчок (положительный симптом), указывающий на недостаточность клапанов поверхностных вен.

#### **Проба Пратта-2**

В положении больного лежа после опорожнения подкожных вен на ногу, начиная со стопы, накладывают резиновый бинт, сдавливающий поверхностные вены. На бедре под паховой складкой накладывают жгут. После того, как больной встанет на ноги, под самым жгутом начинают накладывать второй резиновый бинт. Затем первый (нижний) бинт снимают виток за витком, а верхним обвивают конечность книзу так, чтобы между бинтами оставался промежуток 5-6 см. Быстрое наполнение варикозных узлов на свободном от бинтов участке указывает на наличие здесь коммуникантных вен с несостоятельными клапанами.

*Проба на проходимость глубоких вен.*

**Маршевая проба Дельбе-Пертеса (DelbertPerthes)** - на бедро, в вертикальном положении больного, накладывают жгут, сдавливающий поверхностные вены (пульс на артериях стопы должен оставаться неизменным). Просят больного активно походить 35 минут. При проходимости глубоких вен подкожные вены спадаются, при непроходимости - у больного появляются боли в икроножных мышцах, вены не спадаются.

#### **Проба Пратта-1**

После измерения окружности голени больного укладывают на спину и поглаживанием по ходу вен опорожняют их от крови. На ногу (начиная снизу) туго накладывают эластичный бинт, чтобы надежно сдавить подкожные вены. Затем больному предлагают походить в течение 10 минут. Появление боли в икроножных мышцах указывает на непроходимость глубоких вен. Увеличение окружности голени при повторном измерении подтверждает это.

*Проба на выявление состоятельности клапанов коммуникантных вен.*

**Трехжгутовая проба Шейниса** - в положении больного лежа на спине накладывают три жгута - под овальной ямкой, над коленом и ниже колена (в верхней трети бедра, в нижней трети бедра и в нижней трети голени). Больной встает. Появление варикозных узлов указывает на недостаточность клапанов коммуникантных вен и их локализацию ( в зонах между жгутами).

При тромбофлебитах поверхностных вен осуществляют пальпацию по ходу большой или малой подкожных вен голени и бедра - определяется болезненность, уплотнение, вовлечение в воспалительный процесс кожи.

При тромбофлебите глубоких вен: голени - отмечается болезненность при тыльном сгибании стопы (**симптом Хоманса /Homan's/**) и сдавлении икроножных мышц (путем подведения 25 пальцев обеих рук под икроножную мышцу, а обоих первых 1 пальцев - на гребень большеберцовой кости); бедра - болезненность по ходу глубоких вен бедра (в Скарповском треугольнике, Гунтеровом канале, подколенной впадине), а также отечность конечности, интенсивность которой характеризуется разницей в окружности больной и здоровой ноги на разных строго симметричных уровнях бедра и голени (маркируется на коже красителем).

Трактовка данных, характеризующих состояние свертывающей системы крови: коагулограммы, тромбоэластограммы, в том числе наиболее распространенных показателей свертывающей системы крови - протромбинового индекса и скорости свертывания крови.

Трактовка данных инструментальных исследований: флебографии, ультразвуковых исследований, в том числе доплеровского сканирования.

*Определение степени хронической венозной недостаточности (В.С. Савельев и соавт.):*

- степень 0: синдром «тяжелых ног», ночные судороги;  
 степень 1: проходящий отек;  
 степень 2: постоянный отек; гиперпигментация; дерматит; экзема;  
 степень 3: трофическая язва; фибродема.

Трактовка данных, характеризующих состояние свертывающей системы крови: коагулограммы, тромбоэластограммы, в том числе наиболее распространенных показателей свертывающей системы крови – протромбинового индекса и скорости свертывания крови.

**Задание 2.** Курация пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей  
**Контрольные вопросы:**

1. Анатомо-физиологические сведения о венозной системе нижних конечностей. Методы определения проходимости глубоких вен, оценка клапанного аппарата. Функциональные пробы.
2. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез. клиника, стадии, диагностика.
3. Лечение варикозной болезни. Склерозирующая терапия.
4. Операции при варикозном расширении вен.
5. Исходы, осложнения варикозной болезни вен. Острый тромбоз, кровотечение, трофическая язва.

**Тема 2: Тромбозы и эмболии артерий нижних конечностей, легочной артерии, мезентериальных сосудов.**

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Строение сердца, артериальной системы человека. Круги кровообращения.	
Нормальная физиология	Физиологические процессы сердца артериального кровоснабжения	
Патологическая Физиология	Этиологию и патогенез возникновения тромбоза и эмболии, механизм развития тромбоза, нарушение кровообращения и свертывания крови.	Оценить степень ишемии тканей. Анализировать причины и следствия нарушения кровообращения
Внутренние болезни	Физикальные методы обследования больных и основные симптомы острой ишемии тканей конечностей	Провести посиндромную диагностику острого нарушения кровообращения. Составить программу клинического, лабораторного и инструментального обследования больного.
Рентгенология	Рентгенологические методы исследования магистральных артерий.	Оценить данные рентгенологических исследований.
Оперативная хирургия и топографическая анатомия	Хирургические доступы к основным магистральным артериям	Выбрать оптимальный хирургический доступ к тромбированной артерии и решить вопрос метода хирургического вмешательства

**Острая ишемия конечностей (ОИК)** – это группа нозологий, сопровождающихся острой закупоркой артерий сосудов вследствие тромбоза или эмболии и вызывающих синдром острой ишемии конечности.

**Критическая ишемия конечности** - синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности вследствие заболеваний артерий конечностей, основными клиническими признаками которого являются боль в покое, не купируемая наркотическими анальгетиками и (или) наличие язвенно-некротического процесса.

**Реваскуляризация конечности** – восстановление кровоснабжения конечности в результате одного из вариантов лечения, сопровождающееся купированием (уменьшения) ишемического синдрома, вызванного тяжелыми морфофункциональными изменениями артериального русла при ОИК.

**Клиническая картина** ОИК зависит от фона, на котором развивается острая окклюзия магистральной артерии, причины острой ишемии (эмболии, тромбоз). Фон полностью определяется возрастом и терапевтическим статусом больных. В подавляющем большинстве случаев эмболий заболевание начинается остро, когда на фоне «полного благополучия» после внезапного начала быстро развивается тяжелая ишемия конечности, нередко приводящая к гангрене. В других случаях расстройства кровообращения возникают постепенно, клинические проявления минимальны, течение регрессирующее, и заканчивается формированием хронической артериальной недостаточности.

Характерны следующие симптомы:

- 1. Боль** в пораженной конечности является в большинстве случаев первым признаком острой ишемии. Особенно ярко выражен болевой синдром при эмболиях. Резкое - (чаще) или постепенное (реже) начало, интенсивность боли, прогрессирование или регресс болевого синдрома - эти узловые моменты отражают его вариабельность и часто позволяют дифференцировать генез острой ишемии.
- 2. Чувство онемения**, похолодания, парестезии - патогномоничные симптомы острой артериальной непроходимости.
- 3. Изменение окраски кожных покровов.** Почти во всех случаях выявляется бледность кожных покровов. Впоследствии присоединяется синюшный оттенок, который может превалировать. При тяжелой ишемии отмечается «мраморный рисунок».
- 4. Отсутствие пульсации артерий** на всех уровнях дистальнее окклюзии. Необходимо отметить, что отсутствие пульсации артерии дистальнее окклюзии является единственным клиническим признаком, позволяющим определить локализацию эмбола или тромба. Тщательное пальпаторное определение пульсации артерий конечности позволяет достаточно точно определить проксимальный уровень острой артериальной окклюзии без каких-либо дополнительных инструментальных методов исследования. Кроме этого, необходимо наряду с пальпацией проводить аускультацию аорты и крупных магистральных артерий. Выявление при этом систолического шума позволяет заподозрить стенотическое поражение проксимально расположенных сосудов, что, в свою очередь, может принципиально изменить тактику обследования и лечения.
- 5. Снижение температуры кожи**, наиболее выраженное в дистальных отделах.
- 6. Расстройство поверхностной и глубокой чувствительности** от легкого снижения, до полной анестезии. Нарушение чувствительности всегда по типу «чулка».
- 7. Нарушения активных движений в конечности** характерны для выраженной ишемии и проявляются в виде снижения мышечной силы (парез) или отсутствия активных движений (паралича) сначала в дистальных, а затем и в расположенных проксимальнее суставах, вплоть до полной обездвиженности конечности. Проксимальная граница ишемических **нарушений зависит от уровня окклюзии и степени ишемии конечности.**
- 8. Болезненность при пальпации ишемизированных мышц** наблюдается при тяжелой ишемии и является неблагоприятным прогностическим признаком. Чаще отмечается болезненность икроножных мышц (мышц предплечья), при высоких окклюзиях отмечается болезненность мышц бедра (плеча). Болезненность мышц - предтеча субфасциального отека.
- 9. Субфасциальный отек мышц голени** - признак тяжелой ишемии. Характеризуется чрезвычайной плотностью и не распространяется выше коленного сустава на ногах. Отек может

охватывать все мышцы голени, т.е. быть тотальным, или же ограниченным передней или задней группами мышц.

**10. Ишемическая мышечная контрактура** является самым грозным симптомом острой артериальной непроходимости и свидетельствует о начинающихся некробиотических явлениях.

**Острая мезентериальная ишемия** – уменьшение или прекращение артериального или венозного брыжеечного кровотока. Определяется видом (артериальная эмболия, артериальный тромбоз, венозный тромбоз) и характером (окклюзивный или неокклюзивный) острого нарушения мезентериального кровообращения. В течение заболевания выделяют стадию ишемии кишки, стадию инфаркта кишки и стадию перитонита, сроки появления и длительность которых также определяется видом и характером острого нарушения мезентериального кровообращения. 1) Артериальная эмболия – 50% 2) Артериальный тромбоз – 15-25% 3) Венозный тромбоз – 5-15% 4) Неокклюзивная мезентериальная ишемия – 5-15%.

#### **Хирургическое лечение**

Пациентам с перитонитом показана экстренная лапаротомия. Некротизированные участки кишки должны быть резецированы. После резекции кишки наложение первичного анастомоза не рекомендовано. Если при лапаротомии выявлена эмболия верхней брыжеечной артерии рекомендована «открытая» эмболэктомия. Если при лапаротомии выявлен тромбоз верхней ВБА рекомендована резекция некротизированных участков кишки и эндоваскулярное либо «открытое» вмешательство.

**Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)** - это окклюзия артериального русла легких тромбом, первично образовавшимся в венах большого круга кровообращения либо в полостях правого отдела сердца и мигрировавшим в сосуды легких с током крови. ТЭЛА - одно из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, послеоперационного и послеродового периодов, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. В условиях многопрофильного клинического стационара ТЭЛА ежегодно наблюдается у 15-20 из 1000 лечившихся больных, в том числе у 3 - 5 пациентов со смертельным исходом.

Клиническая картина и течение ТЭЛА в значительной степени определяются количеством и калибром обтурированных легочных сосудов, темпами развития эмболического процесса и степенью возникших при этом гемодинамических расстройств. Обычно ТЭЛА манифестирует одним из трех клинических вариантов:

- внезапная одышка неясного происхождения - выявляются тахипноэ, тахикардия; патологии со стороны легких не отмечается, отсутствуют признаки острой правожелудочковой недостаточности;
- **острое легочное сердце** - выявляются признаки острой правожелудочковой недостаточности, артериальная гипотензия, тахипноэ, тахикардия;
- инфаркт легкого - в зависимости от локализации тромбоэмбола различают:

- а) массивную ТЭЛА, при которой тромбоэмбол локализуется в основном стволе и/или главных ветвях легочной артерии;

- б) субмассивную ТЭЛА - эмболизацию долевых и сегментарных ветвей легочной артерии (степень нарушения перфузии соответствует окклюзии одной из главных легочных артерий);

- в) тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии.

#### **Лечение**

Лечебные мероприятия при ТЭЛА направлены на нормализацию (улучшение) перфузии легких и предотвращение развития тяжелой хронической постэмболической легочной гипертензии. Выбор метода лечения определяется объемом эмболического поражения легочного сосудистого русла и тяжестью гемодинамических расстройств. При эмболии мелких ветвей и субмассивной ТЭЛА без гемодинамических нарушений показано лечение гепарином, при массивной и субмассивной ТЭЛА с расстройствами гемодинамики методом выбора является тромболитическая

**Задание 2.** Курация пациентов с тромбозами

**Контрольные вопросы:**



1. Понятие об эмболе и тромбе. Заболевания, предрасполагающие к развитию эмболии и тромбоза. Патогенез. Методы оперативного лечения.
2. Классификация острой ишемии, клиника, диагностика.
3. Тромбоз сосудов конечностей. Клиника. Лечение.
4. Тромбоз мезентериальных сосудов. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника, диагностика, лечение.
6. Профилактика эмболий и тромбозов, дифференциальный диагноз.

#### **Раздел 4. Заболевания органов брюшной полости**

**Занятие 5. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, осложненные формы язвенной болезни: прободение, кровотечение, перфорация, стеноз, малигнизация.**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с осложненной язвенной болезнью.

Тема 1: **Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, осложненные формы язвенной болезни: прободение, кровотечение**

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Дисциплина	Знать	Уметь
Анатомия	Условное деление брюшной полости на 9 анатомических областей; Топографо-анатомическое расположение органов брюшной полости; Иннервацию и кровоснабжение желудка и 12-перстной кишки.	Уметь анализировать полученные результаты
Нормальная физиология	Функция желудка и 12-перстной кишки. Физиологию пищеварения	Уметь анализировать полученные результаты
Патанатомия	Анатомия язвенного процесса	Объяснить процесс образования язвы и течение язвенного процесса.
Патфизиология	Физиологию процессов воспаления.	Уметь анализировать полученные результаты
Биохимия	Интерпретация биохимических процессов	Уметь анализировать полученные результаты.

**Хирурги часто используют классификацию Johnston**

**1 тип** – Язва малой кривизны (выше 3 см от привратника)

**2 тип** – Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

**3 тип** – Язвы пилорического отдела желудка (до 3 см от привратника)

**Гастродуоденальные кровотечения**

Острые желудочно-кишечные кровотечения до настоящего времени остаются сложной медицинской проблемой. Летальность при них, к сожалению, остается высокой, достигая при оперативном лечении 13 %. Особенно велика летальность среди лиц старше 60 лет (до 40 %). Кровотечение, как причина смерти при язвенной болезни находится на первом месте. По данным литературы у 10–30 % больных течение язвенной болезни осложняется кровотечением.

Эндоскопическая классификация Forrest. (Forrest classification) (риск для кровоточащих язв):

1. Активное кровотечение
  - F1a струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение (active bleeding (spitting hemorrhage))
  - F1b венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение (active bleeding (oozing hemorrhage))
2. Состоявшееся кровотечение
  - F 2a видимый тромбированный сосуд (visible vessel-pigmented protuberance)
  - F 2b фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)
  - F 2c геморрагическое пропитывание дна язвы (black base)
3. Состоявшееся кровотечение
  - F3 чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков (no stigmata).

1. Под устойчивым гемостазом подразумевают: отсутствие свежей крови в желудке и двенадцатиперстной кишке; наличие плотно фиксированного тромба белого цвета, отсутствие видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения.
2. Под неустойчивым гемостазом понимают: в дне источника кровотечения тромбированные, пульсирующие сосуды, тромбы красного или коричневого цвета; рыхлый сгусток красного цвета, наличие старой или свежей крови в желудке или 12-перстной кишке.

Лечебное воздействие на источник геморрагии через фиброгастроуденоскоп включает в себя:

1. диатермокоагуляцию;
2. орошение или обкалывание источника кровотечения гемостатическими препаратами;
3. инъекции масляных композиций;
4. аппликацию пленкообразующими полимерами;
5. склерозирование варикозно расширенных вен пищевода

Среди лиц молодого возраста (до 30 лет) преобладают перфорации язв двенадцатиперстной кишки (1:3–4). Среди больных зрелого возраста (30–50 лет) соотношение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки приблизительно одинаково (1:1). У людей старшей возрастной группы преобладают перфорации язв желудка. В клиническом течении перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки выделяют четыре периода:

- I. предперфоративный период;
- II. период болевого шока;
- III. период мнимого благополучия;
- IV. период перитонита.

**Задание 2.** Курация пациентов с осложненной язвенной болезнью

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия пищевода, желудка, 12-перстной кишки.
2. Методы исследования желудочно-кишечного тракта. ФГДС.
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением
4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией.
5. Рак пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечение

**Тема 2: Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, осложненные формы язвенной болезни: пететрация, стеноз, малигнизация.**

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Определение печеночной тупости.

Определение свободной жидкости в брюшной полости.

Симптом "шум плеска".

Пальпация опухоли желудка (размеры, подвижность, консистенция).

Определение наличия отдаленных метастазов: **Вирхова**, **Крукенберга**, **Шницлера**.

Техника назогастрального зондирования.

1. Определение печеночной тупости. В положении больного лежа на спине, производят перкуссию в правой половине живота по направлению снизу вверх, от мезогастрия к реберной дуге, по среднеключичной линии. В проекции печени (от реберной дуги и выше), где обычно определяется тупой звук, при наличии свободного газа (при перфорации полого органа) определяется тимпанит.

2. Определение свободной жидкости в брюшной полости. В положении больного лежа на спине, производят перкуссию на уровне пупка от средней линии живота к наружи. Если в боковых отделах живота есть жидкость, тимпанический звук переходит в тупой; не отнимая пальца от живота больного, просят его повернуться на противоположный бок и продолжают перкуссию в том же направлении - в результате перемещения жидкости вниз над зоной притупления появляется тимпанит.

3. **Симптом "шум плеска"** (при стенозе привратника) - вызывается толчкообразными движениями брюшной стенки в области эпигастрия кончиками 2х3х пальцев. "Шум плеска" появляется при наличии в желудке значительного количества жидкости и газа (более четко выявляется с помощью фонендоскопа).

4. Пальпация опухоли - производится в проекции желудка в положении больного лежа на спине, лежа на боку и стоя. Определяют размеры, консистенцию, характер поверхности степень подвижности опухоли. Производят перкуссию над опухолью.

Выявление отдаленных метастазов. Исследуют больного в отношении возможного наличия отдаленных метастазов: **Вирхова** (в левой надключичной области), в пупке, **Крукенберга** (в яичнике, при вагинальном исследовании), **Шницлера** (в дугласовом пространстве, при ректальном исследовании в положении больного на корточках).

5. Чтение рентгенограмм желудка и 12ти перстной кишки:

а) прямые признаки язвы: ниша (ее локализация, размеры, глубина); стойкое контрастное пятно - при локализации язвы в 12ти перстной кишке; косвенные признаки - конвергенция складок, рубцовая деформация.

При пенетрирующей язве характерна глубокая, превосходящая толщину стенки желудка, иногда трехслойная, ниша (барий, жидкость, воздух).

б) При стенозе привратника - желудок в форме кисета или чаши, нижний полюс ниже гребешковой линии; натощак содержит жидкость; барий внизу, над ним расположена жидкость - определяются два горизонтальных уровня, над ними - воздух. При исследовании через 24 часа - остатки бария в желудке.

в) При перфорации язвы - серповидная прослойка газа между куполом диафрагмы и печенью

г) При опухоли - дефект наполнения, обрыв складок слизистой, отсутствие перистальтики; вал инфильтрации вокруг ниши больших размеров (при блюдцеобразных раках) - ниша "висит в воздухе".

6. Назогастральное зондирование. В положении больного сидя или лежа со слегка запрокинутой головой, в нижний носовой ход, оттянув кончик носа вверх, вводится предварительно смоченный или смазанный маслом (сливочным или вазелином) тонкий (диаметром 0,50,8 см) резиновый или пластиковый зонд. Больному предлагается глубоко дышать и периодически совершать глотательные движения (при затруднении - глоток воды), зонд постепенно, синхронно с глотательными движениями, проводится до 2й метки - из него должно появиться желудочное содержимое. О нахождении зонда в желудке свидетельствуют также отсутствие срыгивания и задержка жидкости в желудке - она изливается обратно не сразу после введения.

Зонд фиксируется толстой шелковой лигатурой или марлевой турундой, которая обводится и завязывается вокруг головы и удерживается от соскальзывания лейкопластырем в обеих скуловых областях.

## **Задание 2.** Курация пациентов с осложненной язвенной болезнью

### Контрольные вопросы:

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения.
2. Язвенная болезнь желудка, осложненная малигнизацией. Клиника, диагностика, лечение.
3. Предоперационная подготовка пациентов к операциям на желудке, кишечнике.
4. Синдром Меллори-Вейса. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
5. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом. Классификация. Клиника. Лечение.
6. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная пенетрацией. Клиника, диагностика, лечение.

## **Занятие 6. Острый и хронический аппендицит. Желчно-каменная болезнь. Острый и хронический холецистит.**

### Тема 1: Острый и хронический аппендицит.

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с аппендицитом.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Выяснение симптома Волковича-Кохера.

Локальные симптомы: Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Воскресенского, Ауре-Розанова.

Симптомы перитонита: Щеткина, Менделя, защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Проекция червеобразного отростка на переднюю брюшную стенку. Определение точек Ланца, Мак-Бурнея.

Вагинальное или ректальное исследование.

Трактовка данных анализа крови.

Особенности ведения послеоперационного периода.

**Симптом Волковича-Кохера (Kosher)** (выясняется анамнестически). Появление болей в начале заболевания в эпигастральной области или по всему животу с последующим смещением в правую подвздошную область.

**Симптом Ровзинга (Rousing)** - появление болей в правой подвздошной области при толчкообразных движениях рукой по брюшной стенке в левой подвздошной области (или левом мезогастрii).

**Симптом Ситковского.** Усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

**Симптом Бартомье(Bartomier-)Михельсона** - усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении больного на левом боку по сравнению с положением на спине.

### **Симптом Раздольского**

Болезненность при перкуссии в правой подвздошной области (связано с сотрясением воспаленной брюшины).

**Симптом Образцова.** Придавить брюшную стенку в правой подвздошной области до появления умеренной умеренной боли и зафиксировать руку. Болезненность усиливается при поднимании больным выпрямленной правой ноги (характерно для ретроцекального положения червеобразного отростка).

**Симптом Воскресенского** ("симптом рубашки", "симптом скольжения") - левой рукой врач натягивает рубашку за нижний край. Кончики 234 пальцев правой руки устанавливаются в подложечной области и во время вдоха больного (при расслабленной брюшной стенке) начинают быстро скользить с умеренным давлением на живот к правой подвздошной области и далее на бедро. В момент скольжения пальцев больной отмечает резкое усиление болей в правой подвздошной области. Слева боль отсутствует.

**Симптом Ауре-Розанова:** возникновение болей при пальпации пальцем в треугольнике Пти

справа (может быть положительным симптомом Щеткина-Блюмберга) - характерно для ретроцекального положения червеобразного отростка.

Симптомы перитонита: Щеткина - Блюмберга (Blumberg), Менделя (Mendel), защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Типичная проекция червеобразного отростка на переднюю брюшную стенку. Точка **МакБурнея** - точка на границе латеральной и медиальной трети расстояния от пупка до передневерхней ости крыла подвздошной кости.

**Точка Ланца** - точка на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними осями крыльев подвздошных костей.

Вагинальное или ректальное исследование - выявление воспаления тазовой брюшины - резкая болезненность ("крик Дугласа"), нависание стенки инфильтрата справа при тазовом абсцессе.

Трактовка анализа крови: лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Особенности ведения послеоперационного периода: дренажи из подкожной клетчатки удаляются на 2 день; дренажи в брюшной полости меняются на 4 день, удаляются на 5 и позже (в зависимости от количества и характера отделяемого).

Разрешается вставать с койки: при отсутствии дренажей - на 2 день, при их наличии - после удаления.

Очистительная клизма - на 4 день.

Снятие швов - на 7 день.

### **Аппендикулярный инфильтрат**

Аппендикулярный инфильтрат – это конгломерат органов (воспалительная опухоль), в который входят слепая кишка, конечный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, сальник. Клинически аппендикулярный инфильтрат чаще всего выявляется на 3–5 день после начала заболевания. Клиническое распознавание аппендикулярного инфильтрата в большинстве случаев не представляет особых трудностей. Из анамнеза выясняется, что за несколько дней до поступления в стационар у больного появились боли в животе. Общее состояние таких больных обычно остается удовлетворительным. Температура тела повышена до субфебрильных цифр. Самостоятельные боли в животе либо незначительны, либо отсутствуют. При ощупывании живот остается мягким и безболезненным, кроме правой подвздошной области, где определяется образование с более или менее четкими контурами, с гладкой поверхностью, плотной консистенции (**плотный инфильтрат**). Размеры этого образования колеблются от 3–4 до 10–12 см и более в диаметре. Как правило, инфильтрат не смещается и только в начальной стадии иногда бывает подвижен. Местоположение его обычно соответствует области слепой и отчасти восходящего отдела ободочной кишки.

### **Пилефлебит и абсцессы печени**

Одной из форм гнойного тромбоза является пилефлебит источником которого – вены отростка. Тромбоз распространяется на портальную систему. Это одно из тяжелейших осложнений острого аппендицита, дающее высокий процент летальности. Тромбоз пилефлебита, начавшись в венах отростка, переходит на подвздошно-толстокишечную вену и дальше по верхней брыжеечной вене на воротную вену и ее разветвления в печени, где на этой почве возникают множественные гнойники. В большинстве наблюдений пилефлебит возникает после аппендэктомии. Пилефлебит может развиваться бурно – через 2–3 дня после аппендэктомии, или диагностируется через 1–2 месяца от начала заболевания. Общее состояние больных при пилефлебите всегда тяжелое.

**Хронический аппендицит.** Хронический аппендицит это заболевание с характерной клинической картиной, в основе которого лежат первичные или вторичные хронические воспалительные изменения в червеобразном отростке неспецифического характера. Хронический аппендицит принято разделять на три формы. Хронический *резидуальный* аппендицит возникает вследствие обратного развития острого аппендицита. Острые явления стихают, однако воспалительный процесс остается и переходит в хронический. При этой форме в стенке червеобразного отростка могут быть обнаружены очаговые или диффузные морфологические

признаки хронического воспаления. Типичным примером такой формы заболевания является остаточный аппендицит после рассасывания аппендикулярного инфильтрата. Хронический *рецидивирующий* аппендицит. При этой форме после перенесенного острого приступа аппендицита наступает стихание болей. Через некоторое время наблюдается новый приступ – рецидив аппендицита. Следовательно, эта форма характеризуется повторными приступами острого воспаления отростка нередко в стертой форме. В промежутках между приступами больные испытывают постоянные боли в правой подвздошной области ноющего или тянущего характера. Кроме того, различают *первично-хронический* или *бесприступный* аппендицит. Хронический *бесприступный* аппендицит, как показывает само название, это форма, при которой в анамнезе нет приступов острого аппендицита. Процесс сразу начинается в отростке с хронического воспаления.

## **Задание 2.** Курация пациентов с аппендицитом

### **Контрольные вопросы:**

1. Анатомо-физиологические сведения. Варианты расположения слепой кишки, червеобразного отростка.
2. Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Симптомы.
3. Особенности клиники острого аппендицита у детей, беременных и лиц пожилого и старческого возраста.
4. Острый аппендицит. Дифференциальная диагностика, методы.
5. Острый аппендицит. Оперативные доступы. Виды аппендэктомий.
6. Осложнения острого аппендицита. Диагностика, лечение.
7. Показания и этапы антеградной и ретроградной аппендэктомии.
8. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Абсцесс дугласова пространства. Клиника, диагностика, лечение.
10. Хронический аппендицит. Классификация. Диагностика. Лечение.

**Тема 2: ЖКБ. Холецистит.** Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

### **Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Пальпация и перкуссия печени.

Симптомы: Захарьина, Образцова, Мерфи, Ортнера-Грекова, Георгиевского-Мюсси.

Пальпация желчного пузыря (симптом Курвуазье).

Чтение, трактовка биохимических исследований крови (билирубин, уробилин, щелочная фосфатаза, АСАТ, АЛАТ).

Техника и трактовка данных холеграмм до и интрасперационных.

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей.

Определение размеров печени путем пальпации и перкуссии по Курлову по среднеключичной линии.

**Симптом Захарьина (Кера / Kehr):** появление боли при надавливании в проекции желчного пузыря (точке Кера - пересечение реберной дуги и латерального края влагалища правой прямой мышцы).

**Симптом Образцова:** усиление боли в правом подреберье на вдохе во время легкого надавливания и последующей фиксации пальцами брюшной стенки в проекции желчного пузыря.

**Симптом Мерфи (Murphy):** Больной лежа на спине. Кисть левой руки укладывается на край реберной дуги справа, большой палец при этом помещается ниже реберной дуги на область желчного пузыря. Если попросить больного сделать глубокий вдох, то последний прервется не достигнув вершины из-за острой боли в животе под большим пальцем.

**Симптом Ортнера (Ortner) Грекова:** появление боли при поколачивании ребром ладони по реберной дуге над печенью (справа) по среднеключичной линии. Для более точной сравнительной оценки боли больным целесообразно поколачивать сначала слева, затем - справа, в симметричных точках.

**Симптом Геогриевско-Мюсси (Mushy):** появление боли под пальцем при надавливании между ножками грудиноключичнососцевидной мышцы справа (сразу выше грудиноключичного сочленения).

**Симптом Курвуазье (Courvoisier):** пальпация увеличенного растянутого безболезненного желчного пузыря в сочетании с механической желтухой, обусловленной опухолью (на практике применяется и при наличии других причин, например - обтурации холедоха конкрементом).

Трактовка биохимических и клинических исследований крови, мочи, кала, характерных для заболеваний печени и желчных путей (билирубин, амилаза, АСАТ, АЛАТ, щелочная фосфатаза крови, уробилин, амилаза мочи, стеркобилин в кале).

Техника холецистохолангиографии

а) с введением контраста через рот (холевид, йопагност - 68 таблеток в течение 1030 минут, снимок через 1214 часов);

б) с в/в введением (билигност, билиграфин и др., снимки через 30, 60 и 120 минут).

После приема 2х желтков (для сокращения желчного пузыря) - снимки через 90 минут.

Оценивается морфологическое состояние желчных путей - форма, размеры, наличие камней (ячеистость, мраморность тени или отсутствие ее ("немой пузырь"), наличие дефектов наполнения); длина, извитость пузырного протока, ширина холедоха; моторная функция - быстрота и степень сокращения пузыря (в норме сокращения 2/3 своего объема).

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей. Печени - состояние внутриспеченочных желчных ходов, наличие опухоли, кисты, абсцесса, а также размеры печени. Желчного пузыря - размеры, толщина стенки, наличие конкрементов (количество, размеры, их расположение, консистенция желчи). Признаки острого воспаления при остром холецистите - увеличение желчного пузыря, утолщение стенки и двухконтурность ее, наличие конкремента блокирующего шейку желчного пузыря.

Холедоха - диаметр, толщина стенки, наличие конкрементов.

**Задание 2.** Курация пациентов с желчнокаменной болезнью.

Контрольные вопросы:

1. Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острый холецистит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
3. Методы хирургического лечения больных острым холециститом.
4. Механическая желтуха. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
5. Методы исследования больных с патологией внепеченочных желчных протоков.
6. Дифференциальная диагностика острых холециститов.

## **Занятие 7. Острая кишечная непроходимость**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с кишечной непроходимостью.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

**Симптом Валя (Wahl):** асимметрия живота за счет перерастянутой кишечной петли, перкуторно над ней высокий тимпанит.

**Симптом Шимане-Дансе:** западение правой подвздошной области, ощущение "пустоты" и болезненность при пальпации этой области. Характерна для заворота слепой кишки.

**Симптом Тэвенара (Thevenard)** - болезненность при надавливании на 23 см ниже пупка - на корень брыжейки тонкой кишки (при завороте ее).

**Симптом Склярова ("шум плеска")** определяется путем толчкообразной пальпации одной или двумя руками, располагающимися в боковых отделах живота или толчкообразными движениями одной рукой с одновременным прослушиванием живота фонендоскопом.

**Симптом "падающей капли" и лопающихся пузырьков"** –патологические симптомы; определяются путем аускультации брюшной полости с помощью фонендоскопа. Симптом "падающей капли" может определяться пальпаторно-аускультативно: при медленном надавливании и медленном отпускании появляется шум "падающей капли".

**Симптом "малинового желе"** –выделение слизи, слегка окрашенной кровью, через прямую кишку. Симптом характерен для инвагинации (встречается чаще у детей) или для мезентериального тромбоза.

**Симптом "илеусный стон"**. Обусловлен схваткообразным характером болей при кишечной непроходимости. При подходе перистальтической волны к препятствию кишка растягивается содержимым, появляется постепенно нарастающая боль. Больной начинает стонать сначала тихо, потом все громче и громче. С переходом перистальтической волны через препятствие боль и стоны больного прекращаются. Все это повторяется ритмично, частота схваток может зависеть от уровня непроходимости.

**Симптом Кивуля (Kiwull):** высокий тимпанический звук с металлическим оттенком над раздутой петлей кишки.

Симптом "падающей капли" и лопающихся пузырьков" - патологические симптомы; определяются путем аускультации брюшной полости с помощью фонендоскопа. Симптом "падающей капли" может определяться пальпаторно- аускультативно: при медленном надавливании и медленном отпускании появляется шум "падающей капли".

**Симптом Обуховской больницы (Грекова):** при пальцевом ректальном исследовании определяется расслабление сфинктера прямой кишки и пустая ампула. Характерна для низкой непроходимости кишечника.

**Симптом ЦегеМантейфеля:** уменьшение объема жидкости, которую удается ввести при клизме до 0.51 литра. Характерен для низкой толстокишечной непроходимости.

Трактовка клинических и биохимических показателей крови (гемоконцентрация, высокий гематокрит, рост мочевины, индекана, билирубина, глюкозы, снижение содержание белка, хлоридов), показателей кислотнощелочного и электролитного баланса.

Чтение и трактовка рентгенограмм:

наличие "чаш Клойбера" на обзорных рентгенограммах,

симптома «**хребта селедки**», заполнение кишечника контрастом при приеме через рот (пассаж бария) (пассаж бария по кишечнику–**проба Напалкова-Шварца** - при тонкокишечной непроходимости и через прямую кишку (ирригоскопия, графия) - при толстокишечной. заполнение кишечника контрастом при приеме через рот)

## **Задание 2.** Курация пациентов с осложненной язвенной болезнью

### Контрольные вопросы:

1. Странгуляционная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
2. Смешанная форма кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, лечение.
3. Динамическая кишечная непроходимость. Виды. Причины. Дифференциальная диагностика.
4. Ретроградное ущемление. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
5. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Предоперационная подготовка больных с острой кишечной непроходимостью

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

### **Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Пальпация и перкуссия печени.

Симптомы: Захарьина, Образцова, Мерфи, Ортнера-Грекова, Георгиевского-Мюсси.

Пальпация желчного пузыря (симптом Курвуазье).

Чтение, трактовка биохимических исследований крови (билирубин, уробилин, щелочная фосфатаза, АСАТ, АЛАТ).



Техника и трактовка данных холеграмм до и интрасперационных.

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей.

Определение размеров печени путем пальпации и перкуссии по Курлову по среднеключичной линии.

**Симптом Захарьина (Кера / Kehr):** появление боли при надавливании в проекции желчного пузыря (точке Кера - пересечение реберной дуги и латерального края влагалища правой прямой мышцы).

**Симптом Образцова:** усиление боли в правом подреберье на вдохе во время легкого надавливания и последующей фиксации пальцами брюшной стенки в проекции желчного пузыря.

**Симптом Мерфи (Murphy):** Больной лежа на спине. Кисть левой руки укладывается на край реберной дуги справа, большой палец при этом помещается ниже реберной дуги на область желчного пузыря. Если попросить больного сделать глубокий вдох, то последний прервется не достигнув вершины из-за острой боли в животе под большим пальцем.

**Симптом Ортнера (Ortner) Грекова:** появление боли при поколачивании ребром ладони по реберной дуге над печенью (справа) по среднеключичной линии. Для более точной сравнительной оценки боли больным целесообразно поколачивать сначала слева, затем - справа, в симметричных точках.

**Симптом Геогриевско-Мюсси (Mushy):** появление боли под пальцем при надавливании между ножками грудиноключичнососцевидной мышцы справа (сразу выше грудиноключичного сочленения).

**Симптом Курвуазье (Courvoisier):** пальпация увеличенного растянутого безболезненного желчного пузыря в сочетании с механической желтухой, обусловленной опухолью (на практике применяется и при наличии других причин, например - обтурации холедоха конкрементом).

Трактовка биохимических и клинических исследований крови, мочи, кала, характерных для заболеваний печени и желчных путей (билирубин, амилаза, АСАТ, АЛАТ, щелочная фосфатаза крови, уробилин, амилаза мочи, стеркобилин в кале).

Техника холецистохолангиографии

а) с введением контраста через рот (холевид, йопагност - 68 таблеток в течение 1030 минут, снимок через 1214 часов);

б) с в/в введением (билигност, билиграфин и др., снимки через 30, 60 и 120 минут).

После приема 2х желтков (для сокращения желчного пузыря) - снимки через 90 минут.

Оценивается морфологическое состояние желчных путей - форма, размеры, наличие камней (ячеистость, мраморность тени или отсутствие ее ("немой пузырь"), наличие дефектов наполнения); длина, извитость пузырного протока, ширина холедоха; моторная функция - быстрота и степень сокращения пузыря (в норме сокращения 2/3 своего объема).

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей. Печени - состояние внутривнутрипеченочных желчных ходов, наличие опухоли, кисты, абсцесса, а также размеры печени. Желчного пузыря - размеры, толщина стенки, наличие конкрементов (количество, размеры, их расположение, консистенция желчи). Признаки острого воспаления при остром холецистите - увеличение желчного пузыря, утолщение стенки и двухконтурность ее, наличие конкремента блокирующего шейку желчного пузыря.

Холедоха - диаметр, толщина стенки, наличие конкрементов.

**Задание 2.** Курация пациентов с желчнокаменной болезнью.

Контрольные вопросы:

7. Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
8. Острый холецистит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
9. Методы хирургического лечения больных острым холециститом.
10. Механическая желтуха. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
11. Методы исследования больных с патологией внепеченочных желчных протоков.
12. Дифференциальная диагностика острых холециститов.

## **Занятие 8. Острый панкреатит. Осложнения острого панкреатита.**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с острым панкреатитом.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Трактовка биохимических исследований крови и мочи.

Трактовка данных УЗИ поджелудочной железы.

Техника паранефральной блокады.

**Симптом Керте (Korte)** - болезненность и резистентность при пальпации передней брюшной стенки на 56 см выше пупка по средней линии живота (в проекции поджелудочной железы).

**Симптом Каменчик** - болезненность при надавливании под мечевидным отростком.

**Симптом Бонде** - выпячивание брюшной стенки в эпигастральной области за счет раздутой поперечной, ободочной кишки.

**Симптом Воскресенского** - ложное отсутствие пульсации брюшного отдела аорты в месте пересечения ее с поджелудочной железой (на 56 см выше пупка и на 4 см влево от средней линии).

**Симптом МейоРобсона (MayoRobson)** - болезненность при интенсивном или толчкообразном надавливании в области вершины угла, образованного наружным краем длинных мышц спины и нижним краем 12го ребра слева (в области левого ребернопозвоночного угла).

**Симптом Мондора (Mondor)** - цианоз кожи лица и губ.

**Симптом ГрейТернера (GreyTurner)** - цианоз кожи боковых отделов живота.

**Симптом Кулена (Cullen)** - цианоз в области пупка.

**симптом Гобье** –парез поперечно-ободочной кишки; наличие реактивного выпота в плевральных полостях, дисковидных ателектазов в легких.

Трактовка биохимических анализов: увеличение содержания анализа крови, мочи, повышение уровня трансаминаза, билирубина, мочевины крови, при панкреонекрозе возможна гипергликемия, уменьшение содержания кальция в крови.

Трактовка данных УЗИ поджелудочной железы. Доступность исследованию, размеры, плотность, наличие жидкости в сальниковой сумке, диаметр вирсунгова протока, наличие опухоли, кальцинатов.

Техника паранефральной блокады. Больного укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в коленном суставе, вышележащая - в вытянутом положении. Находят угол между XII ребром и наружным краем длинной мышцы спины и на расстоянии 24 см по его биссектрисе делают вкол иглы, проведя ее в направлении к пупку. По мере продвижения иглы вглубь тканей ей предпосылают струю раствора новокаина. Проникновение кончика иглы в околопочечное пространство распознается по свободному поступлению новокаина в ткани и отсутствию обратного тока раствора из иглы, "впитыванию" раствора в мандрене - (ни капли крови, ни капли раствора из иглы) при снятии шприца. В паранефральную клетчатку медленно вводится 60100 мл 0.50.25 % раствора новокаина соответственно с каждой стороны.

**Задание 2.** Курация пациентов с острым панкреатитом.

### Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе.
2. Острый панкреатит. Классификация, клиника, стадии, лечение.
3. Консервативное лечение острого панкреатита. Цитостатики. Сандостатин.
4. Хирургическое лечение острого панкреатита. Показания, методы хирургических вмешательств.
5. Осложнения острого панкреатита, показания к хирургическому лечению. Панкреонекроз. Кисты поджелудочной железы.
6. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, лечение.

## Раздел 5. Заболевания брюшной стенки. Раздел 6. Перитониты

### Занятие 9 Грыжи. Перитониты.

#### Тема 1. Грыжи передней брюшной стенки.

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Определение размеров грыжевого выпячивания, оценка его поверхности, консистенции и данных перкуссии.

Определение размеров грыжевых ворот.

Симптом "кашлевого толчка".

Симптом: "Шприц феномен".

Вправление грыжевого содержимого.

Техника наложения лейкопластырной повязки при пупочных грыжах у детей.

Особенности ведения послеоперационного периода.

Осмотр больных производится в положении лежа и стоя. В положении стоя определяются размеры грыжевого выпячивания, характер поверхности его, консистенция и болезненность; производится перкуссия над ним. В положении лежа отмечается, вправляется грыжевое выпячивание самостоятельно или нет; производится пальцевое

вправление грыжевого содержимого и после этого определяются размеры и форма грыжевых ворот, состояние их краев, а также симптом кашлевого толчка.

Определение размеров грыжевых ворот возможно только при вправимых грыжах (при невправимых ущемленных грыжах определить грыжевые ворота невозможно).

После вправления грыжи кончиками одного или нескольких пальцев определяются размеры грыжевых ворот в двух измерениях или их диаметр (в см), а также состояние их краев.

Наиболее доступны исследованию грыжевые ворота при пупочных, эпигастральных и срединных послеоперационных грыжах, при грыжах другой локализации они менее доступны.

Определение грыжевых ворот при пупочных грыжах производится при пальпации дна пупочной ямки.

При паховых грыжах исследование грыжевых ворот (наружного пахового кольца) у мужчин производится в положении больного лежа, указательным или 3м пальцем через нижний полюс мошонки.

**Симптом "кашлевого толчка"** основан на передаче колебаний внутрибрюшного давления, имеющих место при кашле, через органы, расположенные в грыжевом мешке. Он определяется пальпаторно в положении больного стоя. Кисть или пальцы врача располагаются на грыжевом выпячивании, больной кашляет, при этом ощущается толчок - симптом положителен.

Симптом может быть положительным при неосложненной и невправимой грыжах и отрицательным - при ущемленной.

При паховых грыжах симптом определяется и при вправленной грыже, в положении лежа, после введения кончика пальца в паховый канал через наружное паховое кольцо описанным в п.1 способом. При этом ощущение толчка кончиком пальца, как правило свидетельствует о косой паховой грыже, а боковой поверхностью с медиальной стороны по отношению к семенному канатику - о прямой грыже.

Вправление грыжевого выпячивания производится после тщательно собранного анамнеза, в ходе которого выясняется, нет ли анамнестических признаков ущемления или невправимости грыжи (резких болей и внезапного прекращения вправления неосложненной грыжи).

Больному придается положение, при котором максимально расслабляются мышцы, окружающие грыжевые ворота, как правило, в положении лежа на спине или на боку с приведенными нижними конечностями. Мягкими, ненасильственными движениями кисти в направлении от дна грыжевого выпячивания к грыжевым воротам производится вправление: другой рукой можно фиксировать грыжевой мешок с противоположной стороны.

Лечение пупочных грыж у детей (новорожденных и первых двух лет жизни) производится с помощью лейкопластырных повязок. Цель - создать оптимальные условия для облитерации пупочного кольца. Первым и вторым пальцами обеих кистей, расположенными с обеих сторон пупка, создается две вертикальные "встречные" кожные складки, которые затем сближаются до соприкосновения и фиксируются двумя поперечными, параллельными друг другу, полосками лейкопластыря, наложенными между обеими передними подмышечными линиями выше и ниже пупка. Через несколько дней положение полос сменяется на перекрещивающееся.

Особенности ведения послеоперационного периода: швы с кожи снимаются на 7 день, иммобилизующие швы и хирургические мостики для закрепления швов - на 68 день.

Больные поднимаются с койки при традиционных способах операций на 35 день, при способах с иммобилизацией раны - на 23 день.

**Задание 2.** Курация пациентов с грыжами.

### Контрольные вопросы:

1. Понятие о грыжах. Этиология, патогенез, классификация.
2. Пупочные грыжи. Клиника, диагностика, лечение
3. Хирургическая тактика при вправившейся ущемленной грыже.
4. Паховые грыжи. Прямые. Косые. Анатомия пахового канала, промежности. Клиника, диагностика, лечение.
5. Бедренные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
6. Грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика, лечение.
7. Ущемленные грыжи. Виды ущемлений. Клиника. Диагностика.
8. Послеоперационные грыжи. Причины. Классификация. Клиника. Послеоперационные осложнения.
9. Рецидивные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.

## **Тема 2. Перитонит.**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов с перитонитом.

**Задание 1.** Знать, уметь, выполнять, определять.

Симптомы: Щеткина-Блюмберга, Менделя, защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Аускультация живота.

Перкуссия живота.

Ректальное пальцевое исследование и вагинальное исследование для определения тазового абсцесса.

Чтение и трактовка рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе.

Данные лабораторных исследований: Показатели общего анализа крови, гематокрит, содержание билирубина, мочевины, амилазы в крови, общий анализ мочи, показатели кислотнощелочного равновесия и электролитного баланса. Показатели, характеризующие степень интоксикации - лейкоцитоз, токсический сдвиг в формуле крови, лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), количество средних молекул.

Данные осмотра: втянутый, "ладьевидный" или вздутый (в зависимости от стадии) живот, частично или полностью не принимающий участия в акте дыхания. При пальпации - ограниченное или распространенное напряжение мышц живота.

**Симптом Щеткина-Блюмберга (Bloomberg):** определяется путем умеренного надавливания на брюшную стенку с последующим резким отнятием руки. Симптом положителен, если боль при отнятии руки сильнее, чем при надавливании. Целесообразно акцентировать внимание больного на сравнение степени выраженности боли при надавливании и отнятии руки.

**Симптом Менделя (Mendel):** появление резких болей над участком воспаления при поколачивании кончиками 2-3-4 пальцев по брюшной стенке.

Отсутствие перистальтики ("**гробовая тишина**") или ослабление ее определяют путем аускультации брюшной полости.

Ректальное и вагинальное исследование: определяется резкая болезненность при пальпации передней стенки прямой кишки или заднего свода влагалища - "**крик Дугласа**", и наличие инфильтрата с размягчением в центре - при наличии тазового абсцесса (дуглас-абсцесса).

Чтение и трактовка рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе (высокое стояние диаграммы, полость с газом и уровень жидкости между куполом диаграммы и печенью, реактивный плеврит, нижнедолевая пневмония). Данные лабораторных исследований: показатели общего анализа крови, гематокрит, содержание билирубина, мочевины, амилазы в крови, общий анализ мочи, показатели кислотно-щелочного равновесия и электролитного баланса. Показатели, характеризующие степень интоксикации – лейкоцитоз, токсический сдвиг в формуле крови, лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), количество средних молекул.

**Задание 2.** Курация пациентов с перитонитом.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Каналы. Карманы. Сумки.
2. Особенности распространения инфекции брюшной полости с учетом топографо-анатомических особенностей.
3. Острый перитонит. Классификация, клиника, диагностика.
4. Острый перитонит. Принципы комплексного лечения. Борьба с нарушением гемодинамики, микроциркуляции, интоксикацией, парезом. Экстракорпоральная детоксикация.
5. Оперативные вмешательства. Перитонеостомия . запрограммированная релапаротомия. Исходы.

**Занятие 10. Отработка практических навыков в симуляционном центре.**

Цель работы – изучить и закрепить ранее полученные знания о методах обследования, диагностики и лечения пациентов на манекенах.

**Задание 1.** Выполнение практических навыков на манекенах.

1. **Временная остановка кровотечений** при ранах и открытых переломах, включая наложение кровоостанавливающего жгута, зажима, лигатуры, давящей повязки (на муляжах: Тренажер наложения швов 18,20; Рука для упр. по наложению швов 22; Расширенный набор имитации ранений 47; Муляж ткани для прошивания (желтый) 58).
2. **Оперативные доступы** при хирургических заболеваниях органов грудной и брюшной полости (на муляже: Модель для лапаротомии 43).
3. **Пункция плевральной полости при пневмотораксе и гидротораксе** (на муляже: Фантом для пункции и хирургической микротрахеостомии 16; Фантом-тренажер для имитации напряженного пневмоторакса 21).
4. **Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе** (на муляже: Фантом-тренажер для имитации напряженного пневмоторакса 21).

Контрольные вопросы:

1. Пункция плевральной полости при гидротораксе.
2. Пункция плевральной полости при пневмотораксе.
3. Техника ушивания ран конечностей, передней брюшной стенки, грудной клетки, шеи, мягких покровов черепа.
4. Остановка кровотечения.

## **Список рекомендуемой литературы:**

### **основная литература:**

1. Кузин М.И., Хирургические болезни- 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с: ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3.
2. Электронное издание на основе: Хирургические болезни: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3.
3. Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах : учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; под общ. ред. С. В. Вертянкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 436 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3783-4.

### **дополнительная литература:**

1. Гуманенко Е.К., Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / Под ред. Е.К. Гуманенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3199-3
2. Лопухин Ю.М., Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах: учебник / Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В.; под общей ред. Ю.М. Лопухина. - 3-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Т.1 – 832 с.; Т. 2 – 592- ISBN 978-5-9704-2790-3
3. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хирургические болезни в 2-х т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Т.1 – 399 с.; Т. 2 – 598 с.- ISBN 978-5-9704-3456-7
4. Рокицкий М.Р., Я хочу стать хирургом. Советы, которым можно следовать и которыми можно пренебречь [Электронный ресурс] / М. Р. Рокицкий - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-3061-3
5. Блокады в травматологии и ортопедии: учеб. - метод, пособие / О.Н. Чибисов - Кемерово: 2014. С. 51.