



ГОУ ВПО РГМУ им Н.И. Пирогова РОСЗДРАВА  
МОСКОВСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ

*К практическим занятиям по факультетской  
хирургии*



МОСКВА 2010

Методические разработки по факультетской хирургии.

Авторы: д.м.н. проф. Кузнецов М.Р., д.м.н. проф. Родионов С.В.,  
к.м.н. асс. Туркин П.Ю., к.м.н. асс. Голосницкий П.Ю., к.м.н. Комов К.В.  
Под общей редакцией д.м.н. проф. Болдина Б.В. 2010, 89 с.

В методических разработках освещены ключевые моменты этиологии и патогенеза, клиники, диагностики, дифференциального диагноза и лечения хирургических болезней, приведены их современные классификации. Разделы так же содержат ряд сведений из анатомии, патофизиологии, биохимии и других дисциплин, изученных студентами ранее, необходимых для подготовки по соответствующей теме. Приведен библиографический указатель.

Методические разработки предназначены для помощи студентам IV и V курсов в самоподготовке к практическим занятиям по факультетской хирургии.

ГОУ ВПО Российский государственный  
медицинский университет им. Н.И. Пирогова  
РосЗдрава, Москва, 2010

## Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>2</b>
<b>ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.....</b>	<b>4</b>
<b>НАРУЖНЫЕ БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ.....</b>	<b>8</b>
<b>ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.....</b>	<b>13</b>
<b>ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.....</b>	<b>18</b>
<b>ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ.....</b>	<b>22</b>
<b>ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....</b>	<b>27</b>
<b>ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.....</b>	<b>30</b>
<b>ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ .....</b>	<b>36</b>
<b>ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....</b>	<b>42</b>
<b>РАК ЖЕЛУДКА.....</b>	<b>45</b>
<b>ПЕРИТОНИТ.....</b>	<b>50</b>
<b>ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....</b>	<b>55</b>
<b>ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.....</b>	<b>60</b>
<b>ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ.....</b>	<b>62</b>
<b>ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГЧНОЙ АРТЕРИИ.....</b>	<b>65</b>
<b>ЭМБОЛИЯ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И МАГИСТРЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....</b>	<b>69</b>
<b>ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ.....</b>	<b>72</b>
<b>СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....</b>	<b>77</b>

## ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия передней брюшной стенки, слепой кишки и червеобразного отростка. Варианты расположения червеобразного отростка. Патоморфология отдельных форм острого аппендицита.

### **Этиология и патогенез.**

Этиологические факторы развития воспаления червеобразного отростка. Макро- и микроскопические изменения в червеобразном отростке при катаральном, флегмонозном и гангренозном аппендиците.

### **Клиника и диагностика.**

Характеристика болевого синдрома, диспепсических явлений, последовательность их возникновения и динамика развития. Симптом Кохера—Волковича.

Характерные изменения частоты пульса и температуры. Изменения со стороны языка. Данные визуального осмотра, аускультации, перкуссии и пальпации живота. Признаки раздражения брюшины, симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Бартомье—Михельсона и др. Значение вагинального и ректального исследования. Изменения со стороны крови.

Особенности клиники острого аппендицита в зависимости от формы острого аппендицита и вариантов расположения червеобразного отростка: типичное (латеральное, медиальное, переднее) и атипичное (тазовое, подпеченочное, ретроцекальное, забрюшинное), при беременности, у детей и стариков.

Симптомы (общие и местные), позволяющие дифференцировать катаральный, флегмонозный и гангренозный аппендицит.

### **Дифференциальный диагноз.**

Дифференциально-диагностические признаки (жалобы, анамнез, данные

объективного и инструментальных исследований), позволяющие отличить острый аппендицит от заболеваний следующих групп:

1. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости:

прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки;

острый холецистит;

острый панкреатит;

кишечная непроходимость;

воспаление Меккелева дивертикула;

терминальный илеит (Болезнь Крона).

2. Острые урологические заболевания:

а) почечная колика;

б) пиелонефрит;

в) паранефрит.

3. Острые гинекологические заболевания:

а) внематочная беременность и апоплексия яичника;

б) воспалительные заболевания (аднексит, метро-эндометрит, пиосальпинкс, гонорейный пельвеоперитонит).

4. Прочие заболевания:

а) пищевая токсикоинфекция;

б) правосторонняя плевропневмония.

Дифференциально-диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования (лапароскопии, УЗИ, рентгенологического исследования брюшной полости, экскреторной урографии, хромоцистоскопии, пункции заднего свода влагалища).

## **Лечение.**

Хирургическая тактика при остром аппендиците, ее обоснование.

Оперативные доступы (Волковича—Дьяконова, нижняя срединная лапаротомия), показания к их применению. Техника аппендэктомии.

Ретроградная аппендэктомия и показания к ней. Показания к ревизии

терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза. Показания к введению и выбор антибиотиков. Дренирование и тампонада брюшной полости, показания.

Видеолапароскопическая аппендэктомия (показания, противопоказания).

Ведение послеоперационного периода.

## **Осложнения острого аппендицита.**

### **1. Аппендикулярный инфильтрат.**

Понятие об аппендикулярном инфильтрате, механизм его образования, время возникновения от начала острого приступа. Динамика развития симптомов аппендицита до момента образования инфильтрата. Объективные данные со стороны живота.

Дифференциальная диагностика аппендикулярного инфильтрата от опухолей, актиномикоза слепой кишки. Течение и возможные исходы аппендикулярного инфильтрата.

Методика лечения (режим, питание, медикаментозная терапия, физиотерапевтические процедуры и их последовательность).

Прогноз и дальнейшая тактика лечения после рассасывания инфильтрата.

### **2. Периаппендикулярный абсцесс.**

Клинические (общие и местные) проявления. Характер температурной кривой, изменения со стороны анализа крови.

Диагностика: ультразвуковая, рентгенологическая, применение КТ.

Хирургическая тактика. Методика и объем оперативного вмешательства.

### **3. Тазовый абсцесс.**

Время возникновения, причины, клинические (общие и местные) признаки абсцесса Дугласова пространства. Диагностическое значение вагинального и ректального исследований. Техника вскрытия абсцесса.

### **4. Поддиафрагмальный абсцесс.**

Время возникновения, причины, клинические (общие и местные) признаки поддиафрагмального абсцесса, применяемые методы исследования брюшной

полости и грудной клетки (рентгенография, УЗИ, КТ). Методы вскрытия поддиафрагмального абсцесса.

### **5. Перитонит.**

Выбор хирургического доступа и техника операции при аппендиците, осложненном перитонитом.

### **6. Пилефлебит.**

Клиническая картина. Причины возникновения. Профилактика.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АППЕНДИЦИТА.**

### **Формы острого аппендицита:**

1. Катаральный.
2. Флегмонозный.
3. Гангренозный.
4. Перфоративный.
5. Эмпиема червеобразного отростка.

### **Осложнения острого аппендицита:**

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Периаппендикулярный абсцесс.
3. Тазовый абсцесс.
4. Поддиафрагмальный абсцесс.
5. Межкишечный абсцесс.
6. Забрюшинная флегмона.
7. Разлитой перитонит.
8. Пилефлебит.

### **Литература.**

1. Кригер А.Г., Федоров А.В. Острый аппендицит. М. 2002.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред. В.С. Савельева. М. 2004.

## НАРУЖНЫЕ БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия брюшной стенки, паховый канал, пупочная область. Развитие влагалищного отростка брюшины и процесс опускания яичка.

### **Этиология и патогенез.**

Определение понятия “грыжа”. Составные части грыжи. Анатомические особенности строения отдельных областей брюшной стенки и дефекты эмбрионального развития, создающие предпосылки для развития грыж. Местные и общие причины развития грыж. Факторы, предрасполагающие и производящие. Классификация грыж передней брюшной стенки. Понятие о скользящих грыжах. Типичные варианты скользящих грыж.

### **Клиника и диагностика.**

Динамика развития грыжевого выпячивания и болевых ощущений. Изменения величины и формы грыжи в различных положениях больного, при натуживании и кашле. Результаты перкуссии, аускультации и пальпации грыжевого выпячивания. Пальпация грыжевых ворот. Определение вправимости грыжи, симптома “кашлевого толчка”. Методика обследования больных с грыжами.

### **Лечение.**

Понятие о консервативном и оперативном лечении. Показания и противопоказания к оперативному вмешательству. Принципы операций при грыжах передней брюшной стенки, основные этапы вмешательства (грыжесечение, пластика передней брюшной стенки). Лапароскопическая герниопластика.

## **Отдельные виды грыж.**

### **Паховые грыжи.**

Анатомические предпосылки к развитию различных видов паховых грыж. Этиопатогенетические и анатомические различия прямой и косой паховых грыж (методика исследования, симптомы). Отличия врожденной паховой грыжи от приобретенной (время появления, отношение грыжевого мешка к семенному канатику). Отличия прямой от косой паховых грыж (время появления, расположение, форма, отношение к семенному канатику, направление кашлевого толчка, отношение к нижней эпигастральной артерии). Дифференциальная диагностика паховых грыж от бедренной грыжи, липомы, крипторхизма, водянки яичка, кисты круглой связки матки. Диафаноскопия.

Лечение. Основные этапы грыжесечения. Пластика пахового канала при косой грыже. Натяжная и ненатяжная герниопластика. Методы Мартынова, Жирара—Спасокукоцкого, Бассини, Постемского, Лихтенштейна. Принципиальные отличия этих методов. Операции Венкельмана, Бергмана при врожденной паховой грыже. Особенности оперативного вмешательства при скользящей грыже. Особенности послеоперационного периода.

### **Бедренные грыжи.**

Анатомические предпосылки к развитию бедренных грыж. Варианты бедренных грыж. Клинические признаки. Методика обследования больного. Дифференциальный диагноз с паховой грыжей, паховым лимфаденитом, расширением большой подкожной вены бедра. Методы оперативного лечения (Бассини, Руджи).

### **Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.**

Анатомические особенности. Клиника. Отличия от опухолей брюшной стенки, кисты урахуса. Значение исследования желудочно-кишечного тракта. Методы оперативного лечения (Мэйо, Сапежко). Хирургическая тактика при

пупочных грыжах в детском возрасте. Диастаз прямых мышц живота. Операция Чемпионера, Напалкова.

### **Рецидивные и послеоперационные грыжи.**

Определение этих понятий. Основные причины развития. Клинические проявления. Показания к операции. Методы оперативного лечения. Операция Понятия об ауто- и аллопластике. Лапароскопическая герниопластика при вентральных грыжах. Осложнения лапароскопической герниопластики.

### **Осложнения грыж.**

#### **Ущемление.**

Эластическое и каловое ущемление. Ретроградное и пристеночное ущемление. Клиническая картина. Значение анамнеза и объективных данных в диагностике ущемленной грыжи.

Местные симптомы (болевой синдром, данные перкуссии и пальпации грыжевого выпячивания, невраивимость, отсутствие кашлевого толчка) и общие симптомы, зависящие от того органа, который ущемлен. Дифференциальный диагноз с невраивимой грыжей, ложным ущемлением и пр. Хирургическая тактика при ущемленной грыже. Осложнения при самопроизвольном и насильственном вправлении грыж. Мнимое вправление. Особенности хирургической тактики при самопроизвольном и насильственном вправлении грыж. Предоперационная подготовка при ущемленной грыже. Особенности грыжесечения при ущемленной грыже. Способы улучшения кровообращения в ущемленном органе. Признаки жизнеспособности ущемленной кишки (цвет, перистальтика, пульсация краевых сосудов брыжейки). Показания к ее резекции, границы резекции, методы наложения межкишечных анастомозов.

#### **Воспаление грыжи (флегмона грыжевого мешка).**

Причины развития. Клинические признаки (анамнез, локальные симптомы,

признаки гнойной интоксикации). Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Основные этапы операции. Операция Грекова при воспаленной пупочной грыже. Особенности хирургической тактики при флегмоне грыжевого мешка другой локализации (паховая, бедренная грыжа). Операция Замтера.

**Невправимость.** Особенности диагностики и лечения.

**Копростаз.** Причины развития. Диагностика. Лечение.

## КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУЖНЫХ БРЮШНЫХ ГРЫЖ

### **Виды грыж:**

1. Паховая (прямая, косая).
2. Бедренная.
3. Пупочная.
4. Белой линии живота.
5. Поясничная (треугольника Пти).
6. Запирательного отверстия.
7. Спигелиевой линии.

### **По механизму образования:**

1. Приобретенная.
2. Врожденная.
3. Послеоперационная.
4. Травматическая.

### **Осложнения брюшных грыж:**

1. Ущемление.
2. Воспаление.
3. Невправимость.

4. Копростаз.
5. Повреждение грыжи.

**Разновидности ущемления:**

1. Пристеночное ущемление (Рихтеровское).
2. Ретроградное ущемление.
3. Ущемление Меккелева дивертикула (грыжа Литтре).

**Классификация грыж по L.M. Nyhus.**

I – Косая маленькая грыжа без расширения глубокого пахового кольца.

II – Косая грыжа с расширением глубокого кольца до 2 см но без вовлечения прямого пространства.

III – Ослабление пахового дна:

- a. Прямая грыжа.
- b. Большая косая грыжа, деформирующая прямое пространство.
- c. Бедренная грыжа.

IV - Любая рецидивная грыжа.

- a. Косая паховая грыжа.
- b. Бедренная грыжа.
- c. Комбинация косых, прямых паховых и бедренных грыж.

**Литература.**

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. МИА, Москва 2005.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под редакцией В.С. Савельева. Триада-Х, 2005 г., 640 стр.

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Синтопия желчевыводящих путей. Анатомия и функция желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков, сфинктера Одди. Желчевыделительная, пигментная и антитоксическая функция печени. Обмен желчных пигментов.

### **Этиология и патогенез.**

Основные этиологические факторы желчнокаменной болезни: обменные заболевания, застой желчи, инфекция. Роль фактора питания и наследственности в развитии холелитиаза. Факторы патогенеза камнеобразования: изменение Ph желчи, холелитохолестеринового коэффициента, появление положительно заряженных мукоидных и белковых веществ. Виды желчных камней.

### **Клиника и диагностика.**

Основные формы течения желчнокаменной болезни: латентная, диспепсическая, болевая приступообразная (печеночная колика) и болевая торпидная формы. Характеристика каждой формы заболевания. Диспепсические явления. Объективные данные со стороны живота. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Мюсси. Специальные методы диагностики желчнокаменной болезни: методы контрастного исследования желчевыводящих путей, прямые (ретроградная холангиопанкреатикография, прямая чрескожная чреспеченочная холангиография, интраоперационная холангиография) и непрямые (пероральный, внутривенный). Ультразвуковая эхолокация желчных путей. Гепатобилисцинтиграфия, компьютерная томография.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки, позволяющие отличить печеночную колику от острых

хирургических заболеваний органов брюшной полости (прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит, острый холецистит) и прочих заболеваний (дискинезия желчных путей, почечная колика, стенокардия). Признаки, позволяющие отличить торпидную форму желчнокаменной болезни от язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита, хронического панкреатита. Эндоскопические и рентгенологические методы уточнения диагноза.

### **Лечение.**

Обоснования консервативного и оперативного методов лечения. Консервативные лечебные мероприятия: диетотерапия, спазмолитики, санаторно-курортное лечение. Литолитическая терапия. Экстракорпоральная литотрипсия. Лечение печеночной колики. Оперативное лечение — холецистэктомия (от шейки, от дна). Холецистэктомия из мини-доступа. Лапароскопическая холецистэктомия.

### **Осложнения.**

Механическая желтуха, гнойный холангит, водянка желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, билио-дигестивные свищи, острый холецистит, острый панкреатит, холангиогенные абсцессы печени, кишечная непроходимость (обтурация тонкой кишки желчным камнем).

### **Механическая желтуха.**

Причины ее развития: холедохолитиаз, ущемленный камень фатерова соска, стриктура большого дуоденального сосочка. Клинические симптомы. Дифференциальная диагностика с паренхиматозной и гемолитической желтухой. Дифференциальная диагностика причин механической желтухи (рак головки поджелудочной железы, рак фатерова соска, первичный рак холедоха). Синдром Курвуазье, механизм его развития. Биохимические

показатели крови (билирубин, холестерин, щелочная фосфатаза, альдолаза, трансаминазы), характеристики мочи (желчные пигменты), кала (стеркобилин) при различных формах желтухи. Клиническое значение ультразвукового исследования, лапароскопии, чреспеченочной холангиографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, компьютерной томографии. Обоснование хирургической тактики при механической желтухе. Длительность предоперационной подготовки, медикаментозная терапия в этот период. Принципы хирургического лечения механической желтухи неопухолевого происхождения – применение эндоскопической папиллосфинктеротомии, эндоскопической литотрипсии и литоэкстракции, оперативные вмешательства на внепеченочных желчных протоках. Способы интраоперационного обследования внепеченочных желчных протоков: осмотр, пальпация, зондирование, операционная холангиография, холедхоскопия. Показания к холедохотомии и способы ее завершения, глухой шов холедоха, холедоходуоденостомия, папиллосфинктеротомия, дренаж через культю пузырного протока. Осложнения механической желтухи - холемические кровотечения, печеночно-почечная недостаточность, их лечение.

### **Гнойный холангит.**

Причины развития. Клинические признаки. Общие симптомы и абдоминальные проявления. Характер температурной кривой. Показатели клинического и биохимического анализов крови. Консервативное лечение холангита (инфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики и пр.). Предоперационная подготовка. Обоснование хирургической тактики. Хирургическое лечение холангита - холедохотомия, наружное дренирование холедоха, дренажи холедоха - Кера, Холстеда. Показания к назобилиарному дренированию.

### **Водянка желчного пузыря.**

Механизм развития (закупорка пузырного протока). Анамнестические данные и клинические симптомы (пальпация эластического гладкого смещаемого желчного пузыря). Дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить водянку желчного пузыря от опухоли почки, подвижной и опущенной почки. Лечение.

### **Желчно-кишечные свищи.**

Виды внутренних желчных свищей — холедохо-дуоденальный, холецисто-дуоденальный, желчно-кишечный. Причины их образования. Рентгенологические признаки внутреннего желчного свища (газ в желчных путях, попадание бариевой взвеси в желчные протоки). Принципы лечения.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

1. Латентная форма.
2. Диспепсическая форма.
3. Болевая форма (болевая приступообразная и болевая торпидная).

### **Осложнения желчнокаменной болезни:**

1. Холецистит.
2. Механическая желтуха.
3. Холангит.
4. Внутренние желчные свищи.
5. Наружные желчные свищи.
6. Обтурационная тонкокишечная непроходимость.

### **Литература.**

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. Желчнокаменная болезнь. М., 2000г., 144 стр.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред.

В.С. Савельева. М. 2004.

3. 80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. М. 2008г., 928 стр.

## ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия и синтопия желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

### **Этиология и патогенез.**

Острый холецистит как осложнение желчнокаменной болезни. Инфекционная теория. Пути проникновения инфекции в желчные протоки. Значение застоя желчи, конкрементов, сосудистых расстройств, аллергии, панкреатического рефлюкса в развитии острого холецистита. Визуальные и гистологические изменения в желчном пузыре при катаральном, флегмонозном, гангренозном холецистите.

### **Клиника и диагностика.**

Характеристика болевого синдрома, диспепсических явлений, последовательность их возникновения, динамика развития. Характерные изменения пульса и температуры. Изменения со стороны языка. Данные осмотра больного, пальпации, перкуссии и аускультации живота, признаки раздражения брюшины. Механизмы возникновения симптомов Кера, Ортнера, Мюсси, Мерфи. Изменения со стороны крови. Клинико-лабораторные данные, позволяющие дифференцировать катаральный, флегмонозный и гангренозный холецистит.

### **Дифференциальный диагноз.**

Дифференциально-диагностические признаки (жалобы, данные объективного обследования), позволяющие отличить острый холецистит от заболеваний следующих основных групп:

1. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости:
  - а) прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки;
  - б) острый панкреатит;

в) кишечная непроходимость;

г) острый аппендицит.

2. Урологические заболевания: почечная колика, воспалительные заболевания (пиелонефрит, паранефрит).

3. Прочие заболевания: правосторонняя плевропневмония, инфаркт миокарда.

4. Острые нехирургические заболевания желудочно-кишечного тракта: пищевая токсикоинфекция, гастрит, обострение язвенной болезни, дискинезия желчных путей.

Дифференциально-диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования (определение диастазы мочи, панкреатических ферментов крови, УЗИ, лапароскопия, обзорная рентгенография брюшной полости и области почек, экскреторная урография, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ).

### **Лечение.**

Хирургическая тактика при остром холецистите и ее обоснование. Консервативное лечение — показания, комплекс лечебных мероприятий (инфузионная терапия, антибиотики, спазмолитики и другие). Показания к экстренным и неотложным операциям. Виды холецистэктомии — ретроградная (“от шейки”) и антеградная (“от дна”). Показания к ним.

Холецистэктомия.

I. Косой лапаротомный доступ в правом подреберье. Верхнесрединная лапаротомия.

II. Трансректальный “мини” доступ.

III. Лапароскопическая холецистэктомия.

Показания к введению тампона в брюшную полость (околопузырный абсцесс, кровотечение из ложа желчного пузыря). Дренаж брюшной полости (дренаж Спасокукоцкого) - его назначение при операциях на желчных путях.

Показания к холецистостомии. Виды холецистостомии — “вплотную” и “на

протяжении”. Лапароскопическая холецистостомия. Холецистостомия под контролем УЗИ и КТ. Ведение послеоперационного периода у больных после холецистэктомии и холецистостомии.

### **Осложнения острого холецистита.**

1. Перфорация желчного пузыря. Клинические симптомы перфоративного холецистита — общие и местные. Хирургическая тактика при перфоративном холецистите. Особенности оперативного вмешательства при разлитом желчном перитоните (дренирование брюшной полости) и ограниченном перитоните (тампонада и дренирование абсцесса).

2. Эмпиема желчного пузыря. Механизм развития эмпиемы желчного пузыря (закупорка шейки пузыря или пузырного протока камнем, роль инфекции). Клиническая симптоматика - общие и местные проявления, анализ температурной кривой, изменения со стороны клинического анализа крови, пальпация увеличенного болезненного желчного пузыря.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

1. Каменный.
2. Бескаменный.

### **Формы острого холецистита:**

1. Катаральный.
2. Флегмонозный.
3. Гангренозный.
4. Перфоративный.
5. Эмпиема желчного пузыря.

### **Осложнения острого холецистита:**

1. Перитонит.
2. Околопузырный абсцесс.
3. Внутренние и наружные желчные свищи.

## **Литература.**

1. 80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. М., 2008г., 928 стр.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева. М., 2004.

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Особенности анатомии поджелудочной железы, определяющие клинические проявления ее заболеваний: забрюшинное расположение (поперечно длиннику тела на уровне II-III поясничных позвонков), синтопия, кровоснабжение, особенности иннервации (асимметрия), роль чревных нервов, солнечного сплетения, собственных сплетений поджелудочной железы. Сальниковая сумка. Система выводных протоков (главного и добавочного) и их связь с желчными путями. Физиология поджелудочной железы: Гидродинамика секреции, экскреторный и инкреторный аппараты, их топографическое расположение. Физиологическое значение трипсина, амилазы и липазы. Понятие об ингибиторах ферментов и гормонов.

### **Этиология и патогенез.**

Роль заболеваний желчных путей. Теория “общего канала”. Взаимосвязь заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы. Значение для развития заболевания нарушения диеты – алкогольный панкреатит. Роль заболеваний желудка, фатерова соска (папиллиты), двенадцатиперстной кишки (дуоденостаз); роль инфекции, аллергии, сосудистых расстройств, беременности и родов, операционной травмы и факторов, обуславливающих активизацию ферментов поджелудочной железы (гормональных, нервных).

Понятие о роли системы “трипсин — ингибитор трипсина” и калликреин-кининовой системы. Роль цитокинов. Первичные, вторичные и третичные факторы агрессии. Понятие о панкреатогенной токсинемии, системной воспалительной реакции.

Понятие о фазовости развития острого панкреатита. Три клинических периода в течении острого панкреатита (период гемодинамических расстройств, период функциональной недостаточности паренхиматозных органов, период гнойно-септических осложнений). Патологическая анатомия

и клинико-морфологическая классификация (отечный панкреатит, стерильный панкреонекроз, жировой, геморрагический и смешанный панкреонекроз).

### **Клиника и диагностика.**

Особенности болевого синдрома. Диспепсические расстройства. Анамнез заболевания (острота начала, связь с приемом пищи и алкоголя, быстрота нарастания симптомов). Триада Мондора (боль, рвота, метеоризм). Данные внешнего осмотра: конституция, поведение больного, окраска кожных покровов, локальное вздутие живота в эпигастрии и его причины. Данные объективного обследования. Симптомы Керте, Воскресенского, Мейо—Робсона. Перкуторные и аускультативные данные при исследовании живота. Признаки интоксикации. Клинические синдромы, определяющие прогноз и тяжесть течения заболевания (респираторный, гемодинамический, парез кишечника, перитонит, системная гиперферментемия, метаболический, печеночный, почечный). Значение лабораторных методов исследования: лейкоцитарная формула, СОЭ, амилазурия, активность ферментов поджелудочной железы в крови. Содержание глюкозы и кальция в сыворотке крови. Понятие о диагностических возможностях УЗИ, КТ, МРТ при остром панкреатите. Анализ перитонеального экссудата. Особенности клиники при отечной форме заболевания. Значение С реактивного белка и уровня прокальцитонина в диагностике распространенности некроза и инфицирования.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки, позволяющие отличить острый панкреатит от острого холецистита, прободной язвы, острого аппендицита, кишечной непроходимости, инфаркта кишечника.

## **Лечение.**

Обоснование лечебной тактики при остром панкреатите и его осложнениях (перитонит, флегмона забрюшинной клетчатки, абсцесс). Понятие о комплексном консервативном лечении. Значение гипосекреторного (аналоги соматостатина), антиферментного лечения, лечебного голодания, аспирации желудочного и дуоденального содержимого, локальной гипотермии, антибактериальной, спазмолитической терапии, противошоковой, инфузионной терапии и парентерального питания. Метод форсированного диуреза, экстракорпоральной детоксикации (плазмафереза и ультрафильтрации).

## **Хирургическое лечение.**

Малоинвазивные хирургические вмешательства (лапароскопическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и жидкостных образований забрюшинного пространства, чрескожные пункции жидкостных образований поджелудочной железы и забрюшинного пространства под контролем УЗИ и КТ). Показания к различным вариантам хирургического лечения.

Этапы хирургического вмешательства (лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки, некросеквестрэктомия, мобилизация поджелудочной железы и ободочной кишки, дренирование брюшной полости).

Понятие об абдоминализации поджелудочной железы, открытом, закрытом и полуоткрытом методах и дренирующих операциях при остром деструктивном панкреатите. Оперативные доступы. Показания к программируемым санациям брюшной полости. Методы экстракорпоральной детоксикации в послеоперационном периоде.

## **Осложнения.**

Инфильтрат и абсцесс сальниковой сумки, забрюшинная флегмона. Ложная и истинная (ретенционная) киста. Клиника и диагностика, обоснование лечебной тактики, сроков и методов оперативного вмешательства.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Отечный (интерстициальный) панкреатит.
2. Стерильный панкреонекроз.
3. Инфицированный панкреонекроз .

### Патоморфологические формы:

- а. жировой панкреонекроз.
- б. геморрагический панкреонекроз.
- в. смешанный панкреонекроз.

### По масштабу поражения:

- а. очаговый (мелко, крупно).
- б. субтотальный.
- в. тотальный.

### Прогностические критерии тяжести острого панкреатита по Ranson.

#### При поступлении

#### Через 48 часов

Возраст больного > 55 лет	Повышение азота мочевины > 1,8 ммоль/л
Лейкоцитоз > $16 \times 10^9$ /л	Снижение гематокрита > 10%
Глюкоза крови > 11 ммоль/л	Уровень кальция < 2 ммоль/л
ЛДГ сыворотки > 300МЕ	PO <sub>2</sub> артериальной крови < 60 мм рт. ст
АСТ сыворотки > 250 МЕ	Дефицит оснований > 4 мэкв/л
Дефицит ОЦК > 6 литров	

### Вероятная летальность по баллам.

0-2 – 5%	3-4 – 20%	5-6 – 40%	7-8 – 100%
----------	-----------	-----------	------------

## ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

### В доинфекционную фазу:

1. Перипанкреатический инфильтрат.
2. Некротическая асептическая флегмона забрюшинной клетчатки.
3. Ферментативный перитонит
4. Псевдокиста.
5. Аррозивные кровотечения.

**В септическую фазу:**

1. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки.
2. Панкреатогенный абсцесс.
3. Фибринозно-гнойный перитонит.
4. Инфицированная псевдокиста.
5. Внутренние и наружные панкреатические свищи.
6. Аррозивные кровотечения.

**Системные осложнения:**

1. Панкреатогенный шок при стерильном панкреонекрозе.
2. Септический шок при инфицированном панкреонекрозе.
3. Полиорганная недостаточность.

**Литература.**

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Под ред. В.С. Савельева. М., 2004.
2. 80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. М 2008г., 928 стр.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. М., 2008 г., 264с.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (Хронический панкреатит, кисты и опухоли поджелудочной железы)

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия железы, топографическая анатомия, взаимоотношения с окружающими органами.

### ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.

Этиологические факторы (острый панкреатит, желчнокаменная болезнь, заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения питания, алкоголизм). Патогенез и патологическая анатомия хронического панкреатита. Характеристика основных форм хронического панкреатита (рецидивирующего, болевого, желтушного). Особенности клинического течения хронического панкреатита в зависимости от его формы. Характер болей, их локализация, иррадиация, связь с приемами пищи, диспепсические расстройства, похудение, снижение трудоспособности. Несоответствие между многочисленными жалобами больного и скудными данными клинического обследования вне приступа. Болевые точки, зоны кожной гиперестезии, атрофия мышц и подкожной клетчатки передней брюшной стенки. Значение исследования желчных путей, желудка. Роль УЗИ, КТ, МРТ. Специальные методы исследования поджелудочной железы: компьютерная томография, дуоденография и дуоденометрия, гепатобилисцинтиграфия, двойная сахарная нагрузка, копрологическое исследование. Признаки хронического панкреатита, выявляемые с помощью этих методов исследования. Значение селективной ангиографии в распознавании хронического панкреатита. Лечение хронического панкреатита в зависимости от его формы. Оперативное лечение хронического панкреатита. Операции на желчных путях (холедоходуоденостомия, папиллосфинктеротомия, продольная панкреатоеюностомия), панкреатоэнтеростомия. Резекция поджелудочной железы.

## КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Определение понятия. Истинные и ложные кисты. Основные причины, приводящие к образованию кист. Классификация. Понятие о врожденных (дермоидные, тератоидные кисты, поликистозная дегенерация) и приобретенных (ретенционные или истинные, дегенеративные или ложные, паразитарные, неопластические) кистах. Патологическая анатомия кист поджелудочной железы. Значение анамнеза, болевого синдрома и диспепсических расстройств. Значение объективного исследования (пальпация). Рентгенодиагностика кист поджелудочной железы (признак Тэна). УЗИ, КТ, МРТ поджелудочной железы. Лабораторные данные. Тест гиперамилаземии и амилазурии. Дифференциально-диагностические отличия кист поджелудочной железы от аневризмы аорты, рака желудка и поперечной ободочной кишки, гидронефроза, кист брыжейки кишечника, рака поджелудочной железы. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Операции наружного (марсупиализация) и внутреннего (цисто-энтероанастомоз) дренирования кист поджелудочной железы.

## ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Понятие о доброкачественных и злокачественных опухолях экзокринной и эндокринной тканей поджелудочной железы.

### **Рак поджелудочной железы.**

Основные локализации, пути метастазирования. Клиника рака поджелудочной железы. Значение и характерные особенности болевого синдрома, анорексии, немотивированного похудения и лихорадки. Особенности течения и симптоматики рака поджелудочной железы в зависимости от локализации: иррадиация болей, желтуха и синдром Курвуазье, синдром портальной гипертензии и асцит, глюкозурия. Значение инструментальных методов исследования в диагностике рака поджелудочной железы: дуоденография, гастродуоденоскопия, лапароскопия,

чреспеченочная перкутанная холангиография, ангиография. УЗИ, КТ, МРТ поджелудочной железы. Дифференциально-диагностические отличия от рака желудка, рака поперечно ободочной кишки, хронического панкреатита, рака почки. Методы хирургического лечения. Понятие о паллиативных и радикальных операциях: резекция поджелудочной железы; панкреатодуоденальная резекция; панкреатэктомия; холецистоэнтеро- и холецистогастроанастомозы. Химиотерапия.

### **Прочие опухоли.**

Доброкачественные и злокачественные опухоли островков Золлингера-Эллисона поджелудочной железы: гормонпродуцирующая аденома инсулярной ткани (инсулинома). Особенности клинического течения. Значение гипергликемии в развитии приступа “гиперинсулинизма”. Механизм симптомов гиперинсулинизма: острое чувство голода, страх, вялость, сонливость, холодный пот, судороги. Данные обследования во время приступа. Данные анамнеза (булимия). Трудности диагноза и дифференциального диагноза в связи с наличием пограничной гипогликемии (диэнцефальной, спонтанной). Значение УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии и общеклинического обследования. Ульцерогенная злокачественная и доброкачественная аденома. Особенности клинического течения аденомы (гиперацидизм). Причины развития гиперацидизма и злокачественно текущей язвенной болезни. Диагностика (значение рецидивирующего течения, явлений гиперацидизма и биологической пробы), дифференциальный диагноз с язвенной болезнью.

### **Литература.**

1. Кубышкин В.А. Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М., Медпрактика 2003.
2. Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. М., 1970.

## ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия тонкой и толстой кишки, её брыжейки. Кровоснабжение. Пути лимфооттока.

### **Этиология и патогенез.**

Предрасполагающие и производящие факторы в развитии кишечной непроходимости. Расстройства кровоснабжения и всасывания в кишечнике. Изменение перистальтики. Патогенез патофизиологических нарушений в организме: болевой шок; потеря жизненно важных микроэлементов; аутоинтоксикация.

### **Клиника и диагностика.**

Характеристика болевого синдрома: интенсивность болей, характер, периодичность и локализация в зависимости от вида кишечной непроходимости (обтурационная и странгуляционная) и длительности заболевания. Рвота: частота, характер рвотных масс по мере прогрессирования заболевания (рефлекторная, застойная, каловая) и в зависимости от локализации препятствия. Задержка стула и газов: время появления и выраженность этих симптомов при высокой и низкой кишечной непроходимости. Прочие симптомы: тошнота, жажда, сухость во рту, икота, отрыжка. Последовательность появления симптомов, быстрота их нарастания и интенсивность в зависимости от вида и уровня непроходимости.

Роль анамнеза для диагностики (перенесенные операции, воспалительные заболевания органов брюшной полости, характер питания, ранения брюшной полости, глистные инвазии).

Объективные признаки болезни: поведение и вид больного, общее состояние в зависимости от стадии заболевания.

Необходимость осмотра грыжевых ворот. Клинические признаки

интоксикации и обезвоживания. Данные осмотра, перкуссии, сукуссии, аускультации и пальпации живота. Симптомы Валя, Склярова, Тевенара, Шимана. Диагностическое значение пальцевого ректального исследования, симптомы Обуховской больницы, Цеге-Мантейфеля. Периоды острой кишечной непроходимости: начальный (стадия боли), промежуточный (кажущегося утихания), поздний (терминальный). Рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости: исследование пассажа бария (тонкокишечная непроходимость), ирригоскопия (толстокишечная непроходимость). Ректороманоскопия. Колоноскопия. Значение общего анализа крови и мочи, уровня гематокрита, биохимического анализа крови, содержания электролитов, кислотно-щелочного состояния для выявления степени обезвоживания и метаболических расстройств.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки, отличающие острую кишечную непроходимость от острых хирургических заболеваний брюшной полости (прободная язва, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, инфаркт кишечника) и прочих заболеваний (почечная колика, пневмония, инфаркт миокарда).

### **Лечение.**

Обоснование консервативно-выжидательной тактики при острой кишечной непроходимости (за исключением случаев бесспорно доказанной странгуляции и наличия перитонита). Лечебно-диагностический комплекс: опорожнение и промывание желудка, спазмолитическая терапия, сифонная клизма. Роль этих мероприятий в дифференциации между механической и динамической непроходимостью, полной и частичной. Дезинтоксикационная терапия, коррекция метаболических нарушений. Показания к оперативному вмешательству. Общие принципы хирургического лечения. Обезболивание и операционные доступы. Операционная диагностика кишечной непроходимости. Признаки жизнеспособности кишки (цвет, перистальтика,

пульсация краевых сосудов брыжейки). Методы оживления кишечника. Принципы резекции отделов кишечника, виды анастомозов, обходные анастомозы. Методы удаления токсического кишечного содержимого. Послеоперационное ведение больных: компенсация потерь жидкости, электролитов, белка, коррекция кислотно-щелочного состояния, борьба с парезом кишечника.

## ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

### **Заворот.**

Заворот тонкой кишки. Теория С.И. Спасокукоцкого. Клиника. Диагностика. Методы хирургического лечения (раскручивание, резекция кишечника). Заворот сигмовидной кишки. Причины (долихосигма, мегасигма). Клинические признаки. Принципы хирургического лечения: резекция нежизнеспособной кишки, резекция с выведением одноствольной сигмостомы. Паллиативные вмешательства, препятствующие рецидиву заворота (мезосигмопликация по Гаген—Торну, сигмопексия). Заворот слепой кишки. Предрасполагающие причины. Клиника. Методы хирургического лечения (резекция илеоцекального угла, цекопексия, цекопликация) и показания к ним.

### **Узлообразование.**

Причины узлообразования. Особенности симптоматики. Оперативное лечение.

### **Ущемление.**

Виды ущемления (внутреннее, в наружных брюшных грыжах). Диагностика и лечение.

### **Инвагинация.**

Причины инвагинации, особенности инвагинации в детском возрасте: клиника илеоцекальной инвагинации. Консервативное и хирургическое лечение.

### **Обтурационная непроходимость.**

Опухоли толстой кишки как основная причина обтурационной непроходимости. Прочие причины. Клиника обтурационной непроходимости опухолевого происхождения. Данные анамнеза: “синдром малых признаков”, расстройство функции кишечника, патологические выделения из анального отверстия, особенности течения опухолей левой и правой половины толстой кишки. Данные объективного исследования. Рентгенодиагностика. Ректороманоскопия. Колоноскопия. Ультразвуковая диагностика. Компьютерная томография. Хирургическая тактика. Радикальные и паллиативные операции и показания к ним. Признаки неоперабельности. Онкологические принципы радикальных операций при раке толстой кишки. Особенности оперативных вмешательств в зависимости от локализации опухоли. Одномоментные, двухмоментные радикальные операции при раке толстой кишки. Оперативное лечение обтурационной кишечной непроходимости на почве инородных тел, каловых и желчных камней.

### **Спаечная непроходимость.**

Разновидности спаечной кишечной непроходимости (обтурационная, странгуляционная). Диагностика: значение анамнеза и данных осмотра. Клиническая картина. Хирургическая тактика. Методы оперативных вмешательств.

### **Динамическая непроходимость.**

Причины, клиника, диагностика и лечение спастической непроходимости. Паралитическая непроходимость.

Основные причины: перитонит, панкреатит, состояние после чрезбрюшинных вмешательств, рефлекторная, динамическая непроходимость при прочих заболеваниях. Особенности клиники. Обоснование консервативной тактики.

**Лечение:**

Устранение причины паралитической непроходимости, паранефреальная блокада, аспирация желудочного содержимого, стимуляция моторной функции кишечника, коррекция метаболических нарушений.

## КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**По происхождению:**

1. Врожденная.
2. Приобретенная.

**По состоянию пассажа кишечного содержимого:**

1. Полная.
2. Частичная.

**По уровню проходимости:**

1. Высокая (тонкокишечная).
2. Низкая (толстокишечная).

**По причинному фактору:**

1. Механическая.
2. Динамическая.

## **Виды кишечной непроходимости.**

### **А. Механическая кишечная непроходимость.**

#### 1. Обтурационная:

- а) сдавление кишки извне (рубцы, опухоли, кисты и т. д.);
- б) закупорка просвета кишки (желчные, каловые камни, инородные тела, аскариды и т.д.);
- в) сужение просвета кишки (злокачественные и доброкачественные опухоли, стриктуры и т.д.);

#### 2. Странгуляционная:

- а) ущемление;
- б) заворот;
- в) узлообразование;

#### 3. Смешанная:

- а) спаечная;
- б) инвагинация.

### **Б. Динамическая кишечная непроходимость.**

- 1. Спастическая.
- 2. Паралитическая.

### **Литература.**

- 1. Синченко Г.И., Курьгина А.А., Багненко С.Ф. Хирургия острого живота. СПб. 2007 г., 512 стр.
- 2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М., 2004.

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки. Отделы желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровоснабжение, венозный отток. Иннервация (симпатическая, парасимпатическая). Функция желудка (секреторная, экскреторная, моторная, инкреторная). Физиология желудочной секреции: базальная секреция, стимулированная. Влияние нервных факторов и биологически активных веществ (гастрин, гистамин) на секрецию желудочного сока.

### **Этиология и патогенез.**

Теория возникновения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: пептическая, кортиковисцеральная. Стадии развития язвы: острая — хроническая — каллезная — пенетрирующая. Типичные локализации язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке. Роль *Helicobacter pylori*.

### **Клиника и диагностика.**

Особенности клинической картины заболевания в зависимости от локализации язвы (в желудке, двенадцатиперстной кишке). Эзофагогастродуоденоскопия. Методы изучения желудочной секреции и моторной функции желудка. Рентгенодиагностика — прямые и косвенные признаки язвы.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки, позволяющие отличить язвенную болезнь от гастрита, рака желудка, хронического панкреатита, желчнокаменной болезни. Роль инструментальных методов исследования.

### **Лечение язвенной болезни.**

Консервативная терапия. Применение блокаторов протонной помпы, H<sub>2</sub> гистаминовых блокаторов, антацидных препаратов, средств, улучшающих моторику желудка. Роль и компоненты антихеликобактерной терапии.

Показания к операции. Типичная резекция 2/3 желудка. Способы Бильрот — I и Бильрот — II, их модификация. Экономная резекция желудка в сочетании с ваготомией (стволовой, селективной). Ваготомия в сочетании с дренирующими операциями (пилоропластика, гастроэнтероанастомоз - передний и задний).

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

### **Прободная язва.**

Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

Триада Мондора: кинжальная боль, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, язвенный анамнез.

Болевой синдром, динамика болей, их интенсивность. Признаки болевого шока, интоксикации, перитонита. Исследование живота (напряжение мышц брюшной стенки, ладьевидная форма, положительный симптом Щеткина, отсутствие печеночной тупости). Частота пульса, температура тела. Стадии шока, мнимого благополучия и гнойного перитонита. Разновидности прободения (в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация). Особенности клинической картины прикрытой перфорации. Значение инструментальных методов исследования — рентгеноскопии брюшной полости, лапароскопии. Дифференциальный диагноз с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости: острый аппендицит, острый холецистит, печеночная колика, тромбоз мезентериальных сосудов. Обоснование абсолютных показаний к оперативному лечению. Резекция желудка, ушивание прободной язвы. Стволовая ваготомия, иссечение язвы,

пилоропластика. Консервативное лечение. Метод Тейлора.

### **Кровотечение.**

Типичная локализация кровоточащих язв. Три группы симптомов:

1. Симптомы кровотечения в желудочно-кишечный тракт (рвота жидкостью цвета «кофейной гущи», мелена);
2. Симптомы острой кровопотери — коллапс, бледность, гипотония, тахикардия, снижение гемоглобина, гематокрита;
3. Язвенный анамнез.

Диагностика.

Значение инструментальных методов исследования (эзофагогастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, ангиография при продолжении кровотечения из неустановленного источника). Степени кровопотери. Дифференциальный диагноз с кровотечениями в желудочно-кишечный тракт иной этиологии (синдром Мэллори-Вейса, кровотечение из варикозных вен пищевода, распадающейся опухоли желудка, синдром Дъелафуа, болезнь Рандю-Вебера-Ослера, кровотечение из толстой и тонкой кишки, геморроидальное кровотечение).

Дифференциальный диагноз с легочным кровотечением.

Лечение.

Консервативное лечение: диета; применение гемостатических препаратов (этамзилат натрия, викасол, аминокaproновая кислота); плазматрансфузия, гемотрансфузия; снижение секреторной и моторной функций желудка (блокаторы протонной помпы); аналоги соматостатина; антихеликобактерная терапия. Эндоскопическая остановка кровотечения и профилактика его рецидива (диатермо и плазменная коагуляция, алкоголизация, клипирование). Оперативное лечение. Показания к экстренным и срочным оперативным вмешательствам. Гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы. Ваготомия с иссечением язвы или прошиванием кровоточащего сосуда,

пилоропластика. Резекция желудка.

### **Классификация риска рецидива желудочного кровотечения по эндоскопическим признакам по Forrest.**

Тип F I – активное кровотечение:

I a – пульсирующей струей;

I b – диффузное паренхиматозное;

I c – капиллярное.

Тип F II – признаки недавнего кровотечения:

II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

II b – фиксированный тромб – сгусток;

II c – плоское черное дно язвы (гематин);

Тип F III – язва с чистым (белым) дном.

### **Стеноз привратника.**

Клиническая картина в зависимости от стадии (компенсации, субкомпенсации, декомпенсации). Нарушения метаболизма при стенозе выходного отдела желудка (обезвоживание, потеря электролитов, алкалоз, почечная недостаточность). Клинические симптомы: диспепсические явления, особенности рвоты, “шум плеска”, признаки метаболических нарушений.

Диагностика. Рентгенологические симптомы. Результаты гастроскопии.

Лечение. Принципы и задачи консервативной инфузионной терапии в рамках предоперационной подготовки.

Показания к оперативному лечению. Варианты оперативного лечения (пилоропластика в сочетании с ваготомией, резекция желудка).

### **Пенетрация.**

Морфологическая характеристика пенетрирующей язвы. Клиническая характеристика — изменение болевого синдрома, иррадиации болей.

Рентгенологические особенности пенетрирующей язвы. Особенности оперативного лечения.

### **Малигнизация.**

Синдром малых признаков. Клинические и рентгенологические признаки малигнизации язвы. Значение гастроскопии, биопсии. Обоснование абсолютных показаний к оперативному лечению. Особенности оперативного вмешательства при малигнизированной язве.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

### **По локализации:**

1. Язвы антрального отдела.
2. Язвы тела желудка.
3. Язвы суб- и кардиального отдела.
4. Язвы двенадцатиперстной кишки.

### **По течению заболевания:**

#### а) неосложненные язвы:

1. острая язва.
2. хроническая, рецидивирующая.

#### б) Осложненные язвы:

1. Перфоративная.
2. Пилородуоденальный стеноз.
3. Стенозирующая.
4. Пенетрирующая.
5. Перерождающаяся в рак.

### **Литература.**

1. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной

полости. М., 2004 г.

2. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. М., Медицина, 1996 г.
3. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 2002 г.

## ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Кровоснабжение тонкой и толстой кишки (основные артериальные магистрали) и венозный отток.

### **Этиология и патогенез.**

Определение понятия “инфаркт кишечника”. Артериальный и венозный инфаркт. Анемический инфаркт. Понятие об окклюзивном и неокклюзивном инфаркте кишечника. Виды окклюзии брыжеечных сосудов (эмболия, артериальный и венозный тромбозы). Неокклюзивные факторы нарушения кровообращения (ангиоспазм, стеноз сосудов). Локализация и протяженность инфаркта кишечника в зависимости от уровня и вида нарушения мезентериального кровообращения. Роль сердечно-сосудистых заболеваний в патогенезе острых нарушений мезентериального кровообращения (пороки сердца, мерцательная аритмия, инфаркт миокарда и пр.). Значение сердечной декомпенсации, шока, аллергии, интоксикации, злокачественных новообразований.

### **Клиника и диагностика.**

Клиническая классификация в зависимости от вида нарушения мезентериального кровообращения, зоны поражения, стадии заболевания. Стадия ишемии, инфаркта, перитонита. Общая симптомология (в зависимости от стадии): боли, рвота, нарушение стула. Общее состояние, поведение и вид больных. Нарушения гемодинамики. Данные осмотра, пальпации, перкуссии в аускультации живота. Симптом Блинова, ректальное исследование. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Наличие эмбологенного заболевания (при эмболии брыжеечных сосудов). Рентгенодиагностика. Симптомы утолщения кишечной стенки, деструкции слизистой, наличия газ в кишечной стенке. Ангиография, признаки

компенсированного и декомпенсированного расстройства кровообращения.  
Лапароскопия. Лабораторные исследования.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки, позволяющие отличить инфаркт кишечника от инфаркта миокарда, острого панкреатита, кишечной непроходимости, прободной язвы желудка, острого аппендицита, кишечного кровотечения, инфаркта почки, селезенки.

### **Лечение.**

Показания к оперативному лечению инфаркта кишечника. Обезболивание. Операции на сосудах (эмболэктомия, тромбинтимэктомия, реимплантация артерии в аорту, шунтирование). Типичные схемы резекций кишечника, комбинация операций на сосудах с резекцией кишечника. Тактика наложения отсроченных анастомозов. Особенности ведения послеоперационного периода.

Программируемая релапаротомия. Показания. Сроки вмешательства. Особенности лечения неокклюзионного инфаркта кишечника. Антикоагулянтная терапия. Борьба с интоксикацией, обезвоживанием, нарушением электролитного баланса, терапия основного заболевания. Спазмолитическая терапия.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

### **Виды нарушений:**

#### **А. Окклюзионные:**

1. Эмболия.
2. Тромбоз артерий.
3. Тромбоз вен.

4. Прикрытие устьев артерий со стороны аорты вследствие ее атеросклероза и тромбоза.
5. Окклюзия артерий в результате расслоения стенок аорты.
6. Сдавление (прораствание) сосудов опухолями.
7. Перевязка сосудов.

#### **Б. Неокклюзионные:**

1. Стеноз артерий.
2. Ангиоспастическая.
3. Связанная с централизацией гемодинамики.

#### **Стадии болезни:**

1. Стадия ишемии (геморрагического пропитывания при венозном тромбозе).
2. Стадия инфаркта кишечника.
3. Стадия перитонита.

#### **Течение:**

1. С компенсацией мезентериального кровотока.
2. С субкомпенсацией мезентериального кровотока.
3. С декомпенсацией мезентериального кровотока (быстро прогрессирующее течение, медленно прогрессирующее течение).

#### **Литература.**

- 1.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С.Савельева. М. 2004 с.206—211.
- 2.Савельев В.С., Спиридонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. М. 1979.

## РАК ЖЕЛУДКА

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия желудка, деление его на отделы. Кровоснабжение и иннервация. Пути лимфооттока из желудка.

### **Этиология и патогенез.**

Предраковые заболевания желудка (хронический гастрит, полипоз, железная язва). Роль профессиональных и бытовых вредностей, а также наследственных факторов в развитии заболевания. Клинико-анатомическая классификация рака желудка. Пути метастазирования по А.В. Мельникову.

### **Клиника и диагностика.**

Синдром “малых признаков”. Пищевой дискомфорт, потеря веса, общая слабость, болевой синдром, рвота. Данные объективного обследования. Важность клинического выявления метастазов Вирхова, Шнитцлера, Крукенберга, сестры Джозеф, Айриша. Исследования желудочной секреции. Гастроскопия с биопсией. Значение рентгенологического исследования желудка. Рентгенологические признаки опухоли. Лапароскопия, показания к ней. Значение УЗИ и компьютерной томографии. Зависимость характера клинического течения рака желудка от его локализации, гистологической структуры, стадии заболевания, возраста больного. Особенности клинической картины в зависимости от локализации рака желудка.

### **Дифференциальный диагноз.**

Проводится с хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка, полипозом, неэпителиальными опухолями желудка (фибромы, невриномы), с кистой поджелудочной железы, околожелудочными опухолями (исходящими из желудочноободочной связки, раком печени, раком желчного пузыря). Значение инструментальных методов исследования (рентгенологические,

эндоскопические, биопсия, ангиография, КТ) в дифференциальной диагностике.

### **Лечение.**

Показания и противопоказания к операции. Особенности предоперационной подготовки в зависимости от локализации рака желудка.

Понятие о радикальных и паллиативных операциях. Онкологические принципы радикальности оперативных вмешательств (D-2; D-3).

Радикальные операции при раке желудка (резекции желудка, гастрэктомия).

Комбинированные операции в зависимости от локализации опухоли.

Оперативные доступы (чрезбрюшинный, торакоабдоминальный). Виды паллиативных операций (гастроэнтероанастомоз, паллиативная резекция, гастростомия), показания к ним. Химиотерапия. Комбинированное лечение.

## **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА**

### **По локализации:**

1. Рак пилороантрального отдела.
2. Рак тела желудка.
3. Рак кардиального отдела.

### **По характеру роста:**

1. Экзофитный (полиповидный, грибовидный, блюдцеобразный).
2. Инфильтративный (язвенно-инфильтративный, диффузный рак фиброзного и коллоидного типа).
3. Смешанной формы.

### **По гистологическому строению:**

1. Аденокарцинома.
2. Мозговик.
3. Скирр.
4. Коллоидный рак.

### **По стадиям:**

- 1 стадия — опухоль до 2 см, ограниченная поражением только слизистой.
- 2 стадия — опухоль 4-5 см с поражением подслизистого и мышечного слоя.
- 3 стадия — опухоль значительных размеров с прорастанием серозной оболочки желудка, метастазы в регионарные лимфоузлы.
- 4 стадия — обширное поражение желудка с переходом на соседние органы, отдаленные метастазы.

### **Классификация TNM.**

- Стадия 1 -    T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>  
                  T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>
- Стадия 2 -    T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>  
                  T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>
- Стадия 3 -    T<sub>1</sub> N<sub>2-3</sub> M<sub>0</sub>  
                  T<sub>2</sub> N<sub>2-3</sub> M<sub>0</sub>  
                  T<sub>3</sub> N<sub>0-3</sub> M<sub>0</sub>
- Стадия 4 -    T<sub>1-4</sub> N<sub>1-3</sub> M<sub>1</sub>

### **T (tumor) — опухоль.**

Характеризует размеры образования, распространенность на отделы пораженного органа, прорастание окружающих тканей.

- T<sub>0</sub> — признаки первичной опухоли отсутствуют.
- T<sub>is</sub> (in situ) — внутриэпителиальная опухоль.
- T<sub>1</sub> — опухоль занимает незначительную часть стенки желудка.
- T<sub>2</sub> — опухоль занимает половину окружности желудка.
- T<sub>3</sub> — опухоль занимает более 2/3 или всю окружность желудка.
- T<sub>4</sub> — опухоль занимает более 2/3 или всю окружность желудка и (или) прорастает в соседние органы.

**N (nodes) — узлы (лимфоузлы)** наличие метастазов в регионарных (местных) лимфоузлах.

- $N_x$  — нет данных о наличии метастазов в регионарных лимфоузлах (больной недообследован).
- $N_0$  — в регионарных лимфоузлах нет метастазов.
- $N_1$  — метастазы в коллекторе 1-го порядка (по большой и малой кривизне желудка).
- $N_2$  — метастазы в коллекторе 2-го порядка (препилорические, паракардиальные, лимфоузлы большого сальника).
- $N_3$  — метастазами поражаются парааортальные лимфоузлы (коллектор 3-го порядка, возле аорты), неудаляемые при операции. На этой стадии полностью удалить злокачественную опухоль невозможно.

**M (metastasis).** Характеризует наличие **отдаленных метастазов.**

- $M_0$  — отдаленных метастазов нет.
- $M_1$  — есть хотя бы один отдаленный метастаз.

**Дополнительные параметры классификации TNM:**

**G (gradus) — степень злокачественности.**

Определяется гистологически (под световым микроскопом) по **степени дифференцировки** клеток.

- $G_1$  — опухоли низкой степени злокачественности (высокодифференцированные).
- $G_2$  — средней злокачественности (низкодифференцированные).
- $G_3$  — высокой степени злокачественности (недифференцированные).

## **P (penetration) — проникновение.**

Только для опухолей полых органов. Показывает степень **прорастания их стенки.**

- P<sub>1</sub> — в пределах слизистой.
- P<sub>2</sub> — прорастает в подслизистую.
- P<sub>3</sub> — прорастает в мышечный слой (до серозного).
- P<sub>4</sub> — прорастает серозную оболочку и выходит за пределы органа.

## **Литература.**

1. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. М., 1976 г., с. 8—79.
2. 80 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева М., 2008 г.
3. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А, Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. ИздАТ, 2004 г.

## ПЕРИТОНИТ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомо-физиологические свойства брюшины.

### **Этиология и патогенез.**

Определение понятия. Классификация перитонитов. Источник развития: деструктивный аппендицит, холецистит, перфорация язв и опухолей желудочно-кишечного тракта, гинекологические заболевания, травмы живота, кишечная непроходимость, послеоперационные осложнения.

Характеристика источников перитонита и возбудителей воспалительного процесса в брюшной полости. Особенности распространения воспалительного процесса в брюшной полости в зависимости от источника перитонита.

Роль и характер изменений всасывательной способности брюшины в процессе развития перитонита. Развитие паралитической кишечной непроходимости. Причины обезвоживания и потери электролитов, гипо- и диспротеинемия, изменения кислотно-щелочного состояния. Влияние интоксикации и обменных нарушений на функцию сердечно-сосудистой системы, печени, почек.

### **Клиника и диагностика распространенного перитонита.**

Признаки интоксикации. Исследование живота. Внешний осмотр (втянутый и вздутый живот, отставание в акте дыхания отдельных областей и пр.). Данные аускультации, перкуссии и пальпации (ослабление или отсутствие кишечных шумов, притупление в отлогах местах живота, локальная или диффузная болезненность, напряжение мышц живота, симптом Щеткина—Блумберга). Значение вагинального и ректального исследований. Общие и местные проявления перитонита в зависимости от стадии заболевания. Максимальное напряжение защитных механизмов и преимущественно

местные проявления (боль, напряжение мышц, симптом Щеткина) в реактивной стадии перитонита (12—24 ч. от начала заболевания). Дифференциальный диагноз (с почечной и печеночной коликами, базальной пневмонией, инфарктом миокарда, пищевой токсикоинфекцией и др.).

Преобладание в клинической картине синдрома интоксикации (“лицо Гиппократата”, частый слабый пульс, снижение артериального давления, симптом “токсических ножниц”, жажда, сухой язык, снижение диуреза, рвота застойным содержимым желудка, задержка газов и пр.). Ослабление мышечного напряжения, вздутие живота, развитие паралича кишечника в токсической стадии перитонита (24—48 ч. от начала заболевания).

Дифференциальный диагноз в этой стадии (панкреонекроз, механическая кишечная непроходимость, инфаркт кишечника и др.).

Признаки глубокого токсического шока (угнетение центральной нервной системы и функции вегетативной нервной системы), признаки сердечно-легочной и почечно-печеночной недостаточности в терминальной стадии перитонита (после 48—72 ч. заболевания). Абдоминальный сепсис, тяжелый сепсис, септический шок. Понятие системной воспалительной реакции.

### **Лечение распространенного перитонита.**

Нормализация обменных и функциональных нарушений в организме при перитоните в предоперационном периоде. Целесообразность общего обезболивания и широких оперативных доступов при распространенном перитоните. Этапы операции: устранение источника перитонита, удаление воспалительного экссудата и некротических тканей, промывание брюшной полости. Методы дренирования брюшной полости в зависимости от распространения перитонита. Назоинтестинальная интубация.

Понятие о перитонеальном диализе. Показания к тампонаде брюшной полости (неустраненный источник перитонита, абсцессы брюшной полости, обильные наложения некротических тканей в области источника перитонита, паренхиматозное кровотечение). Релапаротомия по требованию и по

программе.

Основные принципы послеоперационного ведения больных перитонитом.

Дезинтоксикационная терапия (нормализация водно-солевого баланса, белковых нарушений и расстройств функций органов и систем).

Антибактериальная терапия и пути введения антибиотиков.

Восстановление функции желудочно-кишечного тракта.

Использование длительной аспирации из желудка, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, применение ацетилхолинэстеразных препаратов, токов Бернара. Профилактика сердечно-сосудистых и легочных осложнений. Возможные исходы перитонита. Раннее выявление осложнений со стороны брюшной полости.

### **Ограниченный перитонит.**

Основные причины развития подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов, тазового абсцесса, периаппендикулярного абсцесса и межкишечного гнойника. Понятие о первичных и резидуальных гнойниках.

Клиническая картина. Общие признаки интоксикации и местные признаки гнойника. Значение рентгенологического исследования, УЗИ, КТ, МРТ в диагностике абсцессов брюшной полости. Признаки тазового абсцесса. Значение ректального и вагинального исследований. Лечебная тактика. Роль ранней диагностики и раннего вскрытия гнойника.

Особенности оперативной техники при поддиафрагмальном абсцессе (чрескожная пункция под контролем УЗИ и КТ).

Техника вскрытия тазового абсцесса.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТОВ**

### **По этиологии:**

1. Первичный.
2. Вторичный (заболевания органов бр. полости).
3. Третичный.

**По распространению:**

1. Местный (ограниченный, неограниченный).
2. Распространенный.
3. Разлитой (диффузный).

**По характеру выпота:**

1. Серозный.
2. Фибринозный.
3. Гнойный.
4. Каловый.
5. Желчный.
6. Геморрагический.
7. Химический.
8. Ферментативный.

**По стадиям:**

1. Реактивная.
2. Токсическая.
3. Терминальная.

**Осложнения перитонита.****I. Внутрибрюшные:**

- a. Внутрибрюшные абсцессы.
- b. Оментит.
- c. Наружные и внутренние свищи ЖКТ.

**II. Внебрюшные:**

- a. Раневые (флегмона бр. стенки, эвентрация).
- b. Инфекции респираторного тракта.
- c. Ангиогенные инфекционные осложнения.
- d. Уроинфекции.

## **Литература.**

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С.Савельева, М., 2004.
2. 50 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева, М., 2004.
3. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979, 183 стр.

## ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия венозной системы нижних конечностей (поверхностные, глубокие и перфорирующие вены, клапанный аппарат вен, его функция). Физиология венозного оттока из нижних конечностей (факторы, обуславливающие ток крови по венам от периферии к центру).

### **Этиология и патогенез.**

Факторы предрасполагающие (наследственность, гормональные влияния) и производящие (различные причины, приводящие к гипертензии в поверхностных венах и несостоятельности их клапанов).

### **Клиника и диагностика.**

Жалобы больных в зависимости от стадии заболевания (компенсации, декомпенсации), последовательность развития симптомов. Методика обследования больного с заболеванием вен нижних конечностей. Локализация варикозных расширенных вен при поражении бассейнов большой и малой подкожных вен. Типичная локализация и характеристика трофических нарушений кожи и подкожной клетчатки.

Функциональные пробы, выявляющие:

1. Клапанную недостаточность поверхностных вен (кашлевой симптом Гаккенбруха, проба Троянова - Тренделенбурга, пальпаторно - перкуSSIONная проба Шварца);
2. Несостоятельность перфорантных вен (проба Претта с двумя эластическими бинтами, жгутовые пробы, методика пальпаторного определения локализации несостоятельных перфорантов);
3. Проходимость и функциональное состояние глубоких вен (проба Мейо-Претта, "маршевая" проба Дельбе-Пертеса).

Инструментальные методы исследования: ультразвуковое

ангиосканирование с доплеровским картированием кровотока. Флебосцинтиграфия. Суть метода и показания к его применению.

### **Дифференциальная диагностика.**

Отличие варикозной болезни от других заболеваний, сопровождающихся варикозным симптомокомплексом: посттромбофлебитической болезни (после перенесенного острого тромбоза глубоких вен), гипоплазии или аплазии глубоких вен, врожденных артерио-венозных свищей. Значение в дифференциальном диагнозе анамнестических и объективных данных, инструментальных и лабораторных методов исследования.

### **Лечение.**

Основные группы методов, применяющихся в комплексном лечении варикозной болезни:

1. Устранение сброса крови из глубокой венозной системы в поверхностную (операция Троянова-Тренделенбурга, перевязка несостоятельных перфорантов по Коккету и Линтону, эндоскопическая перевязка перфорантных вен);
2. Удаление варикозно расширенных вен (по Нарату, Бэбкокку, Варади-Мюллеру);
3. Выключение из кровообращения и облитерация варикозно расширенных вен (инъекционная флебосклерооблитерация, эндоваскулярная лазерная коагуляция);
4. Консервативные методики лечения варикозной болезни поверхностных вен нижних конечностей (эластическая компрессия, флеботоническая терапия, ЛФК, диета) показания к их применению.

### **Осложнения.**

#### **Острый тромбофлебит поверхностных вен.**

Локальные и общие симптомы. Дифференциальный диагноз от различных

воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены бедра, возможные осложнения. Хирургическая тактика. Обоснование необходимости экстренного оперативного вмешательства при тромбофлебите ствола V.S.Magna на бедре. Особенности оперативных вмешательств на тромбированных поверхностных венах. Консервативный метод лечения острого тромбофлебита поверхностных вен (местное лечение, противовоспалительная, десенсибилизирующая и вентоническая терапия). Значение эластической компрессии и местной гипотермии.

### **Трофические (варикозные) язвы.**

Причины возникновения. Типичная локализация язв, клиническая симптоматика. Дифференциальная диагностика от язвы нижних конечностей другой этиологии (трофические язвы при облитерирующих заболеваниях артерий, сахарном диабете, заболеваниях нервной системы). Способы консервативного и хирургического лечения.

### **Кровотечение.**

Причины возникновения. Меры неотложной помощи.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.**

### **Локализация:**

1. Бассейн большой подкожной вены.
2. Бассейн малой подкожной вены.
3. Сочетанное поражение.

### **Клинические формы:**

1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса.
2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или

перфорантным венам.

3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам.

4. Варикоз при наличии рефлюкса по глубоким венам.

#### **Осложнения:**

1. Тромбофлебит.

2. Кровотечение.

3. Трофические расстройства кожи.

#### **Степень ХВН:**

0. ХВН отсутствует.

1. Синдром «тяжелых ног», преходящие отеки.

2. Стойкая гипо или гиперпигментация. Трофическая экзема, липодерматосклероз.

3. Венозная трофическая язва, открытая или зажившая.

#### **Классификация по СЕАР**

Ст. 0 – нет симптомов при осмотре.

Ст. 1 – телеангиоэктазии, ретикулярный варикоз.

Ст. 2 – варикозно расширенные вены.

Ст. 3 – отек.

Ст. 4 – кожные проявления (пигментация, экзема и т.д.).

Ст. 5 – то же + зажившая язва.

Ст. 6 – то же + открытая язва.

#### **Литература.**

1. Константинова Г.Д. Практикум по варикозной болезни. Профиль. 2006, 187с.

2. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., 2003.

3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей М., 2001.

## ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия венозной системы нижних конечностей (поверхностные, глубокие и перфорирующие вены, клапанный аппарат вен, его функция). Физиология венозного оттока из нижних конечностей (факторы, обуславливающие ток крови по венам от периферии к центру).

### **Этиология и патогенез.**

Фактор перенесенного тромбоза как основное патогенетическое звено в развитии ПТБ. Механизмы нарушения венозного оттока. Особенности венозной гемодинамики, значение оттока по поверхностным венам нижних конечностей в условиях ПТБ.

### **Клиника и диагностика.**

УЗАС с УЗДГ, радиоизотопная флебосцинтиграфия, рентгеноконтрастные методы исследования (восходящая дистальная флебография, тазовая флебография, ретроградная илиокаваграфия).

### **Лечение.**

Консервативное лечение – эластическая компрессия – виды и методы. Венотоническая терапия. Дезагрегантная терапия. Лечебная физкультура, рекомендации по образу жизни.

Оперативное лечение – определение показаний к операции. Операции, направленные на устранение патологического вено-венозного сброса (операция Линтона, операция Троянова-Тренделенбурга), показания к выполнению при ПТБ. Коррекция мышечно-венозной помпы, эндовазальные вмешательства, шунтирующие операции – сафено-подколенное шунтирование (операция Уоррена – Тайра), перекрестное бедренно-бедренное шунтирование (операция Пальма).

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

### **Стадии:**

1. Начальная стадия организации тромба (первые 9-12 мес.)
2. Стадия завершившейся реканализации (через 1-2 года).

### **Локализация:**

1. Берцовый сегмент.
2. Подколенный сегмент.
3. Бедренный сегмент.
4. Подвздошный сегмент.
5. Нижняя полая вена.

### **Характер поражения глубоких вен:**

1. Окклюзионный.
2. Реканализованный.
3. Смешанный.

### **Литература.**

4. Константинова Г.Д. Практикум по варикозной болезни. Профиль. 2006, 187с.
5. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., 2003.
6. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей М., 2001.

## ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия системы верхней и нижней полых вен. Механизм тромбообразования. Понятие о системе гемостаза (факторы коагуляции и фибринолиза, функции форменных элементов крови).

### **Этиология и патогенез.**

Причины, приводящие к внутрисосудистому тромбообразованию: повреждение сосудистой стенки, повышение тромбообразующих свойств крови, замедление тока крови, (триада Вирхова). Причины повышения тромбообразующих свойств крови (послеоперационный и послеродовой периоды, злокачественные новообразования, обезвоживание, инфекция и др.). Понятие о тромботическом состоянии системы гемостаза.

Значение гемодинамических факторов в патогенезе тромбообразования (общие и локальные нарушения венозного оттока).

### **Клиника и диагностика.**

Болевой синдром, отек и венозное полнокровие пораженной конечности, цианоз, усиление “рисунка” подкожных вен.

Особенности клинической симптоматики в зависимости от локализации и протяженности тромбоза: тромбоз глубоких вен голени, подвздошно-бедренный венозный тромбоз, тромбоз нижней полых вен, подключичной вены (болезнь Педжета-Шреттера), тромбоз верхней полых вен. Латентные формы тромбозов (сегментарные, неокклюзивные).

Ультразвуковая диагностика. Исследование коагуляции крови, фибринолиза, свойств форменных элементов крови. Флебография (кавография — антеградная и ретроградная, контрастные вещества, пути их введения).

Радиоиндикация тромбоза с помощью меченого фибриногена.

### **Дифференциальный диагноз.**

Симптомы, отличающие острый венозный тромбоз от сходных по клинике заболеваний: острого лимфостаза, сдавления магистральных вен, отеков конечностей при сердечной недостаточности, травм, синдрома длительного сдавления.

### **Лечение.**

Хирургическая тактика: абсолютные (эмболоопасные тромбозы) и относительные показания к операции. Методы хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (пликация, имплантация кава-фильтров различных моделей, перевязка вен).

Коррекция тромботического состояния гемостаза в целях профилактики распространения тромбоза. Принципы антикоагулянтной терапии (антикоагулянты прямого и непрямого действия). Показания к применению антиагрегантов (низкомолекулярный декстран, ацетилсалициловая кислота, трентал).

Значение эластической компрессии, возвышенного положения пораженной конечности.

### **Осложнения.**

Тромбоэмболия легочной артерии, понятие об эмбологенном венозном тромбозе, клиническая симптоматология и методы диагностики (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КГ, ангиопульмонография, сканирование легких). Венозная гангрена, причины, клиника. Посттромбофлебитическая болезнь.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ**

### **1. Локализация:**

- a. Сосудистый бассейн: верхняя или нижняя полая вена.
- b. Венозная система: поверхностная, глубокая, перфорантная.

- с. Вены, пораженные тромботическим процессом (проксимальный и дистальный уровни поражения; моно- или мультиполярный).

## **2. Направление распространения:**

- а. Проксимальное (восходящее).
- б. Дистальное (нисходящее).

## **3. Характер тромбоза:**

- а. Окклюзивный.
- б. Неокклюзивный: пристеночный, флотирующий (эмболоопасный).

## **4. Степень гемодинамических расстройств:**

- а. Легкая.
- б. Средняя.
- с. Тяжелая.

## **Осложнения:**

- а. Тромбоэмболия легочных артерий.
- б. Венозная гангрена.
- с. Посттромбофлебитическая болезнь (хроническая венозная недостаточность).

## **Литература.**

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М., 2003.
2. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбоэмболия легочных артерий. М., 1979, с. 242.
3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей М., 2001.

## ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Анатомия системы легочной артерии: легочный ствол, главные легочные артерии, долевые и сегментарные легочные артерии. Малый круг кровообращения.

### **Этиология и патогенез.**

Роль тромбозов в системе нижней полой вены в развитии ТЭЛА. Понятие о «флотирующем» тромбе.

Патогенез гемодинамических расстройств при массивной легочной эмболии.

### **Клинические проявления.**

*Массивная ТЭЛА* – (обструкция более 50% объема сосудистого русла легких), явления шока или гипотонии – относительное снижение АД до 40 мм.рт.ст. в течение 15 минут и более, не связанное с развитием аритмии, гиповолемии, сепсиса. Одышка, диффузный цианоз, возможен обморок.

*Субмассивная ТЭЛА* – (обструкция менее 50% объема сосудистого русла легких). Явления правожелудочковой недостаточности, подтвержденные при ЭХО-КГ. Артериальной гипотензии нет.

*Немассивная ТЭЛА* – стабильная гемодинамика, признаков правожелудочковой недостаточности клинически и при ЭХО-КГ нет.

Характеристика клинических симптомов, позволяющих оценить вариант течения ТЭЛА:

Внезапно появляющаяся инспираторная одышка, боли за грудиной, острые боли в пораженной половине грудной клетки при дыхании и кашле, набухание шейных вен, патологическая пульсация в эпигастрии, акцент II тона во II межреберье слева от грудины, артериальная гипотензия (транзиторная или стойкая), кровохарканье, повышение температуры тела, аускультативные признаки пневмонии, тахикардия, клинические признаки

тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

### **Диагностика.**

Ангиопульмонография с измерением давления в легочной артерии и правых отделах сердца, перфузионная сцинтиграфия и вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких, «Триада» SI, QIII, TIII на ЭКГ (синдром МакДжина-Уайта), R-графические признаки, УЗАС вен нижних конечностей (цветное доплеровское картирование), Эхо-КГ, определение Д-димера.

### **Дифференциальная диагностика.**

Дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить ТЭЛА от инфаркта миокарда, воспалительных заболеваний и рака легких, тампонады сердца и пневмоторакса.

### **Лечение.**

Лечебная тактика при ТЭЛА в зависимости от объема поражения легочного сосудистого русла и тяжести гемодинамических расстройств:

1. Тромболитическая терапия.
2. Антикоагулянтная терапия.
3. Эмболэктомия из легочной артерии.
4. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.

### **Классификация ТЭЛА.**

(европейское кардиологическое общество)

#### **По тяжести течения заболевания:**

Массивная ТЭЛА, субмассивная ТЭЛА, немассивная ТЭЛА.

#### **По вариантам течения:**

Острое, подострое, рецидивирующее.

## **Классификация массивной ТЭЛА.**

(кафедра факультетской хирургии РГМУ)

### **I. Локализация.**

А. Уровень эмболической окклюзии:

1. сегментарные артерии.
2. долевые и промежуточные артерии.
3. главные легочные артерии и легочный ствол.

Б. Сторона поражения:

1. левая.
2. правая.
3. двустороннее.

### **II. Степени нарушения перфузии легких.**

	Ангиографический индекс Миллера (баллы)	Перфузионный дефицит
1. Легкая	до 16	до 29
2. Средняя	17 – 21	до 44
3. Тяжелая	22 – 26	45 – 59
4. Крайне тяжелая	27 и <	60 и <

### **III. Характер гемодинамических расстройств.**

(систолическое давление в правом желудочке мм. рт .ст)

Умеренные	< 40
Выраженные	40 – 59
Резко выраженные	60 и <

### **IV. Осложнения:**

1. Инфаркт легкого.
2. Парадоксальная эмболия большого круга кровообращения.
3. Хроническая постэмболическая легочная гипертензия.

### **Литература:**

1. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Тромбоэмболия легочных артерий. М., 1979, 242 с.
2. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. Медицина. 1990, 336 с.
3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей М., 2001.

## ЭМБОЛИИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Понятие об эмбологенных заболеваниях. Причины внутрисердечного тромбоза. Анатомия магистральных артерий большого круга кровообращения.

### **Этиология и патогенез.**

Характеристика эмбологенных заболеваний. Левые полости сердца — источник эмболии при митральном пороке, инфаркте миокарда, постинфарктной аневризме сердца и кардиосклерозе, мерцательной аритмии, правые полости — при септальных дефектах. Другие источники эмболии — аорта при атеросклерозе и аневризме, тромбированные легочные вены. Роль нарушений ритма сердца.

Наиболее частые локализации эмболических окклюзии (бифуркация аорты, бедренная, подколенная, подключичная, подмышечная и плечевая артерии). Значение уровня эмболии, окклюзии магистрального сосуда, спазма коллатералей и продолженного тромбоза в развитии острой ишемии.

### **Клиника и диагностика.**

Начало заболевания, болевой синдром, динамика боли, парестезии. Характерные местные признаки острой артериальной непроходимости: бледность и похолодание кожи, отсутствие пульса ниже уровня окклюзии (усиление — выше окклюзии), наличие пареза или пlegии конечности, а также субфасциального отека и мышечной контрактуры. Зависимость указанных явлений от степени ишемии. Ишемия напряжения (Ин) — симптомы ишемии появляются только при физической нагрузке.

Значение в диагностике эмболий УЗАС, ЦДК, УЗДГ, ангиографии.

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки (анамнез, жалобы, данные объективного и инструментальных методов исследования), позволяющие отличить эмболии магистральных артерий конечностей от острого тромбоза на почве облитерирующего атеросклероза, облитерирующего тромбангиита и болезни Рейно.

### **Лечение.**

Тактика лечения эмболий магистральных артерий. Обоснование необходимости хирургического вмешательства. Противопоказания к операции. Прямая и непрямая эмболэктомия, оперативные доступы в зависимости от локализации эмболической окклюзии. Техника эмболэктомии, применение баллонных катетеров (Фогарти), металлических колец. Понятие о постишемических расстройствах. Показания и техника реконструктивных операций при артериальных тромбозах. Показания к первичной ампутации конечности при отсутствии гангрены (тотальная контрактура). Ведение послеоперационного периода (антикоагулянтная, спазмолитическая, кардиальная терапия, коррекция метаболических нарушений, физиотерапия).

### **Классификация острой ишемии.**

#### **Ишемия первой степени.**

(И I) — появление болей в пораженной конечности и легкие парестезии.

I А- Парестезии.

I Б – Боль в покое.

#### **Ишемия второй степени.**

(И II) — нарушение активных движений от пареза до паралича.

II А – Парез.

II Б – Плегия.

II В – Субфасциальный отек.

### **Ишемия третьей степени.**

(И Ш) —развитие мышечных контрактур (отсутствие пассивных движений).

Ш А – частичная контрактура.

Ш Б – тотальная контрактура.

### **Варианты клинического течения эмболий артерий конечностей:**

1. С прогрессирующей ишемией;
2. Со стабильной ишемией;
3. С регрессирующей ишемией.

### **Литература.**

1. Покровский А.В., Клиническая ангиология в 2-х томах М., 2004.
2. Савельев В.С., Затевахин И.И. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. М., 1970.

## ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ

### **Повторение ранее пройденного материала.**

Строение артериальной стенки. Иннервация. Морфология изменений в артериальной стенке при атеросклерозе и тромбангите, механизм их развития. Анатомия магистральных артерий большого круга кровообращения.

### **Этиология и патогенез.**

Облитерирующий атеросклероз. Нарушение липидного обмена, артериальная гипертензия, табакокурение, нарушения углеводного обмена, перикисное окисление липидов. Значение в патогенезе окклюзии поражения внутренней оболочки бифуркации аорты и магистральных артерий конечности. Особенности ишемии, связанные с развитием в большинстве случаев хорошего коллатерального кровообращения. Облитерирующий тромбангиит. Воспалительная, эндокринная, аллергическая и нейрорефлекторная теории. Значение в развитии тканевой ишемии сосудистого спазма, изменений в средней оболочке артерий, слабого развития коллатералей, поражения мелких артерий мышечного типа.

### **Клиника и диагностика.**

Клинические симптомы, характерные для облитерирующих заболеваний артерий конечностей. перемежающаяся хромота. Нарушение чувствительности, парестезии, снижение кожной температуры, симптом плантарной ишемии (Гольдфлама), симптом “белого пятна” (проба Самюэlsa). Трофические изменения в тканях пораженной конечности. Отсутствие или снижение артериальной пульсации.

### **Особенности облитерирующего атеросклероза.**

Начало заболевания в пожилом возрасте, признаки общего атеросклероза,

“высокая” перемежающаяся хромота, умеренные нарушения трофики, отсутствие (ослабление) пульсации в проксимальных отделах пораженной конечности. Клинические формы облитерирующего атеросклероза (синдром Лериша, окклюзии подвздошной, бедренной и подколенной артерий). Значение инструментальных методов исследования в диагностике облитерирующих заболеваний артерий: УЗАС, ЦДК, УЗДГ, объемная сфигмография, реовазография, аортоартериография, термография, капилляроскопия, характеристика магистрального и коллатерального кровообращения.

### **Особенности облитерирующего тромбангиита.**

Начало заболевания в молодом возрасте, “сезонность” заболевания, “низкая” перемежающаяся хромота и боли в покое, выраженные нарушения трофики, отсутствие (ослабление) пульсации артерий в дистальных отделах пораженной конечности. Характеристика стадии заболевания (ангиоспастическая, органическая, некробиотическая).

### **Дифференциальный диагноз.**

Признаки (жалобы, анамнез, данные объективного и инструментальных методов исследований), позволяющие отличить хронические облитерирующие заболевания артерий от постэмболической окклюзии, болезни Рейно. Дифференциальный диагноз между облитерирующим тромбангиитом и атеросклерозом.

### **Лечение.**

Показания к оперативному лечению облитерирующего атеросклероза и виды вмешательств (эндартерэктомия, резекции артерии с протезированием, шунтирование). Противопоказания к операции. Эндovasкулярные методы лечения. Консервативное лечение облитерирующих заболеваний (улучшение реологических свойств крови, ангиопротекторы, аналоги простагландина E1,

препараты, нормализующие липидный обмен, спазмолитическая терапия, оксигенотерапия, баротерапия, витаминотерапия, физиотерапия и санаторно-курортное лечение). Консервативное лечение тромбангиита (противовоспалительная, десенсибилизирующая, реологическая терапия). Показания к некрэктомии и ампутации конечности.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

### **Стадии хронической артериальной недостаточности.**

(по Фонтейну-Покровскому-Савельеву)

#### **1 стадия**

боль нижних конечностей появляется только при ходьбе на расстояние более 1 км.

#### **2 стадия**

а) боль в нижних конечностях возникает при ходьбе на расстояние от 200м до 1 км.

б) боль в нижних конечностях возникает раньше, чем больной проходит расстояние 200 м.

#### **3 стадия.**

а) периодические боли в покое.

б) критическая ишемия – постоянные интенсивные боли, вынужденное сидячее положение пациента.

#### **4 стадия.**

а) язвенно-некротические изменения тканей нижних конечностей с сохранением опорной функции стопы.

б) язвенно-некротические изменения тканей нижних конечностей без сохранения опорной функции стопы.

### **Стадии облитерирующего тромбангиита.**

1. Спастическая.
2. Облитерирующая.
3. Стадия трофических расстройств.
4. Гангренозная.

### **Классификация аневризмы аорты.**

#### **По этиологическому фактору:**

1. Атеросклеротические.
2. Сифилитические.
3. Травматические.

#### **По механизму образования:**

1. Истинные.
2. Ложные.

#### **По форме:**

1. Мешковидные.
2. Веретенообразные.

#### **По локализации:**

Грудная аорта:

1. Аневризма восходящего отдела аорты.
2. Аневризма дуги аорты.
3. Аневризма нисходящего отдела аорты.

Брюшная аорта:

- а. Аневризма проксимального сегмента брюшной аорты с вовлечением висцеральных ветвей.
- б. Аневризма инфраренального сегмента брюшной аорты без вовлечения бифуркации.

в. Аневризма инфраренального сегмента аорты с вовлечением бифуркации и подвздошных артерий.

г. Аневризма при тотальном поражении брюшной аорты.

**По течению:**

1. Неосложненные.
2. Осложненные (эмболия периферических артерий, расслоение стенок аневризмы, разрыв аневризмы).

**Литература.**

1. Покровский А.В., Клиническая ангиология в 2-х томах М., 2004.
2. Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий: Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечностей. 2004г., 432с.

## СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

### I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Семейное положение.
4. Профессия.
5. Адрес.
6. Дата поступления в клинику.

### II. ЖАЛОБЫ.

В этот раздел вносятся жалобы больного, обусловленные тем основным заболеванием, по поводу которого больной госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам следует дать детальную характеристику и изложить их в логической последовательности. Беседуя с больным, необходимо АКТИВНО выявлять те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании, а больным по какой-либо причине их не упомянул. Вместе с тем будет излишним перечислять все жалобы, которые предъявляет больной, поскольку часть из них связана с сопутствующими заболеваниями. Последние нужно выносить в соответствующий раздел истории болезни (система органов дыхания, кровообращения и пр.).

Если в течение пребывания больного в клинике (до момента начала курации) жалобы изменились, необходимо выделять два подраздела: «жалобы при поступлении» и «жалобы в момент курации».

### III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В этом разделе необходимо подробно описать начало, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента осмотра больного куратором. При этом нужно стремиться выявить те факты, которые могли играть роль в этиологии и патогенезе заболевания, а также показать

динамику клинических симптомов, появление осложнений, эффективность лечения и пр.

Кроме того, следует активно выявлять те симптомы, которые прошли для больного незамеченными или он счел их считает несущественными.

Таким образом, этот раздел истории болезни не должен быть простой записью рассказа больного о своей болезни. Все полученные от больного сведения должны быть подвергнуты критической оценке и изложены в свете правильного понимания механизма развития данного заболевания.

#### IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО.

В этот раздел кратко вносят биографические сведения в хронологическом порядке, начиная от рождения больного до поступления его в клинику: Менструации, замужество (женитьба), беременности, роды, аборт. Злоупотребление алкоголем, табаком, наркотиками.

Перенесенные заболевания.

Условия труда, характеристика профессии, производственные вредности;

Наследственность: наличие в семье сифилиса, психических заболеваний, злокачественных новообразований, туберкулеза, болезней обмена, алкоголизма и пр.

#### V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.

Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Температура тела.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: конституция, рост, масса.

Кожа и слизистые оболочки: окраска (нормальная, бледная, желтушная, «землистая», синюшная), пигментация, депигментация, рубцы, расчесы, геморрагии, высыпания, сосудистые «звездочки», эластичность, влажность.

Подкожно-жировая клетчатка: ее развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), места наибольшего отложения жира. Наличие пастозности и отеков, их

локализация и распространенность.

Лимфатические узлы: Пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов.

При увеличении — определение величины, консистенции, болезненности, подвижности, сращения их между собой и с кожей.

Мышцы: Степень их развития (умеренное, слабое, хорошее).

Суставы: изменение их конфигурации, болезненность и хруст при движении, объем активных и пассивных движений.

Кости: деформации, болезненность при ощупывании. Утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек».

Осмотр и пальпация щитовидной железы, молочных желез:

При заболеваниях щитовидной и молочной желез, описываются в специальном разделе — «МЕСТНЫЙ СТАТУС».

## VI. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

Жалобы.

1. Боли в грудной клетке: интенсивность, характер, иррадиация, связь с дыханием.

2. Одышка: характер, время возникновения, продолжительность, приступы удушья.

3, Кашель: время появления, сила, длительность, характер (сухой, с мокротой)

4. Мокрота: время ее появления, количество, цвет, запах, примесь крови.

Зависимость отделения мокроты от положения больного.

5. Носовые и легочные кровотечения: частота появления, продолжительность.

Осмотр.

Дыхание: носом, ртом, свободное, затрудненное.

Голос: охриплость, афония,

Грудная клетка: форма, симметричность, деформация, участие в дыхании, окружность. Дыхательная экскурсия грудной клетки. Расширение поверхностных коллатералей грудной стенки.

Дыхание: тип, глубина, ритм. Число дыхания в 1 минуту.

#### Пальпация

Выявление болезненных областей. Определение резистентности грудной клетки. Определение голосового дрожания.

#### Перкуссия

1. Топографическая перкуссия: а) определение верхней границы легких: высота верхушек над ключицами (в сантиметрах); сзади по отношению к остистому отростку VII-го шейного позвонка. Перкуссия полей Кренига и их измерение.

б) определение нижней границы легких по линиям: срединно-ключичной, передне-подмышечной, задне-подмышечной, лопаточной, околопозвоночной. Слева исследование проводится начиная от передней подмышечной линии. Подвижность нижнего края легких определяется по средней и задней подмышечным линиям с обеих сторон грудной клетки.

2. Сравнительная перкуссия: характер перкуторного звука: обычный легочный, тимпанический, тупой, коробочный.

#### Аускультация

Характер дыхания: везикулярное, бронхиальное, амфорическое, и т.д.

Хрипы: сухие, влажные (мелко, средне, крупнопузырчатые).

Крепитация: шум трения плевры.

#### Функциональные пробы

Проба с задержкой дыхания Штанге и Саабразе.

## VII. СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

### Жалобы

1. Одышка, ее характер, время возникновения.
2. Сердцебиение, ощущение перебоев.
3. Боли в области сердца и за грудиной, их характер, продолжительность, иррадиация.

### Осмотр

Осмотр шеи: выявление состояния артерий и вен, их патологическая пульсация.

Осмотр области сердца: выявление сердечного горба и патологической пульсации в области сердца; верхушечный толчок и его свойства, сердечный толчок, его местоположение и характер.

### Пальпация

Пальпация верхушечного и сердечного толчка, их характеристика. Определение систолического и диастолического дрожания.

### Перкуссия

Определение правой, левой и верхней границы относительной тупости сердца в сантиметрах.

Определение правой и левой границ абсолютной тупости сердца.

Конфигурация сердца. Размеры поперечника сосудистого пучка.

### Аускультация

Тоны сердца: громкие, приглушенные, глухие.

Детальная характеристика тонов сердца: а) на верхушке сердца; б) на аорте; в) на легочной артерии; г) на трехстворчатом клапане; д) на точке Боткина.

Нарушение ритма: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и пр.

Шумы и их характеристика. Место наилучшего выслушивания шумов и их проводимость. Изменение характера и силы шумов в зависимости от положения больного и физической нагрузки. Шум трения перикарда.

Исследование сосудов

Состояние сосудистой стенки периферических артерий: эластичность, извитость, видимая пульсация.

Свойства пульса лучевых артерий: синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение. Дефицит пульса.

Исследование пульса на сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях стоп. Артериальное давление.

Исследование вен нижних конечностей. (У больных с заболеваниями сосудов конечностей подробное описание пораженной конечности выносится в специальный раздел — МЕСТНЫЙ СТАТУС).

## VIII. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Жалобы

1. Чувство горечи во рту, запах изо рта.
2. Аппетит (плохой, извращенный, отвращение к пище).
3. Глотание (затрудненное, болезненное).
4. Боли в животе: локализация, характер, иррадиация, зависимость от приема пищи, продолжительность, связь с актом дыхания, физической нагрузкой, средства, способствующие их облегчению.
5. Вздутие живота.
6. Диспепсические явления: тошнота, изжога, отрыжка. Рвота, время ее появления, характер рвотных масс (примесь желчи, примесь свежей крови, жидкости цвета «кофейной гущи», наличие в рвотных массах остатков пищи, съеденной накануне).
7. Стул: поносы, запоры, неотхождение стула и кишечных газов.
8. Характер испражнений: «дегтеобразный» кал, кал с примесью крови и

слизи, выделение крови не смешанной с калом, форма каловых масс («лентовидный», «овечий» кал).

#### Осмотр полости рта

Язык: окраска, влажность, наличие налета, глоссита, трещин, язв.

Состояние зубов: пошатывание, кариозные изменения, протезы и прочее.

Десны: окраска, разрыхленность, изъязвление, некрозы.

Состояние мягкого и твердого нёба: окраска, налеты и пр. Нёбные миндалины.

#### Осмотр живота

Форма живота, его величина, участие в дыхании, асимметрия, развитие венозных коллатералей, видимая перистальтика желудка и кишечника.

Измерение окружности живота на уровне пупка.

#### Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация: определение болезненности, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного), выявление грыж и расхождения прямых мышц живота (если у больного основным заболеванием является грыжа передней брюшной стенки, она описывается в специальном разделе — МЕСТНЫЙ СТАТУС).

Глубокая пальпация: характеристика различных отделов толстой кишки (расположение, болезненность, подвижность, консистенция и пр.); при наличии в брюшной полости опухолевидного образования, требуется его подробное описание (локализация, размеры, характер поверхности, консистенция, болезненность, смещаемость и пр.).

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости глубокая пальпация начинается с той области живота, где менее выражена болезненность. Область локализации наибольшей болезненности исследуется в последнюю очередь, определяется наличие и степень выраженности

симптома Щеткина—Блюмберга, его локализация и распространенность. Исследуются симптомы Ровсинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского (при остром аппендиците), Мейо—Робсона и Воскресенского (при остром панкреатите) и др.

#### Аускультация

Определяется характер перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, резонирующая).

#### Перкуссия

Перкуторно выявляется наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), зона высокого тимпанита (симптом Валя), наличие свободной жидкости.

#### Сукуссия

Определение “шума плеска” (в желудке, кишечнике).

#### Печень и желчный пузырь

Осмотр: наличие ограниченного и диффузного выбухания, пульсация.

Перкуссия. Определение границ по Курлову: по срединно-ключичной линии, срединной линии, по левой реберной дуге.

Пальпация: край печени (форма, консистенция), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая).

Пальпация области желчного пузыря: при его увеличении определение размеров, консистенции, болезненности.

Исследование симптома Ортнера и rhrenicus симптома.

#### Селезенка

Осмотр: наличие диффузного или ограниченного выбухания. Перкуссия: измерение поперечника и продольного размера.

Пальпация: край селезенки (тонкий, округлый), поверхность (гладкая, бугристая).

## IX. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Жалобы:

Дизурические явления (учащенное, болезненное мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание, задержка мочи и пр.).

Боли в области поясницы.

Изменение окраски мочи.

Осмотр области почек.

Припухлость, краснота.

Пальпация.

Опушение, увеличение, болезненность почек. Симптом Пастернацкого.

## X. НЕЙРОПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Жалобы

Головные боли, головокружения, шум в голове.

Нарушения в двигательной и чувствительной сфере.

Неврологическое исследование

Сознание (ясное, спутанное).

Настроение (спокойное, подавленное, тревожное, эйфория и пр.).

Реакция зрачков на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов.

Паралич, парезы.

Характер дермографизма.

Психические нарушения (бред, галлюцинация).

Состояние зрения и слуха.

## XI. МЕСТНЫЙ СТАТУС.

Местный статус описывается при следующих нозологических формах, изучаемых в курсе факультетской хирургии: наружные брюшные грыжи,

острые и хронические заболевания сосудов конечностей.

Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, аускультации, перкуссии и пальпации, а также результаты инструментальных проб, применяемых в диагностике данного заболевания (симптом кашлевого толчка при грыже, маршевая проба и проба Троянова—Тренделенбурга при варикозном расширении поверхностных вен нижних конечностей, симптомы “плантарной ишемии” и “белого пятна” при облитерирующих заболеваниях артерий).

## ХП. ВЛАГАЛИЩНОЕ И РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Проводятся в обязательном порядке у больных с заболеваниями органов брюшной полости, наружными брюшными грыжами, при заболеваниях прямой кишки.

Влагалищное исследование

Форма и величина шейки матки, болезненность при ее смещении. Пальпация сводов (выбухание, болезненность). Пальпация придатков и тела матки (бимануальное исследование). Выделения из половых путей.

Ректальное исследование.

Тонус сфинктера (нормальный, повышенный, парез сфинктера).

Предстательная железа (размеры, поверхность, болезненность).

Пальпация стенок прямой кишки (опухолевидные образования, нависание и болезненность передней стенки).

Осмотр следов кала на перчатке (свежая кровь, слизь, “дегтеобразный” кал, обесцвеченный кал).

## ХИИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

На основании жалоб, анамнеза, вышеописанных данных объективного исследования, формулируется предварительный диагноз. После этого определяется план обследования больного (необходимые лабораторные и инструментальные исследования, которые позволят поставить

окончательный полный клинический диагноз).

#### XIV. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В этот раздел вносятся данные анализов крови, мочи, кала, результаты ЭГДС, УЗИ, КТ, холеграфии, рентгеновского исследования желудочно-кишечного тракта и пр. Следует указывать дату, когда было произведено то или иное исследование.

#### XV. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.

Для обоснования диагноза должны быть последовательно использованы жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, а также результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, а должен отражать ход клинического мышления над больным. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в классическую клиническую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием; напротив, нужно попытаться объяснить его происхождение. Необходимо последовательно и четко обосновать не только диагноз заболевания, но также стадию процесса и имеющиеся осложнения. В заключение формулируется полный клинический диагноз, после чего перечисляются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

#### XVI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

В основу дифференциального диагноза следует взять основные клинические проявления заболевания, которые наблюдаются у курируемого больного, после чего перечисляются нозологические формы, имеющие сходную клиническую картину. Затем в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов выявляются те дифференциально-диагностические признаки, которые позволяют исключить у курируемого

больного каждое из вышеперечисленных заболеваний.

Следует избегать простого перечисления дифференциально-диагностических признаков, описанных в литературе. В дифференциальной диагностике необходимо основываться только на той клинической картине заболевания, которая имеется у курируемого больного.

## XVII. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

В этом разделе проводятся основные теоретические положения относительно этиологии и патогенеза данного заболевания и его осложнений.

Основное внимание должно быть уделено современным теориям. В заключение, используя данные истории болезни, следует подчеркнуть те факторы, которые могли явиться причиной заболевания у курируемого больного.

## XVIII. ЛЕЧЕНИЕ.

В этом разделе следует осветить современные принципы лечения данного заболевания. Необходимо четко выделить консервативный и оперативный методы лечения, а также конкретно перечислить показания и противопоказания к каждому из них.

Описывая оперативный метод лечения, нужно остановиться на предоперационной подготовке, технике хирургических вмешательств (радикальных и паллиативных), ведения послеоперационного периода, ближайших и отдаленных осложнениях.

В заключение, основываясь на вышеприведенных данных, следует определить лечебную тактику по отношению к курируемому больному и описать тот комплекс лечебных мероприятий, который показан в данном конкретном случае.

## XIX. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ.

В течение периода курации до момента сдачи истории болезни

преподавателю куратор должен ежедневно записывать данные о больном, отражая в дневнике динамику течения заболевания, эффективность лечения и пр.

Запись производится соответственно нижеприведенной схеме:

Дневник наблюдения за больным.

Назначения больным:

1. Режим.
2. Стол.
3. Лечебные назначения.
4. Анализы.

Если в течение периода курации больному произведена операция, текст последней, взятый из клинической истории болезни, вписывается после дневника за соответствующее число.

## XX. Э П И К Р И З.

Эпикриз — это краткое содержание истории болезни, в котором должны найти отражение: жалобы, анамнез, данные объективного, лабораторных и инструментальных методов исследования, окончательный диагноз, проведенное лечение, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации.

В заключении определяется прогноз основного заболевания, прогноз жизни и трудоспособности больного.

## XXI. ЛИТЕРАТУРА.

Перечисляются названия монографий, руководств, журнальных статей, которыми пользовался куратор при написании истории болезни, с указанием фамилии автора и года издания.