



**Составители:**

1. Заведующий кафедрой хирургических болезней профессор, д.м.н., Т.Х.Каюмов.
2. Доцент кафедры Я.В.Иногомов.
3. Асс. кафедры к.м.н., А.Н.Усмонов
4. Асс. кафедры к.м.н., Тухтамуродов З.З.

**Рецензенты:**

1. Зав.кафедрой хирургических болезней медико-профилактического факультета ТМА, д.м.н., профессор Эргашев У.Ю.
2. Зав.кафедрой хирургических болезней для 6-7-курса ТМА, д.м.н., профессор Аталиев А.Е.

Рабочая программа составлена на основании

обсуждена на \_\_\_\_\_ секции ЦМК I-ТашГосМИ  
(протокол № \_\_\_\_\_) и утверждена на учёном Совете I-ТашГосМИ  
Протокол № \_\_\_\_\_ на "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2006 г.

Ташкент-2006 г

## **I. Предисловие:**

### **Цели:**

1. Дать студентам теоретические знания и выработать у них умения и практические навыки по отдельным разделом общей и частной хирургии: асептики, антисептики, кровотечение и его остановке, местному и общему обезболиванию и т.д., и в первую очередь, выработать у них умение диагностировать острые хирургические заболевания с тем, чтобы они своевременно и правильно оказали первую помощь, доставить больного на обследование и лечение в соответствующее лечебное отделение хирургического персонала.

### **Задачи:**

После окончания предмета “Хирургические болезни” студенты должны:

1. Знать принципы соблюдения принципов асептики, антисептики, осуществлять меры профилактики хирургические инфекции;
2. Знать опасности и осложнения кровотечений ;
3. Знать типы обезбоживания, какие средства использует для местной и общей анестезии, какие осложнения могут при этом наблюдаться.
4. Знать когда следует переливать кровь, значения переливаемой крови, что такое группа крови, резус- фактор и т.д. ;
5. Знать к каким непосредственным опасностям могут привести различные травмы; шок, коллапс, кровотечение, повреждение жизненно важных органов. Какие травмы бывают, как происходит образование костной мозоли при переломах, какие патолого-анатомические изменения происходит в мозгу при травме черепа и т.д.
6. Уметь диагностировать и оказать первую помощь при основных хирургических заболеваниях, особенно при острых хирургических заболеваниях.
7. Уметь интерпретировать лабораторные анализы и использовать инструментальные методы обследования.
8. Уметь и выработать практические навыки как остановить кровотечение, оказать первую помощь при различных травмах, при переломах, как определить группу крови, резус-фактор, перелить кровь, технику местной инфильтрационной и проводниковой анестезии и т.д., а также новокаиновые блокады.
9. Уметь правильно провести непрямой массаж сердца и искусственное дыхание при клинической смерти.

10. Уметь клинически мыслить при постановке диагноза дифференцируя с другими заболеваниями.

## **II. Содержание лекционного курса.**

1. Тема лекционного занятия: Асептика и антисептика. №1.  
Количество часов - 2 часа.

### 2.Цели:

- а) дать понятия асептика и антисептика, их место и значение в современной хирургии и стоматологии;
- б) объяснить значение антисептики Листера в историческом плане и в развитии этого и в хирургии в целом;
- в) изложить современные виды антисептика, дать характеристику отдельных методов;
- г) дать характеристику средств химической антисептики, их классификации по Руфанову и дополнение к нему; механизм действия, способы применения, возможность облегчение;
- д) изложить профилактику эндогенной и экзогенной инфекции.
- ж) объяснить асептику оснащение, оборудование и помещения хирургического блока;
- з) изложить в общих чертах принципы соблюдения асептики и антисептики при операциях на сердце, пересадках органов.

### **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания лекции студенты должны:

- а) знать виды антисептики;
- б) знать современные принципы асептики и антисептики;
- в) проанализировать различие между антисептикой и асептикой в борьбе с инфекцией;
- г) продемонстрировать на практических занятиях облачение в стерильный халат, надевание перчаток;
- д) рассмотреть критически действие химических антисептических средств относящихся к различным группам;
- ж) знать как брать посева с рук, с инструментов, с перчаток и т.д.;
- з) знать методы стерилизации шовного материала, перчаток, перевязочного материала, операционного белья, шприцы и т.д.;
- и) знать виды и работы автоклавов сухожаровых шкафов, уметь виды закладки материала в биксы, виды уборки операционной блока.
- к) знать почему нельзя перевязывать в одном помещении чистые гнойные ран;
- л) знать какие ферменты и антибиотики используют в лечении ран;
- м) знать как часто проводит посева в хирургическом отделении;

- н) знать как произвести механическую антисептику, т.е. первичную хирургическую обработку раны;
- о) знать современные широкого спектра антибиотики, в механизм их действия, возможные осложнения.

#### **4. Содержание**

- а) Общая характеристика понятий асептика и антисептика; сходства и отличия их. Дословное обозначение слов и понимание их в широком смысле. Значения их в хирургии.
- б) Антисептика Листера. Значение этого в развитии хирургии.
- в) Современная антисептика; виды антисептики - механическая, физическая, химическая, биологическая.
- г) Механизм действия химических антисептических средств, ферментов, способа их применение.
- д) Источники инфекции: экзогенный и эндогенные, профилактика их.
- ж) Виды обработки рук хирурга. Способы основания на механической очистке, дезинфекции и дублинии и способы обработки основание только на дублинии. Преимущество первого современные препараты для обработки рук хирурга.
- з) Значение профилактики госпитальной инфекции.
- и) Автоклавирование; деление их по механизму работы; работающие под текущим паром и под давлением. Способы контроля стерильные: сера, бензойная кислота, мочевины, проба Микулича и т.д.
- к) Виды шовного материала; из чего их готовят, способы стерилизации.
- л) Современные способы стерилизации воздуха операционной при операциях на сердце и пересадке органов.

#### **5. Преподавательские заметки по лекции № 1**

Общая характеристика понятий асептика и антисептика; Сходство и отличие их. Дословное обозначение слов и понимание их в широком смысле. Значение их в хирургии.

В доантисептический период около 80% больных после операции умирало от гнойных, гнилостных и гангренозных осложнений операционных ран, причины которых были лен, ваты. Это вынуждало многих хирургов бросать свою специальность. Только благодаря учениям Луи Пастера, Н.И.Пирогова, Листера, Земмельвейса и многих наблюдать и накопления опыта многих

ученых стало известно, что есть в воздухе, в окружающей среде невидимые глазом частицы, которые вызывали эти грозные осложнения в ранах. Велико значение в этом вопросе открытие Левенгуком микроскопе.

Тем не менее, появление знаний относительно существование микроорганизмов, которые вызывали воспаления и гнойных ран. Самое главное больные продолжали умирать, т.к. ученые того времени не знали как бороться с ними. И вот благодаря изысканиям английского ученого хирурга Листера стало возможным непосредственно в ранах уничтожать микроорганизмы. До него никто из великих ученых не дали метод, способы борьбы с микробами. *Анти* - с греческого обозначает против, а *септика* - гнилостный. В дословном периоде антисептика - *противогнилостный*. А в широком смысле слова - это методы, способы борьбы с микробами вызывающих воспаление и нагноение ран.

В историческом плане мы выделяем антисептику Листера и не только потому что мы должны дать день своим предкам, потому что благодаря его антисептике стало меньше умирать больных, они после операции стали выживать, меньше было воспаления и нагноений. Процент летальности снизился до 35-40%. Это большой скачок в медицине, это в полном смысле слова - революция в медицине. В чем сущность антисептики Листера, использовал составную часть дегтя - карболовую кислоту. Им смачивал повязку в ране, руки, инструменты, воздух операционной обрабатывался карболовой кислотой. Тем не менее, со временем народу с положительными качествами антисептики Листера ученые ведущих стран Европы стали отмечать и отрицательные стороны его антисептики, карболовая кислота народу с воздействием на микробов уничтожало такие гнилые клетки тканей, руки хирурга повреждались, проявлялись дерматиты, экземы, язвы и т.д., инструменты стали портиться и т.д.

По этому в 1890 г. немецкий ученый Бергман предложил повет метод борьбы с микробами, воздействием высокой температуры по микробы.

В настоящее время используются конечно не методы Листера, многие рекомендации Бергмана. Методы антисептики и асептики в настоящее время много. Они используется совместно в борьбе с микроорганизмами. Появились множество новых химических

антисептических веществ, ферменты, антибиотики и т.д. Современная антисептика включает механическую, физическую, химическую, биологическую методы. Часть используется смешанная антисептика. Механические антисептики - это часть первичной хирургической обработки раны, предложенной Фридрихом в 1898 г. Основа это асептики свежей и инфицированной раны хирургическом путем.

Физическая антисептика основана на использовании физических законов некоторых предметов при обработке инфицированных и гнойных ран.

Биологическая антисептика - на свойствах антибиотиков, ферментов и других веществ в борьбе с микроорганизмами, а также на повышении иммуно-биологических свойств организма, сопротивляемости, защитных сил.

Химическая антисептика - с помощью множества различных химических антисептических средств воздействовать на микрофлору, ран. Они действуют либо бактерицидно, либо бактериостатически и т.д.

Все они делятся на группы препаратов неорганического и органического ряды. Используют их в виде поверхностной антисептики, либо глубокой, либо вводят орошают полости и т.д.

Начиная с 1890 года со времен Бергмана до настоящего времени используют высокую температуру в борьбе с инфекцией. Основной принцип или закон асептики - это все что может соприкоснуться с будущей операционной раной должно быть заранее обеззаражено. т.е. обеспложено. Для этого в начале, следует помнить что какие источники инфекции мы имеем. Это экзогенные и эндогенные источники. К экзогенными относятся воздушно - капельная, контактная и имплантационная.

К эндогенным - когда источник инфекции имеется в самом организме. т.е. гематогенно либо лимфогенно может проникнуть в послеоперационную рану.

С учетом основного принципа асептики, в первую очередь, следует обработать руки хирурга. Существуют множество методов обработки, но они все входят в 2 больше группы по механизму действия на микробов находящиеся на поверхности руки.

В первую группу входят способы Спасокукоцкого - Кочергина, Альфельда, Фюрбрингера и т.д., а во вторую группу входят методы Бруно, Заблудовского. Методы относящихся в первую группу

основаны по механизму действия на механической очистке, дезинфекции и дублинии, а методы относящихся во вторую группу основаны только на дублинии. Подходе с критической точки зрения конечно способы относящего к I группе намного лучше. По всей вероятности, нельзя пренебрегать и способами Бруно., Заблудовского. Их следует использовать в экстренных состояниях. Например, при ранениях сердце, печени и т.д. Когда некогда, надо быстрее оперировать больного.

Огромное значение имеют профилактические мероприятия по борьбе с инфекцией и мероприятия в хирургическом отделении; в воздухе, на предметах, на полу, палате и т.д., т.к. увеличение колонии микробов ведет к госпитальной инфекции. В некоторых случаях это настолько становится опасным, что могут даже закрыть хирургическое отделение.

Перевязочный материал, операционное белье, инструменты стерилизуют путем автоклавирования.

Автоклавы - это специальные аппараты, где можно создать высокую температуру с помощью которого уничтожаются микробы. Существуют два типа автоклавов. Первый - работающий под текучим паром, второй работающий под давлением. К сожалению автоклавы работающие под текучим паром хуже, т.к. выше 100 градусов в них невозможно создать температуру высокую, а многие микробы особенно спорнозные выдерживают 100 градусов, поэтому они не погибают, а в автоклавах под давлением можно создать более высокие градусы. Это не значит, что нельзя их использовать. Иногда, когда нет автоклава под давлением. или он испортился можно использовать. Только следует знать, что перевязочный материал следует стерилизовать 1-1,5 часа, а операционное белье - 1,5-2 часа.

Несмотря на наличие градусников, тем не менее в автоклавы и биксы кладут различные вещества, обладающие определенными физическими свойствами; плавиться при определенных температурах. Это сера, мочевины, бензойная кислота, антипирин и т.д. В некоторых случаях используется проба Микулича. Стерилизация шовного материала имеет первостепенное значение т.к. много швов остаются в организме после операции и их не удаляют. Кроме того, такой нужный шовный материал как кетгут, готовят из подслизисто- мышечного слоя овечьих кишок. Какая там загрязненность - понятно. Требуется, конечно, надежной стерилизации.

При стерилизации шелка используют метод Кохера, кетгута - Ситковского и Клаудиуса, а капрон достаточно перед употреблением 15-20 минут прокипятить и т.д. Есть масса искусственного шовного материала, они чаще в готовом стерильном виде поступает в хирургическое отделение.

В последние 20-25 лет все шире стали внедряться методы стерилизации перевязочных материалов, инструментов, лечебных препаратов и т.д. Ионизирующим излучением, ультрафиолетовыми лучами и ультразвуковыми волнами эффективных для стерилизации гамма-лучи, их изотопы  $^{60}\text{Co}$  и  $^{137}\text{Cs}$  (кобальт и цезий).

### **6.Оснащение лекции**

1. Презентация лекции (Power Point)
2. Слайды.
3. Набор средств химической и биологической антисептики.
4. Набор хирургических инструментов (режущих и не режущих), бикс резиновые и стеклянные изделия, виды шовного материала.
5. Набор всего материала и инструментов для ПХО.

### **7. Темы для самостоятельной работы студентов.**

1. Входные ворота для экзогенного источника инфекции.
2. Механизмы воздействия антибиотиков на микроорганизмы.
3. Бесконтрольное применение антибиотиков как причина к активации инфекции внутригоспитального плана.
4. Забота, внимание и ответственность бережного отношения к рукам участников операции.
5. Зонирование помещений операционного блока, значение этого.

### **8.Контрольные вопросы.**

1. В чем заслуга и сущность Антисептики Листера -  $\alpha$  2
2. На какие виды делится современная антисептика -  $\alpha$ .. 1
3. Как действуют антибиотики на микроорганизмы - $\alpha$ ...3
4. Как производится механическая антисептика -  $\alpha$ ..2
5. Что входит в группу окислителей и как они воздействуют -  $\alpha$ 2
6. Каким образом очищают гнойную рану ферменты -  $\alpha$ ..3
7. Как провести профилактику эндогенной и экзогенной инфекции -  $\alpha$ ..2
8. Для стерилизации чего используют автоклавы -  $\alpha$ 2

9. Какие пути профилактики имплантационной инфекции - $\alpha$ ..2
10. Как стерилизовать и хранить режущие инструменты -  $\alpha$ ..1
11. Какие виды уборки в операционной -  $\alpha$ 2
12. Какие современные химические препараты используют для обработки рук хирурга - $\alpha$ ..2

### **9. Рекомендуемая литература**

#### ***Основная литература***

1. В.И.Стручков. Учебник. “Общая хирургия”. М.: 1988 г.
2. И.Г.Руфанов. Учебник . “Общая хирургия”. М.: 1953 г.
3. У.А.Арипов. Учебник . “Умумий хирургия”, Тошкент, 1996 г.
4. А.В.Григорьян. Учебник. “Руководство к практическим занятиям по общей хирургии”. М. : 1976 г.
5. Т.Х.Каюмов. Лекции по теме: Асептика и антисептика. 2000г.

#### ***Дополнительная литература.***

6. Б.Е.Панкратьев. “Руководство по хирургии”. М.; 1962г. I том.
7. Н.И.Блипов. Книга “Ошибки, опасности и осложнения в хирургии”. М.; Минздрав, 1965 г.
8. М.И.Кузин. Книга “Раны и раневая инфекция”. М.; 1990 г.
9. С.Н.Муратов. Дарслик “ Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш килиш”. Тошкент; 1989 й.
10. С.Папкиров. Книга “Гнойно-септическая хирургия. М.; София. 1977 г.
11. Б.В.Петровский. БМЭ. Москва 1977 г. Том I и II.

## **I. Тема лекционного занятия: Кровотечение и методы его остановки. №2.**

### **2. Цели:**

- а) Дать понятие о кровотечениях, последствия кровотечения, причины летальных исходов. Почему студенты стоматологического факультета обязаны знать об этом.
- б) Дать существующие классификации кровотечений, останавливаясь на особенностях каждого вида кровотечений.
- в) Изложить клинические проявления общего и местного характера, подтвердить лабораторными анализами.
- г) Объяснить сущность компенсаторно-приспособительных механизмов организма при кровотечении.
- д) Объяснить разницу между артериальным и венозным кровотечением.
- ж) Дать понятие о свертывающей системе крови и её значении при кровопотерях.
- з) Изложить о существующих методах остановки кровотечения.
- и) Ознакомить с отдельными методами остановки кровотечения с критической оценкой каждого метода.
- к) Изложить существующие методы окончательной остановки кровотечения используемые в хирургическом отделении.
- л) Объяснить необходимую тактику врача на дому, в том числе врача стоматолога при профузных кровотечениях из язвы желудка и 12-перстной кишки.

### **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания лекции студенты должны:

- а) знать о возможных различных кровотечениях, нередко приводящих к смертельному исходу при травмах и различных заболеваниях;
- б) проанализировать существующую анатомио-физиологическую классификацию кровотечений;
- в) знать причины нейротрофических кровотечений;
- г) рассмотреть возможность и причины вторичных кровотечений;
- д) проанализировать *in vitro* почему при кровотечениях падают показатели красной части крови;
- ж) понять значимость свертывающей системы крови;
- з) знать симптоматику профузных внутренних кровотечений;
- и) проанализировать когда какой метод временной остановки кровотечения более приемлем в конкретных случаях;

к) понять необходимость знать в совершенстве такие методы временной остановки кровотечения; как положение жгута и пальцевого прижатия сосудов.

#### **4.Содержание.**

- а)Общая характеристика понятий о кровотечении и остановке его о значении этой темы для студентов стоматологического факультета;
- б) опасности и исхода кровотечений;
- в) классификация кровотечений; анатомо-физиологическая, в зависимости от места излияния крови, в зависимости от причины, в зависимости от времени появления и т.д.
- г) клиническая картина кровотечения; местные и общие;
- д) лабораторные данные при кровотечениях;
- ж) значение свертывающейся системы крови;
- з) методы временной остановки кровотечения; давящая повязка положение жгута, пальцевое прижатие сосуда и т.д.
- е) методы окончательной остановки кровотечения; механические, физические, химические, биологические способы;
- и) тактика и меры первой помощи при кровотечениях из язвы желудка и 12 п.кишки;
- к) эндоскопические способы остановки кровотечения из язвы.

#### **5. Преподавательские заметки по лекции №2**

Кровотечением называется выход крови из поврежденной стенки сосуда, а также изменения кровяного давления или химических свойств крови (понижения свертываемости). Кровотечения прежде всего опасны развитием острого малокровия и обескровливания мозга. Большой может умереть от нарушения функции жизненно важных центров.

Считается, что быстрое понижение максимального артериального давления до 80 мм рт. ст. или снижение содержания гемоглобина на 1/3 от исходных величин при острой кровопотере крови чрезвычайно опасно для жизни, т. к. компенсаторные процессы не успевают развиться и предупредить анемию мозга. При медленной (в течение нескольких недель) кровопотере организм приспособливается к хроническому малокровию и может функционировать длительное время, даже если уровень гемоглобина очень низкий.

При внутреннем кровотечении излившаяся в замкнутую полость кровь может сдавить жизненно важные органы (мозг, сердце, легкие и др.) нарушить его функцию и создать прямую угрозу для жизни больного.

При ранении крупных вен, особенно на шее, всегда существует опасность проникновения воздуха в вену и далее в правое предсердие, желудочек и в легкие, т.е. опасность воздушной эмболии. Согласно анатомо-физиологической классификации различают артериальное, венозное, капиллярное и паренхиматозное кровотечения. Из них наиболее опасно артериальное кровотечение. Паренхиматозные кровотечения наблюдаются при повреждении паренхиматозных органов - печени, легких, селезенки и т.д.

Эти кровотечения опасны, т.к. сосуды этих органов не спадаются вследствие их анатомического положения (связь со стромой). В зависимости от места излияния крови различают наружные, внутренние и скрытые кровотечения.

По причинам различают механические ( в результате травм) и нейротрофические (в результате заболеваний) кровотечения. Нейротрофические кровотечения связаны с различными заболеваниями, такими как цинга, скарлатина, перитонит и т.д. В зависимости от времени кровотечения, которые сами делятся на ранние вторичные и поздние вторичные кровотечения. При наружном кровотечении всегда клиническая картина в основном определяется общей тяжестью повреждений, калибром и характером поврежденного сосуда и степенью обескровленности больного.

При внутреннем кровотечении всегда преобладает картина общих симптомов кровотечения; резкая степень малокровия, особенно если кровотечения происходит в брюшной полости клиническая картина общих симптомов внутреннего кровотечения совпадает с картиной острого малокровия, которое характеризуется симптомами коллапса и анемии мозга; бледность кожных покровов и слизистых оболочек, жажда, сухость кожи, заостренные черты лица. падения пульса и А/Д, учащение дыхания и похолодание конечностей, усталость и общая слабость, уменьшение мочеотделения, тошнота, рвота, шум в ушах, потемнение и мелькание в глазах, зевание, тоска, беспокойство, сонливость, безучастность, обморок, одышка, судороги, в тяжелых случаях заканчивается смертью.

Кровопотеря при острых кровотечениях является смертельной, если больной теряет около половины количества (2,5 л) крови и опасность при потере 1/3. Конечно, при этом учитывается и множество других факторов. О потерях крови подтверждают и данные показателей красной части крови: гемоглобина, эритроцитов и гематокрита. Это связано с тем, что кровь в сосудах разбавляется проникновением в сосуды тканевой жидкости.

При кровотечениях велико значение состояние свертывающей системы крови больного. Если она хорошая просвет поврежденного сосуда закрывается в конечном итоге образующимся вследствие свертывания крови тромбом. Образование тромбов при ранении сосудов или повреждении его следует рассматривать как важнейшее звено остановки кровотечения.

Циркулирующая в организме кровь находится в жидком состоянии, несмотря на то, что в ней содержится все факторы, необходимые для свертывания. Однако условия для образования заметного количества тромбина отсутствуют, т.к. некоторые факторы находятся в неактивном состоянии или заключены в интактные кровяные пластинки. Устойчивость последних и жидкое состояние крови зависит от целостности сосудистого эндотелия. При повреждении сосудистой стенки создаются условия для свертывания крови и процесс тромбообразования.

Начальным этапом процесса свертывания крови является образование активного тканевого и кровяного тромбoplastина - это первая фаза свертывания. При этом образуются две тромбoplastиновые системы: тканевая и кровяная. Вторая фаза - фаза образования тромбина. Это происходит с помощью тромбокиназы (тромбoplastина) превращение протромбина в тромбин. Третья фаза - фаза образования фибрина. Фибриноген под влиянием тромбина превращается в фибрин, в нитях которого задерживаются форменные элементы крови.

Для студентов стоматологического факультета наиболее важно не просто знать о существовании методов остановки кровотечения, но и непосредственно уметь их использовать. Существует много способов временной остановки кровотечения, а именно:

- 1) наложение жгута (Эсмарха), матерчатого, импровизированного;
- 2) давящая повязка;
- 3) сгибание конечности в суставе;
- 4) тампонада раны;

- 5) сдавление сосуда на протяжении;
- 6) прижатие сосуда пальцами в ране;
- 7) наложение зажимов.

Наиболее эффективным является использование жгута при ранениях крупных сосудов. При этом следует помнить, что жгут нельзя накладывать более 2-х часов, иначе может быть парез конечности, омертвление и т.д. Далее, следует всегда помнить, что прекращение кровообращения в конечности снижает сопротивляемость тканей к инфекции и уменьшает их регенеративные способности, а прекращение доставки тканям кислорода создает благоприятную почву для развития анаэробной инфекции.

После доставки больного с кровотечением используют методы окончательной остановки кровотечения. Они делятся на 4 группы:

- 1) механическая;
- 2) физическая;
- 3) химическая;
- 4) биологическая.

К механической относятся: перевязка сосуда в ране и на протяжении, наложение сосудистого шва (циркулярный, механический шов, танталовыми скрепками, циркулярный шов кольцами Далецкого, боковой сосудистый шов, наложение заплаты на боковую рану или дефект в стенке сосуда, трансплантация и протезирование сосудов и др., тампонирование раны, закруживания сосуда).

Физические методы основаны на свойстве низких температур приводить к спазму сосудов и свойстве высоких температур вызывать коагуляцию белка и ускорять образование тромба.

Химический метод основан на применении сосудосуживающих и повышающих свертывающую систему крови средств.

Биологические препараты, применяемые для остановки кровотечения, оказывают общее и местное действие.

Учитывая, что нередко наблюдаются кровотечения из язвы желудка или 12 п. кишки, причем чаще они бывают профузными, следует особо помнить об этом, знать, как установить диагноз и что делать. Конечно, больного срочно следует привезти в стационар в горизонтальном положении. т.к. очень важно сохранить кровоснабжение мозга, а также можно применить пузырь (грелка) с холодной водой, со льдом и положить его на эпигастральную область.

В последние годы при язвенных кровотечениях широко используют экстренную эндоскопическую диагностику, с помощью которой производят электрокоагуляцию язвы с целью остановки

кровотечения. В некоторых случаях, если имеются препараты, можно временно остановить кровотечение в язве путём использования тромбина, клейких пленкообразующих веществ.

К сожалению, этих препаратов мало.

### **6. Оснащение лекции**

1. Презентация лекции (Power Point)
2. Лабораторные анализы (гемоглобина, эритроцитов, гематокрита)
3. Гемометр Сали
4. перевязочный материал для наложения давящей повязки
5. Жгут Эсмарха и другие жгуты (а также подручный материал)
6. Кровоостанавливающие зажимы, атравматичные иглы и др.)
7. Лекарственные кровоостанавливающие средства.
8. Кровь и её компоненты, применяемые для остановки кровотечения
9. Больные с различными видами кровотечений для демонстрации.

### **7. Темы для самостоятельной работы студентов.**

1. Особенности кровотечений при гемофилии.
2. Значение VII и VIII факторов свертывающей системы при кровотечениях.
3. Образование ложных аневризм
4. Причина учащения пульса и снижения показателей красной части крови.
5. Причины кровавой рвоты, рвоты цвета “кофейной гущи”, дёгтеобразного кала.

### **8. Контрольные вопросы.**

1. Что такое кровотечение, кровоизлияние, гематома -  $\alpha 1$
2. Каков исход капиллярных кровотечений -  $\alpha 1$
3. Каковы опасности и исход профузных кровотечений -  $\alpha 2$
4. На какие виды делятся кровотечения -  $\alpha 2$
5. Какая классификация кровотечений по времени появления -  $\alpha 2$
6. Как происходит свертывание крови?
7. Может ли образоваться тромб при ранении крупной артерии
8. Чем отличаются артериальные кровотечения от венозных?
9. При ранениях каких сосудов и в какой области может наблюдаться воздушная эмболия?
10. Что входит в методы временной остановки кровотечения?
11. Каковы правила наложения жгута
12. Как можно временно остановить артериальное кровотечение если нет жгута?
13. Методы окончательной остановки кровотечения

14. Что такое тампонада сердца и как она может произойти.

### **9. Рекомендуемая литература**

#### ***Основная литература***

1. В.И.Стручков. Учебник. “Общая хирургия”. М. : 1988г.
2. И.Г.Руфанов. Учебник. “Общая хирургия”. М.: 1953г.
3. У.А.Арипов. Учебник. “Умудий хирургия”. Т.: 1996 г.
4. А.В.Григорьян. Учебник. “Руководство к практическим занятиям по общей хирургии”. М.: 1976г.
5. Т.Х.Каюмов., О.В.Иногомов. Лекции по теме: «Кровотечение и методы его остановки». 2000г.

#### ***Дополнительная литература***

1. Б.Е.Панкратьев. “Руководство по хирургии”. М.: 1962г. I том.
2. Н.И.Блинов. Книга “Ошибки, опасности и осложнения в хирургии”. М.: Ленинград. 1965 г.
3. С.Н.Муратов . Дарслик “Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш килиш”. Т.: 1989г.
4. Б.В.Петровский . БМЭ. М.: 1977г. Том 12.
5. Г.В.Головин и др. Руководство по трансфузиологии для врачей отделений. М.: Ленинград. 1975г.

### **1. Тема лекционного занятия: Трансфузиология №3**

Количество часов - 2 часа.

1. Цели:

- а) дать понятие о значении переливания крови, понятия о гемагглютинациях, группах крови, резус-факторе и т.д.
- б) объяснить значение великих научных открытий в развитии переливания крови; открытие Гарвеем законов кровообращения, открытие групп крови К. Ландштейнером и Ян Янским и предложенный Розенгартом и Юревичем, в качестве стабилизатора крови, цитрат натрия.
- в) ознакомить с великим открытием чешского учёного Янского о четырёх группах крови, принцип построения 4-х групп крови.
- г) объяснить когда может произойти агглютинация, что такое панагглютинация, псевдоагглютинация.
- д) дать понятие о резус-факторе, и как нужно переливать кровь с учётом резус принадлежности, об экспресс - методах определения резус-фактора.

- ж) объяснить современное толкование почему нельзя переливать резус-отрицательную кровь больному с резус -положительной кровью.
- з) разъяснить студентам показания и противопоказания к переливанию крови и функции перелитой крови.
- и) ознакомить с возможными осложнениями гемотрансфузии.
- к) дать понятия об источниках крови.
- л) ознакомить с существующими кровезаменителями.

### **3. Ожидаемые результаты**

После прослушивания лекции студенты должны:

- а) знать о значении переливания крови, об агглютинации, группах крови, резус-факторе, какие факторы тормозили развитие переливания крови.
- б) знать великие заслуги таких учёных, как Гарвей, Ландштейнер, Розенгард, благодаря которым стало возможно переливать кровь.
- в) понимать о том, какая большая ответственность перелить ампулу крови, каковы возможные осложнения.
- г) понять значимость точного и правильного определения группы крови, резус-фактора, биопроб и т.д. прежде чем перелить кровь.
- д) знать, что такое “универсальный донор” и “универсальный реципиент”.
- ж) Отличать агглютинацию истинную от ложной при панагглютинации, псевдоагглютинации.
- з) Знать показания и противопоказания к переливанию крови
- и) Знать об источниках крови и донорстве.
- к) Знать о возможных осложнениях, проанализировать с чем они связаны.
- л) Знать какие существуют кровезаменители.

### **4. Содержание**

- а) Общая характеристика понятий переливание крови, значение этой темы для студентов стоматологического факультета.
- б) История открытия групп крови К.Ландштейнером и Ян Янским и значение этого в развитии переливания крови.
- в) Последовательность мероприятий, которые необходимо выполнить перед переливанием крови.
- г) Агглютинация, когда она может произойти.

- д) Правило Оттенберга; почему кровь «универсального донора» можно перелить во все остальные группы крови”.
- ж) Резус-фактор. Значение знаний о резус-принадлежности. Определение резус-фактора экспресс - методом.
- з) Отличие Rh -фактора от Hg -фактор, значение этого при переливании крови по резус-принадлежности.
- и) Показания и противопоказания к переливанию крови.
- к) Стабилизаторы и консерванты крови.
- л) Источники крови. Донорство.
- м) Осложнения при переливания крови и с чем они связаны.
- н) Клиническая картина гемотрансфузионного шока и борьба с ним.
- л) Кровезаменители.

### **5. Преподавательские заметки по лекции №3**

Кровь - это жидкая ткань, находящаяся в постоянном движении. “Кровь - особый сок” - сказал великий и мудрый поэт и естествоиспытатель Гёте устами Мефистофеля, хотевшего подписанием договора кровью убедить Фауста в значительности этого контракта. Ещё на заре человечества с кровью отождествлялась жизнь, жизненная сила, душа человека.

Количество крови, наполняющей сосуды в человеческом организме равно 1/3 его веса, что у взрослого человека составляет 4,5-5,5 литра. Через стенки капилляров кровь приходит в соприкосновение со всеми тканями организма, снабжая их водой, питательными веществами, поступающим из кишечника. Наряду с этим через сосуды почек и кожи кровь удаляет из организма вредные продукты.

Благодаря своей подвижности кровь является связывающим звеном между всеми тканями и органами человека, а с помощью содержащихся в ней химических веществ и продуктов жизнедеятельности различных органов (гормоны, ферменты и т.д.) осуществляется их взаимное влияние друг на друга. Кровь движется и пульсирует по замкнутому кругу, омывая все органы и ткани до мельчайших клеток.

Оправданно всю эту систему называть - “рекою жизни” . К сожалению, переливание крови стало возможным значительно позже, потому что попытки перелить кровь приводили к плачевным результатам, большинство больных умирало. Ученые того времени не

знали о группах крови, резус-факторе и т.д. Благодаря таким ученым, как Карл Ландштейнер, Ян Янский и американец Мосли, которые открыли наличие в эритроцитах агглютининов, а в сыворотке крови агглютининов было установлено в начале 3 первые группы, а затем IV группа крови. Наибольшая заслуга в этом чешского ученого Янского, который и открыл четвертую группу крови.

Принцип построения 4-х групп крови основан на содержании агглютиногена в эритроцитах крови. При отсутствии в эритроцитах “А” или “В” агглютиногена он называл эту группу “О” группой или первой группой т.е. О (I).

Ко второй были отнесены люди, в эритроцитах которых был “А” агглютиноген т.е. А (II), а третью - В (III). Группу, где присутствовали оба агглютиногена он назвал АВ (IV). Кровь, предназначенная для переливания, считается биологически совместимой, если она не содержит антигены, против которых в крови больного имеются антитела. Поэтому основным правилом считается переливание одноименной по группе крови.

Однако, принимая во внимание правило Оттенберга, можно при угрожающих жизни состояниях делать некоторые исключения. Допускается при этом переливание О (I) крови (“универсальный донор”) - реципиентам, кровь которых принадлежит к другим группам. Только количество переливаемой О (I) гр. крови должно быть ограниченным, максимум до 400-500 мл.

В связи с большой степенью разведения вливаемой больному донорской крови вводимая плазма не оказывает никакого действия на эритроциты самого большого. Таким образом, только эритроциты донорской крови могут агглютинироваться сывороткой реципиента, а не наоборот. (правило Оттенберга, 1908 год).

Итак, агглютинация, т.е. склеивание эритроцитов, оно может произойти только при встрече агглютининов одноименных с агглютиногенами. Всегда следует помнить о возможной панагглютинации и псевдоагглютинации. Если в помещении, где определяли группу крови температура была низкой, т.е. ниже 16-18 градусов эритроциты могут собираться хлопьями и имитировать, что вроде произошла агглютинация, хотя этого там нет. Псевдоагглютинация - это способность некоторых эритроцитов собираться вместе в виде “монетных столбиков”, имитируя таким образом агглютинацию. Это ложная агглютинация. В этих случаях,

следует добавить физиологической раствор и встряхнуть, после чего нестойкие эритроциты распадаются.

При переливании крови необходимо также знать резус-принадлежность больного, т.е. резус-фактор (RA) - это особое антигенное вещество. Он имеется в крови у 85% людей на земном шаре и поэтому они называются резус-положительными, а у 15% людей не имеют этого, поэтому они резус-отрицательные. Какова практическая значимость этого: резус положительную кровь нельзя переливать больному с резус отрицательной кровью, т.к. в крови у них вырабатываются антитела, которые при втором переливании приведут к шоку.

Раньше считалось, что ничего плохого не будет, если больному с резус-положительной кровью перелить резус-отрицательную кровь. Это было до тех пор, пока гематологи не открыли другой антиген, не "Rh", а наоборот "Hr". Оказывается по этому антигену большинство людей с резус-отрицательной кровью положительны. Поэтому нужно переливать кровь не только с одноименной группой, но и одноименную по резус-фактору. Механизм действия переливаемой крови базируется на основных функциях, которая выполняются кровью:

1. дыхательная - перенос кислорода тканям и осуществление аэробного дыхания.
2. питательная - перенос, т.е. транспорт питательных веществ к тканям
3. экскреторная - удаление продуктов обмена путем их транспортировки к органам выделения.
4. поддержание гомеостаза.
5. терморегуляторная.
6. защитная - за счет наличия в крови антитоксинов, лизоцинов, антител, лейкоцитов.
7. регуляторная - перенос гормонов и химических веществ . В практике переливания крови выделяют 4 основных показания (действия).

Заместительное действие - восстанавливается ОЦК, что улучшает кровообращение, повышает А/Д, улучшает функции мозга, сердца, почек, печени.

Стимулирующее - проявляется в активизации и нормализации всех функций организма: а) усиливается регенерация крови и тканей;

б) повышается тонус ССС; в) мобилизуется кровь из депо (печень, селезенка, кожа); г) активизируются обменные процессы.

Гемостатическое действие - активизируются процессы образования протромбина, свертывания крови, понижается проницаемость сосудистой стенки, восполняются отсутствующие факторы свертывания крови.

Обезвреживающее действие или дезинтоксикационное действие - снижает концентрацию токсинов за счет разведения, а также абсорбции токсинов белками и эритроцитами крови.

Имунно - биологическое действие - активизация защитных сил организма; переливаются вместе с донорской кровью антитела, гормоны.

Питательное действие - для энергетических процессов - белки, жиры, углеводы, витамины.

При переливании крови если была допущена какая-то ошибка могут наблюдаться различные осложнения. К наиболее тяжелым осложнениям относится гемотрансфузный шок. Во время трансфузии или через некоторое время после неё у больного появляются признаки беспокойства, стеснение в груди, сильный озноб, резкие боли в области почек и внизу живота, тошнота и рвота. Пульс учащается, снижается АД, ухудшается сердечная деятельность, появляются холодный пот, головокружение, цианоз, бледность. Затем наступает потеря сознания, паралич сфинктеров, иногда смерть.

Если больного удастся вывести из тяжелого состояния, то в дальнейшем развивается желтуха, в моче белок, анурия, уремия, гепатит, повышается  $t^*$  тела и др.

Лечение - быстрое прекращение переливания крови. Двухсторонняя паранефральная блокада, кровопускание 200-300 мл. крови, капельное переливание 500-750 мл. одноименной группы и проведение общих противошоковых мероприятий (согревание, введение глюкозы, плазмы, кровезаменителей, сердечно-сосудистых и антигистаминных препаратов и др.) иногда обменно - замещающее переливание крови. Источниками крови, в первую очередь, является донорская кровь, аутокровь, трупная кровь, пуповинно-плацентарная кровь, при лечебных кровопусканиях у больных с гипертонической болезнью. Трупную кровь берут в первые 6 ч. после внезапной смерти от закрытых повреждений при отсутствии ран и разрывов полых органов. Кровь (в среднем до 3-х литров) берут в стерильных условиях из яремной вены без добавления цитрата натрия, т.к. в

течение 6 ч. после смерти кровь не свертывается (феномен фибринолиза).

Трупную кровь хранят в холодильнике при температуре от 2 до 4 градусов. исследуют её и применяют кровь по общим показанием. В.Н.Шамов впервые экспериментально доказал, что трупная кровь нетоксична, жизнеспособна, а С.С.Юдин впервые перелил такую кровь человеку.

Достаточно успешно применяют не только цельную кровь, но и её компоненты (эритроцитная, лейкоцитная, тромбоцитная масса, плазма, сыворотка) а при некоторых заболеваниях эффективны кровезаменители.

Кровезаменителей в настоящее время очень много, их делят на: гемодинамические (противошоковые) ; дезинтоксикационные, для парентерального питания. Успешно используют солевые кровезаменители.

### **6.Оснащение лекции**

1. Презентация лекции (Power Point).
2. Ампулы с кровью, компонентами и кровезаменители
3. Набор стандартных сывороток, антирезус-сыворотки, системы для переливания крови, одноразовые шприцы, тонометр, секундомер, термометр.
4. больной и его история болезни.

### **7.Темы для самостоятельной работы студентов.**

1. Значение правила Оттенберга
2. Отличие групп крови Янского от открытых групп Карлом Ландштейнером
3. Значение резус-фактора при беременности
4. Ошибки, приводящие к различным осложнениям, при переливании крови
5. Стабилизаторы, используемые для консервирования крови

### **8.Контрольные вопросы**

1. Что содержится в сыворотке крови и эритроцитах - L1
2. Когда может произойти агглютинация -L1
3. В чем заслуга Ландштейнера и Янского - L2
4. Какие открытия кроме открытие групп крови сыграли большое влияния в развитии переливании крови -L2
5. Что такое правило Оттенберга и сколько можно перелить “универсального донора” и почему -L3
6. Какие консерванты крови, чтобы она не свернулась - L 2

7. Что такое резус-фактор.-L 1
8. Почему нельзя перелить Rh положительную кровь резус отрицательному больному -L2
9. Почему нельзя перелить резус-отрицательную кровь резус-положительному больному -L3
10. Как определить резус- фактор (экспресс метод) -L 2
11. Что такое и когда проводят прямое переливание крови -L2
12. Показание и противопоказание к переливанию крови -L 2
13. Какие осложнения и из-за каких ошибок могут быть осложнение - L3
14. Как бороться с гемотрасфузным шоком -L 2
15. Какие существуют белковые кровезаменители -L 2

### **9.Рекомендуемая литература.**

#### ***Основная литература.***

1. В.И.Стручков .Учебник. “Общая хирургия”. М.: 1958г.
2. И.Г.Руфанов. Учебник. “Общая хирургия”. М.: 1953г.
3. У.А.Арипов. Учебник. “Умумий хирургия”. Т.: 1996г.
4. А.В.Григорьян. Учебник. “Руководство к практическим занятиям по общей хирургии”. М.: 1976г.
5. Т.Х.Каюмов., Я.В.Иногомов. Лекции по теме:”Переливание крови”. 2000г.

#### ***Дополнительная литература.***

6. Б.Е.Понкратьев. Руководство по хирургии. М.: 1962г. том 1.
7. Н.И.Блинов. Книга. Ошибки и опасность осложнения в хирургии. М.Ленинград. 1965г.
8. С.Н.Муратов .Дарслик. Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш килиш. Т.: 1983 г.
9. Б.В.Петровсикй. БМЭ. М.: 1978. том IV.

## **II. СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО КУРСА.**

### **1. Тема лекционного занятия: Закрытые травмы - №4.**

Количество часов 2 часа.

#### **2. Цели:**

А. Дать понятие закрытых травм, их место и значение в современной хирургии и стоматологии.

Б. Объяснить для чего нужно стоматологам знать и действовать при закрытых травмах и их осложнениях.

В. Изложить современные понятия закрытых травм, дать характеристику отдельных видов.

Г. Дать характеристику, классификацию, клинику, осложнения закрытых травм.

Д. Изложить профилактику травматического шока и других осложнений.

Е. Изложить принципы борьбы с закрытыми травмами и их осложнениями.

#### **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания студенты должны:

А. Знать понятия закрытых травм;

Б. Знать классификацию

В. Знать понятия коллапса, клинику, симптомы, лечения.

Г. Знать патогенез травматического шока и его клиническое течение.

Д. Проанализировать различие шока и коллапса

Е. Знать принципы оказания первой помощи при закрытых травмах

Ж. Рассмотреть понятие травматизм, основные группы, причины.

З. Рассмотреть виды травматического токсикоза, диагностику, лечение.

И. Продемонстрировать закрытые травмы мягких тканей, повреждения черепа, мозга, переломы и знать принципы лечения.

#### **4. Содержание.**

А. Общая характеристика травм, классификация.

Б. Коллапс, как осложнение травм, клинические симптомы, лечение.

В. Травматический шок, как грозное осложнение травм, теории, объясняющие его развитие, его фазы, отличие от коллапса, степени тяжести, лечение и прогноз на догоспитальном уровне и в стационаре.

Г. Травматизм - как совокупность травм, история развития, группы травматизма, причины.

Д. Понятие травматического токсикоза, патогенез, клиническая картина, лечение.

Е. Закрытые травмы мягких тканей, ушибы, растяжения, разрывы связок.

З. Закрытые повреждения черепа и мозга.

И. Переломы черепа, лечение.

5. Преподавательские заметки по лекции.

Травмы - воздействие на организм различных внешних агентов, вызывающих нарушение анатомии и функции.

Травмы производственные и непроизводственные.

Коллапс - внезапное наступление состояния острой слабости сердца и падение сосудистого тонуса, сопровождающиеся упадком всех жизненных функций. Лечение - устранение причин.

Шок - угнетение всех жизненно важных функций организма. При возникновении травматического шока основным механизмом является афферентная импульсация, кровопотеря. Нарушается деятельность нервно-эндокринной систем, что сказывается на деятельности системы кровообращения, а именно в микроциркуляции. Клиника определяется фазой и степенью его развития - 2 фазы: эректильная и торпидная. Шок 1 степени - АД -100/60, 2-степени - 85-75/50, 3-степени 70/30 и меньше.

Принцип Альгевера - в норме 0,5-0,6. При 1-степени шока -0,8, при 2-степени - 0,9-1,2, 3-степени - 1,3 и более.

Лечебные мероприятия: обезболивание и иммобилизация, внутривенные инфузии, сердечные, антигистаминные препараты, гормоны, временная остановка кровотечения, при необходимости искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, доставка в стационар.

Совокупность травм, возникших в определенной группе населения за ограниченный период времени называется травматизмом. Группы - производственные, непроизводственные, умышленные. Травматический токсикоз(СДР, краш-синдром) - развивается при длительном(4-8 часов и более) раздавливании мягких тканей конечности. Воздействует 3 фактора: болевой, травматическая токсемия, потеря плазмы, крови. Клиника наступает через некоторое время после освобождения конечности из под завалов. Продукты аутолиза поступает в кровеносное русло, вызывая токсемический шок. Важное значение играет и плазмопотеря, нейрорефлекторные и нейрогуморальные факторы. Длительное болевое раздражение вызывает спазм сосудов коркового слоя почек. Кровоток осуществляется через сосуды мозгового слоя. Токсины усиливают

спазм сосудов. Миоглобин в кислой среде мочи выпадает в осадок и закупоривает извитые канальцы, оказывая нефротоксигенное действие.

Клиника делится на 3 периода: ранний, промежуточный, поздний. Лечение - борьба с гиповолемией, острой почечной недостаточностью, лечение ран, противошоковые мероприятия, этапное лечение.

Ушиб - повреждение тканей и органов без нарушения целостности кожи от непосредственного воздействия тупого предмета на тот или иной участок тела. Назначается холод на первые сутки, затем рассасывающая терапия.

Растяжения - повреждения тканей с частичным разрывом их при сохранении анатомической целостности. Кровоподтек, отек, боли, нарушения функции суставов.

Разрывы связок, фасции, мышц, сухожилий - могут быть полным или неполным. Лечение хирургическое.

Закрытые повреждения черепа и мозга. Это сотрясения, ушибы, сдавления. При сотрясении головного, спинного мозга наблюдается мелкие, точечные кровоизлияния, отек и повышения внутричерепного давления. Отек связан с замедлением венозного кровотока и реакцией мозга на травму. Нарушается проницаемость сосудов. В анамнезе потеря сознания и ретроградная амнезия. Различают 3 степени тяжести. Лечение - покой, постельный режим, дегидратационная терапия.

Переломы - нарушения целостности кости, вызванное действием на кость силы или патологическим процессом. Бывает деформация, крепитация, укорочение конечности, боль. Применить иммобилизацию, обезболивание, доставка в стационар. Репозиция, фиксация, стимуляция консолидации. Скелетное вытяжение, а также применение оперативного лечения.

6. Оснащение лекции.

А. Презентация лекции (Power Point)

Б. Слайды

В. Набор средств, используемых при закрытых травмах (шины и тому подобное).

Г. Набор противошоковых средств.

Д. Рентгенограммы

Е. Гипсовые повязки, аппарат Илизарова.

7. Тема для самостоятельной работы студентов.

- А. Патогенез коллапса, шока. Механизмы их развития, лечение.
- Б. Первая помощь при ушибах, растяжениях, переломах.
- В. Неврологический статус при травмах мозга.

8. Контрольные вопросы.

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| А. Отличие коллапса от шока   | $\alpha_3$ |            |
| Б. Синдром длительного раздавливания                                | $\alpha_3$ |            |
| В. Какие противошоковые мероприятия проводятся при закрытых травмах | $\alpha_2$ |            |
| Г. Что такой ушиб, растяжение, переломы и их отличие                | $\alpha_1$ |            |
| Д. Какие изменения происходят в мозгу при сотрясении                | $\alpha_2$ |            |
| Е. Как накладывать шины при переломах                               |            | $\alpha_2$ |
| Ж. Первая помощь при переломах костей                               | $\alpha_2$ |            |

**Рекомендуемая литература.**

Основная литература.

1. В.И.Стручков. Учебник «Общая хирургия». М., 1988
2. И.Г.Руфанов. Учебник «Общая хирургия», М., 1953
3. В.И.Гостищев. Учебник «Общая хирургия» ., М., 1999.
4. У.А.Арипов. Учебник «Умумий хирургия»., Т., 1994.
5. Т.Х.Каюмов, Я.В.Инагамов. Лекции по теме «Закрытые травмы», 2001.

**Дополнительная литература.**

6. Панцырев В.П. Клиническая хирургия. М.,1991
7. Справочник по травматологии., М., 1997
8. Б.В.Петровский с соавт. БМЭ, том 1,2., 1977

## Содержание лекционного курса

**1.. №5 Тема лекционного занятия: Открытые повреждения, раны, ожоги, отморожения.** Количество часов - 2 часа.

### 2.Цели:

- А.** Дать понятия раны, ожоги, отморожения, их место и значение в современной хирургии и стоматологии.
- В.** Объяснить значение - раны, ожоги, отморожения в хирургии.
- С.** Дать - понятие о ране, опасности и осложнения, возникающие при этом.
- Д.** Объяснить классификацию ран: по характеру повреждения, причине повреждения, инфицированности, отношению к полостям, простые и осложненные, касательные, Сквозные, слепые.
- Е.** Дать понятие о «свежести» раны и гнойной ране.
- Ф.** Объяснить основные принципы первичной хирургической обработки раны, течение раневого процесса, виды заживления и процесс заживления, виды швов, показания к наложению различных видов швов
- Г.** Изложить принципы лечения при воспалении и нагноении ран, профилактику столбняка
- Н.** Дать понятие об ожогах, видах его
- І.** Объяснить классификацию ожогов, определение площади ожогов, схему Постникова
- Ј.** Объяснить ожоговую болезнь, периоды ожогового шока, токсемии, септикотоксемии и реконвалюсценции
- К.** Изложить принципы лечения ожогов
- Л.** Дать понятия об отморожениях
- М.** Объяснить этиопатогенез, классификацию, патанатомию отморожений
- Н.** Объяснить периоды течения (дореактивный и реактивный) отморожений
- О.** Изложить основные принципы лечения отморожений

### 3. Ожидаемые результаты

После прослушивания лекций студенты должны:

- А.** знать клинически местные и общие симптомы и опасности ран
- В.** знать - по характеру повреждения тканей, причине повреждения, инфицированности, отношению полостям, простые и осложненные, касательные, сквозные, слепые раны.

- C. Проанализировать различные виды ран: отличить резаную рану от ушибленной или рваной, рваные раны от укушенных ран
- D. Курировать больных по данной тематике на практических занятиях в хирургическом отделении
- E. Рассмотреть осложнение и опасности ран
- F. Знать особенности и опасности колото-резаных ран
- G. Знать укушенных ран, осложнение с развитием инфекции вирусом бешенство
- H. Знать профилактику бешенства при укушенных ранах
- I. уметь оказание первой помощи при укушенных ранах
- J. Знать про специальных антирабических пунктах для вакцинации
- K. Знать особенности проникающих и непроникающих ранений по отношению грудной и брюшной полостям и их осложнения, оказать первую помощь
- L. знать при всякой случайно ране активную и пассивную иммунизацию против столбняка
- M. уметь делать первичную хирургическую обработку раны
- N. Уметь лечить чистых, «свежих» ран
- O. Уметь оказать первую медицинскую помощь: остановки кровотечения, антисептики, асептическая повязка.
- P. Знать профилактику раневой инфекции
- Q. Знать фазы течения раневого процесса по Руфанову (1953) и Кузину (1990).
- R. Знать о первой фазе, характеризующиеся биохимическими изменениями в ране
- S. Знать о второй фазе: образование и созревание слоев грануляционной ткани
- T. Знать ферменты, которые участвуют в процессы очищения раны
- U. Знать о первичном и вторичном заживлении раны
- V. Уметь как и в какое время на рану накладывать первично-отсроченный, вторичный шов
- W. Знать лечить гнойных ран.
- X. Знать о видах ожога: термической, химической и лучистой энергией.
- Y. Знать о степенях глубины поражения ожогов и их отличие друг от друга.
- Z. Уметь определить тяжести ожога с измерением площади пораженной поверхности: Схема Постникова, правило «ладони», правило «девятки».

- АА.Знать развитие ожоговой болезни: таких как ожоговый шок, периоды токсемии, септикопиемии.
- ВВ.Знать клиническую картину и биохимическое нарушение организма.
- СС.Уметь оказать первую помощь при ожоге на месте происшествия.
- DD.Уметь первичную обработку ожоговой поверхности.
- ЕЕ.Знать профилактику- шока, инфицирования ожоговой поверхности эвакуацию пострадавшего в лечебное учреждение.
- FF.Знать о методах лечения: закрытый, открытый, смешанный, GG.оперативный.
- НН. Уметь оказать первой помощи при химическом ожоге.
- П. Знать классификацию, глубины поражения и по времени отморожения.
- JJ.Знать этиологию- повреждающее действие на ткани при отморожении.
- КК.Знать патогенез при отморожении.
- LL.Знать морфологические изменения в тканях при отморожениях: о степенях и о развитии пораженной зоны.
- ММ.Знать клиническую картину при отморожениях дореактивного и реактивного периода.
- NN.Уметь принципы консервативного и оперативного лечения отморожений.
- ОО.Знать осложнения отморожений

#### 4. Содержание

- А.Общая характеристика понятий открытые повреждения: раны, ожоги, отморожения. Значение в стоматологической практике, в челюстно-лицевой хирургии и в других частях организма
- В.Понятие ран. Опасности, осложнения возникающие при этом
- С.Классификация ран
- Д.Понятие о «свежести» раны и гнойной раны
- Е. первичная хирургическая обработка раны
- Ф. Течение раневого процесса
- Г.Виды заживления и процесс заживления
- Н.Виды швов. Показания к ним
- И. Принципы лечения при воспалении и нагноении ран

**А. Общая характеристика понятий ожога**

- В. Классификация ожогов: виды, степени (глубина поражения)
- С. Определение площади пораженной поверхности при ожоге: схема Постникова, правило «ладони», правило «девяток»
- Д. Термические ожоги
- Е. Ожоговая болезнь: ожоговый шок, токсемия, септикотоксемия
- Ф. Методы лечения ожогов
- Г. Химические ожоги: первая помощь

**А. Общая характеристика отморожений**

- В. Классификация отморожений, по глубине поражения, по клиническому течению.
- С. Этиопатогенез отморожений
- Д. Патанатомия отморожений
- Е. Клиническая картина отморожений
- Ф. Принципы лечения отморожений

**5. Преподавательские заметки по лекции №1.**

Повреждения тканей и органов с нарушением целостности покровов (кожи, слизистых), вызванными механическими воздействиями, называется раной. Опасностями ран являются:

- а) кровотечение с возможностью развития острой анемии.
- в) шок.
- с) развитие инфекции.
- д) возможность нарушения целостности жизненно важных органов.

Клиника ран:

Местные симптомы: боль, кровотечение, зияние.

Общие симптомы: острая анемия, инфекция.

Классификация ран:

1) По характеру повреждения тканей:

- а) колотые
- б) резаные
- в) рубленые

- г) ушибленные
- д) рваные
- е) укушенные
- ж) отравленные
- з) огнестрельные
- 2) По причине повреждения:
  - а) операционные
  - б) случайные
- 3) По инфицированности:
  - а) асептические
  - б) бактериально-загрязненные
  - в) инфицированные
  - г) гнойные
- 4) По отношению к полостям:
  - а) проникающие
  - б) непроникающие
- 5) Простые и осложненные
  - б) Касательные, сквозные, слепые.

Если разобрать это более глубоко, то: -колотые раны- наносятся колющим оружием ( штык, игла, шило, нож и т. д. )

Сами по себе раны снаружи небольшие, но могут быть очень глубокими, всегда имеется опасность повреждения жизненно важных органов, а также крупных сосудов в области живота и груди. Поэтому очень важна тщательная хирургическая обработка ран, точное знание хода раневого канала, повреждена ли брюшина, плевра и т.д. Иначе, можно «упустить» проникающую рану, а тогда, возможно, имеется повреждение внутренних органов. Если повреждена брюшина, дальнейшая тактика хирурга заключается в лапаротомии широким разрезом и ревизии всех органов. В противном случае, у больного либо разовьется перитонит, если был поврежден полый орган, либо нарушения, связанные с повреждением паренхиматозных органов или крупных сосудов. Это может привести к смерти больного.

О резанных ранах- они наносят острым предметом. Они характеризуется небольшим количеством разрушенных клеток, окружающие ткани не повреждаются.

Ушибленные и рваные раны- являются следствием воздействия тупого предмета.

Укушенные раны -они характеризуется не столько обширными и глубокими повреждениями, сколько инфицированностью вирулентной флорой рта человека или животного. Укушенные раны могут быть заражены вирусом бешенства. Оказание первой помощи при укусах -обливают рану 20процентным раствором мыла, накладывают асептическую повязку и направляют в специальный антиробический пункт для вакцинации.

При всякой случайной ране необходимо профилактика столбняка ( активная и пассивная иммунизация ).

Лечение чистых ран - представляет собой систему мероприятий, включающую ПХО ран, предупреждение инфекции и борьбу с ней и др. осложнениями.

1.Первая мед. помощь: остановка кровотечения, антисептика, асептические повязки.

2. Первичная хирургическая обработка ран: свежесть раны, инструменты, методика, какие швы и операционная рана

Течение раневого процесса по Руфанову (1954).

1)Фаза гидратации- переход геля в золь, очищение раны от мертвых тканей.

2)Фаза дегидратации, регенерации, гранулирования.

1.-Фаза характеризуется развитием гиперемии, нарушение проницаемости сосудистой ткани, воспалительного отека и лейкоцитарной инфильтрацией тканей. Происходит очищение очага воспаления от мертвых тканей, клеток, токсинов, продуктов распада.

Роль фермента:1)Аутолизаты.

2)Гетерализаты.

3)Некрогормоны.

2.-Фаза характеризуется преобладанием восстановительных регенеративных процессов.

Виды заживления ран:

1) Первичное

2) Вторичное

1. Когда при сближенных, соприкасающихся краях и стенках раны процессы заживления идут быстро, без осложнений.

2. Когда имеется большая полость раны, погибших тканей, развилась гнойная инфекция и процесс регенерации.

В развитии грануляции различают 6 слоев:

1.Поверхностный лейкоцитарно- некротический

2.Слой сосудистых петель.

- 3.Слой вертикальных сосудов- образуется фибробласты.
- 4.Созревающий слой.
- 5.Слой горизонтальных фибробластов.
- 6.Представляет собой процесс созревания грануляций.

Первичный шов- накладывают на п \ о рану, а также на случайные раны, подвергшиеся ПХО.

Первично отсроченный шов- накладывают от момента появления случайной раны , прошло не более 6-12 ч, и рана выглядит не совсем «свежей».

Вторичный шов- накладывают на гранулирующую чистую рану, когда, в результате лечения большой гнойной раны, течение перешло в фазу дегидратации.

Лечение гнойных ран:

- 1)Покой пораженному органу.
- 2)Применение антисептических средств.
- 3)Усиление гиперемии ткани и процесс экссудации в ране путем наложения различных повязок с гипертоническим раствором
- 4)Активация иммунобиологических реакций.
- 5) Уменьшение гнойной интоксикации путем создания оттока раневого экссудата
- 6)
- 7) Бережное отношение к тканям
- 8) Физиотерапия, ЛФК

Ожогами называют повреждение вызванные термической, химической или лучистой энергией. Степени ожога:

- 1.Эритема и отек кожи
2. Образование пузырей из отслоенного экссудатом эпидермиса
3. Некроз кожи с развитием росткового слоя эпидермиса
4. Некроз всех слоев эпидермиса, дермы и глублежащих тканей

Схема Постникова: правило ладони - площадь ладони больного составляет примерно 1% от общей площади его кожи.

Правило «девятки»- вся площадь кожи делится на части по 9%. Грудь и живот -18%, нижние конечности - 18%; верхние конечности - 9%; шея, голова -9%, промежность - 1%. Термические ожоги вызываются паром, кипятком, пламенем и т.д.

Ожоговый шок - развивается в связи с раздражением огромного

количества нервных элементов обширной области поражения. Важное значение - большая плазмопотеря и интоксикация продуктами распада тканей.

Токсемия - начинается с первых часов после ожога, постепенно усиливается, всосавшись в кровь из зоны ожога продуктов распада тканей, токсинов, а также гипохлоремия, гипопротеинемия и нарушение обмена веществ.

Септикотоксемия - возникает септические явления: повышается температура тела, появляется озноб, лейкоцитоз, нейтрофилез. Развивается анемия и другие явления. При посеве крови обнаруживаются наличие роста микрофлоры.

Первая помощь при ожоге должна обеспечить прекращение действие травмирующего агента, профилактику шока, инфицирования ожоговой поверхности и эвакуацию пострадавшего в лечебное учреждение. В лечебном учреждении наложат асептическую повязку, вводят наркотические вещества, ПСС, производят первичную хирургическую обработку раны. В стационаре дальнейшее лечение состоит из 4-х групп:

1. Закрытый метод лечения
2. Открытый метод лечения
3. Смешанный метод лечения
4. Оперативный метод лечения.

Отморожения - повреждение тканей, вызванной воздействием на ткани низкой температуры.

Классификация:

1. Отморожение при температуре окружающей среды ниже  $0^{\circ}\text{C}$ .
2. Отморожение при температуре окружающей среды выше  $0^{\circ}\text{C}$
3. Контактное отморожение

По глубине поражения бывает:

- 1-степень- поверхностный слой эпидермиса
- 2-степень - базальный слой эпидермиса с образованием пузырей
- 3-степень некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки
- 4-степень - повреждение мягких тканей и кости.

Этиология. Длительное воздействие более низкой температуры.

Патогенез. Под воздействием холода прежде всего повышается

тонус гладких мышц стенок кровеносных сосудов, что приводит к сужению их просветов и снижению кровотока. Это приводит к сгущению крови, а затем стазу и образованию пристеночных и обтурационных тромбов. В клетках охлажденных тканей исчезает гликоген, снижается активность окислительно-восстановительных процессов, повышается проницаемость мембран клеток, подавляется синтез нуклеиновых кислот и белков. Развивается циркуляторная гипоксия с развитием дистрофических, вторичных воспалительных явлений.

Патанатомия. Степени (1,2,3,4-степени), зоны отморожения:

1. Тотальный некроз
2. Зона демаркационного воспаления
3. Зона восходящих -дистрофических и очаговых- некротических изменений

Клиническая картина.

Побледнение кожи, потеря чувствительности, синюшность или покраснение кожи, тяжесть в конечностях, боль при ходьбе.

Лечение:

1. Согревание пораженных тканей для восстановления кровообращения и метаболических процессов
2. Массаж
3. Растирание конечностей
4. Теплые ванны
5. Анальгетики
6. Введение СА и ПСС
7. Антикоагулянты
8. Реополиглюкин
9. Новокаиновые блокады
10. Оперативные методы лечения

## **6. Оснащение лекции**

1. Презентация лекции (Power Point), демонстрирующие основные виды ран, ожогов, отморожений, лечение их.
2. Набор хирургических инструментов (режущие и нерезущие), бикс, резиновые и стеклянные изделия, виды шовного материала
3. Набор средств химической и биологической антисептики

4. Набор всего материала и инструментов для выполнения первичной хирургической обработки раны

## **7. Темы для самостоятельной работы студентов**

1. Входные ворота для экзогенного источника инфекции при ране, ожоге и отморожениях
2. Профилактика специфической инфекции: введение СА и ПСС
3. Профилактика бешенства
4. Первичная хирургическая обработка ран
5. Профилактика раневой инфекции
6. Наложение швов при ранах
7. Оказание первой помощи при ранениях, ожоге, отморожении

## **8. Контрольные вопросы.**

- A. Что входит к опасностям ран?
- B. В чем заключается местные и общие симптомы ран? Перечислить по симптомам.
- C. Какая классификация ран?
- D. Какие отличия резаной раны от ушибленной, рубленной, рваной ран?
- E. Что такое первичная хирургическая обработка раны?
- F. Какие фазы течения различают при раневом процессе?
- G. Как накладывают вторичные швы?
- H. Как развивается ожоговая болезнь?
- I. Какие степени отморожения различаются по глубине поражения?
- J. В чем различие между сухой и влажной гангреной?

## **9. Литература**

Основная литература

1. В.И.Стручков - Учебник «Общая хирургия» ., М.,1988
2. И.Г.Руфанов - Учебник «Общая хирургия»., М., 1953
3. В.М.Гостищев - Учебник «Общая хирургия»..М.,1999
4. А.В.Григорьян. - Учебник «Руководство по практическим занятиям по общей хирургии»., М..М, 1986
5. У.А.Арипов - Учебник «Умумий хирургия»., Т., 1994

**Дополнительная литература.**

1. Н.И.Блинов «Ошибки, опасности и осложнения в хирургии», М., Ленинград, 1965
2. Б.Г.Панкратов - «Руководство по хирургии», том 1, М., 1971
3. М.И.Кузин. «Раны и раневая инфекция», М., 1990.

### **Содержание лекционного курса.**

1. Тема лекционного занятия: **«Острая гнойная неспецифическая хирургическая инфекция»- №6.** Количество часов - 2 часа.

#### **2. Цели:**

А. Дать понятие «Острая гнойная хирургическая инфекция». Их место и значение в современной хирургии и стоматологии.

Б. Объяснить значение патологического процесса, лежащего в основе хирургических болезней.

В. Изложить современную классификацию хирургической инфекции, дать характеристику отдельных видов гнойных заболеваний.

Г. Дать характеристику острой гнойной аэробной инфекции, этиологию, патогенез.

Д. Изложить местные и общие реакции организма при гнойных заболеваниях.

Ж. Заложить профилактику гнойных заболеваний и нагноений ран.

З. Объяснить оснащение, оборудование и помещение гнойной перевязочной и палат.

И. Изложить общие принципы лечения острой гнойной инфекции.

#### **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания лекции студенты должны:

А. Знать инфекцию в хирургии.

В. Знать классификацию хирургической инфекции.

С. Знать об этиологии и патогенезе гнойных заболеваний.

Д. Знать общие и местные реакции организма при гнойных заболеваниях.

Е. Продемонстрировать на лекции больных.

Ф. Знать основные принципы острой гнойной инфекции.

Г. Знать как собрать анамнез, обследовать больных

Н. Знать консервативное лечение: местные и общие лечения гнойных ран.

И. Знать местное лечение: покой, иммобилизация пораженного организма, эвакуация гноя, создание постоянного оттока во внешнюю среду.

- J. Знать применение антибиотиков.
- K. Знать локализации, фазы процесса, наличие тех или иных осложнений.
- L. Знать в начальных фазах воспаления до образования гнойного очага. Применение тепловых процедур, согревающий компресс, грелки, ванны.
- M. Знать о том, что в фазе образования гноя нельзя применять тепло, ванны.
- N. Знать, почему нельзя перевязывать в одном помещении чистые и гнойные раны.
- O. Знать, какие ферменты и антибиотики, антисептические средства используют в лечении гнойных ран .
- P. С. Знать, как часто проводят посевы из гнойных ран.
- Q. Знать применить при гнойных заболеваниях тампонов, резиновых выпускников и дренажей.
- R. Знать пробы определения чувствительности микробов к антибиотикам.

#### **4.СОДЕРЖАНИЕ.**

- A. Общая характеристика понятия инфекции в хирургии. Дословное обозначение слов и понимание их в широком смысле. Значение их в хирургии.
- B. Вступительное слово: О значении инфекция в хирургии для будущих врачей стоматологов.
- B. Влияние факторов на развитие воспаления- патогенные микробы, условно патогенные, сапрофиты.
- Г. Микроорганизмы, пути проникновения.
- Д. Воспаление- современная теория воспаления - теория лизосомального эффекта, стадии альтерации, экссудации и пролиферации.
- Е. Общие и местные симптомы воспаления.
- Ж. Лечение острой гнойной инфекции- консервативное и оперативное.

#### **5. Преподавательские заметки по лекции.**

Под понятием хирургическая инфекция понимается процесс взаимодействия микробов с человеческим организмом, выражающийся в виде инфекционного заболевания. Существует

несколько классификаций гнойно-хирургических заболеваний в зависимости от принципа, положенного в их основу. По клиническому течению и патологическим изменениям в тканях . Все виды инфекции в хирургии входят в следующую классификацию:

1. Острая гнойная аэробная инфекция.
2. Острая анаэробная инфекция.
3. Острая специфическая инфекция.
4. Острая гнилостная инфекция.

Б. Хроническая хирургическая инфекция.

1. Хроническая неспецифическая инфекция.
2. Хроническая специфическая инфекция.

Что входит в неспецифическую гнойную инфекцию.

- А. Гнойные заболевания кожа и подкожно-жировая клетчатка.
- В. Покровов черепа и его содержимого.
- С. Грудной клетки, плевры и легких.
- Д. Лимфатических сосудов и узлов.
- Е. Поверхностных и глубоких вен.
- Ф. Костей и суставов.

Второе, что вы должны понять, что речь идет о неспецифической инфекции, то есть возбудителем этих заболеваний является не какая-то одна специфическая. Чаще возбудителем этих заболеваний бывает поливалентная инфекция. Может быть стафилококк, пневмококк, синегнойная или кишечная палочки и другие.

Для развития гнойного заболевания большое значение имеет состояние больного, то есть макроорганизма, его защитных сил ,компенсаторно-приспособительные механизмы организма, иммунно-биологические свойства организма.

1. Для того, чтобы возникло какое-либо инфекционно-хирургическое заболевание, необходимо взаимодействие попавшей микрофлоры в ткани и реакции организма
2. Чем больше доза и чем выше вирулентность проникших в организм микробов, чем слабее защитные силы организма, тем больше вероятность заболевания и наоборот.
3. Для внедрения микробов в организм требуются «входные ворота», то есть нарушение целостности покровов (кожа, слизистые). Местные

иммунологические особенности ткани также влияют на частоту и тяжесть гнойных процессов.

Моментами, благоприятствующими развитию гноеродных микробов при проникновении их через дефект кожи и слизистых оболочек, являются:

А. Наличие в зоне травмы питательной среды (кровоизлияние, омертвевшие ткани).

В. Одновременное проникновение нескольких видов микробов, обладающих аллергическим действием.

4. Виды микроорганизмов, вызывающих заболевание- стрептококки, кишечная палочка и другие.

5. Воспаление- есть сложная комплексная местная, защитно-приспособительная реакция целостного организма на действие патогенного раздражителя. При этом происходит на месте повреждения ткани и органа изменение кровоснабжения в микроциркуляторном русле, повышение проницаемости сосудов в сочетании с дистрофией и пролиферацией тканей.

9. История- вопросы воспаления, строящиеся в далекой древности в трудах Гиппократ. Цельс описал четыре основных признаков воспаления:

А. Краснота    Б. Припухлость    В. Боль    Г. Повышение местной температуры.

А пятый признак- нарушение функции, описал Гален. Вирхов создал нутритивную питательную теорию. Самуэль и Конгейм создали сосудистую теорию.

Мечников- развил учение о фагоцитозе.

Кон- открытие лизосом.

Фаза воспаления - воспалительная реакция, состоит из нескольких взаимосвязанных между собой фаз:

1. Альтерация

2. Высвобождение биологически-активных веществ.

3. Повышенная проницаемость стенок капилляров ко всему.

4. Реакция системы крови на повреждение.

5. Пролиферация.

Механизм изменения.

Первая фаза -альтерация (повреждение ткани и клеток).

В первой фазе происходит разрушение клеток и высвободившиеся гидролитические ферменты лизосом начинают разрушать мембраны других клеток, в частности, тучных клеток. При этом в избыточном количестве образуются гистамин, серотонин, гепарин, кислая и щелочная протеазы. Они способствуют расширению капилляров, артериол, венул и повышению их проницаемости с последующей экссудацией плазменных белков. Эмиграцией всех видов лейкоцитов ,а также эритроцитов через стенки сосудов.

Во второй фазе- сосудистая реакция с экссудацией.

Наблюдается две фазы расширения сосудов. При первой фазе - (немедленная вазодилатация) 10 мин.

Сопровождается повышением проницаемости по отношению к белкам крови.

Вторая фаза более длительная - несколько часов. В этой фазе возникает инфильтрация тканей лейкоцитами, воспалительная гиперемия, изменяются реологические свойства крови, возникают стазы, местные кровоизлияния, тромбоз мелких сосудов. В очаге воспаления усиливается обмен веществ. В результате нарушения проницаемости, выхода белков, жидкости - вода, солей, клетки крови образуются мутная жидкость - экссудат.

Пролиферация - размножение клеток является завершающей регенеративной фазой.

Основные клинические признаки:

1. Краснота - за счет воспалительной гиперемии, расширение артериол, венул, капилляров, замедление кровотока.
2. Припухлость - вследствие сосудистой реакции выход воды, белков, солей и элементов крови.
3. Боль - возникает вследствие раздражения экссудатом чувствительных нервов или некоторыми биологически активными веществами- кининами.
4. Повышение температуры за счет усиленного притока артериальной крови, а также повышение обмена веществ
5. Нарушение функции- тканей и органов.

Общая реакция организма

- 1.Клинически
- 2.Изменение белковых фракций организма.
- 3.Изменение функции кроветворения.

4.Изменение состава крови.

### 6. Оснащение лекции

- А. Презентация лекции (Power Point) «Острые гнойные инфекции» в хирургии
- В. Слайды
- С. Набор ферментных препаратов, антибиотиков, антисептических средств
- Д. Набор хирургических инструментов для вскрытия гнойных заболеваний

### 7. Темы для самостоятельной работы студентов.

- А.Входные ворота для патогенной экзогенной инфекции
- В.Особенности клинического течения фурункулов лица
- С.Какие заболевания благоприятствуют развитию фурункула и карбункула
- Д. Осложнения при не целевом применении антибиотиков
- Е. Особенности сухожильного панариция первого и пятого и остальных пальцев
- Ф. Профилактика маститов
- Г.Теория Лексера и Дерижанова в развитии остеомиелита

### 8. Контрольные вопросы.

- А.Когда возникают острые неспецифические гнойные заболевания?
- В.При каких фурункулах может возникнуть осложнения в виде менингита?
- С.На какой стадии воспаления можно лечить консервативно?
- Д.Какая классификация маститов?
- Е. При ретромаммарном мастите что надо делать?
- Ф. Как и где производится плевральная пункция при эмпиеме плевры?
- Г.Какая классификация панарициев?
- Н.Почему острый мастит в большинстве случаев наблюдается у первородящих?
- И. Что способствует образованию острого парапроктита?
- Ж. В чем положительного действие ферментов на гнойно-некротическую ткань?
- К.Какие секвестры тканей при остеомиелите?

Л. Чем характеризуется клинически острый тромбофлебит поверхностных вен?

Рекомендуемая литература.

Основная литература.

1. В.И.Стручков. Учебник «Общая хирургия»., М., 1983
2. И.Г.Руфанов. Учебник «Общая хирургия».М., 1953
3. В.М.Гостищев. Учебник «Общая хирургия» М., 1999.
4. Н.Н.Григорьян. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии»., М., 1976
5. У.А.Арипов. Учебник «Умумий хирургия» Т., 1994
6. Н.И.Блинов. «Ошибки, опасности и осложнения в хирургии., Л. 1965
7. Б.Е.Панкратов - Руководство по хирургии. М.1962, том 1
8. М.И.Кузин. Раны и раневая инфекция. М., 1990
9. С.Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София,1977

## **1. Содержание лекционного курса.**

### **1. Тема лекционного занятия №7: «Заболевания щитовидной и молочной желез».**

Количество часов - 2 часа.

#### **2. Цель:**

- Дать понятия существования заболевания щитовидной и молочной железы
- Объяснить значение их изучения
- Изложить основные заболевания этих желез, современный взгляд на этиопатогенез
- Дать клиническую картину в соответствии с современной классификацией, способы диагностики, лечения, профилактики.

#### **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания лекции студенты должны:

- Знать значение гормонов щитовидной железы, их роль в организме, анатомию, физиологию, значение йода в развитии заболевания
- Знать основные диагностические симптомы заболевания щитовидной железы и их лечение
- Знать анатомию, физиологию молочной железы, влияние гормонов на нее и развития заболевания.
- Знать способы профилактики заболеваний молочной железы
- Знать методы и способы диагностики молочной железы и принципы лечения

#### **Содержание.**

1. Анатомия, физиология щитовидной железы и ее эндокринная функция
2. Методы исследования при заболеваниях щитовидной железы
3. Основные заболевания щитовидной железы: Зоб, его виды, степени тяжести, лечение.

4. Тиреотоксический криз - клинические особенности, методы борьбы с ним.
5. Воспалительные заболевания щитовидной железы: - их краткая характеристика и способы лечения.
6. Виды заболеваний молочной железы
7. Анатомия, физиология, влияние гормонов других эндокринных желез на молочную железу
8. Основные заболевания молочной железы: мастит, виды, клиника, течение, лечение.
9. Аномалия развития молочной железы.
10. Дисгормональные дисплазии, клиника и способы лечения.
11. Методы исследования.
12. Опухоли молочной железы, виды, диагностика, профилактика, принципы лечения.

## 5. Преподавательские заметки.

Щитовидная железа- расположена на передней поверхности шеи и состоит из 2-х долек и перешейка. Масса 30 гр. Покрыта четвертой фасцией шеи. Дольки состоят из фолликулов, заполненных коллоидом. Питается 4-мя артериями. Образует йодированные гормоны Т3 и Т4. Гипоталамус секретирует ТДГ- тиреотропин-рилизинг-гормон, который стимулирует в гипофизе образование ТТГ- тиреотропина. Последний достигая щитовидной железы регулирует рост и функцию. Функция гормонов Т3 и Т4: стимулирует процессы окисления, усиливает расход кислорода в тканях, участвует в водно-солевом обмене, синтезе белка, увеличивает расход гликогена и уменьшение его в печени.

Методы исследования. Пальпация. Основной обмен (№ +-10 ). Сцинтиграфия. Радиоизотопный метод. Биопсия.

**Зоб** - увеличение за счет гиперплазии, или дегенерации.

2 формы гиперплазии:

1. Эндемический зоб
2. Спорадический зоб

Теория недостатка йода, объясняет этиологию болезни. Суточная доза йода 200 мкг. Имеет значение и кофакторы: неблагоприятные социально-бытовые условия, питание, инфекция и др.

Существует 3 степеней увеличения железы по функциональному состоянию: гипертиреодный, эутиреоидный, гипотиреодный.

Абберантный зоб - добавочная железа.

Лечение: оперативное - резекция железы.

Тиреотоксикоз - повышенная секреция гормонов.

Значение психической травмы, инфекция.

Изменения со стороны ЦНС, глазные симптомы.

Три степени тяжести: легкая - основной обмен +30%, средний - до +60%, тяжелая более 60%.

**Лечение. Медикаментозная и хирургическая.**

Тиреотоксический криз: температура до 40 град., тахикардия, АД снижается.

Воспалительные заболевания - тиреоидит, струмит, негнойный тиреоидит, хронический лимфатозный тиреоидит Хашимото, зоб Риделя.

**Лечение. Консервативное и хирургическое.**

**Заболевания молочной железы.**

1. Воспалительные заболевания.
2. Аномалии развития
3. Мастопатия.
4. Опухоли.

Состоит из 20 долек. Кровоснабжение 3-7 межреберных артерий. Лактация начинается под влиянием пролактина. Острый мастит - воспаление железы. Чаще поражается правая железа. Мастит встречается у 15% рожениц.

Значение внутрибольничной инфекции

Различают: серозная, инфильтративная, абсцедирующая, флегмонозная, гангренозная формы.

Клиника: все признаки воспаления.

При отсутствии флюктуации - лечатся консервативно. Тщательная профилактика.

Аномалии развития молочной железы.

Амастия - отсутствия молочных желез.

Анизомастия - аплазия одной, гиперплазия другой молочной железы.

Полителия - увеличения количества сосков.

Мастоптоз - опущение молочной железы.

Гинекомастия - у мужчин 5-8 из 100 тыс. Юношей. Встречается при эндокринных заболеваниях.

В этиопатогенезе участвует 3 основные причины.

1. Гормональный фактор
2. Андрогены
3. Гормоны гипофиза.

Дисгормональные гиперплазии.

Мастодиния - болевой синдром с наличием невроза и функциональных изменений встречается у не рожавших и мало рожавших. Боли в предменструальном периоде.

Мастопатия - разрастание соединительной ткани в молочной железе, относится к предраковым заболеваниям. Гиперпластические процессы находятся под контролем гормонов.

Различают узловатую и диффузную формы.

Важна дифференциация между фиброаденомой и раком.

### **Лечение.**

Узловатые формы - вылушивание.

При диффузной мастопатии лечение заболеваний женских половых органов.

Микродозы йода.

### **Профилактика.**

## **Методика исследований и самообследования.**

### Специальные методы:

Маммография, термография, УЗИ, морфологические исследования.

## **ОПУХОЛИ.**

Добро-и злокачественные.

Доброкачественные - фиброаденома, аденома, папиллома, миома.

Злокачественные - рак, узловая и диффузная форма.

Флюоромаммография.

Морщинистость, «симптом умбликации», симптом лимонной корки, симптом Прибрама.

Диффузные формы: отечно-инфильтративный, маститоподобный, ранаподобный, панцырный.

1-форма у молодых женщин, боли отсутствуют, рано метастазирует.

2-форма - повышается температура, рано метастазирует, диагноз на основании биопсии

3-форма - уплотнение, гиперемия кожи, местная температура

4-форма - молочная железа уменьшена в размерах, ограниченно подвижна, кожа уплотнена как панцырь.

Рак Педжета - поражает сосок и ареолы, по типу экземы.

**Диагностика** - проф. Диспансерное обследование. Маммография, термография.

Международная классификация рака.

TNM система.

Методы лечения.

Хирургическое, комбинированное (сочетание с лучевой и химиотерапией), комплексное (+гормональное).

Радикальная мастэктомия по Холстеду. Операция по Пейти.

Химиотерапия.

Лучевая терапия.

Саркома.

Составляет 1% всех злокачественных опухолей молочной железы.

Диагноз на основании цитологии.

Лечится как и рак.

#### **6. Оснащение лекции.**

1. Таблицы по теме.
2. Слайды
3. Истории болезни, больные

#### **7. Тема для самостоятельной работы студентов.**

- A. Роль гормонов щитовидной железы на процессы в организме
- B. Значение йода в организме, механизм действия, современные препараты
- C. Профилактика заболеваний молочной железы. Гигиена первородящих и беременных

#### **8. Контрольные вопросы.**

- A. В чем биологическое значение гормонов щитовидной железы? - альфа1
- B. Роль йода в образовании гормонов щитовидной железы, значение работ Николаева и Маъсумова.
- C. Какие методы исследования при заболеваниях щитовидной железы применяются?
- D. Назвать клинические симптомы характерные для заболеваний щитовидной железы.
- E. Какие факторы играют роль в развитии острого мастита?
- F. Назвать виды аномалии развития молочной железы.
- G. Что такое гормональная дисплазия молочной железы, ее виды, диагностика и лечение?.
- H. Назвать методы диагностики опухолей молочной железы.

- I. Назвать основные принципы лечения злокачественных опухолей молочной железы.

## **9. Рекомендуемая литература.**

### **Основная литература.**

1. М. И. Кузин - Учебник «Хирургические болезни» Москва, 1986 г.;
2. В.И.Стручков. Учебник «Общая хирургия». М., 1988
3. И.Г.Руфанов. Учебник «Общая хирургия», м., 1953
4. У.А.Арипов. Учебник «Умумий хирургия» Т., 1994
5. Ш. И. Каримов - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;
6. А.В.Григорьян. Учебник «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии», М., 1976
7. Т.Х.Каюмов., Я.В.Инагамов. «Заболевания щитовидной железы» и «Заболевания молочной железы», Т., 2000.
8. С. М. Агзамходжаев - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;

### **Дополнительная литература.**

9. Имре Литтман - Книга «Оперативная хирургия» Будапешт, 1982 г.;
10. П. Н. Папалков - Учебник «Хирургические болезни» М., Ленинград, 1969 г.;
11. Н. И. Блинов - Книга «Ошибки, опасности и осложнения в хирургии» М., Ленинград, 1969 г.;
12. С.Н.Муратов. Дарслик. Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш килиш., Т., 1989.
13. Б.В.Петровский. БМЭ, М., 1977, том 1,2.
14. С.Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София, 1977

## **1. Содержание лекционного курса:**

1. Темы лекционного занятия: «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ» № 8.

Количество часов-2часа.

## **2. Цели:**

- A. Дать понятие об обезболивании. Объяснить значение анестезии в хирургии и стоматологии.
- B. Изложить существующие виды обезбоживания.
- C. Дать понятие о наркозе, существующих теориях наркоза.
- D. Объяснить разницу между ингаляционным и неингаляционным наркозом.
- E. Объяснить как проводится современный эндотрахеальный наркоз и при каких операциях его используют.
- F. Дать клиническую картину стадии наркоза.
- G. Знать какие наркотические вещества используют для наркоза.
- H. Изложить возможные осложнения во время наркоза и меры помощи при этом.
- I. Дать понятие о местной анестезии, о видах анестезии.
- J. Объяснить сущность местной инфильтрационной и регионарной анестезии.
- K. Объяснить клиническую картину отравление новокаином и меры помощи при этом.
- L. Дать понятие о других видах местной анестезии: спинномозговой и перидуральный.

## **3. Ожидаемые результаты.**

После прослушивания лекции студенты должны:

- A. Знать, как велико значение обезбоживания для производство различных операций. Историю обезбоживания.
- B. Знать современные виды обезбоживания.
- C. Знать, что такое наркоз, проанализировать разницу между неингаляционным и ингаляционным наркозом.
- D. Проанализировать существующие наркотические вещества, действие наиболее эффективных наркотических средств.
- E. Рассмотреть и проанализировать преимущество интубационного наркоза перед другими.
- F. Знать стадии наркоза, при каком из них начинают операцию.

- G. Проанализировать в каких случаях возможно осложнение, как их избежать и как бороться с осложнениями.
- H. Знать что такое местная анестезия, какие операции чаще делают под этой анестезией.
- I. Знать какие анестетики используют для местной анестезии в хирургии и в стоматологии.
- J. Знать анестезию по Оберсту - Лукашевичу и при какой операции она используется, а в стоматологии для проводниковой анестезии что используют и при каких заболеваниях и манипуляциях.
- K. Проанализировать когда может быть отравления новокаином и что надо делать при этом.
- L. Знать спинномозговую и перидуральную анестезию.

#### 4. Содержание.

- A. Общая характеристика обезболивания. Значение его в хирургии, в стоматологии. Влияние этого в развитии хирургии.
- B. История научного развития обезболивания.
- B. Виды обезболивания.
- G. Общее обезболивание (наркоз). Теории, объясняющие механизм действия наркоза.
- D. Наркотические препараты для наркоза, современные наркотические аппараты.
- E. Проведение интубационного эндотрахеального наркоза и что для этого необходимо.
- Ж. Клиническое течение наркоза.
- З. Возможные осложнения во время наркоза и с чем они бывают связаны.
- И. Препараты, используемые для местной анестезии, воздействие их на нервный аппарат.
- K. Мероприятие при отравлении новокаином.
- L. Способы местной анестезии.
- M. Спинномозговая и эпидуральная анестезия.

#### 5. Преподавательские заметки по лекции № 5.

Возможность безболезненно произвести операцию является величайшим достижением хирургии, позволившим значительно

уменьшить число осложнений при хирургических операциях. Доказано, что под влиянием болевых раздражений изменяются и все физиологические процессы в организме.

Болевое раздражение, первично воспринимаемое рецепторами, передается в таламус, гипоталамус и ретикулярную формацию. Здесь формируется первичная болевая реакция. На болевое раздражение реагируют, кроме нервной системы, железы внутренней секреции, усиливая или ослабляя секрецию гормонов. Клинически болевые реакции проявляется нарушением гемодинамики, обмена веществ, дыхания и т. д.

Современные способы обезболивания предусматривает не только устранение боли, но и управлять основными функциями организма во время операции и в ближайшее время после нее.

В связи с этим, проблема обезболивания выделилась в самостоятельную область науки- анестезиологию.

На заре хирургии для избавления больных от страданий прибегали к различным методам: создавали условия для потери сознания, производили механическое сдавление нервных стволов, местное охлаждение льдом, кровопускание, вводили большие дозы наркотических средств, сдавливали кровеносные сосуды шеи и т.д. Все это, конечно, не приводило к хорошему обезболиванию. Большинство больных умирали от болевого шока. С открытием наркотических свойств ряда химических средств в середине 19 века началось научное развитие обезболивания.

### ***История обезболивания.***

Впервые были использованы:

Для наркоза:

A. 1844 году Уэлс- закись азота.

B. 1846 - Мортон - эфир

C. 1846 - Уоррен - удаление опухоли шеи под эфирным наркозом

D. 1846 Пирогов - рак молочной железы - 2 минуты

Учитывая недостатки наркоза для местной анестезии впервые использованы:

A. 1879 - Анреп - кокаин

B. 1905 - Эйнгорн - новокаин

C. В современное время - Вишневский А.А.

D. 1898 - Бир - спинномозговая анестезия

Огромное достижение использование мышечных релаксантов:  
 1942 - Гриффит (Канада) - кураре  
 1947 - Куприянов (СССР) - кураре

Виды обезболивания:

1. А.Общее обезболивание
2. Спинномозговая анестезия
3. Эпидуральная анестезия
4. Проводниковая анестезия
5. Ромбовидная анестезия
6. Местная анестезия

Общее обезболивание

Наркозом - называется состояние торможения ЦНС, сопровождающиеся обратимой утратой сознания чувствительности, движения, условных и безусловных рефлексов.

Теории:

1. Линейная
2. Адсорбционная
3. Проницаемости
4. Нарушения окислительных процессов

В свете позиции современной физиологии:

- А. Павлов - физиологический сон (пассивный и активный сон)  
 В. Галкин - активное торможение коры - освобождение подкорки - возбуждение - торможение коры и подкорки.

### ***СРЕДСТВА ДЛЯ НАРКОЗА***

1. Жидкие анестетические средства:

- А. эфир  
 В. хлорэтил  
 С. хлороформ  
 D. фторотан  
 Е. пептран  
 F. трихлорэтилен

2. Газообразные анестетические средства:

- А. Закись азота (веселящий газ, райский газ)
- В. Циклопропан

Наркозные аппараты:

1. АП - 4 (Эмо)
2. Наркон
3. Полинаркон
4. Шведские аппараты
5. Чешские аппараты «Хирана»
6. РО-6 ( ИВЛ)

Среди существующих методов общего обезболивания самым эффективной остается интубационный эндотрахеальный наркоз, т.к. многие осложнения при этом не наблюдаются.

Впервые был применен в эксперименте 1847 году Пироговым. В России при операциях на людях применили Спасокукоцкий и Мыш.

Преимущество его перед масочным состоит в следующем:

1. Возможность регулировать газообмен благодаря выключению естественного дыхания мышечными релаксантами и применению искусственной вентиляции легких.
2. Более точная дозировка анестетических веществ и уменьшение их токсического влияния на организм
3. Устранение одной из опасностей наркоза при масочном наркозе - закупорки дыхательных путей вследствие западения языка, надгортанника; аспирации инородных тел (рвотные массы и т.д.)
4. Сокращение «вредного» пространства при дыхании.
5. Возможность оптимально насыщать организм кислородом
6. Это наиболее управляемый вид наркоза, позволяющий регулировать основные функции организма.

К недостатком интубационного наркоза относится - сложность его выполнения. Особую трудность представляет техника интубации.

### ***Клиническое течение наркоза.***

Различают 4 стадии наркоза:

1. анальгезия (опьянение, «рауш - наркоз»)
2. стадия возбуждения, через 5-7 минут и длится от 1 до 12 минут

3. стадия наркозного хирургического сна
4. Пробуждение.

Эти стадии отражают действие наркотического вещества на организм и клинически проявляются определенными изменениями сознания, пульса, дыхания, цвета слизистых кожи лица, состояния зрачков, роговичного рефлекса, тонуса мышц, чувствительности и других.

Болевая чувствительность в начале исчезает на спине, затем на конечностях, груди, животе и в последнюю очередь на лице. Имеет большое значение зрачки.

Третья стадия по глубине делят на 4 уровня:

- 1-уровень - движение глазных яблок
- 2-уровень - исчезновение роговичного рефлекса
- 3-уровень - расширение зрачка
- 4-уровень - диафрагмального дыхания

Осложнения при эфирном наркозе и борьба с ним.

1. Во время наркоза
2. Послеоперационном периоде

1-асфиксия в результате прекращения поступления воздуха в легкие

А. Механическая асфиксия

В. В результате нарушения функции дыхательного центра (паралич)

2-Остановка сердца. - передозировка препарата, массаж сердца и ИВЛ, внутривенная, внутрисердечное введение адреналина, хлорида кальция, дефибрилляция сердца

3- Рвота.

### ***Местное обезболивание.***

В 1905 году, задолго после использования наркоза, в хирургическую практику был введен новокаин - Эйнгорном., который по своим качествам был наиболее применим, т.к. он оказывал достаточное обезболивающее действие, менее токсичен. Он хорошо растворим в воде. Он не оказывает вредного влияния на ткани, может длительное время храниться. Используют для анестезии: 0,5-0,25% раствора, чаще чем высококонцентрированные 1-2% растворы, которые главным образом используют для регионарной анестезии.

Местная анестезия 0,5% раствором или 0,25% раствором длится до 1,5 часа. Новокаин не оказывает кумулятивного действия, т.к. быстро разлагается в сыворотке крови, печени, что позволяет при длительных операциях вводить большое его количество. Допускается за каждый час операции 2 грамма сухого вещества новокаина, т.е. 400 мл 0,5% раствора или 800 мл 0,25%. Готовят на бидистиллированной воде. Кроме новокаина для местной анестезии используют:

1. Тримекаин в тех же концентрациях
2. Лидокаин
3. Ксикаин
4. Совкаин

Анестезирующий эффект перечисленных препаратов превышает эффективность новокаина, однако в 15-30 раз токсичнее. Достигается обезболивание до 10 часов. Его используют главным образом для спинномозговой анестезии.

**Клиника отравления новокаином.**

Различают 3 степени:

- 1-степень - легкая
- 2-степень - средняя
- 3-степень - тяжелая

При тяжелых отравлениях необходимо уменьшить:

1. введенных растворов путем наложения жгута
2. возбуждения следует купировать введением внутривенно бромида натрия, хлоралгидрата в клизме, можно применить наркоз
3. при расстройстве дыхания - кислород, искусственная вентиляция легких
4. при упадке сердечной деятельности - сердечные средства, глюкоза, хлорид натрия внутривенно, перелить кровь после кровопускания.

### ***СПОСОБЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.***

1. Анестезия смазывания - в офтальмологии, оториноларингологии и урологии. 1-10% раствор кокаина, 5-10% раствор новокаина, 0,25-3% раствор дикаина и 0,1% раствор совкаина. Используют при бронхоэзофагоскопии, бронхографии - 0,5% дикаина, 5-10% новокаина

2. Инфильтрационная анестезия - метод ползучего инфильтрата по Вишневскому, метод поперечного сечения конечности
3. Проводниковая анестезия:  
Эндоневральная через 3-5 минут  
Периневральная - через 5-10 минут
4. Внутрикостная анестезия
5. Внутривенная и внутриартериальная анестезия
6. Анестезия охлаждения
7. Комбинированная анестезия

### ***СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ***

Эта анестезия предложена Биром 1899 году. При этой анестезии раствор анестезирующего вещества вводится в субарахноидальное пространство спинномозгового канала специальной иглой Бира. Придя в соприкосновение с корешками спинного мозга раствор воздействует на них. Применяют 1,5-2,0 мл 5% раствора новокаина и 0,3-1,0 мл 1% совкаина.

Подготовка больного:

1. Освобождает мочевой пузырь и кишечник
2. За 30 минут подкожно 1-2мл 1% раствора промедола
3. Для стабилизации АД за 10-15 минут подкожно вводят 1мл 5% раствора эфедрина или 1мл 10% раствора кофеина.

Прокалывают кожу пояснично-спинную фасцию, межостистую, надостистую и желтую связку, твердую мозговую оболочку.

Течение спинномозговой анестезии:

1-стадия длится от 3-х до 20 минут

2-стадия - полная анестезия и расслабление мышц ( через 10-15 минут) и продолжается от 45 минут до 1 часа 20 минут при введении новокаина и до 2,5-3,5 часов при введении совкаина.

3-стадия - характеризуется восстановлением движений, чувствительности, рефлексов - 20-30 минут.

Противопоказания к спинномозговой анестезии:

1. Абсолютные
2. Относительные

Осложнения.

1. Выявляющиеся в процессе ее выполнения

## 2. Развивающиеся в стадии проявления анестезии

- А. Резкое снижение артериального давления
- В. Рвота
- С. Остановка дыхания

## 3. Поздние

- А. Гнойный менингит
- В. Двигательные параличи и парезы
- С. Менингизм
- Д. Головные боли

### ***ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ.***

Метод предложен Паже 1920 году и Долиотти в 1925 году. Раствор вводится в эпидуральное пространство и он сопровождается соприкосновением с корешками спинного мозга. Использует раствор дикаина 5 мл повторно 5мл, еще 5 мл , всего 20-25 мл.

Эпидуральное пространство - это узкая щель между надкостницей позвонков (наружный листок) и твердой оболочкой спинного мозга (внутренний листок).

Раствор дикаина 3:1000 готовят в день операции.

В настоящее время применяют тримекаин 2-4 мл 3% раствора. Длина иглы 6 см толщина не более 1 мм. Конец иглы проходит между волокнами межкостистых и желтых связок и вводят раствор. Через 30-40 минут наступает полная анестезия (длиться 3-5 часов).

Для выведения больных из тяжелого осложнения - коллапса рекомендуется введение эфедрина, кофеина. В особо тяжелых случаях - переливание крови, вдыхание кислорода.

Те же противопоказания что и при спинномозговой анестезии.

## ***6. ОСНАЩЕНИЕ ЛЕКЦИИ.***

1. Презентация лекции (Power Point)
2. Препараты, инструменты для наркоза и для местной анестезии; эфир, гексенал, тиопентал натрия, калипсол, дропериодол и т.д.

ларингоскоп, интубационная трубка, роторасширитель, языкодержатель и т.д.

3. Препараты для местной анестезии, шприцы различной емкости, одноразовые

### 7. Тема для самостоятельной работы студентов.

- A. Мышечные релаксанты деполяризующего и недеполяризующего ряда и наркотические вещества.
- B. Механизм их воздействия
- C. Реанимация при синкопе во время наркоза
- D. Перидуральная анестезия
- E. Искусственная гипотермия, потенцированный наркоз, нейролептоанальгезия
- F. Внутривенный наркоз; преимущества, при каких операциях чаще используют

### 8. Контрольные вопросы.

- A. Какие мероприятия проводились с целью обезболивания и к каким результатам приводили операции до открытия наркотических веществ?
- B. В чем разница между общей и местной анестезией?
- C. Заслуга А.А.Вишневого в развитии местной анестезии.
- D. Что такой наркоз в свете позиции современной физиологии?
- E. Какие виды наркоза, какой из них чаще используемой?
- F. Какие клинические стадии течения наркоза, и при какой из них оперируют?
- G. Самое опасное осложнение во время наркоза и как с ними бороться?
- H. Способы местного обезболивания?
- I. отличие между инфильтрационной и проводниковой анестезией?
- J. какие препараты используют для местной анестезии во время операции и в стоматологии?
- K. Какова клиническая картина отравления новокаином и меры помощи?
- L. Перидуральная анестезия; Преимущество перед другими видами анестезии, какие операции можно производить? Возможные осложнения.

## **9. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.**

### ***Основная литература.***

1. Арипов У.А. Умумий хирургия.- Тошкент, 1996.
2. Григорьян А.В. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии.- Москва, 1976.
3. Каюмов Т.Х., Иногамов Я.В. Лекции по теме: «Анестезиология». Ташкент, 2000.
4. Руфанов И.Г. Общая хирургия.- Москва, 1953.
5. Стручков В.И. Общая хирургия.- Москва, 1988.

### ***Дополнительная литература:***

1. В.В.Закусов. «Клиническая фармакология»., М., 1978
  2. Блинов Н.И. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии.- Ленинград, 1965.
  3. Кузин М.И. Рана и раневая инфекция., М., 1990.
  4. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. Т.17.- Москва, 1977.
- 10.** Муратов С.Н. Хирургик касалликлар ва беморларни парваришlash. Дарслик. Т., 1989.

## СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО КУРСА

### 1. Тема лекционного занятия № 9: Опухоли.

#### 2. Цели:

- а) дать понятие об "онкологической настороженности" у врачей любой медицинской специальности;
- б) объяснить понятие о радикальности, паллиативности и симптоматическом лечении онкологических больных;
- в) дать характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей;
- г) объяснить, как важна ранняя диагностика опухолей для радикального лечения;
- д) объяснить значимость выявления предраковых заболеваний;
- е) изложить в общих чертах систематику онкологических заболеваний;
- ж) объяснить бластомогенные факторы, которые играют ведущую роль в возникновении злокачественных опухолей;
- з) изложить методы современной диагностики опухолей;
- и) изложить современные методы лечения опухолей.

#### 3. Ожидаемые результаты:

После прослушивания лекции студенты должны:

- а) знать, что у каждого врача, в том числе стоматолога должна быть "онкологическая настороженность";
- б) проанализировать разницу между доброкачественными и злокачественными опухолями;
- в) обсудить разницу понятий радикальности, паллиативности и симптоматического лечения больных раком;
- г) знать, что только хирургическое радикальное лечение дает стойкий положительный результат при раке I-II- стадий;
- д) понять, как важна ранняя диагностика злокачественных опухолей для радикального хирургического лечения;
- ж) знать, что своевременное радикальное лечение предраковых заболеваний является профилактикой;
- з) проанализировать серьезность вопроса с учетом статистических данных;

и) знать основные бластомогенные факторы, чтобы вести профилактическую работу;

к) продемонстрировать свои знания в вопросах диагностики заболеваний;

л) знать другие современные методы лечения онкологических больных;

м) знать, какие современные препараты для химиотерапии: дезоксифлурин, платиноль и т.д.;

н) знать также и помнить о деоптологических аспектах этого вопроса.

#### **4. Содержание:**

1) Общая характеристика опухолей; значение иметь представление об "онкологической настороженности" у врачей любой медицинской специальности, в том числе у стоматологов.

2) Об архизначимой разнице понятий радикального лечения и паллиативного лечения.

3) Опухоли; понятие, различие между доброкачественными и злокачественными опухолями.

4) Статистика заболеваемости раком.

5) Этиология; бластомогенные факторы - химические, физические, биологические.

6) Опухоли из соединительной ткани, мышечной, сосудистой и нервной ткани и опухоли эпителиального происхождения.

7) Диагностика опухолевых заболеваний.

8) Современное лечение опухолей.

#### **5. Оснащение лекции:**

1. Таблицы.

2. Слайды.

3. Макропрепараты удаленных опухолей.

4. Рентгенограммы опухолей различных локализаций.

5. Данные компьютерной томографии и УЗИ.

6. Препараты для химиотерапии и гормонотерапии.

#### **6. Преподавательские заметки по лекции № 7**

Основу диагностики опухолей должно составлять своевременное их распознавание на ранних стадиях заболевания, когда наиболее эффективно применение радикальных методов лечения.

Надо помнить о том, что больные люди обращаются за помощью к любому врачу медицинской специальности, поэтому они - врачи должны быть компетентны в вопросах своевременной диагностики онкологических и особенно предопухолевых заболеваний.

Большое значение имеет **"онкологическая настороженность"**.

Особенно важна онкологическая настороженность при обследовании лиц **40 лет**, когда риск заболевания злокачественными опухолями повышается. Клинические проявления бывают мало выражены, поэтому необходимо активное обследование больного.

Распознавание рака основано на: онкологической настороженности, знании бластомогенных факторов при беседе с больным; анамнезе: пол, возраст, привычки, профессия, быт больного; имеет значение изменение симптомов, характера ощущений; "синдром малых признаков" как проявление ракового роста понимается, главным образом, в отношении рака желудка, хотя этот принцип имеет такое же значение для других органов. Такие признаки следует искать при профилактических осмотрах; синдроме "плюс- ткани" - пролиферация тканей эпителия слизистых и кожи (например, старческие дискератозы); синдроме патологических выделений - кровотечение из желудка, легкого, матки, выделения из соска и др.; синдроме нарушения функции: задержка стула при опухолях толстого кишечника, задержка мочи, снижение кислотности желудочного сока, явления гиперальдостеронизма при опухолях бронхов, поджелудочной железы, почек, желудка.

Элементы ранней своевременной **диагностики** рака: эндоскопические осмотры, клинико-морфологическая (цитология, мазки-отпечатки, пункционная цитология, биопсия), рентгенодиагностика (уплотнение тканей, деструкция тканей, деформация полых органов); морфологический состав крови (лимфоцитопения, ускорение СОЭ, снижение содержания гемоглобина, эритроцитов); радиоизотопная диагностика (сканирование, рено- и гепатография, радиооидиодиагностика, маммография); ультразвуковая эхо локация; термометрия и др.

К сожалению, радикальные операции можно произвести при первых 2-х стадиях ракового процесса, иногда при III "а" стадии. При этом больные считаются выздоровевшими.

А паллиативные операции - только после этих операций немного продлевается жизнь. Они продолжают получать химиотерапию или лучевую, или гормонотерапию. Всё равно - всё это приводит к плачевным результатам.

## **О п у х о л и**

**Синонимы: бластомы, новообразования** - это избыточное, не координированное с организмом патологическое разрастание тканей, продолжающееся после прекращения действия вызвавших его причин.

**Различают доброкачественные и злокачественные опухоли.**

Для **доброкачественных** опухолей характерен медленный рост, они окружены капсулой, не прорастают в окружающие ткани, а раздвигают соседние органы и ткани, т.е. имеют экспансивный рост. Доброкачественная опухоль не дает метастазов и после радикального удаления ее наступает излечение (не рецидивирует). Они не вызывают интоксикации, не ухудшают общего состояния организма.

Для **злокачественных** - характерен быстрый инфильтрирующий рост, разрушающий соседние ткани, они не отграничены от тканей капсулой, а прорастают их. Они вызывают развитие новых опухолей в других органах и тканях путем метастазирования через лимфатические и кровеносные сосуды путем отрывания части опухоли его клеток и т.д. Рост опухоли вызывает нарушение обмена веществ, вызывая ухудшение общего состояния, резкое истощение и дистрофию. В начале своего развития опухоль чаще протекает бессимптомно.

### **Распространение в природе**

В природе опухоли встречаются среди животного мира, рыб, птиц, растений. Только у человека чаще встречаются опухоли желудка, легкого, толстой кишки, что редко встречается у млекопитающих. Примерно около 90 % всех опухолей эпителиального происхождения, а у животных - не эпителиального происхождения. И что характерно, на что ученые обратили внимание - причинами

опухолей рыб является загрязнение водоема онкогенными веществами.

## Статистика

Первые сведения о распространении опухолей относятся к XV веку. В Саксонии было отмечено более частое возникновение опухолей у шахтеров, чем у рабочих других специальностей. Затем были отдельные сообщения единичных авторов о частоте рака, но по этим данным из-за их малочисленности трудно было делать определенные выводы об особенностях распространения опухолей.

В России этим вопросом стали заниматься лишь в начале XX века. Опять таки единичные исследования не могли дать истинного представления о распространении опухолей. В бывшем Советском Союзе и в Республике Узбекистан наряду с организацией онкологической службы получила развитие и статистическая служба. С 1939 года во всех городах, имеющих онкологические учреждения, началась обязательная регистрация больных с впервые установленным диагнозом. С 1953 года регистрация стала проводиться повсеместно.

В экономически развитых странах опухоли занимают второе место (15-23 %), по данным ВОЗ, в общей структуре смертности, уступая смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В США на 100 тыс. населения в 1950 г. было 141,2; в 1976 г. - 175,8; в Англии, соответственно, 197 и 255,4; в Японии - 78,9 и 125,3.

Во всем мире ежегодно заболевает злокачественными опухолями 6,3 млн человек, а умирает от них не менее 4,3 млн человек. Рост смертности, в основном, за счет рака легкого, молочной железы и прямой кишки. Тенденция к росту, особенно среди мужчин, в среднем в 1,5 раза чаще, чем у женщин опухолей лимфатической и кровеносной системы, в 2 раза чаще - опухолей желудка и пищевода и в 4,5 раза чаще - опухоли легких.

В СНГ наблюдалась тенденция к снижению заболеваемости опухолями пищевода, желудка, шейки матки.

## Бластомогенные факторы

### I. Химические

II. Физические

III. Биологические

### *I. Химические*

Около 2 тысяч химических соединений.

1. Бензинрены - это канцероген № 1.

Представителем является 3,4-бензинрен. Это продукт неполного сгорания топлива в заводских печах и автомобилях, при курении табака. (приводит к развитию раку легкого)

2. Ароматические амины - анилиновые краски, особенно 2-нафтиламин (рак мочевого пузыря у работников лакокрасочной промышленности).

3. Инсектициды, гербициды - ДДТ, 2-ацетиламинфлуорен. (Например, в США эти гербициды запрещены- вызывает опухоли)

4. Асбест, хром, никель, окись берилла, некоторые соединения железа, мышьяк.

5. Азотосоединения - "масляно-желтый краситель" вызывает рак печени.

6. Триптофан - (толстой кишки и мочевого пузыря).

### *II. Физические*

1. УФ (рак кишки и половой губы).

2. Ионизирующая радиация.

3. "Хронические раздражители" - рак полости рта развивается при курении сигарет - "биди" и жевании листьев ореха бетель (нас) с добавлением смол.

Хроническая микротравма может быть причиной рака в условиях нарушения питания; травмирования слизистой рта большим зубом, неудобным протезом; рак мочевого пузыря - на почве камней.

### *III. Биологические*

Шистосомоз, рак слепой и прямой кишок.

Доказана роль токсина грибка *aspergeblus flavus* в этиологии рака печени, есть бластомогенные вирусы.

## **I. Опухоли из соединительной ткани**

### *Доброкачественные опухоли*

1. **Фибромы** (твердые: вид бородавки или узла, иногда висящего на ножке: на спине, внутренней поверхности бедер и т.д.; мягкие имеют ножку и покрыты тонкой морщинистой кожей). Часто встречаются смешанные формы: фибромиомы, нейрофибромы.

Лечение: оперативное.

2. **Липомы.**

3. **Хондрома.**

4. **Остеома.**

### *Злокачественные опухоли*

1. **Саркома** (рыбье мясо, бело-розового цвета). (Круглоклеточная, веретенообразная, фибросаркома; гигантоклеточная хондросаркома, остеосаркома, меланосаркома, лимфосаркома)

Лечение: широкая резекция пораженной кости, ..., экзартирма, рентгенотерапия.

2. **Лимфосаркома** (в молодом возрасте)

Лечение: рентгенотерапия. Хирургическое лечение показано лишь при ограниченном поражении.

### **II. Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани**

1. **Миомы** (доброкачественные) - оперативное

2. **Ангиомы** (доброкачественные) - гемангиома, лимфаниома

**Гемангиома:** а) капиллярная; б) кавернозная (хирургическое иссечение); в) ветвистая гемангиома.

Лечение: облучение рентгеновскими лучами, прижигание углекислотой или хирургическое иссечение.

**Лимфаниома** - в мышцах языка, губ, щеках, на шее, в брыжейке кишечника..

Лечение: оперативное.

3. **Глиомы** - в головном и спинном мозге.

Лечение: оперативное.

4. **Невринома.**

5. **Ганглионеврома.**

### III. Опухоли эпителиального происхождения

#### 1. *Доброкачественные*

- а) папиллома (кожи) - оперативное;
- б) аувиома;
- в) дерматит - из эмбрион. заготов. энтодерм.

#### 2. *Злокачественные*

Рак (..), мозговидный рак, скirrosный, адвиасаркома

#### *Д и а г н о с т и к а*

1. Незаметное для больного начало болезни, бессимптомное.
2. Возраст больного - старше 60 лет, саркома у молодых.
3. Жалобы больного: а) боли, б) нарушение формы, функции (непроходимость пищи, дисфония, срыгивание при раке пищевода, рвота, потеря аппетита, похудание, кровь в моче, в испражнениях, кровянистые выделения из влагалища, из соска, кахексия).
4. Анамнез: с детства или нет, сифилис, небольшая опухоль стала быстро расти, ритмичность болей, отсутствие изжоги, гастрит, геморрой, трещина.
5. Объективное исследование: (осмотр, пальпация), имеется ли метастаза, величина, форма, характер поверхности, ..., подвижность, состояние лимфоузлов.
6. Лабораторные исследования:  
Гипохромная анемия
7. Эндоскопия + ректоскопия, кольпоскопия, цитология.
8. Биопсия.

#### **Л е ч е н и е**

С учетом предраковых заболеваний доброкачественные опухоли следует *оперировать*. В ряде случаев применяют *криодиструкцию*.

Лечение злокачественных опухолей осуществляется различными методами, в зависимости от характера роста и гистологической формы, ее локализации, клинической стадии, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний.

Лечение онкологических больных должно быть *радикальным*, когда можно рассчитывать на полное выздоровление. *Паллиативным* - которое направлено на продление жизни и *симптомативным*.

**Основной метод** - комбинированный - оперативное, лучевое и лекарственное лечение.

Привести примеры: радикальный, паллиативный, рассказать - гастрэктомия, экс... матки, мастэктомия.

К специальным методам оперативного лечения злокачественных опухолей относят электрохирургию, криодеструкцию (криохирургия) и лучами лазера.

### **Лучевая терапия**

(Рентгеновый, гамма, мегавольтное излучение, потоки электронов, нейтронов, протонов и др.). Происходит при этом летальное или сублетальное повреждение опухолевых клеток. Более 70 % онкологических больных подвергаются лучевой терапии. Гамма облучение проводится с помощью гамма-камеры, на поверхности которых размещаются радиоактивные препараты  $\text{Co}^{60}$ ,  $\text{Ra}^{224}$ ,  $\text{Cs}^{137}$ ,  $\text{S}_2^{90}$ .

### **Химиотерапия**

Один из компонентов комплексного лечения.

2 группы: 1) гормональная; 2) собственно препараты действия на опухоль (синтетические и природные): а) метилтестостерон, тестостерон - синэстрол (ниэстрол - в постклимактерическом периоде), эмбихии, новэмбихии, и т.д.

## **7. Тематика самостоятельной работы.**

1. Какими символами по международной классификации выражается степень клинического развития злокачественной опухоли?
2. Различие понятий "метастаз", "рецидив", "имплантация" опухоли?
3. Понятие об общих принципах лечения опухолей.
4. Классификация опухолей по происхождению.
5. Разделение опухолей по характеру роста и по клиническому течению.
6. Профилактика рака легкого. Борьба с курением в мире.
7. Предраковые заболевания желудочно-кишечного тракта.
8. Профилактика и ранняя диагностика опухолей молочной железы: самообследование.

## **8. Контрольные вопросы:**

1. Почему у каждого врача должна быть "онкологическая настороженность"?
2. Чем характеризуются доброкачественные опухоли?
3. Что характерно для злокачественных опухолей?
4. Какова распространенность в природе?
5. Что относится к химическим бластомогенным факторам в развитии рака?
6. Какие онкологические заболевания и в каком органе вызывают физические бластомогенные факторы?
7. Что относится к предраковым заболеваниям желудочно-кишечного тракта?
8. Что такое радикальное лечение и при каких стадиях его производить?
9. Что такое паллиативное хирургическое лечение и в каких случаях его производят?
10. Какие опухоли относятся к опухолям из соединительной ткани?
11. Являются ли доброкачественные опухоли предраковыми?
12. Какие инструментальные методы исследования используют при диагностике опухолей?
13. Что относится к современным препаратам химиотерапии и гормонотерапии и когда эти методы используют?

## **9. Рекомендуемая литература:**

Основная:

1. Арипов У.А. Умудий хирургия.- Тошкент, 1996.
2. Григорьян А.В. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии.- Москва, 1976.
3. Каюмов Т.Х., Иногамов Я.В. Лекции по теме: опухоли. Ташкент, 2000.
4. Руфанов И.Г. Общая хирургия.- Москва, 1953.
5. Стручков В.И. Общая хирургия.- Москва, 1988.
6. Онкология. Блохин Н.Н.-Москва 1887 г.

Дополнительная:

1. Блинов Н.И. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии.- Ленинград, 1965.
2. Закусов В.В. Клиническая фармакология. - Москва, 1978.

3. Панкратьев Б.Е. Руководство по хирургии. - Москва, 1962.
4. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. Т.17.- Москва, 1977.
5. Симич П. Хирургия кишечника. - Москва-Бухарест, 1979.

## **I. Содержание лекционного курса.**

### **1. Тема лекционного занятия: "Острый аппендицит" N10.**

Количество часов-2 часа.

#### **2. Цели:**

- а) дать понятие об остром аппендиците, статистическое что это наиболее часто встречаемое острое заболевание, что единственный метод его лечение только оперативный.
3. Разъяснить синтопию, анатомию и функцию червеобразного отростка.
4. Рассказать кратко историю проблему об остром аппендиците.
5. Объяснить этиопатогенез заболевания.
6. Дать понятие о классификации острого аппендиците.
7. Дать наиболее типичную клиническую картину заболевания.
8. Объяснить, что клиническая картина может быть иной при других локализациях аппендикса, а также у детей, стариков и беременных.
9. Объяснить в общих чертах Операцию аппендэктомиию.
10. Изложить возможные осложнение при остром аппендиците и осложнениях после операции.
11. Объяснить о значении санитарно-просветительной работе врачей среди населения при болях в животе.

#### **3. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.**

- Знать, что единственным методом лечения может быть только хирургический.
- Знать как важна ранняя диагностика и ранняя операция. чтоб не было осложнений даже иногда летального исхода.
- Проанализировать, что в зависимости от расположения червеобразного отростка в брюшной полости клиническая картина имеет свои особенности.
- Знать, что червеобразный отросток имеет богатую лимфоидную ткань, поэтому в какой-то степени обладает барьерной, защитной функцией.
- Знать этиопатогенез заболевания.
- Знать в совершенстве, дифференцируя с другими заболеваниями, клиническую картину и диагностику заболевания также как и студенты лечебного факультета и тактику врача на дому при этом.
- Знать основные симптомы заболевания.
- Рассмотреть и понять, что клиническая картина у детей, стариков и

беременных может несколько отличаться.

- Знать какие осложнения возможны, проанализировать от чего они зависят, рассмотреть вопросы профилактики.
- Знать, как поступать при аппендикулярном инфильтрате и рассмотреть является ли это противопоказанием к операции и почему.
- Знать важность проведения санитарно-просветительной работы среди населения при болях в животе.

#### **4.Содержание**

- 1.Понятие об остром аппендиците. Статистика заболеваемости и летальности. Значения своевременно поставленного диагноза и своевременной операции.
- 2.История развития учения об остром аппендиците.
- 3.Этиопатогенез острого аппендицита.
- 4.Анатомия,синтопия и функция червеобразного отростка
- 5.Классификация острого аппендицита.
- 6.Наиболее типичная клиническая картина острого аппендицита.
- 7.Дифференциальный диагноз острого аппендицита с наиболее схожими по клинике заболеваниями: почечная колика правосторонняя, апоплексия яичника, внематочная беременность и т.д.
- 8.Тактика врача на дому, при установлении диагноза и врача хирурга в хирургическом отделении.
- 9.Наиболее грозные осложнения.
- 10.Тактика и лечение при осложнении острого аппендицита как аппендикулярный инфильтрат.
- 11.Исходы аппендикулярного инфильтрата и дальнейшая тактика.
- 12.Санитарно-просветительная работа среди население при болях в животе и подозрении на острый аппендицит.

#### **5.Преподвательские заметки по лекции**

В первую очередь, следует сказать о значимости изучаемой патологии. Это значимость, в первую очередь, касается всех будущих врачей любой медицинской специальности, в том числе и стоматологов. Эта тематика будет постоянно самой актуальной проблемой среди всех острых заболеваний органов брюшной полости. Острый аппендицит составляет 65%-70% среди всех острых заболеваний органов живота, т.е. самое распространенное заболевание. По статистике, в странах СНГ, включая и республик Прибалтики, ежегодно проводится около 1200.000 аппендэктомий .

Конечно, речь не идет , чтобы будущие врачи-стоматологи знали технику операции, т.к. им не придётся производить аппендэктомия. Речь идет о том, что острый аппендицит очень распространенное заболевание и врачам стоматологам неоднократно придется иметь дело с болями животе.

При этом они обязаны, также как лечфаковцы, ни в меньшей степени поставить правильный диагноз острого аппендицита, в срочном порядке направить больного в хирургическое отделение, ибо не существует другого метода лечения, как оперативный, ничто не является противопоказанием к операции. Чем раньше был установлен диагноз острого аппендицита , Тем самым быстрее была произведена операция значит и осложнений будет меньше , летального исхода не будет. Летальность при остром аппендиците очень низкая. В бывшем Советском Союзе - 0.25%, а в Узбекистане - 0.3%.

Этим нельзя успокаиваться, нельзя быть удовлетворенным т.к. речь идет не об остром холецистите, панкреатите, кишечной непроходимости, перфоративной язве желудка, а об остром аппендиците.

Ведущие ученые, врачи-хирурги полагают, что при современном уровне медицины, высоком уровне знаний хирургов чтобы поставить диагноз острого аппендицита, высокой техники хирургов для выполнения аппендэктомии, высокого уровня анестезиологической службы и т.д. ни один больной не должен умереть от острого аппендицита. К сожалению, статистика показывает, что летальность, хоть и низкая, но она есть. В чем же причина этого, где допускаются ошибки? Помимо тех причин, когда бывают виноваты сами больные, основная причина - эта поздняя диагностика, поздняя госпитализация, поздно произведенная операция. Все это приводит к тяжелейшим осложнениям, и в первую очередь к перитониту. Как бывает тяжело вывести больных с перитонитом, а иногда это кончается смертью больных.

Одна из причин поздней диагностики -это плохие знания некоторых врачей скорой помощи и тех врачей, в том числе и стоматологов не знают симптоматику острого аппендицита, дифференциацию с другими заболеваниями.

Следует также отметить, что врачи не уделяют большего внимания и санитарно-профилактической работе среди населения, когда при появлении болей в животе, особенно в правой подвздошной области тотчас следует обратиться к врачу. По всей вероятности следует также акцентировать внимания студентов, чтобы у них вызвать ответственность на том, что, в отличие от других заболеваний, при каждом случае смерти от острого аппендицита создаются комиссии по разбору на уровне

больницы, райздрава, горздрава и министерства здравоохранения, где обязательно определяют причину смерти, кто виноват в этом. И, конечно, если виноват врач, чаще бывает виноват врач осмотревший больного еще на догоспитальном этапе, обязательно будет наказан.

По этому, врач любой медицинской специальности, в совершенстве должен овладеть знанием и умением в диагностике острого аппендицита.

А теперь, немного истории, какие основные этапы развития учения и хирургической тактике при остром аппендиците. Определение понятия аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки с характерными клиническими проявлениями.

Термин был введен Р.Фитцем в 1886г., когда было доказано, что источником воспалительных инфильтратов и гнойников в правой подвздошной ямке в большинстве случаев является воспаленный червеобразный отросток. До этого заболевание называли перитифлит.

Аппендицит самое частое хирургическое заболевание. Им болеют люди любого возраста и пола, у стариков и детей до 3-х лет он встречается редко. За последние десятилетия заболеваемость аппендицитом возросла и составляет 4 человека на 1000 населения. В пределах бывшего Советского Союза ежегодно выполнялась 1000000 - 1200000 аппендэктомий, главным образом по поводу острого аппендицита. Такая распространенность требует особенно серьезного изучения этого заболевания.

### **Анатомия, синтопия и функция червеобразного отростка**

Расположение слепой кишки с отростком изменчиво и зависит от возраста. Слепая кишка в своем развитии делает поворот и опускается от эпигастрия до правой подвздошной ямки и ниже. На любом этапе этого пути может произойти остановка.

Обычно отросток отходит от задне - внутреннего сегмента слепой кишки на расстоянии 0,5-5 см от места впадения тонкой кишки в слепую там, где на ней сходятся все три taenia У места впадения отростка в слепую кишку после года жизни обнаруживается складка слизистой оболочки - заслонка Герлана, там же располагается непостоянный сфинктер.

Существуют различные варианты расположения отростка в брюшной полости - тазовое, медиальное, подпеченочное, ретроцекальное и ретроперитонеальное. Форма отростка конусообразная или стеблевидная. Длина у взрослого 7-10см; просвет -4-5мм.

Строение стенки аналогично строению кишечной стенки. Серозная оболочка переходит на него со слепой кишки, Мышечные слои -

продольный и циркулярный - нечеткие, поэтому моторная функция его слаба (перистальтика замедленная и неритмичная). В подслизистой оболочке расположены многочисленные - 200-1200 лимфатические фолликулы. Их число постепенно уменьшается с возрастом. Слизистая оболочка образована цилиндрическим эпителием, подобно миндалинам она образует лакуны и крипты.

Кровоснабжение аппендикса в большинстве случаев идет через брыжейку, через *a.appendicularis*. Ее разветвления идут в циркулярном направлении, охватывая отросток кольцами, образующими сосудистые сегменты. Венозный отток идет через вену *appendicularis, v.ileocolica et v.mesenterica sup.*

Лимфатические сосуды отростка идут в циркулярном и продольном направлении, лимфа оттекает в лимфатические узлы, расположенные по ходу *a.ileocolica* по направлению к центральным лимфоузлам брыжейки.

Червеобразный отросток обладает чрезвычайно мощным по сравнению с другими отделами желудочно - кишечного тракта нервным аппаратом, в основном за счет ветвей верхнебрыжеечного или солнечного сплетения. В его стенке обнаруживается большое число моторных нервных клеток.

Функции червеобразного отростка не ясны. Многие (А.А.Бобров, И.И.Мечников) считают его рудиментом. Различные авторы обнаруживали у аппендикса внешнесекреторные (выделение щелочного сока, поддерживающего жизнедеятельность кишечной флоры), защитные (поглощение токсинов, микробов из крови в просвет кишечника), эндокринные (выделение перистальтического гормона - удаление отростка ведет к запорам, а введение вытяжки из него приводит к поносам) функции. Лимфатический аппарат отростка участвует в образовании антител.

### **Этиология и патогенез острого аппендицита.**

Специфического возбудителя нет. При воспалении выявляется обычная кишечная микрофлора: кишечная палочка, энтерококк, стафило- и стрептококк. Возбудителем является постоянная кишечная флора, которая приобретает патогенный характер.

Инфекционная теория патогенеза (выдвинута Ашофом и поддерживается В.И.Колесовым) связывает развитие болезни с активацией флоры слепой кишки и отростка, где наряду с сапрофитами имеются и патогенные кокки.

Выявлены следующие моменты, способствующие развитию воспаления: застой, обильное питание с преобладанием мясной и жирной пищи, барьерная функция отростка, изменение реактивности организма

(ангина, пневмония, грипп).

По Ашофу воспаление начинается в одной из крипт. Распространение инфекции идет по лимфатическим путям.

Нейрососудистая теория патогенеза острого аппендицита (выдвинута Г. Риккером и развита А. В. А. В. Русаковым). По этой теории аппендицит начинается с нарушения кровообращения в стенке отростка в связи с дисфункцией нейрорегуляторного аппарата. Нарушения кровообращения проявляются затруднением артериального притока (спазм), мышечным спазмом и венозном стазом. В первый период в отростке может не быть никаких изменений. Затем в связи со стазом развивается отек, из капилляров эмигрируют эритроциты в пределах сосудистого сегмента может возникнуть инфаркт или тромбоз.

Сужение просвета отростка в связи с отеком приводит к застою содержимого и увеличению давления в связи с чем слизистая подвергается деструкции, открывая ворота для проникновения инфекций.

### **Классификация острого аппендицита**

Приводим две классификации: патологоанатомическая (А.И.Абрикосов) и клиническая (В.И.Русанов).

I Острый аппендицит

- а) простой
- б) флегмонозный
- в) флегмонозно-язвенный с прободением или без него
- г) гнойный аппендицит с прободением и без него.

II. Острый аппендицит

- 1. Недеструктивный:
  - а) простой (катаральный)
  - б) флегмонозный.
- 2. Деструктивный:
  - а) флегмонозно-язвенный
  - б) гангренозный.
- 3. Осложненный аппендицит:
  - а) перитонит
  - б) инфильтрат
  - в) абсцесс,
  - г) пилефлебит
  - д) сепсис.

### **Клиника острого аппендицита**

Клиническая картина складывается из болевых симптомов, симптомов, ука-

зывающих на заинтересованность брюшины и симптомов воспаления.

**Анамнез.** Заболевание начинается с боли. Потом может присоединиться тошнота, рвота, лихорадка, но началом болезни являются боль, причем, больной может указать время начало болей. Боль постепенно нарастает и носит постоянный характер. Вначале боли наиболее интенсивные в эпигастральной области, реже по всему животу и только потом локализуются в правой подвздошной области (симптом Кохера), иными словами, первично раздражение возникает в солнечном или мезентериальном сплетении, потом реализуется в отростке, снабженном мощным нервным аппаратом. Параллелизма силы болей и тяжестью патологоанатомических изменений в отростке нет. Тяжелые гангренозные формы могут протекать без болей ввиду гибели нервных окончаний.

Иррадиация болей не характерна для аппендицита, однако редко боли отдают в поясницу пупок правое бедро (при соответствующей локализации отростка). Вскоре после начало болей возникает тошнота и рефлекторная рвота, которая повторяется 1-2 раза.

**Объективное исследование.** Общее состояние больных вначале болезни удовлетворительное, температура тела поднимается до субфебрильных цифр. По разнице температуры в подмышечной впадине и ректальной судят о степени воспаления (с-м Леннандера-Самарина - разница выше  $0,5^{\circ}\text{C}$ . Пульс, обычно, соответствует температуре и опережает ее лишь при перитонитах.

**Осмотр.** Больные с аппендицитом обычно лежат спокойно или на правом боку. В отличии от больных, страдающих почечной коликой. Правая половина живота отстает в акте дыхания. Из-за напряжения мышц, пупок кажется смещенным вправо. Больные отмечают усиление болей при втягивании живота (с-м Долина), при кашле (с-м Караевой), при глубоком вдохе (с-м Ризваша).

**Пальпация.** Поверхностная позволяет выявить защитное напряжение мышц живота. Резко выраженное защитное напряжение обнаруживается при вовлечении в патологический процесс висцеральной брюшины и образовании экссудата в брюшной полости, которое доходит до ригидности соответствующего отдела брюшной стенки. (с-м Ларока - подтягивание яичка к наружному отверстию пахового канала).

Степень защитного напряжение мышц зависит от расположения червеобразного отростка, возраста, состояния мышц брюшной стенки. Глубокая пальпация, когда преодолевается защитное напряжение мышц, выявляет локальную болезненность в правой подвздошной области. Она

обычно соответствует зоне расположенного кнутри от передней верхней подвздошной кости, хорошо определяется при легкой перкуссии брюшной стенки (с-м Раздольского).

Сочетание локальной гиперестезии, локального напряжения мышц, локальной болезненности при глубокой пальпации правой подвздошной области объединяется в триаду Делафуа.

В положении на левом боку усиливаются (с-м Ситковского) а пальпация вызывает более резкую болезненность (с-м Бартомье-Михельсона).

Симптом Щеткина-Блюмберга - с-м раздражения брюшины. С-м Крымова-Думбадзе - болезненность при ощупывания пупочного кольца и с-м Крымова-болезненность при ощупывания наружного отверстия пахового канала. С-м Воскресенского (с-м скользящей рубашки).

При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка максимальная болезненность может выявляться при пальпации в треугольнике Петита (с-м Яуре-Розанова). Она обычно усиливается, если пальцами прижать слепую кишку к задней стенке живота и попросить больного поднять выпрямленную в колене правую ногу под углом 45°С (с-м Образцова).

При тазовой локализации червеобразного отростка диагноз можно уточнить с помощью симптомов Коупа:

1. Болезненность при ротации бедра
2. Болезненность при разгибании бедра (исследуется в положении на левом боку) - основаны на сокращении подвздошно-поясничной и внутренней запирательной мышц.

У женщин, при подозрении на острый аппендицит следует производить вагинальное исследование.

Исследование периферической крови выявляет нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Полного параллелизма между степенью лейкоцитоза и анатомическими изменениями в отростка не установлено. СОЭ до развития осложнений не ускорена.

В составе мочи могут быть изменения, обусловленные близостью воспаления к мочевому пузырю или анастомозами между венозной системой аппендикса и мочеточника. Поэтому, наличие следов в моче и нескольких эритроцитов в поле зрения не должны служить поводом для исключения аппендицита.

Так как симптомов, патогномичных для аппендицита, не существуют, многие из них могут быть обусловлены и другими заболеваниями, а комплекс симптомов, характеризующих своим сочетанием аппендицит, могут отсутствовать, то может возникнуть необходимость в

дифференциальном диагнозе.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями: острый холецистит, приступ почечной колики, острый панкреатит, обострение язвенной болезни, перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки, заболеваниями женской половой сферы, воспаление дивертикула Меккеля, острой непроходимости кишечника.

### **1. Правосторонней почечной коликой (особенности).**

Уже на стадии курации больного по выяснению основных жалоб следует обратить внимание или даже самому врачу следует задавать дополнительные вопросы. К примеру, боли какой интенсивности, куда они иррадиируют. При почечной колике боли в правой половине живота, в том числе в правой подвздошной области сильные, приступообразные, отдают в правую поясничную область, вниз в мочеиспускательный канал. Кроме этого, бывают дизурические нарушения: рези и чувство жжения при мочеиспускании, может меняться цвет мочи. Эти явления не бывают при остром аппендиците. В анамнезе и раньше бывали подобные боли, которые успокаивались после инъекции спазмолитиков, а также возможно давно больной страдает мочекаменной болезнью. При объективном осмотре - больной страдает очень, ни может себе места найти, ищет удобное положение, страдальческое выражение на лице.

Симптом Пастернацкого справа резко положительный бимануальное ощупывание почки болезненно.

В анализе мочи - обязательно изменения.

### **2.С разрывом киста яичника (особенности).**

Если разорвавшуюся внематочную беременность в брюшную полость не так сложно распознать, т.к. бывает большое кровотечения в брюшную полость, ибо "арoplexia ovarica" бывает трудно распознать т.к. кровотечение в брюшную полость бывает не таким значительным, и с учетом женского организма, что физиологически во время менструации каждый месяц теряет кровь, тем самым она адаптировано к этому симптомы кровопотери, при этом не столь заметны.

Поэтому уже при опросе больной, следует обратить внимание на то, что у больной отдают ли боли в прямую кишку и есть ли при этом тенезмы на низ или моче испусканий (кровь собирается, раздражает Дугласово пространство), есть ли у больной головокружение, слабость. Если так, то врача это должно очень насторожить. Обязательно следует выяснить, когда были последние месячные. При этом следует помнить, что чаще бывают разрывы кисты в процессе овуляции яичников, т.е. в пределах 12-17

дней после последней менструации .

При этом обязательно консультация гинеколога. При неясном случае они обязаны сделать пункцию через задний свод влагалища.

### **Лечение острого аппендицита**

Когда есть подозрение на аппендицит, больной должен быть госпитализирован. И до тех пор, пока диагноз острого аппендицита не будет отвергнут или установлен, он нуждается в постоянном наблюдении в хирургическом отделении. Как только диагноз установлен, следует предпринять операцию. Операция аппендэктомия разработана в деталях и, если она предпринята по поводу не осложненного аппендицита, послеоперационный период ведётся активно. Вставание раннее - через сутки, чтобы ликвидировать парез кишечника и предупредить спаечный процесс. Диета, а в последующем может быть ограничена лишь количественно.

Трудоспособность восстанавливается через 1 месяц при не осложненном течении послеоперационного периода.

При ведении послеоперационного периода следует обратить внимание на состояния послеоперационной раны.

Следует, в течение первых трех суток, избегать очистительных клизм.

### **Особенности аппендикулярного инфильтрата.**

1. Наблюдается чаще, спустя 3-5 дней от начала заболевания.
2. Состояние удовлетворительное.
3. Самостоятельные боли в животе незначительные, либо отсутствуют.
4. Температура тела - повышена, либо субфебрильная
5. Пульс соответствуют температуре тела.
6. Обычно живот мягкий, некоторые симптомы раздражения брюшины
7. Лейкоцитоз - невысокий с наличием нейтрофильного сдвига
6. Чаще инфильтрат четко пальпируется.

### **Исход.**

I. Рассасывается - самочувствие улучшается, самостоятельно боли стихают, пальпация мало болезненна, инфильтрат уменьшается в размере, затем перестает пальпироваться, исчезают изменения в крови, температура тела нормализуется.

II. Нагнаивается - самостоятельные боли несколько усиливаются,

температура тела становится высокой, гектической. Резкие перепады температуры тела сопровождаются ознобами. Пульс учащается. При пальпации усиливаются боли, иногда границы инфильтрата увеличиваются, резко болезненное, несколько размягчено, контуры могут стать нечеткими, над зоной инфильтрата могут появляться симптомы раздражения брюшины. Высокий лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево, СОЭ увеличивается. При низком расположении инфильтрата его можно прощупать через прямую кишку. Нагноение инфильтрата создает опасную ситуацию, гнойник может прорваться в брюшную полость и вызвать перитонит.

**Лечение:** срочная операция: вскрытие гнойника внебрюшинным доступом разрезом Пирогова. Отросток из абсцесса удаляется редко.

Консервативное лечение .

1. Постельный режим
2. Холод - лед при слабopоложительном симптоме Шеткина-Блюмберга.
3. Чаще грелку - тепло.
4. Антибиотики.
5. УВЧ, УФО, тепловые процедуры

В обоих случаях; после вскрытия абсцесса или инфильтрата рассосался, обязательно больному говорят, чтобы он явился через три месяца для удаления аппендикса в плановом порядке.

**Кишечные свищи** могут возникнуть после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита и даже при нагноении апендикулярного инфильтрата.

Причины возникновения свищей различны: вовлечение в воспалительный процесс, подлежащих петель кишечника с последующей их деструкцией, грубая операционная техника, пролежни, обусловленные давлением твердых дренажей, длительно удерживаемых в брюшной полости.

Спустя 4-7 дней после операции вновь повышается температура усиливаются боли в правой подвздошной области, там же определяется болезненный глубокий инфильтрат. Самопроизвольное вскрытие свища происходит редко: обычно кал скапливается в подкожной клетчатке. Обычно формируется трубчатый свищ. Лечение индивидуальное. Консервативное лечение заключается в высококалорийном питании, применении различных обтураторов. При неэффективности консервативного лечения, отсутствии тенденции к самостоятельному закрытию свища производят операцию: ликвидация свища иссечением его.

**Пилефлебит** - распространение тромбофлебита из аппендикулярной вены через v. ileocolica и v. mesenterica sup. на воротную вену, что приводит к развитию гнойников в печени. Развивается через 2-3 недели после аппендэктомии. Пилефлебит начинается с потрясающих ознобов, гектической температуры. Печень увеличена, болезненна, появляется иктеричность склеры, вскоре развивается асцит. Лечение: активная - антибактериальная и антикоагулянтная терапия. Перитониты - разбираются в специальном разделе.

### **6. Оснащение лекции**

1. Презентация лекции (Power Point)
3. Макропрепараты удаленных червеобразных отростков
4. Фотографии отростков, сделанных во время лапаротомии
5. Набор инструментов, различных анестезирующих препаратов для производства аппендэктомии.

### **7. Тема для самостоятельной работы студентов**

1. Анатомия илеоцекального угла. Особенности её
2. Функция червеобразного отростка
3. Дифференциация острого аппендицита с перфоративной язвой, острым холециститом, острым панкреатитом, острой кишечной непроходимостью
4. Диагностика острого аппендицита при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении отростка
5. Интерпретация лабораторных данных
6. Лапароскопическая аппендэктомия
7. Пилефлебит; причины, клиника и лечение
8. Тактика хирургов при установлении диагноза аппендикулярного инфильтрата во время лапаротомии
9. Механизм развития воспаления червеобразного отростка
10. Клиническая картина острого аппендицита во второй половине беременности. Тактика при этом.

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. В.И. Колесов. «Острый аппендицит. Монография., Медгиз, Ленинград. отд. 1959г.
2. М.И. Кузин. Хирургические болезни. М., Москва., 1986
3. Б.В. Петровский. Хирургические болезни. М., Москва., 1980
4. С.М. Агзамходжаев. Хирургия касаликлар., Тошкент, 1991
5. Ш.И. Каримов Хирургия касаликлар., Тошкент, 1991

6. П.Н.Напалков. Хирургические болезни. Медгиз, 1969
7. В.Н.Войленко Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М., Москва, 1965
8. И.Литтманн. Оперативная хирургия., Будапешт, 1982
9. С.М.Агзамходжаев. Лекция по теме «Острый аппендицит»
- 10.Т.Х.Каюмов - Лекция по теме: «Острый аппендицит». 2001
- 11.Я.В.Инагамов Лекция по теме: «Острый аппендицит». Для студентов стом.фака

*Дополнительная литература.*

12. П.Силич - Хирургия кишечника. Бухарест, 1979
13. О.Б.Милонов Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., Москва, 1990
14. Ян. Нелюбович - Острые заболевания органов брюшной полости. Перевод с польского, М., 1961
15. Р.Конден, Л.Найхус - Клиническая хирургия, М., 1998

## Содержание лекционного курса.

1) Тема лекционного занятия: №11

### "Острый холецистит и острый панкреатит"

Количество часов - 2 часа.

#### 2) Цели:

а) Дать понятие об остром холецистите и панкреатите, их место и значение в современной хирургии.

б) Изложить: этиология и патогенез острого холецистита и панкреатита

в) Изложить: современная классификация острого холецистита и панкреатита.

г) Дать: характеристику: клиническая симптоматика и диагностика.

д) Изложить: инструментальная диагностика холецистита и панкреатита.

с) Изложить: лечебная тактика

1. Консервативное.

2. Хирургическое лечение.

ж) Изложить профилактика нагноительных процессов в брюшной полости операционной раны.

#### 3) Ожидаемые результаты.

После прослушивания лекции студенты должны:

а) Знать возникновение острого холецистита и панкреатита.

б) Знать современные теории возникновения острого холецистита и панкреатита.

в) Знать этиология и патогенез острого холецистита и панкреатита.

г) Знать классификации острого холецистита и панкреатита.

д) Знать клиническая симптоматика.

ж) Знать специфические симптомы острого холецистита и панкреатита.

з) Знать диагностика острого холецистита и панкреатита.

и) Знать особенности течения острого холецистита и панкреатита у больных пожилого и старческого возраста.

к) Знать дифференциальная диагностика острого холецистита и панкреатита.

л) Знать осложнения острого холецистита и панкреатита.

м) Знать инструментальная диагностика острого холецистита и панкреатита.

н) Знать лечебная тактика острого холецистита и панкреатита.

о) Знать консервативное лечение острого холецистита и панкреатита.

п) Знать хирургическое лечение острого холецистита и панкреатита.

#### **4. Содержание:**

- а) Общая характеристика понятий острого холецистита и панкреатита.
- б) О значении этих тем для будущих врачей - стоматологов.
- в) Анатомия внепеченочных путей, роль пигментного обмена печени, причины образования камней.
- г) Методы исследования:  
 Дуоденальное зондирование  
 Рентгенологическое исследование,  
 УЗИ.
- д) Связь с приёмом жирной пищи, клинико-биохимические данные, классификация, клиническая картина, купирование приступа и лечение, осложнение, механическая желтуха.
- ж) Анатомия и физиология поджелудочной железы.
- з) Методы исследования.
- и) Острый панкреатит: связь с употреблением алкоголя у мужчин.
- к) Этиопатогенез.
- л) Классификация, клинико-биохимические данные.
- м) Клиническая картина консервативного лечения.
- н) Показание к операции, осложнение острого панкреатита.

#### **5. Преподавательские заметки по лекции.**

Острый холецистит, одно из наиболее распространенных заболеваний и по частоте занимает второе место после аппендицита. Летальность составляет 6-10%. В возникновении острого холецистита ведущая роль играет инфекция.

В желчный пузырь инфекция попадает тремя путями:

1. Гематогенным
2. Лимфогенным
3. Энтерогенным.

При гематогенном пути инфекция попадает в желчный пузырь из общего круга кровообращения по системе общей печёночной артерии или из кишечного тракта по воротной вене и далее в печень.

Основными предрасполагающими моментами развития холецистита и желчекаменной болезни является.

1. Застой желчи в желчном пузыре и протоков.

2.Нарушение холестерина обмена веществ.

Повышение холестерина в крови и желчи наблюдается при подагре, диабете, обильном питании жирной пищи, желтков. Желчно-каменная болезнь сопровождается образованием камней в желчном пузыре, желчных протоков.

Желчные камни образуются из составных частей желчи - холестерина, желчных пигментов.

Доминирующая роль в образовании камней играют.

- 1.Инфекция
- 2.Изменение состава желчи
- 3.Застой желчи.

По Ашофу камни различают:

1.Камни метаболического состояния:

а) холестериновые камни - состоят из холестерина, мало содержащего белка, бело-серого цвета, развиваются в здоровом пузыре.

б)пигментные камни, не содержащие холестерина, не тонут в воде. Они -множественные, содержат медь, темного цвета.

в)комбинационные камни развиваются, как асептические из холестерина, пигментации.

### **Классификация холецистита**

1. Неосложнённый
2. Осложнённый
3. Калькулезный, без калькулезный

#### ***Неосложнённый:***

Катаральный

Флегмонозный

Гангренозный

#### ***Осложненный:***

1.Околопузырным инфильтратом.

2.Околопузырном абсцессом.

3.Прободение пузыря.

4.Перитонитом.

5.Механической желтухой.

6.Холангитом.

7.Наружным или внутренним желчным свищем.

8.Острым панкреатитом.

### **Клиника острого холецистита**

1. Сильная и постоянная боль в животе, локализуется в правом подреберье, с иррадиацией в правую подключичную область, плечо, лопатку или в поясничную область.
2. Тошнота, повторная рвота, которая не приносит облегчение и больному.
3. Повышение температуры тела.
4. Пульс 80 - 120 ударов в минуту.

Специфические острого холецистита:

- а) Симптом Ортнера - боль при покалывании правой реберной дуги ребрам ладони.
- б) Симптом Кера - усиление боли при глубоком вдохе, когда пальпирующая рука касается воспаленного желчного пузыря.
- в) Симптом Мерфи - произвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья.
- г) Симптом Георгиевского-Мюссе - болезненность при пальпации между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- д) Клинический анализ крови - отмечается - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличении скорости оседания эритроцитов.

### **Дифференциальная диагностика**

Отличить острый холецистит от:

1. Острого аппендицита
2. Острого панкреатита
3. Острой кишечной непроходимости
4. Прободной язвы желудка и 12 перстной кишки
5. Почечной колики

### **Лечебная тактика.**

Основные положения по лечебной тактика остром холецистите были выработаны на VI и дополнены на XV пленумах правления общества хирургов.

Согласно этим положениям тактика хирурга при остром холецистите должна быть активно-выжидательной.

Принципы активно-выжидательной лечебной тактики состоят в следующем:

1. Показанием к экстренной операции, которая выполняется в первые 2-3 часа с момента госпитализации больного является гангренозный и прободной холециститы.
2. Показанием к срочной операции, которая выполняется в течение 24-48 ч с момента поступления в стационар, является отсутствию эффекта от консервативного лечения.
3. При отсутствии симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений больным проводится консервативное лечение. Оперативное лечение у данной категории больных выполняют в "холодном" периоде, не выписывая больных из стационара.

### **Консервативное лечение.**

1. Голод в течение 2-3 дней.
2. Применение "пузырь" со льдом на область правого подреберья.
3. Промывания желудка.
4. Назначения спазмолитиков: но-шпа, атропин, платифиллин 3 раза в день.
5. Паранефральная блокада 0,25% раствором новокаина в количестве 80-100 мл.
6. Для коррекции нарушения метоболических процессов вводят внутривенно 1,5-2 литр инфузионных средств:
  - а) Раствор Рингера - Локка 500,0 мл
  - б) Глюкоза новокаиновая смесь 500 мл (новокаин 0,25% - 100-250 мл + глюкоза 5%- 250 мл ).

- в) Гемодез 400,0 мл
- г) 5% глюкоза 400,0 мл+ 4% -20-40 мл калий хлорид.

### **Хирургическое лечение.**

1.Холецистэктомия - удаления желчного пузыря является основной операцией при острым холецистите. Применяют два способа холецистэктомии: от шейки и от дна.

### **6. Оснащение лекции.**

Презентация лекции (Power Point)

- а)демонстрирующих основных симптомов, классификацию
- в)Набор хирургических инструментов для выполнения холецистэктомии.
- г)Набор средств для консервативного лечения (спазмолитики, новокаин, шприцы)

### **7. Темы для самостоятельной работы студентов**

- а) Анатомио - физиологические особенности гепатобилиопанкреатической зоны.
- б) Виды камней, способствующие факторы камнеобразования
- в)Ультразвуковая диагностика желчного пузыря и поджелудочной железы, значение рентгенологического исследования желчного пузыря.
- г)компьютерная томография желчного пузыря и поджелудочной железы
- д)пигментный обмен в печени, значение его в диагностике механической желтухи
- е)механизм развития острого панкреатита у больных с желчекаменной болезнью
- ж) механизм развития острого панкреатита у мужчин, злоупотребляющих алкоголем.
- и)ингибиторы ферментов поджелудочной железы

### **8. Контрольные вопросы**

- а) Какая внешнесекреторная деятельность поджелудочной железы и печени. Участие этих органов в процессе пищеварения.
- б)Жирная пища как причина острого холецистита.
- в)Какова клиническая картина острого холецистита?
- г)Какие мероприятия необходимо сделать для купирования

приступа острого холецистита?

д) Операция выбора при желчекаменной болезни.

е) Что в начале происходит при остром панкреатите: аутолиз и потом воспаление или воспаление, а потом аутолиз и некроз?

ж) Механизм активации трипсиногена, т.е. перехода в трипсин.

п) Какие клинико-морфологические формы острого панкреатита существует?

р) Какова типичная клиническая картина острого панкреатита?

м) Какие ингибиторы ферментов поджелудочной железы Вы знаете?

н) Что надо делать при отечной форме острого панкреатита.

### **РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. М.И.Кузин - Учебник "Хирургические болезни" 1986г.
2. Ян. Нелюбович - Книга "Острые заболевание органов брюшной полости" М Медгиз., 1961 (перевод с польского)
3. Имре Литтманн - Книга "Оперативная хирургия" 1982г.
4. .Н.Напалков - Учебник "Хирургические заболевание" М Ленинград., 1969г.
5. Н.И.Блинов - Книга "Ошибка, опасности и осложнения в хирургии". 1975г.
6. П.Силич- Книга "Хирургия кишечника" М.Бухарест.1979г.
7. Ш.И.Каримов - Учебник "Хирургик касалликлар" Тошкент, 1991г.
8. С.М.Агзамходжаев-Учебник "Хирургик касалликлар", Тошкент 1991г.
9. О.Б.Милонов - Книга «Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии»- М.,Москва, 1990г.
- 10.Р.Конден, Л.Найхус - Книга "Клиническая хирургия"-Практика. Москва.1998г.

## 1. Тема лекционного занятия: «Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и их осложнения» № 12

Количество часов - 2 часа

### ЦЕЛИ:

- A. Дать понятия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и их осложнений
- B. Ознакомить современными представлениями по этиопатогенезу заболевания.
- C. Ознакомить возможностями существующих клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики.
- D. Умение выявлять симптомы заболевания.
- E. На основе данных анатомии, физиологии, клинических проявлений и лабораторных исследований научить студентов клинически мыслить у постели больного, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов брюшной полости.
- F. Симптоматология и клиника язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки при осложнениях, т.е. - стеноз привратника, перфорация, гастродуоденальные кровотечения и малигнизация язвы желудка.
- G. Объяснить, правильно выбрать врачебную тактику консервативного и оперативного лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и при их осложнениях.

### 3. Ожидаемые результаты.

После прослушивания лекции студенты должны:

- A. Знать этиопатогенез, локализацию, теории возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- B. Знать симптоматиологию и клинику язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- C. Знать правильно ознакомиться с анкетными данными больных
- D. Уметь спрашивать жалобы больных.
- E. Знать как собирать анамнез настоящего заболевания.
- F. Уметь произвести объективное обследование больного.
- G. Уметь правильно проанализировать клинико-лабораторные, рентгенологические, эндоскопические исследования.
- H. Уметь правильно проанализировать собранных сведений.
- I. Уметь как произвести дифференциальную диагностику и ставить окончательный диагноз.
- J. Уметь как сформировать план и тактику лечения.

#### 4. СОДЕРЖАНИЕ.

- А. Общая характеристика понятия о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- В. Анатомо-физиологические особенности, этиопатогенез, локализация, теории возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
- С. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и при их осложнениях.
- Д. Симптоматология , клиническая картина ЯБЛ желудка и 12-перстной кишки.
- Е. Различные осложнения: Стеноз привратника, перфорация, гастродуоденальные кровотечения и малигнизация язвы и их ранняя диагностика.
- Ф. Лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и их осложнений.

#### 5. Преподавательские заметки по лекции № 12

Общая характеристика понятий о язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:

- поверхностный дефект в пределах слизистой оболочки называют эрозией, более глубокий - язвой.
- острая и хроническая язва.
- частота заболеваемости язвенной болезнью в экономически развитых странах составляет 400-500 человек на 100 тыс. населения.
- нозологические формы: пептическая язва желудка и 12-перстной кишки, имеющие различия в патогенезе и клиническом течении.
- важнейшие факторы, способствующие возникновению язвенной болезни: общие и местные патогенетические механизмы и их значение.
- функциональная анатомия слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки.
- секреторная и инкреторная функция железистых зон желудка и их значение.
- моторная функция желудка и 12-перстной кишки.
- к специальным методам исследования входят: анализ желудочного сока, методика «максимального гистаминового

теста Кея», внутрижелудочная рН-метрия, рентгенологические исследования, эндоскопическое исследование.

- симптомы язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и их отличия.
- локализация язвы по классификации Джонсона.
- различают 3 типа желудочных язв: 1, 2, 3-тип язв желудка.
- локализация язв 12-перстной кишки: у 94% больных в луковице 12-перстной кишки, одновременно может быть 2 язвы («целующиеся язвы»), и редко внелуковичные язвы.
- сочетанная язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
- дифференциальная диагностика язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки от других заболеваний органов брюшной полости, например: синдром Золлингера-Эллисона; заболеваниями поджелудочной железы; желчного пузыря; варикозного расширения вен пищевода с кровотечением.
- лечение: общие принципы консервативного и хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, основанное на устранение действия кислотно-пептического агрессивного фактора на слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки.
- к осложнениям язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки входят: кровотечения, пенетрация, перфорация, стеноз привратника, малигнизация.
- гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии составляет от 66- 72% до 80-95%, всех желудочно-кишечных кровотечений. Среди прочих причин желудочно-кишечных кровотечений следует отметить заболевания желудочно-кишечного тракта - лейомиомы, ретикулосаркомы, капиллярные гемангиомы желудка, ограниченные гипертрофические опухолевидные гастриты.
- дают кровотечения также заболевания, внежелудочной локализации.
- последние годы привлекает внимание кровотечения медикаментозного происхождения.
- по времени года, в период обострения язвы.
- клиническая картина язвенных гастро-дуоденальных кровотечений, подтвержденной клинико-рентгенологической диагностикой.
- зависимость от количества потерянной крови, длительность и степени гастро-дуоденальной геморрагии.

- дифференциальный диагноз желудочной и внежелудочной локализации.
- лечение кровотечений должно включать: 1) борьба с шоком. 2) остановка кровотечений. 3) лечение постгеморрагической анемии. 4) снятие энтерогенной интоксикации и оперативное лечение.
- острая и хроническая язва желудка может заживать с образованием рубцовой ткани, которая поражая мышечный слой желудка, приводит к концевому сужению желудка в том месте, где локализуется язва.
- ведущим симптомом стеноза является нарушение эвакуации из желудка и связанные с ними изменения в водно-солевом обмене.
- патогенез и клинические проявления стеноза.
- нарушение проходимости желудка и степени сужения.
- клиничко-лабораторные исследования стеноза.
- принципы лечения.

#### **ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:**

Как показывает само название, прободение обычно поражает или стенку желудка, или стенку 12-перстной кишки, что по существу является вариантом одной и той же болезни.

Опасность прободения заключается в том, что в результате его в свободную брюшную полость изливается гастро-дуоденальное содержимое и действует на нее как раздражитель физический, химический и главным образом, бактериальный и развитие перитонита.

- Частота осложнений перфораций составляет от 3% до 30%;
- Симптоматика перфоративных язв: вторичные признаки;
- Течение заболеваний- периоды;
- Клинические формы перфораций;
- Единственный метод лечения это хирургический.
- Одним грозных осложнений язвенной болезни желудка следует считать перерождение язвы в рак, виды рака из язвы;
- Гистологический диагноз.
- Клинические формы ранней стадии рака.
- Критерии перерождения в рак, исследование: цитологическое исследование промывных вод желудка, рентген исследование, гастроскопия, ФЭГДС.
- Лечение оперативное.
- Профилактика своевременный и правильный диагноз.

#### **6. ОСНАЩЕНИЕ ЛЕКЦИИ.**

- А) Презентация на Power Point, рентгенограммы, ангиограммы, скенограммы, гастроскоп, эндоскоп, контрастное вещество; Лабораторные анализы, дуоденальные зонды.
- Б) Набор хирургических инструментов.
- В) Лекарственные препараты до и после операционного лечения.

## **7. ТЕМЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ:**

- А.Обследование больного: собирать анамнез.
- В. Обоснование диагноза при помощи визуальной пальпации, аускультации, перкуссии.
- С. Обосновать о важности и определить методы исследования, таких как лаборатория, рентгенология, эндоскопии и т. д.
- Д. Уметь обосновать план и тактику лечения.
- Е. Уметь интерпретировать собранных клинико-лабораторных данных.

## **8. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

- А.В чем заключается клиническая картина язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки?
- В.Отличия язвенной болезни желудка от язвенной болезни 12-перстной кишки.
- С.Перечислите осложнения язвенной болезни желудка и язвенной болезни 12- перстной кишки
- Д.В норме и патологии общую кислотность желудка.
- Е. Симптомы-кровотечения и стеноза.
- Ф. Признаки перфорации язвенной болезни желудка и язвенной болезни 12-перстной кишки.
- Г.В чем заключается ранняя диагностика малигнизированной язвы желудка.?
- Н.Что такое симптом «нищи»?
- И. Расскажите о степени стеноза привратника.
- Ж. Что такое функциональное сужение?

## **9.РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.**

### **Основная литература:**

1. Кузин М.И. - Учебник «Хирургические болезни », Москва 1986 г.
2. Агзамходжаев С.М.- Учебник «Хирургик касалликлар», Ташкент, 1991г.
3. Шалимов-«Хирургия пищеварительного тракта» Киев 1990 г.

**Дополнительная литература:**

1. С.С. Юдин-«Этюды желудочной хирургии» 1962г.
2. В.Д. Братусь-«Острые желудочные кровотечения» 1972 г.
3. Б.И. Альперович-«Очерки неотложной хирургии живота» 1975 г.
4. В.Г. Астапенко-«Избранные разделы частной хирургии» 1976 г.
5. О.Б. Милонов. Книга «Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии» Москва 1990 г.

### **Содержание лекционного курса.**

#### **1. Тема лекционного занятия: Грыжи и осложнения грыж №13.**

Количество часов -2 часа.

#### **2. Цели:**

- а) Дать понятие о грыжах и их осложнениях.
- б) Объяснить значение грыж.
- в) Изложить виды грыж, составные части грыж, причины образования.
- г) Дать характеристику брюшинных грыж и их классификацию, диагностику, клиническую картину.
- д) Изложить осложнения грыжи.
- ж) Изложить врачебную тактику и лечение.
- з) Объяснить профилактику грыж.

#### **3. Ожидаемые результаты**

После прослушивания лекции студенты должны:

- A.** Иметь представления об грыжах, установить первичный диагноз.
- B.** Знать составные части грыжи.
- C.** Знать классификацию брюшинных грыж: симптоматику, течение и распознавание.
- D.** Знать виды осложнения грыжи.
- E.** Знать местные и общие симптомы ущемленных грыж.
- F.** Обучить их дифференцировать хирургических и нехирургических заболеваний в хирургическом отделении.
- G.** Знать строение пахового канала, виды паховых грыж и их отличия друг от друга.
- H.** Знать отличие паховых грыж от бедренной, водянка яичка и т. д. на больных в хирургическом отделении.
- I.** Уметь оказать первую помощь при осложненных грыжах.
- J.** Знать профилактику грыж.
- K.** Знать принципы лечения грыж.

#### **4. Содержание.**

- A.** Общая характеристика понятия о грыжах.
- B.** Анатомические особенности, классификация, местные и общие принципы образования грыж.
- C.** Симптоматология грыжи, течение и распознавание.
- D.** Различные осложнения грыж.
- E.** Виды паховых грыж, дифференциальная диагностика от других грыж.
- F.** Лечение грыж.

## 5. Преподавательские заметки по лекции.

Грыжа есть выход внутренностей вместе с брюшиной в подкожную клетчатку через физиологические или патологические отверстия брюшной стенки. По частоте первое место занимает паховые грыжи, затем бедренные и далее грыжи белой линии живота, пупочные грыжи. Грыжи часто встречается на животе и образуются в результате дефекта в брюшной стенке.

Классификация грыж.

Различают наружные и внутренние грыжи.

1. Паховые- врожденные и приобретенные грыжи. По стадиям: - начинающаяся, канальная, фуникулярная, пахово- мошоночная, гигантские грыжи.
2. Пупочные- эмбриональные грыжи, пупочные грыжи у детей, пупочные грыжи у взрослых.
3. Грыжа белой линии живота- надпупочная, околопупочная, подпупочная.
4. Редко встречающиеся брюшные грыжи- боковые грыжи живота, грыжи мечевидного отростка, поясничные грыжи, промежностные грыжи.
5. Послеоперационные грыжи живота.

Местные причины-дефекты тканей брюшной стенки.

К общим причинам можно отнести предрасполагающие и воспроизводящие причины.

Врожденные грыжи- ребенок рождается с дефектом, который возникает при внутриутробном развитии плода. Приобретенная грыжа- возникает при слабости апоневроза и мышц брюшной стенки, кроме этого при неполном сращении ран брюшной стенки после травм или операций.

Составные части грыжи- грыжевые ворота, грыжевое содержимое, грыжевой мешок, составные части грыжевых ворот, отверстие, шейка, тело и дно.

Субъективные: жалобы, симптомы, объективные исследования.

Различные виды осложнения грыжи: невосприимчивость, воспаление, копростаз, ущемление.

Причины, признаки, симптомы невосприимчивости, воспаление грыжевого мешка, копростаз и ущемление грыж.

Частое из осложнений -это ущемление грыж.

Это - ущемление в грыжевых воротах грыжевого содержимого.

Механизм ущемления.

Причины ущемления: спастические состояния тканей вокруг грыжевых ворот, узкие грыжевые ворота, воспалительные явления вокруг грыжевых ворот. Виды ущемленных грыж- антеградное, ретроградное, пристеночные. Патологическое состояние ущемления различают- местные, общие осложнения.

Местные симптомы-сильные боли вокруг грыжевого выпячивания, невраивость грыжи, увеличение грыжи, исчезновение симптома кашлевого толчка, при перкуссии в области грыжевого мешка- тупой звук.

Общие симптомы-симптомы острой кишечной непроходимости. Отсутствие газов и стула. Неукротимая рвота, вздутие живота, увеличение симптомов интоксикации.

Дифференциальная диагностика невраивимых и ущемленных грыж. Осложнения ущемленных грыж: некроз органов, перитонит, флегмона грыжевого мешка.

Смертность при ущемленных грыжах-5-12%.В пожилом возрасте смертность 3 раза выше. Это составляет 50% из общих ущемленных грыжах.

Пути уменьшения смертности при ущемленных грыжах: это санитарно-просветительская работа среди населения об опасностях ущемления грыжи, преимуществах лечение их в плановом порядке, необходимости ранней госпитализации и операции при ущемленных грыжах, профилактика послеоперационных осложнений.

Паховые грыжи - это грыжи возникшие в паховом треугольнике. Для патогенеза возникновения паховых грыж необходимо знание об опускании яичек, стенки живота, пахового канала.

Строение пахового канала располагается в пределах пахового треугольника. Длина пахового канала 4-6 см. Через этот канал у мужчин проходит семенной канатик, у женщин круглая связка матки. Имеется 2 отверстия пахового канала. Различают 4 стенки пахового канала: передней стенкой является апоневроз наружной косой мышцы, а в латеральной части- волокна внутренней косой мышцы. Верхняя стенка образована нижним краем поперечной мышцы живота. Нижней стенкой служит желоб паховой связки, а задний- поперечная фасция.

Виды паховых грыж: прямые и косые.

Прямые- это грыжа выходит через медиальную паховую ямку в наружные паховые отверстия, при этом грыжа не выходит через паховый канал, не впадает в мошонку, она находится медиальнее семенного канатика. Часто бывает двухсторонний, никогда не бывает врожденной, клинически бывает круглой.

Дифференциальная диагностика прямых и косых паховых грыж:  
Клинические проявления, анатомические особенности.

Отличие паховой грыжи от бедренной, водянки яичка, сообщающиеся водянки яичка, кисты семенного канатика, варикозных расширений вен семенного канатика, опухоли яичка.

Лечение паховых грыж- только оперативным способом.

Профилактика грыж.

6. Оснащение лекции.

1. Презентация на Power Point.
2. Показ больных по теме.
3. Набор хирургических инструментов.
4. Лекарственные препараты для обезболивания и в лечении послеоперационном периоде осложненных грыж.

### **7. Темы для самостоятельной работы студентов.**

1. Уметь установить первичный диагноз при грыжах.
2. Обследование больных: клиническая картина, симптоматология.
3. Отличие грыж друг от друга.
4. Дифференциальная диагностика грыж от других заболеваний.
5. Знание о часто встречающихся грыжах, об осложнениях этих грыж.
6. Изучение на примере больных.
7. Оказание первой помощи при осложненных грыжах.

### **8. Контрольные вопросы.**

1. Что входит в состав грыжи?
2. Причины, вызывающие образование грыжи делятся?
3. Как определяется симптом «кашлевого толчка» ?
4. Как определяется у больного грыжевые ворота?
5. Перечислите все осложнения грыжи?
6. Отличите прямую паховую грыжу от косого?
7. Отличите паховую грыжу от бедренного?
8. Отличие невправимых и ущемленных грыж?
9. Расскажите местные и общие симптомы ущемления?
10. Из скольких стенок паховый канал?

### **9. ЛИТЕРАТУРА:**

#### **Основная литература:**

1. С.М.Агзамходжаев. Учебник. Хирургик касалликлар. Т., 1991
2. Ш.И.Каримов. Хирургик касалликлари. Т., 1991

3. М.И.Кузин. Хирургические болезни. М., 1986
4. Р.Конден., Р.Найхус. Клиническая хирургия., М., 1998

**Дополнительная литература.**

1. Узбек. Медицин. Энциклопедия. Том 15. С.М.Агзамходжаев. Т., 1990
2. Кукуджанов К.М. Паховые грыжи. М., 1996
3. Я.Н.Нелюбович. Острые заболевания органов брюшной полости., М., 1961
4. М.И.Блинов. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии. Л., 1965
5. О.Б.Милонов. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии., М., 1990
6. К.Д.Тоскин. Грыжи брюшной стенки. М., 1990

## Содержание лекционного курса

### **1. Тема лекционного занятия: Заболевание тонкого и толстого кишечника – Острая кишечная непроходимость (ОКН)- №14.**

Количество часов – 2 часа

#### **2. Цели**

- а). Объяснить значение физиологии тонкого и толстого кишечника для нормальной жизнедеятельности организма;
- б). Дать понятие о том, к чему может привести наступившая кишечная непроходимость;
- в). Изложить в общих чертах, какие общие патофизиологические изменения могут наблюдаться при этом;
- г). Дать статистику заболевания, летальности;
- д). Дать историю развития вопросов о кишечной непроходимости, чтобы отдать дань творениям великих ученых как Гиппократ, Пирогов и др.;
- ж). Объяснить этиологию заболевания, изложить существующие две группы факторов: предрасполагающие и производящие;
- з). Дать подробную классификацию ОКН, в первую очередь, остановиться на механической и динамической ОКН;
- и). Дать классическую клиническую картину и диагностику ОКН;
- к). Объяснить на рентгенограммах наиболее характерный признак ОКН – это «чаши Клойбера»;
- л). Объяснить стадии течения ОКН;
- м). Дать дифференциальную диагностику с наиболее схожими заболеваниями;
- н). Изложить, какая тактика при поступлении больного с ОКН;
- о). Лечение: консервативное и хирургическое.

#### **3. Ожидаемые результаты**

После прослушания лекции это даст студентам возможность:

- 1) Рассмотреть важность физиологии (для нормальной) кишечника для нормальной жизнедеятельности организма;
- 2) Проанализировать, что нарушение этого к каким ужасным осложнениям может привести;
- 3) Обсудить, какие патофизиологические процессы нарушаться при этом;
- 4) Знать статистику заболевания и процент летальности, распространять, у кого чаще встречаются;
- 5) Понять, как велико значение творений Гиппократа, Пирогова и др.;

- 6) Рассмотреть более детально предрасполагающие и производящие факторы ОКН;
- 7) Знать клиническую картину заболевания, его диагностику, признаки рентген-исследований;
- 8) Знать, как поступить дома при установлении диагноза ОКН;
- 9) Проанализировать разницу между другими заболеваниями;
- 10) Знать, в чем заключается консервация терапия, когда и какое время проводить;
- 11) Когда следует оперировать и в чем принципы операции.

#### **4. Содержание**

- 1) Значение этой темы для врача-стоматолога;
- 2) Статистика заболевания, летальности и др.;
- 3) История вопроса ОКН. Этиопатогенез;
- 4) Патофизиология кишечной непроходимости;
- 5) Классификация: врожденные и приобретенные, механическая и динамическая ОКН и др.;
- 6) Клиническая картина и диагностика ОКН;
- 7) Дифференциация с наиболее схожими заболеваниями;
- 8) Тактика врача на дому при диагнозе ОКН;
- 9) Тактика врача-хирурга в отделении; когда следует сразу оперировать, когда начать с консервативностью;
- 10) Консервативное лечение и сколько времени можно проводить;
- 11) Показания к хирургическому лечению;
- 12) Принципы оперативного лечения.

#### **5. Преподавательские заметки к лекции № 14**

Речь пойдет о тяжелейшем, чрезвычайно грозном, остром хирургическом заболевании органов брюшной полости как острая кишечная непроходимость – ОКН.

Кишечник человека состоит из тонкого кишечника и толстого, в общей сложности достигающий 6-6,5 метров, из них 1,5 метра - это толстый кишечник.

Известно физиология кишечника для нормальной жизнедеятельности организма, значение нормальной проходимости кишечника.

К сожалению, может случиться и так, что эта нормальная проходимость может нарушаться. Появляется какая-то причина, которая препятствует продвижению кишечного содержимого (жидкости, газов, более сложных веществ), в результате чего наблюдается вот это состояние под названием острая кишечная непроходимость. И если врач как можно быстрее не окажет помощь,

не предпримет какое-то действие, не устранит причину этого, состояние больного быстро ухудшится, быстро прогрессируют эти ухудшения, в конечном итоге может привести к смерти. Если нет продвижения для кишечного содержимого длительное время, оно разлагается, образуются азотистые шлаки (фенол, индол, скатол и т.д.), размножаются микрофлора. Токсины их всасываются в кровь, вызывая интоксикацию. Сколько жидкости, микроэлементов, саж и другие вещества теряются из организма со рвотой, а резкое вздутие кишечника за счет газов помимо общих страданий, давит на диаграмму, не дает нормально функционировать сердцу, легким и многое другое, происходящее в других жизненно важных органах приводят к смерти больного. Обо всем этом я позже подробнее разьясню, о патофизиологических изменениях.

Вам придется иметь дело с этим заболеванием неоднократно, несмотря на то, что вы стоматологи. Конечно, вас будут просить посмотреть соседи ли, родственники ли и т.д. Вы обязаны пойти посмотреть, поставить правильный диагноз (если конечно у вас знания хорошие), принять какие-то действия и направить больного в стационар, в хирургическое отделение. Вот, представьте себе, вы не смогли этот диагноз установить. Это значит, время упустили, а здесь дорог каждый час, пока привезут или вызовут другого врача, еще больше времени уходит, а это уже приводит к перитониту, интоксикации и резкому ухудшению состоянию. И теперь неизвестно еще, даже если ему сделали операцию он поправится или нет. И, кто виноват, конечно тот врач, который его первым смотрел и неправильно установил диагноз. Этому врачу не будет пощады, его оговорки, что он врач-стоматолог, никакой ответственности с него не снимают. Здесь речь идет об остром хирургическом заболевании.

Это заболевание, характеризующееся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно-кишечному тракту. Частота этого заболевания среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости составляет 3,5-9%. Наиболее часто кишечная непроходимость наблюдается у лиц в возрасте 40-60 лет. У мужчин намного чаще.

Число больших с острой непроходимостью кишечника наибольшее в летние и осенние (июль-октябрь) месяцы, что связано с большой в этот момент года нагрузкой кишечника - растительной пищей, богатой клетчаткой. Чтобы обогатить ваши знания, скажу, что в литературе кишечная непроходимость встречается впервые в трудах самого Гиппократата. Он, впервые, дал название этому, употребил

греческое слово «*Ileus*», что в переводе на русский язык означает вращать, скручивать.

Тем не менее, даже Гиппократ и его ученики много чего не знали о причинах илеуса. Они полагали, что причиной может быть лишь если в кишечнике имеется воспаление. Вы знаете, что причин очень много. Однако, это мнение Гиппократа держалось и принималось всеми врачами вплоть до XVI века, пока некоторые ученые не обнаружили их, вскрывая трупы. Обо всех других причинах ими были сделаны сообщения.

Говоря об ученых России, в первую очередь следует вспомнить имя великого хирурга всех времен и народов Н. И. Пирогова. Он опубликовал много трудов, посвященных этому вопросу. Первым дал классификацию этой болезни.

До сих пор, почти во всех конференциях, съездах, симпозиумах хирургов делают сообщения об этом заболевании. До сих пор смертность большая, до сих пор многие стороны патофизиологических сдвигов в организме не выяснены, до сих пор несовершенная диагностика и т.д.

Возьмем летальность 13-18%, а если сделана операция, при этом если не прошло от начала заболевания 6 ч. - 3,5%, а если больной оперирован спустя сутки, то процент смертности резко возрастает до 24,7%. Это же дикие цифры. Сейчас уже XXI век начался.

Дорогие студенты, теперь вы понимаете, чтобы и вы, студенты стоматологического факультета, к этому чрезвычайно грозному заболеванию очень серьезно относились, научились, как расспрашивать больного, на что больше обращать внимание, как поставить правильно диагноз, какую тактику вы должны предпринять.

Ваша задача только одна: поставить предварительный диагноз на дому, в быту и самому отвезти больного в хирургическое отделение и сдать больного хирургам. Дома никаких лечебных мер не принимать.

Сейчас еще больше поймете, что это за серьезное заболевание, когда я вам расскажу о патофизиологии кишечной непроходимости.

## **ОБЩИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

### **Моторная функция кишечника**

Усиленная перистальтика кишечника зависит от нарушения иннервации:

1. При стимуляции парасимпатической нервной системы (N. Vagus) наблюдается усиленная перистальтика.
2. Наоборот, при возбуждении симпатической нервной системы (N.Splanchnicis) происходит торможение перистальтики кишечника.
3. Торможение моторной функции имеет двухфазность: в начале, чтобы преодолеть препятствия происходит усиление перистальтики, а затем, со временем сменяется на фазу угнетения моторной функции кишечника, а в более поздних стадиях сменяется полным параличом кишечника.
4. Чем выше уровень препятствия, тем тяжелее протекает. Это связано не только с многократной рвотой, но и вовлечением более широкой в патологический процесс важных вегетативных центров жизнедеятельности организма, т.е. чем ближе он расположен к зонам кишечника с обширными нервными связями, тем быстрее развивается шоковое состояние.

Вздутие кишечника постоянно сопутствует острой непроходимости. Оно постепенно распространяется снизу вверх от места обтурации. Жидкость и газы увеличивают внутрикишечное давление, которое сдавливает капилляры, вследствие чего затрудняется циркуляция крови и лимфы. Последнее ведет к застою, стеку и гипоксии тканей, кишечная стенка становится проницаемой для микробов и их токсинов, что ведет к развитию перитонита. Сверхрастянутая кишка быстро делается атоничной (нарез кишечника) - кишечные петли теряют тонус, растягивается жидким содержимым, что еще в большей степени ведет к вздутию. В этом периоде жом привратника тоже парализуется и содержимое тонкого кишечника беспрепятственно поступает в желудок, откуда они извергаются в виде так называемой каловой рвоты (при высокой (тонкокишечной) непроходимости рвота наступает в более ранние сроки).

Реабсорбция пищеварительных соков не наступает, возникает так называемая «секвестрация» жидкости в «третьем» пространстве и они выключаются из обменных процессов. В приводящей петле кишки в результате брожения и гниения образуются осмотические активные вещества, усиливающие секвестрацию жидкости и общей интоксикации.

За сутки при острой непроходимости кишечника в «третьем» пространстве может депонироваться до 8-10 л пищеварительных соков. Если не будет произведена своевременная декомпрессия, в растянутой стенке развиваются некробиотические изменения и

может произойти перфорация (по свободному гребню в участках противоположащих месту вхождения брыжеечных сосудов).

Потеря воды и электролитов (наблюдаемая уже в первые 24 часа) приводит к гемодинамическим расстройствам, уменьшению диуреза (снижается клубочковая фильтрация в почках). Развивается гипокалиемия, ведущая к тяжелым патофизиологическим расстройствам (мышечная гипотония, резкая апатия, сердечно-сосудистые расстройства, нарез кишечника). Часть кишечной жидкости проплывает в свободную брюшную полость. В начале перитонеальный экссудат (по своему белковому составу до 5% белка близок к сыворотке крови) прозрачен, имеет слегка желтоватый оттенок. Позднее он делается розовым (эритроциты) и еще позднее - геморрагическим. По мере нарастания проницаемости кишечной стенки проникают в выпот микробные тела - экссудат мутнеет (до буро-черного цвета) с ихорозным запахом. Наличие подобного выпота всегда свидетельствует о глубоких и необратимых изменениях кишечника.

### Этиология и патогенез

В этиологии острой непроходимости кишечника выделяют две группы факторов: предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: врожденные и приобретенные анатомические изменения в брюшной полости (нормы развития или аномалии)

- ⇒ общая брыжейка слепой и подвздошной кишки, долихосигма, различные карманы в брюшной полости;
- ⇒ спайки, рубцовые тяжи, сращение петель кишечника в результате предшествовавшего воспалительного процесса или травмы, опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни;
- ⇒ алиментарный фактор - ненормальные условия питания (нерегулярный прием пищи, чрезмерные обильные поглощения ее и т.д.).

К производящим факторам относят внезапное повышение внутрибрюшного давления, в результате чего происходит перемещение кишечных петель (узлообразования, инвагинация и т.д.)

### **Классификация:**

Таким образом, все виды кишечной непроходимости подразделяются на следующие группы:

1. По происхождению - врожденные и приобретенные (к врожденной непроходимости кишечника относятся пороки развития атрезии тонкой и толстой кишки, атрезия заднепроходного отверстия).
2. По механизму развития:
  - ⇒ механическая кишечная непроходимость
  - ⇒ динамическая кишечная непроходимость

Механическая кишечная непроходимость может быть обтурационной (без сдавления сосудов брыжейки кишечника), странгуляционной (со сдавлением брыжейки кишечника) и сочетанной (инвагинация - комбинация обтурации с странгуляцией).

Динамическая кишечная непроходимость на почве паралича моторной функции кишечника (спастическая и паралитическая).
3. По уровню непроходимости - высокая (тонкокишечная) и низкая (толстокишечная).
4. По клиническому течению - острая и хроническая полная и частичная кишечная непроходимость.

### **Возраст:**

Острая кишечная непроходимость встречается во всех возрастных группах, но наиболее поражаемым оказывается зрелый возраст (от 30 до 60 лет).

В детском возрасте преобладает инвагинация кишечника и непроходимость на почве пороков развития. Завороты развиваются преимущественно после 40 лет и у престарелых людей.

Спаечная непроходимость кишок встречается преимущественно в молодом цветущем возрасте (К. С. Симонян, 1966).

### **Распространение:**

Острая кишечная непроходимость наблюдается у всех народов мира. Так, известно, что завороты и узлообразования чаще наблюдаются у народов Восточной Европы и на Балканах (питание преимущественно растительное), а в Западной Европе и Северной Америке чаще встречаются инвагинации и реже завороты (питание преимущественно мясное).

### **Клиническая картина острой кишечной непроходимости:**

Ведущими симптомами ОКН являются боли в животе, задержка стула и газов, вздутие живота, усиленная перистальтика кишечника (в запущенных случаях полная «тишина»), рвота, учащение пульса. Начало заболевания чаще внезапное, острое. В самом начальном периоде заболевания у больного нередко развивается состояние шока: бледность, протрация, падение пульса, холодный пот. Исчезают кишечные шумы и т.д. Спустя некоторое время, в связи с тем, что организм больного адаптируется к новым экстремальным условиям, явления шока уменьшается, состояние больного выравнивается, улучшается пульс, вновь появляется перистальтика кишечника, а на вопрос обследующего врача больной отвечает, что ему стало лучше.

Для отдельных форм кишечной непроходимости характерным является не острое начало, а исподволь, постепенно нарастая. Все-таки чаще вы будете встречаться при ОКН с сильными схваткообразными болями в животе.

При сборе данных анализа следует обратить внимание на начало заболевания, когда был последний стул и его характер, не было ли ранее подобных приступов болей, перенесенных в прошлом операций, травм живота.

Обследование больного проводится на топчане, кровати без подушек, больной должен лежать строго горизонтально, на спине. Необходимо исключить возможность ущемления грыж (обязательный осмотр интимных мест грыжевых ворот). Такие случаи нередко допускались врачами при осмотре, что приводило к катастрофическим ошибкам.

Осматриваются кожные покровы живота на предмет наличия каких-либо рубцов. Если это есть, в мысли врача тотчас приходит возможно после предыдущих операций есть спайки в брюшной полости и они привели к кишечной непроходимости.

Исследование живота может дать ряд ценнейших характерных признаков острой кишечной непроходимости: вздутие живота является одним из самых характерных признаков, но степень вздутия может быть различной в зависимости от локализации обтурации и сроков заболевания. Так, при высокой непроходимости

вздутие живота может быть очень значительна или вовсе отсутствовать.

Чем ниже уровень препятствия, тем больше выражено вздутие (особенно значительно вздутие при толстокишечной непроходимости).

По мере увеличения сроков заболевания увеличивается и степень метеоризма (у тучных людей выражен слабо).

Дыхательные экскурсии брюшной стенки, до развития чрезмерного метеоризма, не нарушены. Неправильная конфигурация живота и его асимметрия являются характерными признаками острой кишечной непроходимости.

Ранним признаком ОКН служит четко ограниченная, растянутая кишечная петля, контурируемая через переднюю брюшную стенку - синдром Валя (1989). При перкуссии над ней выслушивается высокий тимпанит. Вскоре число таких петель кишки увеличивается, что ведет к асимметрии конфигурации живота.

При непроходимости в зоне подвздошной кишки симптом Валя определяется в области пупка (в мезогастриум), а при непроходимости дистальных отделов толстого кишечника - метеоризм занимает боковые отделы живота (по бокам).

При завороте сигмовидной кишки живот оказывается как бы «перекошенным». Все эти признаки нарушения конфигурации лучше видны в течение первых суток заболевания, позднее указанные признаки сглаживаются вследствие нарастания метеоризма и весь живот становится резко вздутым.

Видимая перистальтика кишок является очень важным признаком кишечной непроходимости (особенно четко в начальном периоде заболевания, после того как прошел шок). Этот симптом описан И. И. Грековым (1928): Видимая перистальтика дает картину «перекатывающихся валов или внезапно появляющихся и исчезающих выпячиваний». Ее можно вызвать путем легкого поколачивания по брюшной стенке или путем легкого ее сотрясения (более четко симптом Грекова выражен при хронической непроходимости кишечника, когда мускулатура приводящей кишки оказывается гипертрофированной).

Наблюдая за началом и местом окончания перистальтики можно указать на место обтурации.

Симптом Грекова чаще выявляется при обтурационной непроходимости и реже при странгуляционной (только в первые часы ущемления, пока жизнеспособность кишки еще не нарушена).

Как правило, в момент появления видимость перистальтики усиливается, мучительные приступы болей («схваткообразные боли»). Но следует помнить, что видимая перистальтика бывает при дряблой брюшной стенке живота, лишенного подкожного жирового слоя и при большом расхождении прямых мышц живота, у много рожавших женщин. При этих условиях нормальная, обычная перистальтика кишки оказывается четко видимым.

Пальпация живота при ОКН производится осторожно, мягко, чтобы не вызвать защитного напряжения брюшного пресса. При глубокой пальпации можно выявить болезненное место, «плотную петлю кишки над исследующими пальцами», или «пружинящее эластичное сопротивление» со стороны кишок, пока они еще не парализованы.

При сильном растяжении передней брюшной стенки вследствие значительного вздутия кишок исследующий ощущает некоторую упругость, резистентность брюшной стенки (симптом Мондора). При пальпации живота иногда удается определить «опухоль» - тело вагинита, воспалительный инфильтрат и др. Конечно, все эти симптомы не всегда можно обнаружить, но некоторые можно все-таки уловить при внимательной и тщательной пальпации. Это чаще удается выявить более опытным хирургам, некоторые прекрасно владеют техникой поверхностной и глубинной пальпации.

Далее можно определить очень важный симптом Склярова - это появление «шума плеска», определяемый при легком сотрясении брюшной стенки. Этот симптом указывает на наличие перерастянутой петли кишки, переполненной жидким и газообразным содержимым (стадия нарезки кишечника).

При перкуссии - неравномерный тимпанит (по оттенку, высота звука) и участки притупления.

При перкуссии живота с плессиметром и при одновременном выслушивании статоскопом иногда воспринимается звук с ясным металлическим оттенком - симптом Kiwull (1902), который наблюдается при резком вздутии баллонообразной кишки, переполненной газами (при завороте сигмы). При странгуляционной непроходимости кишок довольно рано в брюшной полости накапливается свободный выпот (при обтурационной непроходимости обычно в поздний период) - в отлогих местах

определяется притупление, которое меняется при поворотах больного.

Аускультация - это определение наличие кишечных шумов.

По А. Г. Лидскому (1934) при обтурационной непроходимости в начальном периоде, пока моторная функция кишечника сохраняется, выслушиваются обильные протяженные шумы, более или менее ритмичные, звонкие, резонирующие в растянутых петлях, высокого тона и почти одинакового тембров. При странгуляционной непроходимости кишечника шумы выслушиваются только в самом начальном периоде заболевания и вскоре исчезают.

Иногда можно уловить «шум падающей капли», что также зависит от резинирования звука в замкнутой полости (С. И. Спасокукоцкий, 1908).

Таким образом, данные аускультации живота при кишечной непроходимости зависят от периода, прошедшего с момента заболевания:

- ⇒ в раннем периоде (без шока) выслушивается целая гамма звуков, рокочущих, трескучих, меняющихся в своей интенсивности и продолжительности;
- ⇒ при начальном шоке кишечные шумы исчезают. Они появляются вновь при выходе больного из этого состояния;
- ⇒ в промежуточном периоде, при увеличении вздутие кишечника, количество шумов становится меньше. Но они становятся более короткими и звонкими;
- ⇒ в позднем периоде, когда нарез кишечника, все звуковые феномены, связанные с усиленной перистальтикой, постепенно исчезают, также как и перистальтика - «мертвая тишина» («гробовая тишина») - зловещий признак, свидетельствующий о том, что тонус кишечника парализован и сама кишечная стенка если еще не некротизирована, то близка к этому.

В этом периоде (при резком вздутии живота) можно определить симптом Лоттисена - это выслушивание дыхательных шумов и сердечных тонов, которые в норме через живот не проводятся. Это неблагоприятный признак, предвещающий летальный исход.

Пальцевые исследования прямой кишки - обязательный диагностический приём, который, к сожалению, многими врачами пренебрегается. При острой кишечной непроходимости обычно обнаруживается пустая баллонообразная раздутая прямая кишка, переднюю стенку которой втягивают петли кишок в виде округлых

эластичных образований (симптом Обуховской больницы). Греков говорил, что «этого одного признака достаточно, чтобы распознать илеус».

При одновременном исследовании прямой кишки и бимануальной пальпации живота можно более четко прощупать раздутые петли кишок, тело инвагината или инородные тела (желчный или каловый камень), закупорившие кишку и т.д.

Вагинальное исследование позволяют выявить опухоли, воспалительные инфильтраты в матке и ее придатках, которые также могут сопровождаться различными формами кишечной непроходимости.

### **Рентгенологические исследования.**

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости определяется:

Чаша Клойбера - горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним, что напоминает перевернутую вверх дном чашку, меняющиеся при перемене положения больного.

При странгуляционной кишечной непроходимости чаши Клойбера могут появиться уже через час, а при obturации - через 3-6 часов.

По мере нарастания в кишечной стенке деструктивных изменений, сопровождающихся понижением тонуса, высота газовых пузырей уменьшается, а длина уровней увеличивается (А. П. Хомутова, 1962). Количество чаш может быть от одного до 12-15 и более.

В тонких кишках чаши Клойбера располагаются на различных уровнях, но сосредоточиваются преимущественно в центральных отделах брюшной полости (при этом чаши низкие, а уровни длинные).

При высокой тонкокишечной непроходимости наблюдается небольшое количество чаш, которые локализуются в левом верхнем квадранте живота. При низкой тонкокишечной непроходимости чаши располагаются больше в правом нижнем квадранте.

При толстокишечной непроходимости чаши выявляются реже и в основном по бокам, по ходу толстой кишки (уровень чаши короткая, но высота просветления высокая). Чаши и уровни в кишечнике могут выявляться при кахексии, длительном постельном режиме, а также после клизмы.

«Отвислый живот» характерен для непроходимости в области толстой кишки, когда раздутые газом толстые кишки занимают весь живот.

Контрастное (жидкий барий) исследование ЖКТ позволяет определить уровень поражения (в основном в раннем периоде заболевания).

### **Лечение острой кишечной непроходимости:**

Дорогие студенты, вам не придется лечить больных с ОКН. Но ваша задача, как мы говорили, установить предварительный диагноз и направить больного в хирургическое отделение.

При поступлении больного в отделение и после установления окончательного диагноза принята следующая тактика:

1. Если у больного имеется картина ОКН, осложненная перитонитом, тогда необходимо срочно оперировать, одновременно при подготовке к операции проводят относительных коррекцию.
2. Чаще больные поступают в клинику с ОКН без явлений перитонита, т.е. когда еще не далеко зашедший случай. Тогда проводится максимум до 1,5-2 часов консервативная терапия по разрешению кишечной непроходимости.

#### Что же входит в консервативную терапию?

1. Больному в чистой перевязочной вставляют назогастральный зонд и промывают желудок. После него зонд не удаляют.
2. Делают двухстороннюю паранефральную блокаду 0,5% раствором новокаина по 60,0 мл по обеим сторонам.
3. Подкожно вводят спазмолитики - но-шпа - 2,0, папаверин - 1,0, платифилин - 1,0.
4. Внутривенно вводят Sol. Natrii chloridi, т.е. гипертонический раствор поваренной соли 10% - 60,0 в/в.
5. Одновременно вводят п/к прозерин по 0,5 дробно 3 раза.
6. Через 10-15 минут ставят либо очистительную, либо гипертоническую, а нередко, если позволяет состояние больного, сифонную клизму.

Если у больного после проведенных мероприятий состояние улучшается, т.е. хорошо отошли газы, был стул, боли уменьшились в интенсивности, живот опал в объеме, следует считать, что на

данный момент кишечной непроходимости разрешилась. Если нет полной уверенности и состояние больного позволяет, т.е. нет прогрессирования процесса, можно дать больному выпить барий и проследить пассаж бария по кишечнику.

Но если после проведенных мероприятий не было эффекта, т.е. не отошли газы, не было стула, боли продолжают беспокоить, живот не опал в объеме, то больному предлагают операцию, т.к. дальше уже ждать нельзя. Еще раз подчеркиваю, можно проводить консервативную терапию только в течение 1,5-2 часов!

#### **6. Оснащение лекции:**

1. Презентация на Power Point
2. Слайды
3. Рентгенограмма
4. Макропрепараты, удаленные инородные тела
5. Желудочные зонды, резиновые перчатки
6. Набор для очистительной и сифонной клизмы
7. Шприцы, иглы, новокаин, йод, спирт для паранефральной блокады
8. Препараты для стимуляции кишечника

#### **7. Темы для самостоятельной работы студентов:**

1. Особенности ОКН на уровне тонкого и толстого кишечника
2. Инвагинация у детей
3. Опухоли кишечника как причина ОКН
4. Показания к сифонной клизме
5. Тактика врача на дому при установлении диагноза ОКН

#### **8. Контрольные вопросы:**

1. Что такое острая кишечной непроходимости?
2. В чем заслуга Гиппократ, Пирогова в вопросах о кишечной непроходимости?
3. Какова статистика заболевания и летальности?
4. Какая классификация острой кишечной непроходимости?
5. Какие патофизиологические сдвиги происходят при ОКН?
6. К какой непроходимости относят инвагинация?

7. Наиболее типичная клиническая картина, диагностика ОКН.
8. Какая рентгенологическая картина при различных условиях кишечной непроходимости?
9. Течение острой кишечной непроходимости.
10. Что надо делать при установлении ОКН на дому?
11. Какая тактика хирурга в отделении при ОКН?
12. В чем заключается консервативная терапия и сколько времени можно проводить?
13. Когда следует оперировать больного?

### **9. Использованная литература**

1. М. И. Кузин - Учебник «Хирургические болезни» Москва, 1986 г.;
2. Я. Н. Нелюбович - Книга «Острые заболевания органов брюшной полости» (перевод с польского) М., Медизд., 1961 г.;
3. Имре Литтман - Книга «Оперативная хирургия» Будапешт, 1982 г.;
4. П. Н. Папалков - Учебник «Хирургические болезни» М., Ленинград, 1969 г.;
5. Н. И. Блинов - Книга «Ошибки, опасности и осложнения в хирургии» М., Ленинград, 1969 г.;
6. П. Смич - Книга «Хирургия кишечника» М., Бухарест, 1979 г.;
7. Ш. И. Каримов - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;
8. С. М. Агзамходжаев - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;
9. О. Б. Милонов - Книга «Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии» М., Москва, 1990 г.

## Содержание лекционного курса

### 1. Тема лекционного занятия: Заболевания артерий и вен. №15

Количество часов - 2 часа

#### 2. ЦЕЛИ:

- A. Дать понятие заболевания вен и артерий, их место, значение в хирургии
- B. анатомия, структурное отличие вен и артерий, различие в симптоматике, принципах диагностики и лечения
- C. Изложить современные методы диагностики
- D. Дать основные характеристики заболеваний артерий, методы диагностики и лечения
- E. Изложить основные характеристики заболевания вен, этиопатогенез, клиническую картину, методы диагностики, лечения, профилактики.

#### 3. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

После прослушивания лекций студенты должны знать:

- A. Знать различия в анатомии и физиологии вен и артерии.
- B. Знать современные методы диагностики этих заболеваний.
- C. Знать основные заболевания артерии, их клинику, патогенез, методы диагностики, лечения.
- D. Знать основные заболевания, характерных для вен; причины, этиопатогенез, клиническую картину, постановку «функциональных» проб, лечение, методы профилактики, ожидаемые осложнения и пути их профилактики.
- E. Знать оказание первой медицинской помощи в неотложных ситуациях при данных заболеваниях.

#### 4. СОДЕРЖАНИЕ.

- A. Анатомо-физиологические особенности строения, расположения артерий, в частности в нижних конечностях, их функции. Облитерирующий эндоартериит, встречаемость среди населения, этиология, патогенез. Нарушение реологических свойств крови. 4 стадии облитерирующего эндоартериита и их клинические характеристики. Интенсивность перемежающей хромоты. Ограниченная и генерализованная формы. Значение функциональных проб-Оппеля, Гольдфлама, Самуэлла, Шамовой, Панченко, систем прижатия пальцев. Применение инструментальных методов исследования- Реовазография, УЗИ,

- термография, ангиография. Лечение: консервативное и хирургическое (4 группы).
- В. Облитерирующий тромбангит (Болезнь Бюргера). Облитерирующий тромбангит отличается злокачественным течением, сочетается с тромбофлебитом поверхностных вен.
- С. Облитерирующий атеросклероз, значение в патогенезе атеросклероза, изменения в интиме. Синдром Лериша, синдром «обкрадывания мезентеральных сосудов».
- Д. Болезнь Рейно- ангиотрофоневроз мелких артериол. 3 стадии- ангиоспастическая, ангиопаралитическая, трофопаралитическая. Лечение.
- Е. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей---микро и макроангиопатии.
- Ф. Тромбозы и эмболии, степени ишемии.
- Г. Варикозная болезнь-анатомия и физиология вен, этиопатогенез (Механическая теория, теория клапанной недостаточности, нейроэндокринная теория, теория раскрытия артеоло-венулярных анастомозов, нарушение мышечно-венозной помпы. Классификация по Савельеву. Диагностика, функциональные пробы, инструментальные методы исследования, лечение.
- Н. Острый тромбофлебит поверхностных вен, причины развития, клиника, диагностика, лечение.
- И. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей, флеботромбозы, тромбофлебиты, илиофemorальный тромбоз, восходящий тромбоз нижней полой вены, лечение, профилактика.

## **5. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ ПО ЛЕКЦИИ.**

Основные заболевания артерий: облитерирующий эндоартериит, атеросклеротическая окклюзия сосудов нижних конечностей, диабетическая ангиопатия, болезнь Бюргера, болезнь Рейно. Их осложнения: тромбозы и эмболии.

Облитерирующий эндоартериит- дистрофическое поражение артерий, преимущественно дистальных отделов, приводящих к стенозу и облитерации и развития ишемии у мужчин 20-30-летнего возраста. В этиологии- переохлаждение, отморожение, травмы, курение, стрессы и т. д., вызывающие стойкий спазм сосудов. Это ведет к гиперплазии интимы, образуется тромб. Ухудшается микроциркуляция, возрастает вязкость крови, дистрофические изменения в тканях.

### **Клиника:**

1. Стадия функциональной компенсации- зябкость, покалывание, жжение в кончиках пальцев. Появление «перемежающей хромоты» через 1000 м ходьбы.
2. Стадия субкомпенсации- перемежающая хромота появляется через 200 м ходьбы, изменения в кожных покровах.
3. Стадия декомпенсации- боли в покое, изменения цвета кожи, вынужденное положение конечности.
4. Стадия деструктивных изменений- боли постоянные, язвы, отек, гангрена.

Течение заболевания- ограниченное поражение артерий одной или обеих нижних конечностей, и генерализованное- присоединяется поражение висцеральных сосудов, коронарных, церебральных артерий.

Функциональные пробы:

1. Синдром плантарной ишемии Опделя - побледнение кожи подошвы стопы пораженной конечности, поднятой вверх
2. Проба Гольдфлама- больному, находящегося в положении на спине с приподнятыми ногами предлагают выполнить сгибание и разгибание в голеностопных суставах. При нарушениях кровообращения через 10-20 минут движений больной испытывает утомление в ноге. Одновременно ведется наблюдение за окраской подошвы (проба Самуэляса) - наступает побледнение.
3. Проба Шамовой- больному предлагают поднять вверх на 2-3 минуты выпрямленную в коленном суставе ногу и средней трети бедра накладывают манжетку от Рива-Роччи, создают давление, ногу опускают, снимают манжетку. В норме через секунду наступает реактивная гиперемия.
4. Коленный феномен Панченко- запрокинув ногу на ногу больной испытывает боль.

Инструментальные методы: Реовазография, УЗИ, термография, ангиография.

Облитерирующий тромбангит- отличается от облитерирующего эндоартериита злокачественным течением и сочетается с тромбофлебитом поверхностных вен.

Облитерирующий атеросклероз- поражает мужчин 40-50 лет и старше.

В течении различают 4 стадии(как и при облитерирующем эндоартериите).

Болезнь Рейно: ангиотрофоневроз с поражением мелких концевых артерий и артериол.

Различают 3 стадии:

1. Ангиостатическая - выражен тонус сосудов, сильные жжения и боли в пальцах.
2. Ангиопаралитическая - кисть синеватой окраски, отек.
3. Трофопаралитическая - язвы, панариции, некроз.

Диабетическая ангиопатия - развивается у людей, страдающих сахарным диабетом. Микроангиопатии - изменение в микроциркуляторном русле. Макроангиопатии - изменение, как при облептирующем атеросклерозе.

Тромбозы, эмболии - ведут к развитию острой артериальной непроходимости. Внезапные боли, онемение, похолодание в конечностях.

Острые тромбозы и эмболии лечатся оперативно.

**Варикозная болезнь** вен нижних конечностей - сопровождается увеличением длины и наличием змеевидной извитости подкожных вен, мешковидным расширением их просвета, депонированием отработанной крови.

Механическая теория, теория клапанной недостаточности, нейроэндокринная теория, теория раскрытия артериоло-венулярных анастомозов, теория нарушения мышечно-венозной помпы.

По классификации академика Савельева различают:

1. Стадия компенсации
2. Стадия декомпенсации
  - А. Без трофических изменений
  - Б. С трофическими расстройствами

Предложены различные функциональные пробы:

Состояния клапанов определяется пробой Броди-Троянова-Тренделенбурга.

Проба Гаккенбруха (кашлевая проба) позволяет судить о несостоятельности клапанов.

Проходимость глубоких вен определяется маршевой пробой Дельбе-Пертеса.

Несостоятельность коммуникантных вен определяется пробой Пратта.

Из инструментальных методов нужно применить флебомонетрию, определение скорости кровотока, функциональную реовазографию, флебографию.

### **Консервативное лечение.**

Магнитотерапия.

## **Оперативное лечение.**

### **Флеботромбозы и тромбфлебиты.**

Тромбоз подвздошных вен - частая локализация вены голени. Жалобы на боли в данной области. Возможен отек. Симптом Хамманса. Боли при сгибании стопы. Проба Левенберга.

Илеофemorальный тромбоз.

Беспокоят боли в ноге, отек, цианоз. Возможна «белая болевая флегмозия». Развивается гангрена.

Восходящий тромбоз нижней полый вены- осложнение тромбоза магистральных вен таза.

Радиоиндикация тромба.

Флебография.

Лечение- тромбозэктомия катетером Фогарти.

Комплексное консервативное лечение.

Профилактика.

## **6. Оснащение лекции.**

1. Презентация на Power Point, схемы строения артериальной и венозных систем.
2. Набор жгутов для остановки кровотечения, постановки функциональных проб, эластические бинты.
3. Виды искусственных сосудистых протезов.

## **7. Темы для самостоятельной работы студентов.**

- A.** Значение атеросклероза при заболеваниях артерий, образование изменений на стенках артерий, лечение
- B.** Лечение сахарного диабета
- C.** Ишемия - комплекс изменений, возникающих при заболеваниях артерий
- D.** Работа венозно-мышечной помпы

## **8. Контрольные вопросы.**

- A.** В чем отличие строения и функции артерий от вен?
- B.** Какие виды заболеваний артерий вы знаете?
- C.** В чем отличие облитерирующего эндоартериита от облитерирующего атеросклероза?
- D.** Порядок постановки функциональных проб.
- E.** Особенности болезни Рейно.

- Г.** Как лечатся тромбозы и эмболии?
- Г.** Каково значение мышечно-венозной помпы при развитии варикозной болезни?
- Н.** Как ставятся функциональные пробы при варикозной болезни?
- И.** Какие операции используются при лечении варикозной болезни?
- Ж.** В чем состоит профилактика заболеваний артерий и вен?

## **9. Рекомендуемая литература.**

### **Основная литература.**

1. М. И. Кузин - Учебник «Хирургические болезни» Москва, 1986 г.;
2. В.И.Стручков. Учебник «Общая хирургия». М., 1988
3. И.Г.Руфанов. Учебник «Общая хирургия», м., 1953
4. У.А.Арипов. Учебник «Умудий хирургия» Т., 1994
5. Ш. И. Каримов - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;
6. А.В.Григорьян. Учебник «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии», М., 1976
7. А.В.Покровский. Клиническая ангиология. М., 1988
8. Т.Х.Каюмов., Я.В.Инагамов. «Заболевания артерий» и «Варикозная болезнь нижних конечностей», Т., 2000.
9. С. М. Агзамходжаев - Учебник «Хирургик касалликлар» Ташкент, 1991 г.;

### **Дополнительная литература.**

10. Имре Литтман - Книга «Оперативная хирургия» Будапешт, 1982 г.;
  11. П. Н. Папалков - Учебник «Хирургические болезни» М., Ленинград, 1969 г.;
  12. Н. И. Блинов - Книга «Ошибки, опасности и осложнения в хирургии» М., Ленинград, 1969 г.;
  13. С.Н.Муратов. Дарслик. Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш килиш., Т., 1989.
- Б.В.Петровский. БМЭ, М., 1977, том 1,2.

### **III. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ.**

#### **ЗАНЯТИЕ №1.**

##### **1. Тема: «Структура и устройства хирургического отделения».**

Его назначение.

Количество часов - 4 часа.

- 2. ЦЕЛЬ** занятия: Ознакомиться с планировкой, строением хирургического отделения. Получить представление об необходимости изолирования чистого и гнойного отделения. Убедиться в том, что сердцевиной хирургического отделения является операционный блок, что она должна быть изолирована от других помещений. Вдали от них лучше в пристройке, соединенном с главным корпусом с ориентацией окон на север или северо-запад для лучшей освещенности.

Ознакомиться с основными и дополнительными помещениями отделения. Получить представления для чего предназначены и как оснащены и какие требования перевязочной и манипуляционной, постовой медсестры и палатам и т.д. Убедиться что это так или дать картину планировки помещений, и их оснащенности, несоблюдение правил асептики и антисептики.

##### **3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Расположение чистого и гнойного отделения.
2. Основные помещения хирургического отделения.
3. Помещение операционного блока.
4. Вспомогательные помещения хирургического отделения.
5. Поведение и формы одежды в операционном блоке.
6. Назначение каждого помещения операционного блока, чем покрыты стены, потолок, пол.
7. Назначение, требование и чем оснащены перевязочные.
8. Назначение палат, в построении чем отличаются от перевязочных, операционной и т. д. Площадь палат, расчет на 1 штатную койку, оборудование палат, требование к ним.
9. Работа постовой медсестры. Оснащение сестринского поста: шкафы «А» и «В».
10. Вспомогательное помещение. Их назначение, степень необходимости для работы хирургического отделения.

##### **4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что от правильной организации и оснащения хирургического отделения во многом зависит от успех хирургического лечения. Профилактика раневой инфекции является одной из главных задач планировки отделения.
2. Знать почему должны быть чистые и гнойные отделения и необходимость их изолировать.
3. Знать, что сердцевиной хирургического отделения является операционный блок.
4. Знать, что есть основные и вспомогательные помещения.
5. Знать, назначения, оснащения и требования ко всем помещениям хирургического отделения.
6. Знать работу и назначения сестринского поста.
7. Знать, необходимые требования в отношении формы для мед. персонала и обучающихся студентов.
8. Знать твердо, что все эти требования направлены к уменьшению инфекции в отделении.

### **Практическая работа.**

1. Обход хирургического отделения. Ознакомление с основными и вспомогательными помещениями. Непосредственное знакомство с планировкой, оснащением и работой сестринского поста, манипуляционной и операционного блока.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Кроме основной формы студентов иметь бахилы.
2. В операционном блоке сменная одежда для сотрудников; чистые белые брюки и белая рубашка, колпачки и маски.
3. Необходимые оборудования в палатах, перевязочных, операционном блоке, рентген кабинетах.
4. В учебной комнате- слайды.

### **6. Преподавательские заметки:**

1. Показать и акцентировать на том, что отделение состоит из двух этажей; второй этаж чистое отделение, а нижний этаж- гнойное отделение. Они изолированы, имеют отдельный вход и выход. Больные с нижнего этажа не могут попасть на второй этаж и наоборот и т.д.

2. Наглядно убедить студентов, что все основные помещения, перевязочные, палаты, манипуляционные на каждом этаже имеются.
3. Все сотрудники отделения одеты по форме, ходят в тапочках.
4. Обратить внимание, что помещение: коридор, палаты, от перевязочных и манипуляционных, где стены покрыты кафелем, потолок масляной краской, а пол- мраморный. Указать, почему так. Спросить студентов на сообразительность.
5. Для выполнения работы чем оснащены эти помещения.
6. В палатах какое оборудование, указать какая площадь на 1 штатную койку, соответствует ли этому. Какие кровати, имеются ли тумбочки, что в них и т.д.
7. Обратить внимание, что операционный блок находится в самом конце отделения на втором этаже. Перед входом переодеть студентов в форму работников операционного блока и ознакомить со всеми инструментами помещения операционного блока. Рассказать о назначении каждого из них.
8. Разобрать работу поста мед сестры. Показать все журналы, познакомить с оснащением, с содержимым шкафов «А» и «В».
9. Дать картину планировки и оснащения хирургического отделения.
10. Акцентировать внимание студентов, что успех хирургического лечения зависит во многом от сложной работы мед сестер, санитарок и т.д.

## **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы, контроль за усвояемости материала после осмотра отделения, решение ситуационных задач и тестов различных уровней сложности.

### **Ситуационные задачи:**

1. В отделении в туалетные женские и мужские рядом с операционным блоком. Что не правильно в планировании и почему?  
-альфа-1.
2. В перевязочную второго этажа врач перевязал рану больного оперированного с грыжей, затем сотрудник привел свою жену с постинъекционным абсцессом на перевязку. Врач перевязал и эту рану. В чем ошибка врача, что он должен был сделать?  
-альфа-2.

3. Больного с травмой черепа мед сестра повела пешком на рентгенографию черепа в рентген кабинет, находящегося в другом здании по назначению врача. Правильно ли это. Чья ошибка- мед сестры или врача. Почему? -альфа-3.

**Тесты по теме занятия:**

1. Какой из помещений операционного блока служит для мытья рук хирурга, мед сестер? -альфа-1

1. Операционная
2. Материальная.
3. Предоперационная.
4. Стерилизационная.
5. Помещение для смены белья.

2. В крупной больнице, где лучше стерилизовать белье, инструменты, шприцы? -альфа-2.

1. Центральное стерилизационное отделение
2. В хирургическом отделении.
3. В гинекологическом отделении.
4. В каждом отделении своя стерилизационная.
5. В приемном покое.

3. На посту мед сестры в шкафу «В» находятся лекарственные препараты. Какой из них должен быть находится в шкафу «А»- альфа-3.

1. Кордиамин
2. Витамины
3. Аспирин
4. Фуросемид

**8. Задание для самостоятельной работы.**

Зайти каждому студенту в разные палаты и проверить содержимое тумбочки. Что положено в них держать больному и обратить внимание что там лишнее и почему к примеру нельзя держать в них много лепешек, конфеты, различные фрукты.

**9. Рекомендуемая литература. (7,11,12,13)**

**Основная литература:**

1. Общая хирургия-Учебник В.И. Стручков 1976,1950гг.
2. Общая хирургия-Учебник В.К. Гостищев 1997г.
3. Умумий хирургия -Дарслик У.А. Орипов Т., 1993г.
4. Лекции профессора Т.Х. Каюмова, доцента Я.В.Инагамова.(экземпляры на кафедре и в библиотеке).

**1. Тема: Антисептика, история его развития. Современная антисептика. Виды, способы применения. Антибиотики.**

**Количество часов -4 часа.**

**2. Цель занятия:** Получить представления об антисептике, место и значение в современной хирургии и других клинических дисциплинах. Ознакомиться с видами антисептики. Узнать объем механической, физической, химической и биологической антисептики, используемая как с профилактикой так и с лечебной целью. Ознакомиться как и когда производится механическая антисептика, с классификацией химических антисептических веществ, со средствами относящихся к биологической антисептике, механизм их действия, способы применения, возможные осложнения. Пронаблюдать и усвоить непосредственно как производится использование видов антисептики во время перевязки, в обработке рук хирурга, операционного поля, при обработке и мытье помещений хирургического отделения, перевязочных, манипуляционных, операционных, коридоров, палат и т.д. Ознакомиться с различными антибиотиками, механизмом их воздействия на микробов, пронаблюдать как проводится посева гноя и как ставятся пробы на чувствительность к антибиотикам.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Состояние хирургии и результаты оперативных вмешательств в доантисептический период.
2. Антисептика Листера, в чем его заслуга.
3. Виды современной антисептики.
4. Механическая антисептика, в каких случаях можно ее производить и как она проходит.
5. Химическая антисептика, классификация препаратов по Руфанову. Новые химические антисептические средства, механизм их действия.
6. Биологическая антисептика, ферменты и антибиотики, в каких случаях их используют.
7. Физическая антисептика, на каких свойствах основан механизм их действия.
8. Способы применения химических антисептических веществ.
9. Осложнения при антибиотикотерапии.
10. Значение определения чувствительности к антибиотикам.

11. Использование антисептических средств для мытья пола, стен операционной.
12. Состав мази Вишневского, раствора Люголя.

#### **4 Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать какие осложнения и летальность была до антисептический период.
2. Знать в чем заключается антисептика Листера.
3. Знать виды современной антисептики.
4. Уметь как произвести механическую антисептику при небольших ранах.
5. Уметь при ПХО раны какие антисептики применять для промывания раны, смазывания вокруг раны.
6. Уметь использовать во время перевязки различных ран использовать химические антисептические вещества, ферменты.
7. Уметь делать инъекции в \м при антибиотикотерапии.
8. Уметь использовать физическую антисептику при перевязках гнойных ран.
9. Уметь обрабатывать полы, стены покрытые масляной краской 0,5% хлорамином.
10. Уметь использовать химические антисептические вещества для промывания полостей.

#### **Практическая работа.**

1. Перевязки различных ран.
2. Механическая антисептика при обработке «свежих» ран.
3. Посевы из раны и определения чувствительности к антибиотикам в бак лаборатории.
4. Разведение антибиотиков и производство инъекций.

#### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы.
2. Слайды.
3. Набор средств химической и биологической антисептики.
4. Набор хирургических инструментов шприц, шовный материал, новокаин 0,5% и т.д для ПХО и перевязок.
5. Для физической антисептики резиновые полоски, трубочки, стеклянные изделия, перчатки, стерильный перевязочный материал.

## 6. Преподавательские заметки:

Вначале раскрыть каковы были итоги хирургической деятельности врачей в до антисептическое время. Летальность доходила до 80%. Печальные итоги своей деятельности заставляло врачей бросать профессию хирурга, в связи с очень медленно развивалась хирургия. Вся причина была в том, что учение того времени не знали о существовании микробов, которые вызывали грозные осложнения, отчего они погибали. Только начиная с 1867 года благодаря Листеру удалось найти способ борьбы с невидимыми частицами-микробами, которые являлись причинами осложнений ран, это был процесс, после этого стало быстро развиваться хирургия. Современная антисептика - это уже не та антисептика Листера, а более эффективная.

Остановиться на всех видах антисептики непосредственно на практике, во время перевязок, показать им, а затем, чтобы они сами выполняли эти перевязки и использовали химическую, физическую антисептику. Показать на обработке «свежих» ран ПХО ран, а также использование других антисептических веществ, при этом. При первой возможности и будущих занятиях под наблюдением, чтобы сами студенты делали ПХО.

В манипуляционной сами студенты разводят антибиотики и делают инъекции в\м антибиотиков.

Химическую антисептику показать на обработке стен, полов, при уборке палат. Сами студенты выполняют обработку 0,5% хлорамином коридоров, палат.

Посетить, после взятия самими студентами посева из раны, бактериальную лабораторию больницы под контролем врача-бактериолога познакомиться с этапами проведения этих проб.

Студенты под контролем врача и преподавателя учатся проливать различные полости, в первую очередь, полости мочевого пузыря через трубку, в вставленную путем эпицистостомии из-за аденомы предстательной железы теплым раствором фурацилина.

Сами студенты вводят антибиотики или диоксидин в брюшную или плевральную полости через дренажные трубки после операции на брюшной полости с перитонитом.

Получение умение постоянно необходимо в лучших случаях коррегировать с преподавателем или врачом.

Показать как проверить тумбочки в палатах, какие вещи можно держать, а какие нельзя и почему нельзя и т.д.

### 7. Виды контроля.

Устные ответы на вопросы, контроль за усвояемостью и приобретенного умения во время выполнения практических действий, решение ситуационных задач и тестов различных уровней сложности.

Ситуационные задачи.

1. В клинику поступил больной с ушибленной раной головы. Ему на голову полтора часа назад упал кирпич с крыши здания. Рана размерами 4,5x2см . Какую антисептику лучше применить. Почему?-альфа-2.
2. Поступил больной в отделение с раной на правом бедре размерами 6x3см с гнойным отделяемым. Со слов больного установлено, что больной получил травму полтора суток назад, никуда не обращался, только сегодня решил показать врачу. Какую антисептику лучше применить, почему?альфа-3.
3. В клинике больной находится после операции аппендэктомии. Третий день после операции. Назначен пенициллин по 500т.х4р. Имеется флакон с 1гр (1000.000 ед) сухого вещества пенициллина. Как это сделать?альфа-1.

### Тесты по теме занятия.

1. Чем смачивается тампон для усиления дренажной функции марли при лечении гнойной раны-альфа-1.

- А. Раствором фурацилина в разведении 1:1000
- В. Перекисью водорода
- С. Гипертоническим раствором поваренной соли
- Д. Этиловым спиртом
- Е. Раствором перманганата калия

2. Через какое время тампон в ране пропитанный гноем может потерять всасывающее свойство и стать пробкой-альфа-2.

- А. Через 6-8 часов
- В. Через 2 часа
- С. Через 12 часов
- Д. Через 24 часа
- Е. Через 15 часов

3. Что способствует развитию кандидоза при лечении инфицированных ран антибиотиками-альфа-3

- A. Длительное использование антибиотиков в больших дозах.
- B. Применение антибиотиков широкого спектра действия.
- C. Использование антибиотиков несмотря на положительную пробу на чувствительность.
- D. При использовании их непосредственно местно.

#### **8. Задание для самостоятельной работы.**

1. Произвести уборку антисептиком пола в гнойной перевязочной.
2. Провести в палате больному с длительным периодом постельного режима профилактику пролежней спины антисептическими средствами.
3. Подготовить набор инструментов для механической антисептики.
4. Приготовить из существующего набора химических антисептических веществ препараты из группы галоидов и принести показать

#### **9. Рекомендуемая литература (7,11,12,13)**

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.
2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М.Медицина 1997г.
3. Умудий хирургия Дарслик- У.А.Орипов, Т.,1993г
4. Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В.Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).

**ЗАНЯТИЕ № 3.**

**I. Тема: Асептика .Источник инфекции. Основной закон асептики. Способы рук хирурга, операционного поля, шовного материала.**

Количество часов -4 часа. (лекция № 1)

**II. Цель занятий:**

Получить представление об асептике, место и значение в современной хирургии и других клинических дисциплинах. Ознакомиться с источниками инфекции и видами асептики для профилактики источников инфекции. Получить твердые представления об основном законе асептики, из чего складывается асептика: асептика больного, участников операции, инструментария, оборудования, помещения. Пронаблюдать и усвоить непосредственно как обрабатываются руки хирурга перед операцией, как обрабатывается операционное поле. Убедиться как важна тщательная стерилизация шовного материала. Пронаблюдать и убедиться как часто проводятся посевы с рук хирурга, с предметов, оборудования, помещения. Иметь представление о допустимой загрязненности операционной, о видах уборки.

**III. Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Основной принцип асептики.
2. Экзогенные и эндогенные источники инфекции.
3. Гигиенические мероприятия для персонала, когда следует их начинать.
4. Спец. одежда участников операции, правила рационального ношения одежды, правила изоляции волос на голове, требования к гигиене рук, виды операционных масок, правила их ношения.
5. Способы обработки рук: традиционные и современные, деление их по механизму воздействия на микробов.
6. Правила облачения в стерильный халат, одевание стерильных перчаток операционной сестрой и хирургом.
7. Правила поведения персонала в операционной.
8. Способы обработки операционного поля, Филончикова-Гроссиха и другие.
9. Шовный материал : из чего готовят, степень загрязненности, что с ним становится в организме.
10. Преимущества метода Клаудиуса перед методом Ситковского при стерилизации кетгута.
11. Использование антисептических веществ при профилактике контактной инфекции.

12. Уборка операционной.
13. Контроль стерильности рук хирурга, операционного поля и шовного материала.
14. Допустимая загрязненность микробами операционной.

#### **IV. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать основной закон асептики.
2. Знать источники инфекции: экзогенные, эндогенные.
3. Знать, что асептика складывается из асептики участников операции, асептики больного, асептики инструментария, перевязочного материала, шовного материала, оборудования, помещения.
4. Уметь обрабатывать руки традиционным способом, правила мытья рук, облачаться в стерильный халат, надевать стерильные перчатки.
5. Уметь обрабатывать операционное поле по методу Филончикова-Гроссиха.
6. Знать, что входит в шовный материал, из чего его готовят, как его стерилизуют и как его хранят. Что с ним происходит в организме после операции.
7. Знать, какие антисептические средства используют при профилактики экзогенных источников инфекции.
8. Знать правила поведения персонала в операционной.
9. Знать, какие виды уборки производят в операционной.
10. Уметь брать посевы с рук и предметов.
11. Знать допустимую степень загрязненности микробами в операционной.

#### **Практическая работа.**

1. В чистой перевязочной, предоперационной мытье рук студентами по методу Спасокукоцкого- Кочергина.
2. В чистой перевязочной студенты на больных, друг на друге обрабатывают операционное поле, имитируя операцию аппендэктомии по способу Филончикова-Гроссиха.
3. Посевы с рук при мытье рук студентов в гнойной перевязочной у больных с гнойными ранами и дальнейшие этапы обработки в бак.лаборатории больницы.

#### **V. Оснащение занятия.**

1. Таблицы
2. Слайды.

3. В предоперационной, чистой перевязочной наличие раковин, щеток, мыла, двух тазов для 0,5 % раствора нашатырного спирта, йод, спирт, салфетки, халаты, резиновые перчатки, бахилы, глицерин и т.д.
4. Стерильные пробирки с питательной средой для посева с рук, различных ран.
5. Кетгут, шелк, капрон и т.д. Станок для бритья волос.
6. Первомур (С 4), хлоргексидин, хлорамин 0,5%, мыло.

## **VI. Преподавательские заметки.**

В работе №1 в чистой перевязочной следить за переодеванием студентов в операционную одежду и бахилы, за состоянием ногтей, все ли готово из предметов, необходимых для обработки рук по методу Спасокукоцкого-Кочергина.

Просмотреть, все ли студенты готовы начать. Все внимательно смотрят, как двое начинают обрабатывать руки. Сравнить, кто из них правильно использует правила мытья рук. В начале щетка с мылом на левой руке, моет ладонную поверхность левой руки, межпальцевые промежутки, затем, переставив мыло с щеткой в правую руку, моют ладонную поверхность левой кисти. Затем, вновь переставляя по порядку, моют тыльные поверхности. Затем приступают к мытью предплечий, первой щеткой моют до верхней трети предплечья. Затем смывают, чтобы сверху, т.е. с предплечий не стекала вода в сторону кисти, обязательно наоборот.

Если не прошло 5 минут вновь повторяют спустя 5 минут, меняют щётку, в том же порядке моют руки, только заканчивают 4-3 предплечья.

Следить правильно ли выполняют дальнейшие этапы, при этом корригируя. Внимательно следить правильно ли надевают халаты и перчатки и т.д. То же самое делают все студенты.

В работе № 2. Там же следить и сравнить кто из них лучше приобрёл навык по обработке операционного поля йодом по Филончикову-Гроссиху (4 раза). Указать как быть, если у больного идиосинкразия к йоду. Этому учатся все студенты, т.к. они должны это уметь.

В работе №3. Свободные студенты, повторяя друг с другом берут посевы с рук хирурга после мытья с мылом и щёткой и обработки 96% спиртом. Следить за правильностью выполнения.

Затем в конце мытья рук все вместе относят пробирки с полученными посевами в бак. лабораторию и знакомятся с дальнейшими этапами выяснения возбудителя и чувствительности к антибиотикам.

Одновременно в период мытья выясняется механизм каждого этапа, что при этом достигается, механическая очистка, обезжиривание, дубление кожи. Разобрать механизм воздействия использованных химических антисептических веществ. Следить, не реже один раз в месяц, чтоб допустимая загрязненность воздуха микробами должна быть : перед операцией 1000 бактерий на 1 куб.метр, а после операции не более 4000 бактерий на 1 куб. метр.

### **VII. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением практических работ, приобретенного умения и навыков и при этом решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

Ситуационные задачи.

1. В клинику ночью поступил больной цыган 30 лет с ножевым ранением левой половины грудной клетки на уровне 4 ребра по передне- аксиллярной линии. Состояние больного очень тяжелое. Пульс нитевидный , артериальное давление низкое. Перед операцией какой из методов мытья рук использовать хирургу? - альфа 3
  - А. Способ Альфельда.
  - Б. Способ Фюрбрингера.
  - В. Способ Бруно.
  - Г. Способ Заблудовского.
  - Д. Мытье С4 (первомуром).
  
2. В клинику поступил больной с острым аппендицитом. Во время обработки операционного поля по способу Филончикова вдруг больному стало тяжело дышать, появилось покраснение лица, отечность, на коже других участков тела появились красные высыпания. В чем причина этого? - альфа 2
  - А. Из-за идиосинкразии к йоду
  - Б. Из-за идиосинкразии к спирту
  - В. Из-за эмоционального страха перед операцией
  - Г. Повысилось артериальное давление
  - Д. Повысилось содержание сахара в крови.
  
3. У больного с гнойной раной из раны был сделан бак посев, Был отправлен в бак лабораторию, но там был получен неправильный ответ, по сравнению с предыдущими бак посевами из гнойной раны этого же больного. В чем причина? - альфа 1
  - А. Использовали стерильные пробирки с питательной средой, доставленные из бак лаборатории за 1 час до определения.

Б. Использовали стерильную пробирку за 2 часа до определения.

В. За 3 часа до определения.

Г. За 5 часов до определения.

Д. За сутки до определения.

#### ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Назовите минимальное время для обработки рук хирурга по методу Спасокукоцкого- Кочергина в каждом из двух тазиков - альфа 1

А. 1 минута

Б. 2 минуты

В. 3 минуты

Г. 5 минут

Д. 10 минут

2. Как часто следует производить посевы для контроля за эффективностью стерилизации шовного материала - альфа 2

А. 1 раз в 3 дня

Б. 1 раз в 5 дней

В. 1 раз в 10 дней

Г. 1 раз в 15 дней

Д. 1 раз в 3 месяца.

3. Для стерилизации инфузионных систем одноразового употребления применяется - альфа 2

А. Сухожаровая стерилизация

Б. Ультразвуковая

В. Кипячение

Г. Гамма-лучи

Д. Газовая стерилизация.

#### **VIII. Задание для самостоятельной работы**

1. Подготовить все необходимое для мытья рук по способу Фюрбрингера.

2. Побрить волосистые участки операционного поля больному, идущему на операцию аппендэктомии.

3. Пойти простерилизовать капрон.

4. Взять посев с ротовой полости у больного с язвенным стоматитом.

#### **IX. Рекомендуемая литература (7,11,12,13)**

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.

2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М. Медицина 1997г.

3. Умудий хирургия Дарслик- У.А.Орипов, Т.,1993г

4. Лекции профессора Т.Х. Каюмова и доцента Я.В. Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).

5. Практическое руководство - А.В. Григорян, М. Медицина 1993.

**Занятие №4.****1. Тема: Посещение и участие в работе центрального стерилизационного отделения больницы; Стерилизация перевязочного материала, операционного белья, инструментов, шприцев.**

Количество часов -4 часа.

**2. Цель занятия:**

Получить представление о работе ознакомления с оснащением, оборудованим, методами стерилизации, методами контроля за стерильностью.

Пронаблюдать, усвоить и принять непосредственное участие в стерилизации перевязочного материала и операционного белья; Готовить перевязочный материал из марли укладывать их и операционное белье в биксы Шиммельбуша. Правильно поставить биксы в автоклавы с открытыми отверстиями, что положить в биксы и в автоклав для контроля за стерильностью. Ознакомиться как идет автоклавирование, убедиться после автоклавирования, что происходит с бензойной кислотой, с серой и т. д. При хорошей стерилизацией пронаблюдать как проводится проба Микулича. Подготовить и принять участие в стерилизации инструментов и шприцев. Ознакомиться с правилами обработки шприцев и методами контроля, что отсутствует следы крови перед закладкой их сухожаровые шкафы и что используют для контроля и как происходит стерилизация в сухожарном шкафу.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов:**

А. Профилактика контактной инфекции; Стерилизация перевязочного материала, операционного белья, инструментов и шприцев.

Б. Заготовка материала. Подготовка к стерилизации. Укладка в стерилизационные биксы.

В. Очистка и укладка нережущих инструментов в простыни, наволочки и т. д.

Г. Автоклавирование; Устройство и механизм работы автоклавов.

Д. Стерилизация шприцев и игл.

Е. Предварительная подготовка к стерилизации шприцев и игл.

Ж. Методы контроля за стерильностью материалов.

З. Стерилизация режущих инструментов.

И. Хранение материала в биксах и продолжительность времени стерильности материала.

К. Имплантационная инфекция и пути их профилактики.

- Л. Отличие стерилизации в автоклавах и сухожаровых шкафах.  
М. Правило поведения и форма мед персонала ЦСО и в том числе посещающих студентов.

#### 4. Ожидаемые результаты.

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что в профилактику контактной инфекции входит также стерилизация перевязочного материала и операционного белья, инструментов, шприцев и игл.
2. Знать, преимущество централизованной стерилизации отделения больницы.
3. Уметь готовить из марли перевязочный материал, а также операционное белье, правильно укладывать в биксы.
4. Знать какие вещества входят в качество контроля за стерильностью материала.
5. Знать какие бывают автоклавы и на чем основан принцип работы, его устройство, чем отличаются автоклавы работающие под текущим паром и давлением.
6. Уметь правильно закладывать биксы в автоклав.
7. Знать и уметь провести контроль за стерильностью; бензойная кислота, сера, амидопирин, проба Микулича.
8. Уметь, правильно провести совместно с работниками ЦСО автоклавирования; При каком давлении, какая температура и сколько времени.
9. Уметь правильно забирать биксы из автоклава, правильно оценить состояние бензойной кислоты или серы.
10. Знать и уметь в отношении стерилизации нережущих инструментов.
11. Знать и уметь стерилизовать режущие инструменты.
12. Уметь подготовить к стерилизации шприцы и иглы.
13. Уметь ставить пробы на наличие или отсутствие крови в шприцы.
14. Знать дальнейшие этапы подготовки шприцев к стерилизации.
15. Уметь ставить фенолфталеиновую пробу на отсутствие моющего средства.
16. Уметь закладывать шприцы и иглы в сухожаровый шкаф.
17. Уметь и знать стерилизацию в сухожаровом шкафу; какая температура и сколько времени.

### **Практическая работа.**

1. В чистой перевязочной, материальной комнате операционного блока готовить и нарезать из марли перевязочный материал и их укладка в биксы, а также укладка операционного белья. Там же укладка нережущих инструментов в простыни, наволочки.
2. В манипуляционных комнатах мытье использованных шприцев и игл и укладка их в биксы. Уже в ЦСО поставить все пробы на отсутствие крови в шприцах и иглах.
3. В ЦСО вместе с работниками отделения правильно положить материал в автоклавы и в сухожаровые шкафы, провести стерилизацию. После окончания правильно оценить посматрив на бензойную кислоту, мочевины или серу, была ли хорошая стерилизация или нет.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы, слайды.
2. Рулон марли, операционное белье.
3. Биксы различной емкости.
4. Пенициллиновые флакончики с серой.
5. Инструменты нережущие.
6. Шприцы и иглы.
7. Необходимые препараты для амидопириновой и фенолфталеиновой пробы.
8. Запаянные в стеклянных пробирках для контроля мочевины, бензойной кислоты и др.

### **6. Преподавательские заметки.**

В работе №1 в материальной или чистой перевязочной учатся делать салфетки, шарики, тампоны, турунды из марли и укладывают по существующим правилам в биксы. В большие биксы укладывают халаты, простыни, колпачки, маски.

В каждый из биксов кладут пенициллиновые флакончики с серой, и закрывают крышку биксов. Инструменты заворачивают в большие простыни, наволочки или пленки. Их не обязательно класть в биксы.

В работе №2 другая группа студентов в манипуляционной моют проточной водой с мылом использованные многоразовые шприцы, смывают оставшуюся кровь. Протерев шприцы, укладывают их в биксы.

В работе №3 студенты все уложенные в биксах совместно с сестрами относят в ЦСО, где совместно с работниками ЦСО ставят на шприцах и иглах амидопириновую пробу, если она отрицательная помещают их в ванную с моющими средствами где они смачиваются в течение 15-20 минут при 50 градусов температуры. Затем споласкивают и моют в проточной воде с серой, а затем вновь споласкивают и ставят фенолфталеиновую пробу, если она отрицательная, то кладут шприцы и иглы в большой стерилизатор и кипятят в течение 5-10 минут для обессоливания. Затем в отдельной комнате после сушки укладывают каждый шприц с двумя иглами в «Крафт-пакеты» и на подставке относят и ставят в сухожаровый шкаф, где при 180 градуса на протяжении 45 минут стерилизуют. Стерильность проверяется также, если мочевины или бензойная кислота расплавилась. В автоклавы кладут биксы с материалами или с инструментами в завернутые в простыни. Биксы обязательно с открытыми отверстиями. И начинают стерилизовать. Чаще стерилизуют в автоклавах под давлением, так как при этом создается высокая температура и даже спорозоносные погибают. Чаще стерилизуют при 2 атм давления в течение 30 минут. Это значит температура в автоклаве была не ниже 120 градусов. Об этом скажет и тот контроль который был вложен в автоклав, т. е. бензойная кислота или сера они расплавляются. Только обязательно перед тем как собирать биксы из автоклава боковые отверстия в биксах должны стать закрыты. Затем сестра отделения уносит свои материалы к себе в отделение.

### **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением практических работ, приобретенного умения и навыков при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

Ситуационные задачи.

1. При подготовке перевязочного материала перед автоклавированием в биксе произвели салфетки по 10 штук, рулон марлевых шариков и несколько халатов с колпачками. Правильно ли проведена укладка материалов в биксы. Почему-альфа-1.
2. При приеме шприцев и игл из хирургического отделения поставили амидопириновую пробу на трех шприцах. Проба оказалась положительной, приняли все 40 шприцев с иглами и начали стерилизацию шприцев. В чем ошибка поставившего амидопириновую пробу. Что надо было сделать. Почему-альфа-2

3. После предварительной подготовки работники ЦСО начали автоклавирование положив в автоклав биксы с перевязочным материалом, операционным бельем, инструментами и шприцами. После стерилизации в автоклаве, в биксах с перевязочным материалом, операционным бельем и в автоклаве бензойная кислота расплавилась, в биксах со шприцами сахара не расплавилась. В чем ошибка работников ЦСО. Почему не расплавилась сахара. Что теперь считать стерильным, а что нет. Почему -альфа-3.

### Тесты по теме занятия.

1. В течение какого времени стерилизуют инструменты в автоклаве при давлении в 1,5 атм-альфа-1.
  - А. 20 мин.
  - Б. 35 мин.
  - В. 45 мин. +++
  - Г. 1,5 часа
  - Д. 2 часа
  
2. В бикс уложены по секторам разные материалы: шарики, салфетки, маски, тампоны. Как называется этот вид укладки?-альфа-2.
  - А. Специализированная
  - Б. Целенаправленная
  - В. Универсальная
  - Г. Профалированная
  - Д. Секторальная +++
  
3. На каком этапе подготовки шприцев и игл для стерилизации была допущена ошибка?-альфа-3.
  - А. Амидопириновая проба оказалось отрицательной.
  - Б. Смачивание в моющем средстве при 30 градусов длилось 10 минут. +++
  - В. Фенолфталеиновая проба оказалось отрицательной.
  - Г. Обессоливание шприцев проводилось в кипящей воде стерилизатора в течение 10 минут.
  - Д. Перед закладкой в сухожаровой шкаф каждый шприц в разобранном виде с двумя иглами были уложены в «Крафт-пакеты».

### 8. Задание для самостоятельной работы.

1. Подготовить все препараты для постановки амидопириновой пробы.
2. Какая продолжительность стерилизации в автоклаве под текущим паром перевязочного материала и операционного белья.
3. В одном из биксов провести пробу Микулича.
4. Взять посев с инструментов после стерилизации.

#### **9. Рекомендуемая литература (7, 11, 12 )**

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.
  2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М.Медицина 1997г.
  3. Умудий хирургия Дарслик- У.А.Орипов, Т.,1993г
- А.Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В. Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).

## **Занятие №5**

### **1. Тема: Кровотечение. Виды. Классификации. Клиническая картина острой кровопотери. Опасности и исходы.**

Количество часов -4 часа..

#### **2. Цель занятия:**

Ознакомиться с определением понятия кровотечения, последствиями кровотечения, объяснить причины смертельных исходов. Разобраться в существующих классификациях кровотечений, убедиться что они отличаются друг от друга по многим признакам. Получить представления о клинических проявлениях общего и местного характера. Объяснить и понять сущность компенсаторно-приспособительных механизмов организма при кровотечениях. Получить представления о значении крови для организма, составными частями крови, малым и большим кругом кровообращения. Убедиться, что при кровотечениях соответственно падают показатели красной части крови и показатели гемодинамики.

#### **3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Значение крови и его доставки для нормальной деятельности организма.
2. Предназначенность крови: обеспечение организма кислородом, пластическими материалами, защиты организма, удаление из организма продуктов обмена и т. д.
3. Классификация кровотечений: анатомо-физиология, в зависимости от причин, по происхождения, от времени появления и т. д.
4. Клиническая картина артериального и венозного кровотечения, различия между ними.
5. Первичные и вторичные кровотечения. Понятие, когда они возникают.
6. Опасности и исходы артериальных и паренхиматозных кровотечений.
7. Исходы капиллярных кровотечений.
8. Различия между понятиями кровотечение, кровоизлияние, гематома .
9. Название кровоизлияние в различные полости, суставы, из органов и т.д.
10. Механизм падение гемоглобина, эритроцитов и гематокрита при кровотечениях .

11. Характер стула при кровотечениях из различных участков желудочно-кишечного тракта, из язвы желудка, 12-перстной кишки.

#### 4. Ожидаемые результаты

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать о значении крови, ее состава, малом и большом круге кровообращения
2. Знать классификации кровотечений.
3. Знать признаки кровотечения при различных ее формах.
4. Определить угрозу для жизни пострадавшего при различных видах кровотечений.
5. Уметь определить первичные и раннее вторичное или позднее вторичное кровотечение.
6. Уметь определить что имеет место кровотечения, кровоизлияния или гематома.
7. Знать название кровоизлияний в различные полости, суставы или из органов
8. Уметь определить по характеру стула или кровавой рвоты из какого участка желудочно-кишечного тракта, дегтеобразный стул, малинового цвета, алой крови, рвоты цвета «кофейной гущи», алой крови, темновато-красного цвета рвота или алой пенная.
9. Знать механизм падения Нв, эритроцитов, гематокрита при кровотечениях.
10. Знать и уметь определить внутренние кровотечения в брюшную полость или в плевральную полость.

Практическая работа.

1. Курация больных с множественными ушибами или растяжениями связок. Определить по признакам, что это петехии, вибицес, кровоизлияние или гематома.
2. Курация больных с язвенным кровотечением определяется по характеру стула, дегтеобразный, малиновый и т.д.. Откуда это кровотечения при необходимости поставить клизму.
3. В перевязочной осмотреть больного с геморроидальным кровотечением, при необходимости надеть перчатки осмотреть per rectum.
4. На перевязках гнойных больных при появлении кровотечения определить какое это кровотечения.

5. Курация больного с повреждением какого либо паренхиматозного органа, затем по записям истории болезни определить тяжесть состояния при поступлении, интерпретировать в динамике показатели красной части крови.
6. В клинической лаборатории определить Нв, эритроцит и гематокрит.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды по кровотечению.
2. Больные с разными видами кровотечений.
3. Лабораторные анализы.
4. Копия истории болезни с кровотечением.
5. Гемометр Сали для определения Нв.
6. Клинической лаборатории необходимое оснащение для взятия крови и ФЭК для определения Нв, эритроцитов.

### **6. Преподавательские заметки.**

В работе №1 совместно с преподавателем в палатах курируют больных с ушибами, растяжением связок, с кровоподтеками вен при сотрясении головного мозга. При этом студенты сами по признакам определяют что имеет место кровоизлияния или петехии, гематома. Разбирается механизм возникновения кровотечений и исход этих кровотечений.

В работе № 2 преподаватель сам курирует больных с желудочным кровотечением, выяснить по анализу какая у него была рвота: цвета кофейной гущи или алой кровью, какой был стул дегтеобразный, малиновый или алой кровью после акта дефекации. Студенты, если надо ставят маленькую очистительную клизму и рассматривают цвет кала. Разобрать механизм изменения цвета, что влияет на это.

В работе №3 осмотр больных с геморроидальным кровотечением, осмотр студентами пер ректум. Имеется ли следы на перчатке или нет. Выясняют анамнестически какого цвета у больного струя крови и кал, перед актом дефекации или после него. Разобрать почему геморроидальные кровотечения алой кровью.

В работе №4 во время перевязок в гнойной перевязочной в случае появления кровотечения студенты определяют какое это кровотечение, за счет чего произошло, по классификации к какому виду это кровотечение относится: вторичное раннее или вторичное позднее. Какой исход обычно этих кровотечений.

В работе №5 совместно с преподавателем подобная курация больных с ранением, повреждением печени, легкого или какого-то паренхиматозного кровотечения. Совместно с преподавателем подробная курация по схеме и установления диагноза и определения точности кровопотери при поступлении.

По истории болезни выясняют правильно ли студентами собран анамнез, правильно ли были ориентированы на общих и местных симптомах кровотечения. Какая операция была сделана, в каком состоянии больной был взят на операционный стол, с какими показателями красной части крови, что переливалось, в том числе сколько перелито крови и других компонентов обязательно посмотреть в динамике как изменялись цифры гемоглобина, эритроцитов, гематокрита. Далее посещение клинической лаборатории и совместно с лаборантами взятие крови из пальца и определение на ФЭК показатели красной части крови и расчет их по шкале. В заключение разобрать почему показатели гемоглобина, эритроцитов и гематокрита падает в организме.

## 7. Виды контроля.

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

Ситуационные задачи.

1. В клинику обратился больной с болями и припухлостью в области левого голеностопного сустава. Со слов больного установлено, что около 2 часа тому назад по дороге на работу торопился и быстро шел и вдруг левая стопа повернулась кнутри. Появились сильные боли и припухлость в этой области, синяк. При осмотре область наружной лодыжки припухшая и кровоподтеки мягких тканей. Движения резко болезненны. Какой вид кровотечения у больного?-альфа-1.

А. Венозное

Б. Артериальное

В. Капиллярное +++

Г. Паренхиматозное

2. Больной поступил в клинику с жалобами на рвоту цвета «Кофейной гущи». Состояние удовлетворительное. В анамнезе-давно страдает язвенной болезнью, неоднократно наблюдалась

подобная картина. Какова картина, т. е. откуда кровотечение?-  
альфа-2.

- А. Из язвы 12-перстной кишки.
- Б. Из язвы желудка +++
- В. Из варикозных расширенных вен пищевода.
- Г. Из полипа желудка.
- Д. Из дивертикула 12- перстной кишки.

3. В клинику поступил больной 26 лет с жалобами на многократный жидкий дегтеобразный стул. Выяснено, что давно страдает язвенной болезнью, перенес в детстве желтуху, иногда повышается А\Д. Экстренная гастроскопия показало, что кровотечение из язвы 12-перстной кишки с тромбом на дне. Состояние больного тяжелое. Гемодинамика плохая. Почему у больного резко снизились показатели гемоглобина, эритроцитов, гематокрита?-альфа-3.

- А. Так как была большая потеря крови до полтора литра
- Б. Так как кровь, оставшаяся стала снабжать мозг.
- В. Так как значительная часть крови депонировалась в печени.
- Г. Так как жидкость тканевая переместилась в сосудистое русло и разбавила оставшуюся кровь +++
- Д. Не должна была снижаться - это лабораторная ошибка.

#### Тесты по теме занятия.

1. Какой показатель не характерен для артериального кровотечения?-альфа-1.

- А. Имеет пульсирующий характер
- Б. Алого цвета.
- В. Быстро ухудшается состояние.
- Г. Под давлением, струей, не пульсирует..
- Д. Пальцевое прижатие выше ранения эффективно.

2. с чем связано, что при геморрое имеет место не венозное, артериальное кровотечение?-альфа-2

- А. Одновременным повреждением слизистой твердым калом.
- Б. Наличием в кавернозных тельцах артериоло- веноулярных шунтов +++
- В. Одновременным наличием выпадением прямой кишки.
- Г. Сопутствующим проктитом.
- Д. Наличием трещин прямой кишки.

3. Как называется ограниченное скопление крови в тканях?-альфа-1

- А. Гематомой +++
- Б. Гематораксом
- В. Гемаперикардитом
- Г. Гемартрозом
- Д. Гемаперитонитом

4. Какое кровотечение относят к скрытым?-альфа-3

- А. Нейротрофическое
- Б. Геморроидальное
- В. Паренхиматозное
- Г. Капиллярное
- Д. При незначительных кровотечениях из язвы желудка и 12-перстной кишки +++

#### 8. Задание на самоподготовку

1. Подготовить больных с ушибами и растяжениями для осмотра в палате
2. Подготовить принадлежности для постановки клизмы и после курации сделать клизму
3. Подготовить больного к осмотру, придав больному положение «аляваш» (франц.- положение коровы), также подготовить перчатки с вазелином, предварительно психологически подготовить больного к процедуре.
4. Заранее подготовить число больных кому будут сделаны перевязки, найти больного в палате, у которого повязка не просто с гнойным отделяемым, а с примесью крови.
5. Подготовить больного и взять его историю болезни и выписать в динамике Нв, эритроцитов, гематокрита. Предупредить в клинической лаборатории, что студенты с преподавателем придут определять Нв, эритроциты, гематокрит на ФЭКе.

#### 9.Рекомендуемая литература: (7,11,12)

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.
2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М.Медицина 1997г.
3. Умудий хирургия Дарслик- У.А. Орипов, Т.,1993г
4. Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В.Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).



**Занятие №6.**

**1.Тема : Остановка кровотечения. Методы временной и окончательной остановки кровотечения. Выработка практических навыков, первая помощь и тактика врача-стоматолога.**

Количество часов-4 часа.

**2.Цель занятия:**

Ознакомиться с отдельными методами временной остановки кровотечения с критической оценки каждого способа, получить представление и убедиться, что при правильном наложении жгута исчезает пульс на периферических сосудах, конечность постепенно бледнеет, что имитирует в реальности что кровотечение остановилась. При венозном кровотечении убедиться, что жгут накладывается ниже место повреждения. Убедиться, что при паренхиматозном кровотечении настолько мощно, что состояние больного тяжелое, что оно самопроизвольно не остановится, никакие лекарственные препараты не затромбируют сосуды, а необходимо в экстренном порядке оперировать и применить окончательные методы остановки. Иметь представление, что окончательные методы в основном, направлены, за исключением механических способов, на остановку кровотечения путем свертывающей системы. Ознакомиться с методами окончательной остановки кровотечения, какие виды, какие препараты и т. д.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Методы временной остановки кровотечения.
2. Жгут Эсмарха, импровизированные жгуты, правила и требования к наложению жгута, Эффективность
3. Пальцевое прижатие сосуда к кости. Проекция крупных сосудов к кости, какие участки прижимаются. В каких случаях следует его применять?
4. Общие и местные симптомы паренхиматозных кровотечений. Методы остановки кровотечения при этом.
5. Давящая повязка, эффективность его при каких кровотечениях.
6. Механические способы окончательной остановки кровотечения.
7. Химические методы окончательной остановки кровотечения, химические препараты, механизм их воздействия
8. Физические методы. Механизм их воздействия.
9. Биологические методы остановки кровотечения
10. Препараты относящиеся к этому методу. Механизм воздействия

11. Комплексное применение всех методов остановки кровотечения при паренхиматозных и желудочно-кишечных кровотечениях.
12. Эндоскопические способы остановки кровотечения. Роль этого при массивных кровотечениях и при крайне тяжелых состояниях больных.
13. Первая помощь при кровотечениях и тактика врачей.

#### **4. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.**

Студенты к концу занятия должны:

- Знать опасности и исходы кровотечения
- Уметь правильно накладывать давящую повязку при капиллярных кровотечениях, ранениях, ушибах, растяжениях и т.д.
- Знать и уметь что при артериальном кровотечениях самый лучший способ остановки кровотечения - наложения жгута, иногда пальцевое прижатия сосуда к кости.
- Уметь правильно наложить жгут с учетом всех правил и требований.
- Знать и уметь, что паренхиматозное кровотечение - наиболее опасное - их невозможно остановить, только оперативное вмешательство и в первую очередь механические способы
- Уметь быстро поставить диагнозы, основываясь на общие и местные симптомы со стороны живота.
- Уметь оказать первую помощь при различных кровотечениях и избрать при этом единственную тактику - в горизонтальном положении отвести больного в стационар
- Уметь накладывать зажимы на кровоточащие сосуды, лигировать сосуды непосредственно в ране или на протяжении.
- Знать что входить в биологические методы остановки кровотечения.
- Знать и уметь приложить холодную воду со льдом при различных капиллярных кровотечениях
- Знать, что черный, дегтеобразный стул - это чаще из язвы желудка или 12-перстной кишки. Необходимо оказать первую помощь и срочно отвести в стационар

#### **ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.**

1. В учебной комнате имитируя различные виды кровотечения, студенты друг на друге учатся и приобретают навыки, по времени остановки кровотечения, давящая повязка на область

- голеностопного сустава, накладывание жгута на плечо и бедро, пальцевое прижатие сосуда к кости.
2. В учебной комнате- из механических методов окончательной остановки кровотечения- имитируя операционное поле салфетку накладывают кровоостанавливающие зажимы и перевязывают сосуды или перевязывают прошиванием.
  3. В манипуляционной и в палатах участвуют во введении различных кровоостанавливающих препаратов больным с кровотечением из язвы желудка и 12 - перстной кишки или из варикозно расширенных вен пищевода при циррозе печени. Из физических способов- прикладывание пузыря с холодной водой со льдом в эпигастрий.
  4. В эндоскопическом кабинете- при возможности участие при прижигании кровоточащей язвы или использования при этом различных препаратов.

## **5. ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ**

- a. Таблицы по остановке кровотечения
- b. Слайды
- c. Перевязочный материал для наложения давящей повязки
- d. Жгут Эсмарха и другие жгуты (подручный материал)
- e. Инструментарий, шовный материал, зонд Блэкмора
- f. Лекарственные кровоостанавливающие препараты
- g. Компоненты крови, применяемые для остановки кровотечения
- h. Эндоскопы, инструментарии, препараты для прижигания или обработки поверхности кровоточащей язвы.

## **6. Преподавательские заметки**

В работе №1 студенты самостоятельно учатся основным методам временной остановки кровотечения, создав группы по 3 человека, имитируя различные кровотечения учатся с учетом всех правил и требований, накладывать жгут на бедро и плечи. При этом, чтобы убедиться, что кровотечение остановилось обязательно проверяют исчезновение пульса на периферических артериях или нет. Должны уметь как снимать жгут, постепенно расслабляя каждый виток жгута, чтобы тромб не отскочил. Одновременно делается акцент, что жгут можно держать не более 2 часов, иначе может быть произвольные ошибки. Другая группа учится накладывать давящую повязку, чаще на область голеностопного сустава, т.е.,

чаще там бывает растяжения и большие кровоизлияния, прикладывают холодные грелки с водой или со льдом.

Еще 3 студентов учатся пальцевому прижатию сосудов к костям. Напоминая им, что прижимать надо там, где одна кость и непосредственно прилежит к кости; на плече - это границы  $n/3$  со  $c/3$ , на бедре -  $n/3$  бедра и т.д. Затем эти группы чередуются, в конце концов они не просто умеют просто это делать, но вырабатывают навыки.

В работе №2 из окончательных методов в основном они вырабатывают умение и навыки, учась перевязывать кровоточащие сосуды. Для этого на марле, имитирующем операционное поле, рану студенты накладывают зажимы и перевязывают сосуды или путем прошивания тканей рядом с кровоточащим сосудом.

В работе №3 в палатах больным с различными видами кровотечений и кровоизлияний непосредственно накладывают давящую повязку, прикладывают приготовленную грелку с холодной водой со льдом на область эпигастрия при язвенных кровотечениях.

В манипуляционной вместе с врачом и сестрой участвуют при зарядке систем с аминокaproновой кислотой, плазмой, ампулы с кровью. Сами в палатах делают инъекции викасола, дицинона, вместе с сестрой вводят в\в хлористый кальций и т. д.

Если имеется больной с циррозом печени у которого кровотечение из варикозно расширенных вен  $n/3$  пищевода смотрят как с помощью зонда Блемора останавливают кровотечение.

В работе №4 в эндоскопическом кабинете совместно с врачом осматривают больного с язвенным кровотечением, видят эту язву, продолжается ли кровотечение или остановилась, имеется ли тромб. При возможности видят технику прижигания кровоточащей язвы или покрытия язвы плекообразующим, склеивающим препаратом.

## **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением практических работ, приобретенных умений, навыков. При необходимости их коррекция. Решение ситуационных задач им тестов различной степени сложности.

## **Ситуационные задачи.**

1. В подъезде дома было совершено нападение на гражданина Н. с целью ограбления. Врач, прибывший на место происшествия обнаружил больного в тяжелом состоянии. У пострадавшего имелась рана в области локтевого сгиба. Из раны под давлением «фонтаном» бьет кровь алого цвета, имея пульсирующий характер. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд\мин, слабого наполнения. Какой вид кровотечения. Какой из методов временной остановки кровотечения наиболее эффективен?-альфа-1
2. Врач скорой помощи привез больного с ранением с-3 бедра с наложением жгута в области в\3 бедра. При осмотре кровотечение не остановившиеся, а наоборот продолжает сильно течь из раны. В чем была ошибка врача. Какое кровотечение, по всей вероятности у него. Куда следовало бы наложить жгут?-альфа-2.
3. В физиотерапевтическое отделение пришел больной в сопровождении жены, прихрамывая на физиопроцедуры. При осмотре область голеностопного сустава припухшая, имеется обширное кровоизлияние. Установлено, что около 3 часов назад подвернул левую стопу. После получения физиопроцедур больной ушел домой, на следующий день кровоизлияние значительно увеличилось. В чем ошибка врачей назначивших физиотерапию? Что надо было назначить?-альфа-3.

### Тесты по теме:

1. Жгут при артериальном кровотечении накладывается максимально на какой срок:-альфа-1.
  - А. На 1 час
  - Б. На 2 часа +++
  - В. На 5 часов
  - Г. На 1 сутки
  - Д. На 20 мин
2. При кровоизлиянии тканей на почве растяжения связок правого голеностопного сустава спустя 4-5 суток, какое лечение назначают?-альфа-2.
  - А. Давящая повозка с холодной примочкой
  - Б. Пальцевое прижатие подколенной артерии
  - В. Максимальной сгибание коленного сустава
  - Г. Физиотерапия с целью рассасывания +++
  - Д. Внутривенно назначают хлористый кальций

3. Больной взят на операционный стол по поводу ранения артерия феморалис. Во время операции хирург что должен сделать: - альфа -3.

А. Перевязать оба конца артерии

Б. Перевязать только проксимальный конец артерии

В. Сшить рану артерии атравматичными швами +++

Г. Наложить заплату из фасции на рану артерии

Д. Наложить после операции лишь давящую повязку

#### 8. Задание для самостоятельной работы.

1. Схема свертывания крови- подготовить таблицы

2. Подготовить все необходимое для производство методов временной остановки кровотечения, перевязочный материал, жгуты, зонд Блекмора, инструменты кровоостанавливающие, шовный материал.

3. Подготовить больных, которым необходимо использовать физические и химические методы остановки кровотечения. В манипуляционной подготовить все лекарственные препараты для вливаний и инъекции.

4. Транспортировка больных с язвой желудка и 12-перстной кишки в эндоскопический кабинет. Подготовить вместе с сестрой эндоскопического отделения все необходимое для прижигания кровоточащей язвы.

#### 9. Рекомендуемая литература: (7, 11, 12 )

9.Рекомендуемая литература: (7,11,12)

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.

2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М. Медицина 1997г.

3. Умумий хирургия Дарслик- У.А.Орипов, Т.,1993г

А.Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В. Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).

**Занятие №7.**

1. **Тема:** Определение группы крови и резус фактора. Переливание крови, значение его. Функция перелитой крови. Индивидуальная и резус совместимость. Биопробы. Методы переливания крови. Осложнения при переливаниях, шок. источники крови.

**Количество часов-4 часа.**

2. **Цель занятия:** получить представление о значении переливания крови, понятие о гемагглютинации, группах крови и резус факторе. Ознакомиться с методами определения годности крови, с методикой определения групп крови. Иметь представление, какая группа крови является « универсальным донором» и «универсальным реципиентом». Пронаблюдать над методикой, как оценивается наличие резус фактора, когда нет его. Иметь представление о наличии в крови не только Rh- антитела, но и Hr антитела, в связи с этим убедиться, что нельзя переливать резус отрицательную другому больному резус положительную кровь. Ознакомиться с методами определения индивидуальной совместимости, резус совместимости, ставить биопробу. Иметь представление о возможности различных осложнений при переливании крови, причины этого, как бороться с этим. Иметь представление об источниках крови.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Группы крови по Янскому и методика его определения.
2. Агглютинация, когда она возникает.
3. Правило Оттенберга.
4. Резус фактор и значение его при переливании.
5. Определение резус фактора.
6. Пробы на индивидуальную совместимость и резус совместимость.
7. Биологическая проба.
8. Методы переливания крови.
9. Техника непрямого переливания крови.
10. Возможные ошибки при переливании крови и меры помощи.
11. Введение документации в истории болезни при переливаниях.
12. Годность крови к переливанию крови и срок использования донорской крови.

#### 4. Ожидаемые результаты.

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать что существует 4 группы крови по Янскому, что такое «универсальный донор» и «универсальный реципиент».
2. Уметь определить группы крови по стандартным сывороткам и стандартным эритроцитам («перекрестный» ) метод.
3. Уметь по агглютинациям на тарелке определить к какой группе относится кровь.
4. Знать, что самое лучшее переливать одноименную группу крови, а «универсального донора» использовать в крайних экстренных случаях.
5. Уметь определять резус- фактор (экспресс- метод).
6. Уметь определять индивидуальность и резус- совместимость.
7. Уметь ставить биопробу и правильно расценить годность крови.
8. Уметь, с учетом стерильности, правильно соединить ампулу с кровью с системой переливания и иметь практические навыки пункции вены и переливать кровь совместно с педагогом.
9. Уметь, правильно заполнить историю болезни о переливании крови и какие показатели следует определять (Р.А/Д, t ) и какие анализы следует сделать.
10. Знать, что переливание крови очень ответственное мероприятие.

#### Практическая работа.

1. В манипуляционной, в кабинете переливания крови совместно с педагогом им врачом определять группы крови больных по «перекрестному» способу.
2. В тех же аудиториях определять резус- фактор по экспресс- методу.
3. Там же, взяв из холодильника определить годность крови к переливанию крови.
4. В манипуляционной совместно с педагогом зарядить ампулу с кровью с системой вливания с учетом стерильности и определить индивидуальную и резус- совместимость.
5. В палате- сделать венопункцию больному и соединить с системой крови и проверить дважды биологическую пробу и перелить медленно кровь.
6. В палате до венопункции определить пульс, артериальное давление, по истории болезни узнать показания к переливанию крови.

7. Заполнение документации в истории болезни о перелитой крови и дать назначение дежурному врачу о наблюдении за больными, какие показатели определить, какие анализы сделать.

### 5. Оснащение занятия.

1. Таблицы и слайды.
2. Больные и их истории болезни
3. Ампулы с консервированной кровью.
4. Набор стандартных сывороток, эритроцитов, резус- сыворотки, чашки Петри, водяная баня, пробирки с кровью, пробирки с сывороткой крови, системы для переливания крови, тарелки Оля определяя группы крови, физиологический раствор, пункционная игла, шприц, тонометр, секундомер.

### 6. Преподавательские заметки.

В работах №1-4 студенты подготавливают все для определения групп крови больных из различных отделений, если их мало они определяют друг от друга

Отличают, что сыворотки стандартные годные, неиспорченные, имеют титр не ниже 1:32, а также отмечают температуру помещения не ниже 15-20 градусов, чтобы исключить панагглютинацию. Капают на тарелки, где пронумеровали по часовой стрелке, 0(1); А(2), В(3), сыворотки в 5-10 раз превышающие количества кайму крови. Одновременно производят определение по стандартным эритроцитам, куда капают сыворотку крови от А (2) и В(3).

Другая группа студентов продолжают определять резус-фактор экспресс-методом. В пробирку наливают антирезус-сыворотку и кайму крови, добавляют до 10-20 мл физиологического раствора, если мелькают песок - то резус-положительная кровь, если этого нет, а имеется белесоватая дымчатость, то резус-отрицательный. Каждый студент минимум 2-3 раза определяет чтобы выработать навыки. Затем студенты в отделении, манипуляционной определяют годность крови к переливанию, беря флакон с кровью из холодильника (температура = +4-6 град; трехслойность, нет примесей, этикетка показывает, что срок заготовки крови не более 10 дней. Там же вместе с сестрой и педагогом заряжают систему с ампулой крови после определения группы крови (чаще резус-фактор бывает положительной).

В работе №5-6 в палате у больного определяют пульс, артериальное давление, температуру тела, по истории болезни изучают анализы, выясняют показания к переливанию крови, затем

совместно с мед сестрой и педагогом делают венепункцию и подсоединяют систему с кровью и впустив дважды по 20-25 мл крови определяют биологическую пробу и если все спокойно, нет никаких осложнений медленно капельно вливают всю кровь.

В работе №7. После вливания крови студенты совместно с педагогом проводят запись в историю болезни, сколько грамм, от какого донора, когда была заготовлена кровь и отмечают пульс, давление до и после вливания. Там же рекомендуют наблюдение и утром проверить анализы крови и мочи.

7. Виды контроля.

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением практических работ, приобретенного умения и навыков при этом, коррекция их. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

Ситуационные задачи:

1. В хирургическое отделение поступил больной 30 лет в тяжелом состоянии с большой кровопотерей с ранением артерии радиалис дэкстра. Установлено, что получил ножевое ранение в области нижней трети правого предплечья. Больному была произведена операция. Учитывая большую кровопотерю больному следует перелить около 1 литра крови. У него оказалась В(3) группа крови, резус-положительная, но в холодильнике не было одноименной группы крови. Была 0(1) группа крови в большом количестве. Сколько можно перелить (универсального донора) крови? Почему больше нельзя? - альфа 1
2. В клинику ночью поступил больной в тяжелом состоянии. Был взят на операционный стол по поводу тупой травмы живота с возможным разрывом внутренних органов. Пульс 106 ударов в 1 минуту, АД-80/45 мм.рт.ст. Оказалась, что имеет место разрыв печени и в брюшной полости утеренной крови в объеме 1,5 литра. У него оказалась А(2) группа крови. В холодильнике оказалась всего 1 ампула 230,0 мл крови, но с целью замещения необходимо перелить 1 литр крови. Но его нет. Как выйти из положения? Как же возместить потерянную кровь? - альфа - 2.
3. Во время переливания крови больному с АВ (4) группой крови внезапно у больного появилась чувство стеснения в груди. Холодный пот на лице. Какое осложнение возникло? Что могло привести к этому? Что делать? - альфа - 3.

**ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.**

1. Когда может произойти реакция панагглютинации при определении группы крови? - альфа -1.

- A. Титр стандартной сыворотки высокий.
- B. Мало было взято крови.
- C. Мало было взято сыворотки.
- D. Низкая температура помещения, где определялась +++
- E. Плохо смешанной оказалась кровь с сывороткой.

2. Можно ли перелить 0(1) группу крови больному с B(3) группой крови. - альфа - 2

- A. Только в небольшом количестве в крайнем случае +++
- B. Сколько угодно можно
- C. Нельзя, будет агглютинация ++++
- D. Только один раз
- E. Можно, если 0(1) группа резус-отрицательная

3. Можно ли перелить резус-отрицательную кровь больному с резус-положительной кровью? - альфа -3

- A. Можно
- B. Нельзя, т.к. есть система резус- принадлежности +++
- C. Только по показаниям
- D. Только один раз
- E. Сколько угодно, т.к. без резус-фактора реакции не будет.

## 8. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

- A. Взять кровь у больного и отцентрифугировать, чтобы отделить сыворотку для индивидуальной и резус-совместимости
- B. Готовить чистые тарелки или стекла и делать соответствующую надпись, стеклянные палочки для смешивания, стаканы для физ раствора для промывания палочек приносить сыворотки, антирезус- сыворотки, пробирки и т.д.
- C. Подготавливают для зарядки систем для переливания
- D. проверяют холодильники, действительно ли +4-6 градусов
- E. Готовят водяную баню.
- F. Приносят историю болезни, изучают анализы, находят показания.

**9. Рекомендуемая литература. (7,12,13,14+)**

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.
2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М.Медицина 1997г.
3. Умумий хирургия Дарслик- У.А. Орипов, Т.,1993г
4. Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В. Иногамова (экземпляры на кафедре и в библиотеке).

## ЗАНЯТИЕ №8

**I. Тема:** Посещение и знакомство с работой станции переливания крови, осмотр доноров, ведение документации, взятие крови у доноров, хранение, правила выдачи крови и компонентов. Знакомство с работой фракционного отделения. Заготовка сухой плазмы и других компонентов крови.

Количество часов – 4 часа.

**II. Цель занятия:** Получить общее представление о работе дорожной станции переливания крови, ознакомиться с правилами приема доноров, с требованиями к ним, взятием соответствующих анализов. Пронаблюдать за осмотром донора терапевтом, убедиться какое количество крови берут в первый раз и в последующем за год. Получить представление какая стоимость у взятой крови, плазмы доноров. Понаблюдать непосредственно за процессом взятия крови в операционной, убедиться как и где хранят взятую кровь без анализов и ампулу с кровью после выяснения ответов анализов и приклеивания этикетки со всеми данными в ампулу с кровью. Понаблюдать как берут плазму у плазмодоноров и возвращением эритроцитов донору. Ознакомиться с работой фракционного отделения, какие компоненты готовят из плазмы, ознакомиться с ведением документации и выдачей крови и его компонентов медицинским учреждением.

### **III. Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Снабжение кровью и его компонентами медицинских учреждений относящихся к системе железной дороги Республики Узбекистан.
2. Типы доноров
3. Прием доноров, ведение документации в регистратуре
4. Определение годности донора для взятия крови
5. Осмотр терапевта; выяснение показаний и противопоказаний для взятия крови
6. Техника взятия крови у доноров в операционной
7. Техника взятия плазмы и возвращения эритроцитов больному у плазмо-доноров
8. Хранение взятой крови, которую нельзя выдавать учреждениям.
9. Хранение крови, готовой к выдаче учреждениям, с чем это связано.
10. Фракционирование плазмы и заготовка фибриногена, альбумина
11. Заготовка сыворотки Филатова, сухой плазмы
12. Донорство - основной источник крови.
13. Привилегия доноров

14. Заготовка антирезус-сывороток и обычных стандартных сывороток

#### **IV. Студенты после посещения СПК должны:**

1. Знать что донорство основной источник крови и доноры очень уважаемые, почетные, патриотичные люди.
2. Знать, что есть платные и безвозмездные доноры.
3. Знать, что есть также плазмодоноры.
4. Знать, что СПК заготавливает кровь, нативную и сухую плазму (АГП), также готовят стандартную сыворотку и антирезус-сыворотку.
5. Знать, что станции работают высоко профессиональные специалисты и всегда, в спорных случаях при определениях группы крови, резус фактора, последнее слово остается за ними.
6. Знать необходимые требования к будущему донору, которые он должен выполнить неукоснительно.
7. Знать как проводится регистрация впервые пришедших для сдачи крови, кто повторно как проводится документация, какие анализы должны быть в карточке донора. Какая связь станции с другими станциями и с институтом переливания крови и обязательно сан. эпид станцией, с целью того не зарегистрирован ли пришедший с каким- то положительным анализом или заболеванием.
8. Знать дальнейшие этапы проверки донора, гемоглобин, эритроциты, СОЭ, отрицательные анализы на СПИД, на сифилис, на гепатит, бруцеллез и т. д.
9. Знать, что только после выяснения всего этого, а также после определения групп крови и он определяет, что можно или нельзя брать кровь.
10. Знать технику из выбора крови у доноров в операционной в стерильных условиях.
11. Знать какой консервант в стерильных флаконах и сколько граммов крови берут обычно.
12. Знать как выделяют плазму из крови, взятую у плазмо-доноров и как возвращают эритроциты донору.
13. Знать, где хранят взятую кровь, когда она считается пригодной для отправки и выдачи мед. учреждениями.
14. Знать сколько раз определялась группы крови за одни период взятия крови.
15. Знать какие показатели должны быть указаны на этикетке флаконов, чтобы можно было отправить для переливания в мед. учреждения.

16. Знать какие компоненты плазмы готовят путем фракционирования и какие другие препараты готовят из крови.
17. Знать к какой категории по заготовке крови относится железнодорожная станция переливания крови т.е за год сколько готовит крови.

### **ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.**

1. В кабинете терапевта совместно с врачом изучение анализов в карточке донора, подсчет пульса, определение А/Д и выяснение противопоказаний и показаний для взятия крови
2. В лаборатории совместно с лабораторией определения гемоглобина и эритроцитов на ФЭКе и на аппарате Панченкова.
3. В операционном блоке совместно с лаборантом определения групп крови, взятых тотчас у доноров.
4. В специальном помещении совместно с врачом обратное переливание эритроцитов плазмодонорам.

### **V Оснащение занятия.**

1. Доноры.
2. В регистратуре донорские карты.
3. Набор стандартных сывороток, стандартных эритроцитов, антирезус- сыворотки, пробирки в лаборатории.
4. Там же, и таблицы с результатами, реакции стандартных сывороток с эритроцитами.
5. В лаборатории аппарат ФЭК, аппарат Панченкова, различные микропетки
6. Центрифуга, система одноразовая
7. В кабинете терапевта тонометр, секундомер, карточки доноров.

### **VI. ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ:**

В работе №1 после регистрации донора и составления карточки донора выяснение по журналам, и по сделанным ранее анализам на СПИД, RW. Донор направляется в клиническую лабораторию, где студенты совместно с лаборантом берут кровь из пальца, разводят с препаратом, наливают в кювету эту жидкость с кровью и определяют на ФЭК показатели Нв, эритроцитов по специальной шкале после как показал манометр ФЭКа.

Все это записывается в карту донора, затем вместе с карточкой направляют донора к терапевту.

В работе №2 студенты совместно у донора определяют пульс, АД, и осматривают вместе с терапевтом состояния сердца, легких и на основании всех анализов решают, что можно допустить или нельзя к забору крови у донора.

В работе №3 студенты заходят в операционный блок и укладывают донора у окошечек (их три) и просовывают левую руку через окошечко операционной, где находятся стерильно одетые в перчатках сестры. Студенты наблюдают через стекло как проводится забор крови у донора. Операционные сестры на стерильном столе раскладывают стерильный материал, им открывают пакеты одноразовых систем и они осторожно изнутри забирают систему. Затем они стерильные флаконы (чаще) 500 мл заряжают в них систему. Во флаконе находятся консерванты, чтобы не свернулась кровь «глюгицир». Делают пункцию вены донора смазав до этого с спиртом и йодом локоть. Ампула находится ниже и кровь начинает заполнять ампулу. Всего берут 500 мл, из них около 30 мл отдают через окошечко, которую тут же определяют группу крови и резус-фактор. Ампулу с кровью передают в другую комнату, где находятся холодильники и где хранят. Его нельзя выдавать пока учреждениям. Если плазма - донор что флакон относится в другую комнату, где центрифугируют отделяют плазму, которую затем откачивают в другой флакон - 200 мл. А флакон с эритроцитарной массой передают в другое помещение, где на кушетках лежат те же доноры, где им обратно вливаются его же эритроциты.

Доноры после сдачи крови осматривают, вновь терапевт, когда нет осложнений его отпускают, дают деньги, дают талон на обед, справку об освобождении от работ на 1-сутки.

Студенты, совместно с лаборантами и врачом, при этом определяют группу крови и резус-фактор.

В работе №4 в помещении где на кушетках отдыхают плазмодоноры, совместно с сестрами переливают его же эритроциты в вену.

## **VII. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением практических работ, приобретенного умения и навыков при этом, коррекция их. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. На СПК пришел донор со всеми анализами и после регистрации и заполнения амбулаторной карточки донор направлен на обследование к терапевту, которая посмотрев донора направила в операционную для взятия крови. В чем была ошибка со стороны врача-терапевта? Имела ли она право направлять донора в операционную? В карте донора каких анализов она не видела и куда следовало его вначале отправить? - альфа 3.
2. Ночью в железнодорожную больницу поступил больной с ранениями печени, который нуждался в переливании 1 литра крови. У больного оказалась А(2) группа крови. В отделении. Конечно не было А(«) группы крови. Срочно была послана вместе с сестрой машина, для того, чтобы привести кровь из железнодорожной СПК. Там мед. сестра с дежурным сотрудником СПК взяли из помещения, где хранят кровь, из холодильника 2 флакона, не обратив внимания, что на двери холодильника кровь для выдачи. В клинике в спешке больному кровь во время операции, ушили рану печени. К счастью послеоперационное течение было гладкое. Выздоровел. В чем ошибка медсестры, взявшей кровь из холодильника, почему надо было кровь из холодильника, где было написано «кровь для выдачи»? В чем разница? - альфа 2.
3. Больному с профузным кровотечением из язвы 12-перстной кишки с потерей 2 литра крови, экстренно необходимо было перелить около 1 литра крови. У больного оказалась В(3) группа крови срочно из СПК из холодильника «для выдачи крови» привезли 2 флакона по 500 мл крови по 0(1) крови, В(3) не оказалась в холодильнике. Больному срочно перелили «универсального донора» оба флакона, во время переливания крови 2 флакона крови у больного внезапно произошел шок. В чем была ошибка привезшей из СПК медсестры и врачей отделения переливших кровь. Сколько можно было перелить 0(1) группу крови? Как бороться с гемотрансфузионным шоком? - альфа 3

**ТЕСТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.**

1. Перед тем как взять кровь у донора какие анализы должны были сделать? -альфа 1

А. Анализ крови на гемоглобин и эритроциты

В. Анализ на СПИД

С. Анализ на бруцеллез

Д. Анализ на инфекционный и сывороточный гепатит

Е. На все сказанные выше +++

2. Какой показатель не был обязателен перед взятием крови? - альфа2

А. Группа крови

В. Резус-фактор

С. Пульс, АД

Д. Серологическая реакция

Е. Тимоловая проба +++

3. В чем была ошибка врачей определявших группу крови донорской крови? - альфа 3.

А. Температура помещения +20градусов

В. Использовали стандартные эритроциты

С. Титр стандартных сывороток 1:16 +++

Д. внешне определяли годность стандартных сывороток

Е. Использовался физиологический раствор для исключения ложной агглютинации « в виде монетных столбиков»

## 8. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Взятую кровь у плазмодоноров правильно отцентрифугировать
2. Привести ФЭК в нормальное рабочее состояние для определения гемоглобина и эритроцитов
3. Сделать соответствующие записи, приклеить анализы и интерпретировать их, есть ли противопоказания для взятия крови или нет
4. Изучить схему образования альбумина путем фракционирования плазмы.

## IX. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА .

1. Общая хирургия Учебник- В.И Стручков 1976,1980гг.
2. Общая хирургия Учебник- В.К Гостищев, М. Медицина 1997г.
3. Умудий хирургия Дарслик- У.А.Орипов, Т.,1993г
4. Хирургия-Учебник.-Санкт-Петербург.-1-2 том. 1998г
5. Практическое руководство по общей хирургии. А.В.Григорьян. М., 1993

6. Лекции профессора Т.Х .Каюмова и доцента Я.В.Иногамова  
(экземпляры на кафедре и в библиотеке).

## ЗАНЯТИЕ №9

### I. Тема: Десмургия.

**Количество часов - 4 часов**

### II. Цель занятия:

Сформировать у студентов понятие о десмургии. Ее место и значение в современной хирургии. Ознакомиться с видами перевязочного материала и приобретать навыки накладывать повязки на лицо, волосистую часть головы, шею, грудь, конечности, промежность, живот.

### III. Перечень рассматриваемых вопросов.

1. Определение понятия десмургия
2. Классификация повязок
3. виды перевязочного материала
4. Способы укрепления перевязочного материала
5. Обучение технике наложения повязок на лицо, голову, шею, грудь, конечности, промежность, живот.
6. Демонстрация различных видов перевязочного материала и способов укрепления их (клеевая, лейкопластырная, использование эластических бинтов).
7. Демонстрация 7 основных бинтовых повязок - циркулярной, спиральной, крестообразной, колосовидной, ползучей, возвращающаяся, черепашья.
8. Разбор общих правил наложения мягких бинтовых повязок.
9. Освоение студентами техники наложения повязок.

### IV. Ожидаемые результаты.

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать понятие «Десмургия», что она изучает
2. Знать классификацию повязок.
3. Знать виды перевязочного материала.
4. Знать способы укрепления повязок.
5. Уметь накладывать бинтовые повязки.
6. Уметь накладывать клеевую повязку.
7. Уметь накладывать пластырные повязки.
8. Уметь накладывать косыночные повязки.
9. Уметь накладывать пращевидную повязку, т-образную повязку, черепашью повязку.
10. Уметь изготавливать и накладывать суспензорий.

### Практическая работа.1.

1. В перевязочной, палате студентам показать и способы их накладывания.
2. В учебной комнате студенты друг на друге обучаются накладывать бинтовые повязки.

#### **V. Оснащение занятия.**

1. Таблицы.
2. Слайды.
3. В перевязочной наличие перевязочного материала, инструментов.
4. В учебной комнате бинты, эластические бинты.
5. Альбомы.
6. Больные, нуждающиеся в смене повязки.

#### **VI. Преподавательские заметки.**

##### **В работе №1**

В перевязочной комнате показать перевязочный материал и средства для их укрепления (лейкопластырь и т. п.). Продемонстрировать основные виды повязок - циркулярную, спиральную, черепашью, крестообразную, колосовидную, возвращающуюся, ползучую. Обратит внимание на общие правила наложения мягкой бинтовой повязки:

- 1) больной должен находиться максимально расслабленным, должен быть свободный доступ к бинтуемой части тела наиболее удобно горизонтальное, иногда сидячее положение больного
- 2) конечность должна находиться в среднефизиологическом положении или в положении в котором она может быть использована в период лечения.

##### **В работе №2**

В учебной комнате следить за правильностью действий студентов при наложении друг на друге различные варианты повязок.

При этом на верхнюю конечность наложить спиральную, возвращающуюся, колосовидную повязки.

На ногу, на голень и бедро любую из 7 основных видов повязок. На живот и таз - простая спиральная повязка, варианты колосовидной повязки. Разобрать состав индивидуального перевязочного пакета.

В целях ускорения заживления ран применяются повязки с лекарственными средствами.

**Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы, демонстрация указанного вида повязки, контроль за выполнением накладывания повязок, решение ситуационных задач.

**Ситуационные задачи и тесты.**

1. В клинику ночью поступил больной с переломом ключицы. Какую повязку можно наложить? -альфа - 2

- 1) Чепец
- 2) Повязка Дезо +++
- 3) Суспензорий
- 4) Повязка Белова.
- 5) Ничего не накладывается.
- 6) Повязка Вельпо.

2. Больному с варикозно - расширенными венами нижних конечностей следует носить: - альфа- 2

- 1) Т- образную повязку.
- 2) Эластическое бинтование. +++
- 3) Пластырную повязку.
- 4) Суспензорий.
- 5) Комбинацию всех указанных видов повязок.

3. Повязка для бинтования плеча, надплечья и подмышечной области, области тазобедренного сустава, которое производится от больной конечности через область плечевого сустава и надплечья по поверхности груди через противоположную подкрыльцовую область с возвратом на больное надплечье и плечо называется- альфа- 2

- 1) Восьми образный.
- 2) Колосовидный. +++
- 3) Черепашьей.
- 4) Ползучей.
- 5) Косыночной.

4. Суспензорий-это: -альфа-2

- А). Повязка для поддержания мошонки. +++
- Б). Повязка используемая при ранениях грудной клетки .

- С). Повязка используемая после грыжесечений .+++
- Д). Повязка используемая при переломе ключицы.
- Е). Повязка на стопу.

5. При наличии проникающих ран грудной клетки симптомами открытого пневмоторакса можно применить:-альфа-2.

- А) Резиновую герметическую повязку. +++
- В) Повязку Белова. +++
- С) Чепец.
- Д) Повязку Вельпо.
- Е)Повязку Дезо.

### **VIII. Задание для самостоятельной работы.**

1. Подготовить все необходимое для наложения 7 основных видов повязок.
2. Приготовить бинты, индивидуальные пакеты, лейкопластырь, клеол, эластические бинты, вату, салфетки.
3. Побрить волосатые участки головы вокруг раны перед ПХО и наложить повязку.
4. Приготовить ватник.

### **IX. Рекомендуемая литература.**

1. Общая хирургия- В.И. Стручков 1980г.
2. Общая хирургия- У.А. Орипов Т., 1993г.
3. Общая хирургия- В.К. Гостищев М., 1997г.
4. Лекции профессора Каюмова Т.Х. доцента Иногамова Я.В.

**Занятие №10.****Количество -4 часов**

**I. Тема: Закрытые травмы. Шок. Коллапс. Травмы черепа и мозга, грудной клетки. Переломы и вывихи. Диагностика. Первая помощь и лечение.**

**II. Цель занятия:**

1. Ознакомить студентов с особенностью закрытой травмы, черепно-мозговой травмы, грудной клетки, переломы и вывихи.
2. Ознакомить студентов с особенностью шок, коллапс, важностью дифференциального диагноза, лечением, последствиями травмы черепа, грудной клетки, переломы и вывихи.
3. Научить обследовать больного с травмой грудной клетки, с черепно-мозговой травмы, перелома и вывихи костей.
4. Научить читать краниограммы, определить показания к дегидратационной терапии, рентгенограммы костей.
5. Осмыслить с позиций клиники механизм возникновения переломов, виды переломов, характер повреждения костей при закрытых переломах.
6. Повторить этапы консолидации.
7. Научить студентов выявлять симптомы закрытых травм, травмы черепа и мозга, грудной клетки, переломы длинных трубчатых костей, пользоваться дополнительными диагностическими приемами (R0-графии).
8. Научить студентов овладеть основными приемами и методами оказания первой помощи при закрытой травме, шоке, коллапсе, травмы черепа и мозга, грудной клетки, при переломах.
9. Научить студентов применять транспортную иммобилизацию, технику наложения гипсовой повязки.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Знание закрытой травмы. Осложнение. Шок. Коллапс. Травмы черепа и мозга и грудной клетки, перелома и вывихи.
2. Особенности мягких тканей грудной клетки, головы, строение костей черепа, содержимого черепа, костей и сосудов.
3. Этиопатогенез. Общие и местные патофизиологические изменения организма при закрытой травме: шок, коллапс, черепно-мозговой травме, переломе и вывихе костей.
4. Клиническая картина шока и коллапса, при закрытой травме грудной клетки, при сотрясении головного мозга, ушиб,

- сдавление, отек, набухание мозга, при переломах верхней и нижней конечностей.
5. Использование лабораторно-инструментальных методов исследования: рентгенография, рентгеноскопии, компьютерная томография, ЭхоЭГ, ЭЭГ, ликворное исследование.
  6. Дифференциальная диагностика-шок и коллапс, от обморока, от комы, сотрясения головного мозга, ушиба от сдавления, отека мозга, перелома от вывиха.
  7. Методы оказания неотложной помощи при шоке, коллапсе, при травме грудной клетки, при травме черепа и мозга, при переломах и вывихах костей верхней и нижней конечностей.

#### **IV. Ожидаемые результаты:**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать о понятие закрытой травмы грудной клетки, травмы черепа и мозга, шок и коллапс, переломы и вывихи верхней и нижней конечностей.
2. Знать причину возникновения шока и коллапса, травмы грудной клетки и черепа, мозга, переломы и вывихи верхней и нижней конечностей.
3. Значение этой темы для студентов стоматологического факультета.
4. Знать - классификацию травмы. Непосредственные опасности. Коллапс. Травматический шок-развитие, фазы, степени. Лечебные мероприятия на догоспитальном уровне и в стационаре.
5. Знать, что такое травматизм и группы травматизма.
6. Знать травматический токсикоз-патогенез, клиническую картину и периоды.
7. Знать лечение- противошоковые мероприятия, этапное лечение.
8. Знать закрытые травмы мягких тканей, растяжения, разрывы.
9. Знать закрытые повреждения черепа и мозга- сотрясение, ушиб и сдавление. Их обследовать, установить диагноз, неотложная помощь и принципы лечения.
10. Знать классификацию перелома, патологические изменения, клиническая картина, симптомы, диагностика, лечение: 1) первая помощь, консервативное лечение, скелетное вытяжение, оперативное лечение.

#### **Практическая работа.**

1. Курация нескольких больных соответствующих по теме (совместно с преподавателем).
2. Демонстрация схем, таблиц, слайд, краниограммы, инструментов, макропрепаратов.
3. Участвовать и выполнять в перевязочной- смена повязок, обработка ран, выполнение спинно- мозговой пункции, анализы ликвора.
4. В процедурном кабинете- делать инъекции, в/в введение гипертонических растворов и т. д. Заправка капельниц.
5. Десмургия. Остановка кровотечения. ПХО. Транспортировка больных. Иммобилизация.

#### **V. Оснащение занятия.**

1. Таблицы. Слайды. Схемы. Диафильмы.
2. Лекарственные препараты- гипертонические растворы. Диуретики.
3. Иглы для спинно- мозговой пункции.
4. Инструменты для операции на черепе, головном мозге.
5. Языкодержатель. Набор для трахеостомии. Аппарат для ИВЛ.
6. Различные шины, жгуты, шовные материалы.
7. Рентгеноснимки костей черепа, грудной клетки, верхней и нижней конечностей.
8. Макропрепараты.
9. Инструменты для скелетного вытяжения, металлических пластинок с винтами, штифты, трехпластный гвоздь, аппарат Иллизарова.
10. Гипсовая техника.

#### **VI. Преподавательские заметки.**

Понятие травмы - называется воздействие на организм различных внешних агентов механических, физических, химических, лучевых и т. д. Вызывающих в органах и тканях нарушение анатомии и функций и сопровождается общей и местной реакцией организма. Классификация травмы. Опасности: коллапс, внезапное поступление состояния острой слабости сердца и падение сосудистого тонуса, сопровождается упадком всех жизненных функций. Клиника- симптомы. Лечение. Травматический шок бывает при переломах, ожогах, электротравмах, травматических отрывах нижних или верхних конечностей. При обширных ранах наблюдается различные осложнения. Шок -это тяжелейшее

состояние больного выражающаяся в угнетении не только нервной системы но и всех жизненно важных функций организма. Механизм развития шока. Клиническая картина шока - фазы, эректильная и торпидная, легкой, средней тяжести и тяжелой степени. Лечебные мероприятия на до госпитальном уровне, в стационаре. Травматизм - производственный, непроизводственный и умышленный. Травматический токсикоз - « синдром длительного раздавливания», « Краш - синдром» патогенез, факторы действия, клиническая картина - периоды, лечение - противошоковые мероприятия. Этапное лечение. Закрытые травмы мягких тканей, растяжения, разрывы связок, фасций, мышц, сухожилий. Закрытые повреждения черепа и мозга. Выделяют сотрясение мозга, ушиб мозга, сдавление мозга, переломы свода и основания черепа. Особенности патологическая анатомия, клиническая картина, лечение. Диагностика и методы исследования. Неотложная помощь при экстремальных ситуациях. Принципы консервативного и оперативного лечения. Закрытые повреждения грудной клетки и ее органов. Сотрясения грудной клетки, клиническая картина. Ушиб грудной клетки. Пневмоторакс - диагностика. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Гемоторакс - клиническая картина. Диагностика. Лечение. Вывихи - полный, неполный, подвывих, врожденный и приобретенный. Патанатомия. Клиническая картина. Лечение. неотложная помощь. Переломы костей. Осложнения. Классификация переломов - по происхождению: открытые и закрытые, по локализации, по особенностям линии перелома. Патологоанатомические изменения при переломах и их сращении. Развитие костной мозоли. Клиническая картина переломов. Лечение переломов. Первая помощь - предупреждение осложнений, репозиции, фиксации, консолидации. Метод вытяжения. Виды вытяжения. Оперативный метод и их виды фиксации. Показания к операции.

## **VII. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнение практических работ, приобретенных знаний и умение при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

I. Больной 18 лет сбит машиной на улице, получил удар бампером автомобиля в область правого бедра. Доставлен на носилках в

стационар. Состояние средней тяжести с жалобами на боль в области правого бедра. Отмечается бледность кожных покровов, холодный пот, пульс 100 уд/мин.,  $A/D=100/60$  мм рт. ст. в области с/з правого бедра деформация и патологическая подвижность.

1. Какой диагноз можно поставить данному больному?

- А. Закрытый перелом с/з правого бедра.
- В. Закрытый вывих правого бедра.
- С. Открытый перелом правого бедра.
- Д. Ушиб правого бедра.
- Е. гематома правого бедра.

2. Какое осложнение можно диагностировать у данного больного?

- А. Сотрясение головного мозга.
- В. Шок.
- С. Кровотечение.
- Д. Коллапс.
- Е. Кома.

3. Какой метод лечения целесообразно применить данному больному после обезболивания?

- А. Остеосинтез
- В. Скелетное вытяжение
- С. Гипсовая повязка
- Д. Аппарат Иллизарова
- Е. клеоловое вытяжение

### **Тесты по теме занятия.**

1. Какой из перечисленных диагнозов не связан с травмой?-альфа-2.

- А. Растяжение связок сустава
- В. Ушиб бедра
- С. Перелом плеча
- Д. Сотрясение головного мозга
- Е. Остеоартроз

2. Что такое пневмоторакс?-альфа-2.

- А. Разрыв легкого
- В. Кровоизлияние в ткань легкого
- С. Кровоизлияние в плевральную полость

- Д. Воспаление легкого
- Е. Воздух в плевральной полости

3. Какой перелом называется диафизарным?

- А. Внутрисуставной
- В. Околосуставной
- С. Перелом с/з бедра
- Д. Перелом в области очага остеомиелита
- Е. Перелом позвоночника

### **VIII. Задание на самоподготовку.**

1. Подготовить 2-3 больных соответствующих по теме.
2. Для демонстрации подготовить схему, таблицы, слайды, краниограммы, рентгенограммы, инструменты.
3. Обход и разбор больных с сотрясением мозга и ушибом мозга.
4. Работа в перевязочной- смена повязок, обработка ран, выполнение спинно- мозговой пункции, анализ ликвора.
5. Подготовить и делать лекарственные препараты- в\в, в\м, п\ к.
6. Наложение жгута, десмургия, шины.

### **IX. Рекомендуемая литература.**

1. В.И. Стручков- Учебник «Общая хирургия» М., 1988г.
2. И.Г.Руфанов- Учебник «Общая хирургия» М., 1953г.
3. А.В. Григорян-Учебник «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии» М., 1976г.

**Занятие №11.****I. Тема: Раны, ожоги, отморожения, классификация, клиника, диагностика. Первая помощь. Лечение.**

Количество -4 часа.

**II. Цель занятия:**

1. Ознакомить студентов с особенностью раны - ожоги, отморожения и их осложнениями.
2. Научить студентов обследовать больных с различными ранами, ожогами, отморожениями.
3. Научить студентов правильно размышлять клиническую картину возле больного и интерпритировать.
4. Осмыслить с позиций клиники механизм возникновения раны, ожоги и отморожения.
5. Научить студентов выявлять симптомы при различных ранах, ожогах, отморожениях.
6. Научить студентов овладеть основными приемами и методами оказания первой помощи при ранах, ожогах и отморожениях. Консервативное и оперативное лечение.

**III. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Значение - раны, ожоги и отморожения и их осложнения.
2. Особенности. Классификация ран: по характеру, по причине, по инфицированности, по отношению к полостям, простые и осложненные, касательные, сквозные, слепые.
3. Понятие о «свежести» раны и гнойной раны.
4. ПХО ран.
5. Течение раневого процесса.
6. Виды заживления и процесс заживления.
7. Виды швов. Показания к ним.
8. Принципы лечения при воспалении и нагноении ран.
9. Ожоги. Классификация. Определение тяжести ожога. Определение площади ожога. Ожоговая болезнь. Ожоговый шок. период токсиемии. Септикопиемии. Лечение. первая помощь: консервативное и дальнейшие методы лечения.
10. Отморожения. Классификация. Этиопатогенез. Клиническая картина - дореактивный период, реактивный период. Лечение.

**IV. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать о понятиях: раны, ожоги и отморожения и их осложнения.
2. Знать причины возникновения и об общих патофизиологических изменениях организма.
3. Значение этой темы для студентов стоматологического факультета.
4. Знать классификацию раны, ожоги, отморожения и их посредственные опасности и исходы.
5. Уметь как лечить «свежих» ран, оказать медицинскую помощь.
6. Знать течение раневого процесса по классификации Руфанова (1954) и по М.Н. Кузина (1977), в процессе очищения роль ферментов.
7. Знать виды заживления ран - грануляционной ткани.
8. Знать и уметь наложить первичные, первично-отсроченные, вторичные швы.
9. Уметь лечить гнойных ран.
10. Знать классификацию ожога по степени клиническую картину и диагностировать ожога.
11. Знать и уметь определять площади ожога.
12. Уметь оказать первую помощь при различных видах ожогах.
13. Знать осложнения ожога. Ожоговая болезнь, ожоговый шок ее развитие. Период токсемии, септикопиемии - местные изменения тканей, патанатомия.
14. Знать классификацию отморожения, клиническую картину, диагностику, этиопатогенез, лечение отморожений.

### **Практическая работа.**

1. Курация нескольких больных соответствующих по теме (совместно с преподавателем)
2. Делать демонстрационные схемы, таблицы, слайды, диафильмы, хирургические инструменты.
3. Участвовать и выполнять в перевязочной - смены повязок, обработка ран, ПХО.
4. Делать самостоятельно в/в введение в/м, п/к инъекции в процедурном в палате больного.

### **V. Оснащение занятия.**

1. Таблицы, слайды, схемы, диафильмы.
2. Лекарственные препараты.
3. Хирургические инструменты, шовные материалы.
4. Препараты ПСС, СА, антирабическая вакцина.
5. Больные с историями болезни.

## 6. Лабораторные анализы.

### VI. Преподавательские заметки.

Понятие ран. Опасности и осложнения, возникающие при этом происшествии, борьба с шоком, первичная обработка ожоговой поверхности, местном и общем лечении.

Отморожения - повреждение тканей, вызванное воздействием на ткани низкой температурой. Классификация - по глубине поражения: по времени - дореактивный и реактивный периоды: этиопатогенез

Патологическая анатомия - по периоду и степеням. Клиническая картина. Принципы консервативного и оперативного лечения.

### VII Виды контроля.

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом. Решения ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### Ситуационные задачи.

1 студент во время игры в футбол 4 часа назад получил травму : упал и ударился головой. Сознания не терял: в височной теменной области имеется рана размером 4,5-1,5 см с неровными краями, умеренно кровоточащая:

1. Какая рана?

А. Колотая.

В. Резаная.

С. Ушибленная.

Д. Скальпированная.

Е. Рубленая.

2. Что следует делать перед ПХО раны?

А. УВЧ - терапию.

В. Обработать рану 5% раствором йода.

С. Подстричь и сбрить волосы вокруг раны.

Д. Промыть рану этиловым спиртом.

Е. На рану присыпать порошок стрептоцида.

Ф. Промыть рану антисептиком и положить повязку с гипертоническим раствором.

**VIII. Задание на самоподготовку.**

1. Подготовить 2-3 больных соответствующей по теме.
2. Для демонстрации подготовить - схемы, таблицы, слайды, рентгенограммы, диафильмы.
3. Обход и разбор больных с раной, ожогами.
4. Работа в перевязочной - смена повязок обработка ран, делать ПХО, наложить швов.
5. Подготовить больных и делать в/в, в/м, п/к инъекций.

**IX. Рекомендуемая литература.**

1. В. И Стручков - Учебник «Общая хирургия» М. 1988 г
2. И.Г.Руфанов - Учебник «Общая Хирургия» М. 1953 г
3. А.В. Григорян - Учебник «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии» М. 1976 г
4. У.А.Арипов - Учебник « Умумий хирургия» Т. 1996 г
5. Б.Г. Панкратьев - «Руководство по хирургии» том-1 М.1971 г
6. М.И. Кузин - «Раны и раневая инфекция», М 1990 г.

**Занятие №12,13.****1. Тема: Анестезиология.**

Количество часов-8 часа.

**2. Цель занятия.**

Сформировать у студентов понятие об анестезии и месте и значении в современной хирургии. Ознакомиться с видами анестезии и анестезиологических препаратов, стадиями наркоза, современными мышечными релаксантами, наркотическими веществами, уметь оказать первую помощь при осложнениях, реанимационные мероприятия.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Виды анестезии. Современный наркоз. Стадии наркоза.
2. Наркотические вещества. Мышечные релаксанты.
3. Осложнения при наркозе. Оказание первой помощи при клинической смерти.
4. Местная анестезия. Инфильтрационная, проводниковая анестезия. Осложнения при местной анестезии. оказание помощи. реанимация.

**4. Ожидаемые результаты:**

К концу занятия студенты должны:

- 1). Знать, иметь представление об анестезиологии и видах анестезии.
- 2). Знать течение наркоза, применение мышечных релаксантов.
- 3). Уметь оказывать первую помощь при клинической смерти.
- 4). Уметь проводить местную инфильтрационную и проводниковую анестезию.
- 5). Иметь представление об реанимационных мероприятиях.

Практическая работа.

1. В перевязочной, в операционной студентам показать виды анестезии, течение наркоза.
2. Показать приёмы непрямого массажа сердца.
3. Продемонстрировать виды местной анестезии.
4. В учебной комнате студенты друг на друге обучаются действиям при клинической смерти.

**5. Оснащение занятия.**

- Таблицы.
- Слайды
- Больные.
- Отделение реанимации.

### **6. Преподавательские заметки.**

Болевые раздражения передаются в таламус, гипоталамус и ретикулярную формацию. Через подкорково-корковые связи болевые импульсы поступают в кору мозга, где формируется болевое ощущение.

Клинически болевые ощущения проявляются нарушениями гемодинамики, обмена веществ, дыхания и т.д. особенно резко выраженными при операциях на жизненно важных органах.

Современные способы обезболивания предусматривают не только устранение боли, но и управление основными функциями организма во время операции и в ближайшее время после неё. В связи с этим проблема обезболивания выделилась в самостоятельную область науки—анестезиологию.

Требованиям, предъявляемым к анестезирующим веществам (достаточное обезболивание, отсутствие токсичности и вредного влияния на ткани), наиболее отвечает новокаин, который был введен в хирургию Эйхорном в 1905 г.

В последнее время все большее распространение получает комбинированные методы обезболивания. Это объясняется тем, что они позволяют избежать неприятных осложнений, характерных для наркоза.

### **7. Виды контроля**

Устные ответы на вопросы. Демонстрация указанного вида анестезии, контроль за выполнением первой помощи при осложнениях, ситуационные задачи, тесты.

#### **Ситуационные задачи и тесты.**

1. В хирургическую клинику доставлен больной 40 лет с перфорацией язвы желудка. Какое ему обезболивание можно использовать ?-α1

- а) местное новокаиновое
- б) проводниковая анестезия
- в) ингаляционный местный наркоз
- г) закись азота
- д) эндотрахеальный наркоз +++

2. В клинику доставлена больная 29 лет с лактационным гнойным маститом. Какое обезболивание ей целесообразно применить? -  
 $\alpha$ -2
- а) местное
  - б) проводниковое
  - в) хлорэтил
  - г) внутривенно сомбревином +++
  - д) общее эндотрахеальное
3. У больного с острым аппендицитом непереносимость к новокаину. Какую анестезию применить?  $\alpha$ -2
- а) дикаин
  - б) сомбревин
  - в) морфин
  - г) тримекаин
  - д) каллипсол

### Тесты.

- 1) Какую анестезию применить перед резекцией желудка?  $\alpha$ -2
- а) местную
  - б) паранефральную
  - в) по Оберсту-Лукашевичу
  - д) эндотрахеальную +++
  - е) общую +++
- 2) Какой анестетик и при каком применении даёт замораживающий эффект?  $\alpha$ -2
- а) морфин
  - б) общем
  - в) каллипсол
  - г) местное +++
  - д) хлорэтил +++
- 3) Какой препарат можно применить для анестезии слизистой оболочки рта?  $\alpha$ -2
- а) хлоргексидин
  - б) лидокаин +++
  - в) дикаин +++
  - г) хлорэтил
  - д) сомбревин

### 8. Задание для самостоятельной работы

- 1) Подготовить всё необходимое для проведения анестезии, наркоза, реанимационных мероприятий.
- 2) Прочитать о различных эффектах новокаина и других анестетиков.
- 3) Вспомнить пути прохождения нервных стволов.

#### **9. Рекомендуемая литература**

- 1) В.И. Стручков - учебник «Общая хирургия»- 1980 г.
- 2) В.К. Гостищев - учебник «Общая хирургия» - 1997 г.
- 3) Лекции профессора Каюмова Т.Х. и доцента Иногамова Я. В по данной теме.

#### 4) Занятие 14-15

**I. Тема: Острая гнойная инфекция.** Этиология и патогенез. Профилактика гнойных заболеваний и нагноений ран. Основные принципы лечения острой гнойной инфекции. Консервативное и оперативное лечение. Применение антибиотиков, особенности фурункула и карбункула лица. Работа в гнойной перевязочной. Количество- 8 ч.

**II. Цели:** Иметь представление об инфекции в хирургии, о том, что она является актуальной проблемой среди всех хирургических заболеваний. Ознакомиться с острой гнойной инфекцией, какими микроорганизмами она вызывается, частые пути внедрения и распространения возбудителей. Местная реакция ткани на инфекции, общая реакция. Ознакомиться с основными принципами лечения острой гнойной инфекции, консервативные мероприятия—местное и общее лечение. Ознакомиться с определением показания к операции. Подготовка к операции. Асептика при гнойной инфекции. Правильный выбор и проведение обезболивания. Ознакомиться с правильным выбором доступа и направления разреза. Применение антибиотиков. Определение чувствительности микробов к антибиотикам. Осложнения при применении антибиотиков. Ознакомить с вскрытием гнойных процессов, применение тампонов, дренажей.

#### **III. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Значение инфекции в хирургии.
2. Классификация хирургической инфекции.
3. Возбудители, пути внедрения и распространение инфекции.
4. Признаки воспалительного процесса: местные реакции: гиперемия, венозный стаз с образованием отека, появление боли, местное повышение температуры, экссудат, нарушение функции. Общая реакция: лихорадка, головная боль, затемнение или потеря сознания, недомогание, разбитость, учащение пульса, изменение крови (состава и биохимия).
5. Профилактика гнойных заболеваний и нагноение ран: а) общий уровень санитарно- гигиенических состояний населения б) состояние скорой неотложной помощи.
6. Основные принципы лечения острой гнойной инфекции. консервативное лечение- местное и общее лечение.

7. Оперативное лечение: вскрытие гнойника, иссечение гнойных ран, применение тампонов, различных дренажей.
8. Асептика в гнойной инфекции.
9. Обезболивание.
10. Особенности течения фурункула и карбункула лица.
11. Применение антибиотиков и ферментов при гнойных заболеваниях.
12. Дифференциальная диагностика между сходными гнойными заболеваниями.
13. Тактика хирурга.

#### **IV. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать какие возбудители вызывают гнойные заболевания.
2. Знать о том, что врачу стоматологу неоднократно придется осматривать больных с гнойными заболеваниями и правильно поставить диагноз.
3. Уметь поставить диагноз фурункула, карбункула лица и подчелюстной аденофлегмоны.
4. Уметь применять антибиотики, определять чувствительность микрофлоры к антибиотикам.
5. Уметь вскрывать: крестообразный, радиальный, параллельный разрезы, иссечение гнойных ран.
6. Уметь применять тампоны, резиновые дренажи.
7. Применение антисептиков, обработка и промывание ран.
8. Уметь проводить консервативное лечение- местное и общее.
9. Уметь определять показания к операции.
10. Уметь правильно выбирать и проводить обезболивание при операциях больных с гнойными заболеваниями.
11. Уметь дифференцировать со схожими заболеваниями.
12. Уметь определять осложнения при применении антибиотиков:
  - а) аллергические реакции,
  - б) токсические реакции
  - в) дисбактериоз.

#### **V. Практическая работа.**

1. Курация поступивших больных с гнойными заболеваниями: фурункулы, карбункулы, флегмоны, абсцессы, маститы, парапроктиты, гидрадениты, рожа, лимфаденит, лимфангит, тромбофлебит, панариций, паранихий, тендовагинит, бурситы и т. д. с преподавателем или дежурным врачом. Поставить диагноз из основных жалоб, анамнеза и объективных данных.

2. Участие в перевязочных в операциях: вскрытие гнойника, дренирование и тампонада гнойных полостей. Клиновидное иссечение карбункула шеи. Самостоятельная перевязка оперированных больных. Обработка краев и стенок ран. Применение антисептических препаратов: H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, фурацилин, спирт, йод, гипертонический раствор, ферменты, антибиотики. Определить фазы раневого процесса—гидратация и дегидратация.
3. Осмотр больного с гнойным плевритом: выяснение жалоб, анамнеза, определение голосового дрожания, пальпация, перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки. Пункция плевральной полости между 7ым и 8ым межреберьем по задней лопаточной линии. Введение в плевральную полость антибиотиков и ферментов.

#### **VI. Оснащение занятий.**

1. таблицы и слайды по теме занятия.
2. макропрепараты, удаленные органы.
3. больные, только поступившие и уже оперированные.
4. история болезни с наличием анализов и описаний операции.
5. больные с гнойным плевритом и история болезни.
6. инструменты, необходимые для вскрытия гнойника.
7. антибиотики и ферменты.
8. тампоны, резиновые выпускники, дренажи.

#### **VII. Преподавательские заметки.**

В работе №1 в начале совместно с преподавателем, либо в приёмном либо в хирургическом отделении осматривают больных. Курация больных. Жалобы, анамнез, анализы. Определение припухлости, гиперемии, отека, болезненности, нарушения функции, местной температуры тела. Определение общих признаков гнойных заболеваний. Определение симптомов флюктуации и зыбления.

В работе №2 в гнойной перевязочной студенты с преподавателем самостоятельно вскрывают гнойник, производят клиновидное иссечение карбункула. Применяют антисептические препараты, промывание ран. Применяют тампоны, резиновые выпускники и дренажи. Применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, ферментов. При частом проведении перевязок у студентов вырабатывается навыки.

В работе №3—у постели больного с фурункулом, карбункулом лица, подчелюстной аденофлегмоной самостоятельно курируют его. При

этом никак нельзя применять тепло. Особенности кровоснабжения лица, сообщение венозных пазух с мозгом.

Осложнения фурункула лица: острый тромбофлебит, сепсис, редко флегмона. Местное лечение: протирание 70% спиртом, 3 % спиртовым раствором метиленового синего, применение сухого тепла, лампа Манина, соллюкс, УВЧ. Обкалывание вокруг инфильтрата пенициллином, электрофорез антибиотиками. Повязки при фурункуле лица не применяются. Запрещается выдавливание и массаж вокруг фурункула. Больному запрещают разговаривать и жевать.

### **VIII . Виды контроля.**

1. Устные ответы на вопросы.
2. Контроль за выполнением работ.
3. Степени умения и выработки практических работ по гнойно-воспалительным заболеваниям мягких тканей.
4. Решение ситуационных задач и тестов по различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи**

В отделение поступила больная с жалобами на боли, отеки, покраснение в правой молочной железе. Со слов больного болеет в течении 10 дней, кормящая молодая мать.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Объективно: правая молочная железа увеличена, пальпируется инфильтрат 8,0х6,0 см плотности, кожа болезненна над ним, гиперемированная, имеется симптом флюктуации и местная температура. Со стороны анализов крови лейкоцитоз со сдвигом влево. Заподозрено у больного наличие ретромаммарного мастита. Что надо делать?

Поступил больной с жалобами на припухлость, покраснение и боли в области верхней губы. Болеет в течении 5 дней.

Status localis: В области верхней губы имеется инфильтрат, вступает конусообразно над уровнем кожи. Кожа гиперемированная, при прикосновении болезненна. В центре инфильтрата имеется небольшое скопление гноя с черной точкой. Какой диагноз? Что надо делать?

### **Тесты по теме занятия.**

1. Гнойное воспаление потовых желез- это?
  - А. Гидраденит
  - В. Карбункул
  - С. Абсцесс
  - Д. Рожистое воспаление
  - Е. Парапроктит

2. Внезапное повышение температуры тела 38-39 град. , боли в молочной железе, увеличение ее в размере, болезненность характерно?

- А. Аденофлегмона
- В. Для абсцесса легких
- С. Для мастита
- Д. гнойный парапроктит
- Е. рак молочной железы

3. При гнойном плеврите плевральная полость пунктируется между?

- А. I-II межреберье
- В. Между IV- V межреберье по срединно- ключичной линии
- С. Между VII-VIII межреберье по задней аксиллярной линии
- Д. между VII-VIII межреберье по срединно- ключичной линии
- Е. между IX-X межреберье по задней аксиллярной линии

#### 8. Задание для самостоятельной работы.

1.Подготовить больных только поступивших, а также оперированных для курации.

2. Взять историю болезни оперированных больных, изучить их и подготовить к перевязкам.

3. Подготовить больных с гнойными заболеваниями к операции- вскрытие гнояника.

#### 9. Рекомендуемая литература

1. Хирургические болезни- Учебник М. И. Кузин М., 1986 г
2. Хирургические болезни- Учебник Б. В. Петросян М., 1978 г.
3. Хирургия для студентов мед вузов С. Петербург 1-2 тома 1978 г.
4. Хирургик касалликлар С. М. Агзамходжаев Т., 1991 г.
5. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова 2001 г.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости и гнойных заболеваний В. С. Савельев М., 1996 г.
7. Общая хирургия В. И. Стручков М., 1978 г.

### **Занятие № 16.**

**1. Тема: Опухоли: доброкачественные и злокачественные.** Предраковые заболевания, ранняя диагностика. Тактика врача «Онкологическая настороженность у врачей».

Количество часов- 4 часа. (лекция №7).

#### **2.Цели занятия:**

Ознакомиться с различными видами доброкачественных и злокачественных опухолей, ориентироваться в методах диагностики опухолей с применением различных видов обследований. Ознакомиться и научить навыки, пальпации опухолей. Получить представления об онкологической настороженности и убедиться в огромном значении ранней диагностики и своевременного выявления предраковых заболеваний, а также самообследования. Убедиться, что это истинная опухоль или припухлость - симптом другого заболевания, доброкачественная или злокачественная опухоль. Иметь представление и уметь выявить метастазы. Ознакомиться современными методами лечения, хорошо ориентироваться что такое радикальное лечение, что такое поллиативное лечение.

Обратить внимание на распространенность опухолей различных странах, какое место занимает среди причин смерти рак. И какая статистика смертности от злокачественных опухолей. Обратить внимание на значение канцерогенных или бластогенных факторов ( физические, химические, эндогенные, наследственность, питание и т. д. ).

#### **3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Опухоли, отличие их припухлости.
2. Признаки доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Факторы опухолевого роста.
4. Методы диагностики опухолей.
5. Инструментальные и другие методы диагностики.
6. Значение понятий «онкологическая настороженность»; «ранняя диагностика»; «предраковые заболевания»; «самообследование».
7. Различие понятий «метастаз»; « рецидив»; « имплантация».
8. Классификация опухолей по происхождению.
9. Физические, химические, эндогенные, наследственность, питание, факторы образования злокачественных опухолей.
10. Общие принципы лечения опухолей.
11. Хирургическое лечение- значение его!
12. Лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия и т. д.
13. Служба онкологической помощи в Узбекистане.

14. Классификация опухолей по стадиям ( 1956 г ), и международная классификация рака (1958 г) рака по системе Т, N, M, состояние первичной опухоли и ее метастазов.
15. Деонтология.

#### **4. Ожидаемые результаты:**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что такое опухоль.
2. Уметь отличить истинную опухоль от припухлости.
3. Уметь дифференцировать доброкачественную от злокачественной опухоли.
4. Знать методы диагностики опухолей.
5. Знать какие инструментальные и другие методы диагностики.
6. Уметь при пальпации выявлять симптомы характерные для доброкачественной или злокачественной опухоли.
7. Знать твердо и знание что такое понятие как: « Онкологическая настороженность, предраковые заболевания, ранняя диагностика и самообследование».
8. Уметь диагностировать метастазы.
9. Знать классификацию опухолей по происхождению, по стадиям и международную классификацию рака, принятую в 1956 году по системе Т, N, M, определяющую состояние первичной опухоли и её метастазов.
10. Знать бластомогенные факторы в развитии рака.
11. Знать общие принципы лечения опухолей.
12. Знать значение хирургического метода лечения (I-II стадии).
13. Знать значение лучевой, химиотерапии, гормонотерапии.
14. Знать как поставлена служба онкологической помощи в Узбекистане.
15. Знать деонтологические основы в отношениях врач и больной.

#### **Практическая работа.**

1. В палатах курация больных с различными опухолями тела. По 3 студента осматривают одного больного. По признакам определяют диагноз: доброкачественная или злокачественная. Из какой ткани развивается опухоли; определяется тактика, диагностика, лечение
2. В палате совместно с преподавателем курируют больного с язвой желудка. Выявляют признаки малигнизации. Анализы крови, предраковость, осмотр язвы в эндоскопическом кабинете, признаки предраковости. Взятие биопсии и направление в

патологическую лабораторию для исследования. Рекомендации относительно лечения. Или осматривают больного с полипом или раком прямой кишки - ректороманоскопия.

3. В патологической лаборатории совместно с врачом готовят препарат для осмотра под микроскопом и осматривают, смотрят нормальные клетки и их отличие от патологически.

#### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды по теме.
2. Ректороманоскоп с прицелом для биопсии.
3. В эндоскопическом кабинете - гастродуоденоскоп с преподавателем для биопсии.
4. Больные с липомами, атеромами, а также больные с язвой желудка с подозрением на малигнизацию, полипом или раком прямой кишки, с фиброаденомой молочной железы.
5. Принадлежности для мазка с целью цитологического исследования жидкостей после пункции брюшной или плевральной полости.

#### **6. Преподавательские заметки.**

В работе №1 студенты по 3 человека идут к больным различных палат. Курируют больных с различными опухолями: липомами, атеромами, гигромами, бурситом, фиброаденомой молочных желез, т.е. тех больных которые есть в отделении.

Расспросами, выяснением анализа выясняют когда появилось опухоль, связаны ли возможные профессии, физический труд, наследственность, затем осматривают опухоль, выясняют какая она возможно, пальпируя выявляют подвижная ли, не сращена ли с окружающими тканями, с кожей и выставляют предварительный диагноз, из какой ткани она, что нужно делать, является ли предраковым.

Если удаляют, обязательно ли с капсулой и т. д. об этом докладывают в присутствии всех студентов и преподавателя.

В работе №2 преподаватель в палате сам курирует больного с язвой желудка, т. к. студенты это заболевание не проходят на 3 курсе. Обращает внимание, что это язва желудка и она часто переходит в рак, разъясняют какие симптомы должны насторожить врачей о возможном переходе; размеры язвы более 2 см, большая и малая кривизна, похудание, отсутствие сезонности обострений, постоянные боли и т. д. Анализ крови показывают анемию. В эндоскопическом кабинете студентам непосредственно показывают эту язву и момент взятия биопсии из 6-8 участков и относят

студенты после соответствующей записи в патологическую лабораторию. Студенты сами убеждаются в срочном характере операции, промедление с операции могло бы привести к развитию метастазов в отдаленных органах. Вместе с преподавателем делают ректороманоскопию. Осматривают нет ли полипа, опухоли, делают биопсии, относят в лабораторию. После получения ответа из лаборатории делают вывод о необходимости операции.

В работе №3 при возможности в гистологической лаборатории совместно с патологоанатомами смотрят как выглядят клетки язвы микроскопически, какие признаки имеет атипичные клетки и т. д.

Проведенная практическая работа ещё больше убеждает студентов об огромном значении того, что врач в независимости, какую он специальности имеет, должен выработать так называемое чувство «онкологической настороженности», важность ранней диагностики опухоли, от чего зависит эффективность операции и дальнейшая судьба больного.

Студентов нужно убеждать в том, что есть некоторые заболевания, которые могут скором времени перейти в онкологический процесс, что делает актуальным вылечить их как можно скорее оперативным путем. Такие состояния известны под термином «предраковые заболевания».

## **7. Виды контроля.**

А. Устные ответы на вопросы.

В. Контроль за выполнением практических работ.

С. Контроль за приобретением умений и навыков, коррекция их по мере надобности.

Д. Решение ситуационных задач различной степени сложности.

Е. Решение тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

1. В клинику поступил больной 32 лет в крайне истощенном состоянии, каждый прием пищи сопровождается с рвотой. Где располагается опухоль? Какой вид операции необходимо ей произвести. α-1.

2. В отделение поступила больная 40 лет с наличием опухоли в правой молочной железе в верхнее наружной квадранте. После биопсии при гистологическом исследовании выявлено, что у нее фиброаденома молочной железы. Это что, доброкачественна или

злокачественная опухоль? Надо ли её оперировать? Произвести радикальную мастэктомию или секторальную резекцию ткани молочной железы вместе с опухолью?  $\alpha$ -2.

3. Больного в железнодорожной центральной поликлинике осматривает и наблюдает терапевт с диагнозом гипоацидный гастрит в течении последнего года. Во время последнего поступления у больного отмечается анемия, тупые боли в эпигастрии, резкое снижение массы тела. Что следует предпринять терапевту?  $\alpha$ -3.

### Тесты по теме занятия.

1. Основное отличие доброкачественной опухоли от злокачественной:  $\alpha$ -1.

А. Быстрый рост

В. Метастазирование

С. Рост из мелкоклеточных тканей

Д. Медленным ростом с капсулой, не прорастает +++

Е. Разрушает соседние ткани

2. Что не относится к предраковым заболеваниям:  $\alpha$ -2.

А. Узловой зоб

В. Коллезная язва желудка

С. Фиброаденома матки

Д. Аденома предстательной железы

Е. Пупочная грыжа +++

3. Раковой кахексией называется:  $\alpha$ -3.

А. Истощение организма в результате интоксикации распадающейся опухоли и её метастазов +++

В. Нарушение функции жизненно важных органов

С. Быстрая утомляемость, понижение работоспособности, потеря аппетита

Д. метастазирование в жизненно важные органы (печень, почки, легкие, мозг).

Е. потеря в весе

### 8. Задание для самостоятельной работы.

1. Подготовить больных с различными опухолями для курации, знать в каких палатах, взять историю болезни с обязательными анализами крови.

2. Подготовить больного в определенной палате с язвой желудка для курации, сходить в эндоскопический кабинет, договориться во

сколько приведут больного для эндоскопического исследования желудка, подготовить с врачом необходимые инструменты для биопсии из язвы, пенициллиновый флакончик с формалином или физиологическим раствором, вместе с сестрой подготовить дикаин или что-то другое для анестезии носоглотки.

Сходить в патологическую лабораторию договорится, что во сколько принесут биопсический материал из язвы желудка и подготовится к экспресс анализу и последующем окончательному ответу.

Подготовить в гнойной перевязочной вместе с перевязочной сестрой ректороманоскоп к работе и биопсии из опухоли прямой кишки и отнести в патологическую лабораторию.

3. В патологической лаборатории узнать как будут изучать и определять, что это нормальные или атипичные клетки.

### **9. Рекомендуемая литература.**

1. Общая хирургия - Учебник В.И. Стручков, М., Медицина 1976, 1980гг.
2. Практическое руководство - Учебник А. В. Григорян, М., Медицина 1993 г.
3. Умудий хирургия - Дарслик У. О. Орипов, М., Тошкент, 1993 г.
4. Лекции профессора Т.Х. Каюмова и доцента Я.В. Иногамова (экземпляры в библиотеке и на кафедре).

**Занятие №17.**

**1. Тема: Анаэробная инфекция. Классификация анаэробной инфекции. острая специфическая инфекция. Столбняк, клиника, дифференциальная диагностика, классификация. Осложнения столбняка. Введение СА и ППС . Сибирская язва. Формы сибирской язвы. Особенности сибирской язвы от других гнойных заболеваний. Клиника. Лечение.**

**2. Цели:** Иметь представление об анаэробной инфекции: столбняка и сибирской язвы. Ознакомиться с этиологией и патогенезом столбняка и сибирской язвы: распространение заболеваемости, летальность. Иметь представление о том, что больной при современном уровне хирургии, техники хирургов не должны умереть. Профилактика столбняка. Ознакомиться с типичной картиной столбняка и сибирской язвы. Дифференцировать со сходными гнойными заболеваниями. Обратить внимание на причины и механизм развития столбняка. Ознакомиться с классификацией столбняка: а) по месту внедрения раневой, после инъекционный, после ожоговый, после операционный, после отморожений и электротравмы. б) по распространенности: общий и местный. в) по клиническому течению.

Ознакомиться клинической картиной: тонические и клонические судороги, опистотонус. Осложнения: ранние и поздние. 1. Специфическая активно- пассивная антитоксическая профилактика. 2. Неспецифическая- состоящая правильно проведенной первичной хирургической обработки раны.

Ознакомиться лечением столбняка: симптоматическое.

А. Широкая ревизия и обработка ран.

В. ПСС вводят по Безредке.

С. Борьба с судорогами, применение наркотиков, нейролептические и курарепободные средства.

Д. Улучшение сердечной недостаточности: камфора, кордиамин, 40 % глюкоза в/в, ингаляция кислорода.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Классификация столбняка и сибирской язвы.
2. Клиническая картина столбняка и сибирской язвы.
3. Дифференциация со сходными другими заболеваниями.
4. Инкубационный период столбняка и сибирской язвы.
5. Диагноз столбняка и сибирской язвы.
6. Профилактика и лечение столбняка.
7. Введение ПСС по Безредке.
8. Осложнение столбняка и сибирской язвы.

## 9. Санитарно- просветительская работа среди населения.

### 4. Ожидаемые результаты.

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать что из себя представляет столбняк и сибирская язва.
2. Знать, удаление из раны микробов, создание в ране условий, неблагоприятных для их развития.
3. Знать правильное выполнение первичной хирургической обработки.
4. Знать классификацию столбняка и сибирской язвы.
5. Знать клинику и дифференциальную диагностику сибирской язвы со сходными заболеваниями.
6. Знать ранние и поздние осложнения столбняка.
7. Знать ранние признаки столбняка, симптомы Лорина- Эпштейна.
8. Знать профилактику и лечение столбняка.
9. Знать применение СА и ППС.
10. Знать введение ППС по Безредке.

### Практическая работа.

1. Курация поступившего больного с различными ранениями: раны, отморожения, электротравмы, послеоперационные раны. Осмотр больных с преподавателем или дежурным врачом.
2. Самостоятельные перевязки студентами поступивших больных с ранами. Основные принципы первичной хирургической обработки раны. Удаление инородных тел из раны. Назначение СА, ПСС, антибиотиков.
3. Введение ПСС по методу Безредке.

### 5. Оснащение занятия.

1. Таблицы и слайды по теме занятия.
2. Поступившие, оперированные больные
3. Истории болезни с анализами крови
4. Хирургические инструменты для проведения первичной хирургической обработки раны

### 6. Преподавательские заметки.

В работе №1 в приемном отделении либо в отделении осматривают больного строго по существующей схеме курации больных. Выяснение жалоб, анамнеза, осматривает состояние, краев, дна раны, наличие загрязненности раны.

В работе №2 в гнойном или чистом перевязочном осматривают больных с ранениями, ожогами, электротравмами, производят удаление загрязненных микробами тканей, инородных тел из раны. При наличии поступивших больных с ранами совместно с преподавателем производят первичную хирургическую обработку раны.

В работе №3 больному назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты, СА, ПСС. Под контролем преподавателя вводят СА, ПСС по Безредке.

## **7. Контроль знаний.**

1. Устные ответы на вопросы.
2. Контроль за выполнением работ
3. Решение ситуационных задач различной степени тяжести
4. Решение тестов различной степени сложности

### **Ситуационные задачи.**

1. В отделении поступил больной с жалобами на припухлость, покраснение в области шеи. При осмотре в области шеи имеется небольшой зудящий узел с геморрагической пустулой. Вокруг ткани отечные. При пальпации отмечается болезненность.  
Какой Ваш диагноз? Что надо делать?

## **VIII. Задачи для самостоятельной работы.**

1. Подготовка поступивших и оперированных больных для курации.
2. Взять истории болезни оперированных больных, изучать их с анализами. Подготовить этих больных на перевязку.
3. Взять истории болезни больных, которым назначены СА, ПСС. Введение ПСС по Безредке.

## **IX. Рекомендуемая литература.**

1. М.И. Кузин. Учебник «Хирургические болезни», М.,-1986
2. Б.В. Петровский. Учебник «Хирургические болезни». М., 1980.
3. Учебно-методические пособия, выпущенные сотрудниками кафедры
4. Хирургия для студентов мед. ВУЗов., Санкт- Петербург, 1-2-том. 1978
5. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлар», Т., -1991
6. Лекции проф. Т.Х. Каюмова и доц. Я.В. Инагамова по теме. (экземпляры на кафедре и в библиотеке)., 2001.

**ЗАНЯТИЕ № 18**

**1. Тема: Заболевания щитовидной железы—зоб; тактика, онкологическая настороженность.**

**Количество часов—2 часа (лекция № 15) (Половина занятия)**

**2. Цель занятия:**

- получить представление об анатомии, физиологии щитовидной железы, её роль в регуляции обменных процессов в организме, основные заболевания и их хирургическое лечение.
- Ознакомится с причинами заболеваний щитовидной железы, значение йода в образовании гормонов щитовидной железы.
- Пронаблюдать и усвоить навыки пальпации щитовидной железы, определение степени поражения щитовидной железы, уметь диагностировать зоб.
- Принципы лечения.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

- 1) Анатомия и физиология щитовидной железы.
- 2) Классификация.
- 3) Методы исследования, особенно клинические—обратить внимание на анамнез, жалобы, осмотр, пальпацию.
- 4) Присутствовать при УЗИ исследовании щитовидной железы.
- 5) рассмотреть скенограммы, найти «холодные» и «горячие» очаги.
- 6) Демонстрация больных с зобом, научить студентов правильно подходить к больному, пальпации, и определение степени увеличения щитовидной железы. Определять признаки и симптоматику заболеваний щитовидной железы.
- 7) Освоение студентами навыков исследования больных и умения диагностики зоба.

**4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

- 1) знать анатомию и физиологию щитовидной железы
- 2) знать классификацию заболеваний щитовидной железы.
- 3) знать методы исследования щитовидной железы.
- 4) уметь обследовать больного—определить степень увеличения зоба, пальпировать щитовидную железу.
- 5) уметь определять функциональные пробы—Штельвага, симптом «телеграфные столбы», Грефе и др.

**Практическая работа.**

1. В палатах показать больных с заболеваниями щитовидной железы и продемонстрировать обследования их.
2. В палате студенты обучаются навыкам пальпации щитовидной железы и определению степени увеличения зоба, перевязывают раны послеоперационным больным.

### **5. Оснащение занятия.**

- 1) Таблицы.
- 2) Слайды
- 3) Скенограммы, УЗИ снимки, ЭКГ.
- 4) Данные радиоиммунологических анализов гормонов щитовидной железы.

### **6. Преподавательские заметки.**

В работе №1 в большинстве случаев поражается какая-либо одна железа внутренней секреции, в результате чего развивается недостаточная или избыточная её функция.

Недостаточность йода приводит к понижению продукции тиреоидных гормонов и уменьшению их в крови. Компенсаторно развивается избыточная секреция тиреотропного гормона гипофиза, что вызывает активную функцию щитовидной железы, гиперплазию её поверхности и образованию зоба. Гиперплазия увеличивает продукцию тиреоидных гормонов. Первоначальная диффузная гиперплазия переходит в смешанный и узловатый зоб, что наблюдают при далеко зашедших стадиях заболевания. Благодаря компенсаторным механизмам восстанавливается синтез тиреоидных гормонов и достигается эутиреоидное состояние.

Хирургическое лечение показано при узловом и смешанном зобе, при диффузном зобе IV, V степени, при затрудненном и внутригрудном расположении зоба, при осложнениях зоба.

Профилактика эндемического зоба состоит в прибавлении к пище йодированной соли в дозе 1/10 000 или 1/20 000 для этого используют йодид калия. Йодотерапия эффективна в детском и юношеском возрасте.

### **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Тесты, решение ситуационных задач, демонстрация навыков обследования больного с заболеваниями щитовидной железы.

Ситуационные задачи.

1. В клинику госпитализирована больная с жалобами на раздражительность, плаксивость, сердцебиение. Объективно: щитовидная железа увеличена, пульс 138 уд. в мин., аритмия, лицо красное, руки влажные, имеется тремор пальцев. Также выявлен экзофтальм, расширение глазной щели. О каком заболевании можно думать? Какие методы исследования нужно провести?

Ответ: Тиреотоксикоз. Основной обмен, УЗИ, сканирование .

2. Больная с диффузным зобом обратилась с жалобами на высокую температуру, озноб, боли в области шеи, головные боли. Объективно: местно—отёк, инфильтрация, гиперемия кожи, болезненность при пальпации и глотании, увеличены регионарные лимфатические узлы. О каком заболевании можно думать?

Ответ: Струмит.

### Тесты по теме занятия.

1. Какие симптомы не относятся к группе глазных?

- А) Ромберга +++
- В) Штельвага
- С) Грефе
- Д) Образцова +++
- Е) Дельримпля.

2. В каком положении лучше производить пальпацию щитовидной железы?  $\alpha$ -2

- А) С правого бока
- В) Лёжа, с подушкой, подложенной под плечи.
- С) Спереди, стоя +++
- Д) Сидя, сзади +++
- Е) С левого бока.

3. О чём говорит холодный узел при сцинтиграфии?  $\alpha$ -2

- А) раке щитовидной железы +++
- В) о тиреоидите
- С) о струмите
- Д) о болезни Риделя
- Е) об узловом доброкачественном зобе +++

### 8. Задания для самостоятельной работы.

1) подготовить больного к радиоизотопному обследованию, к УЗИ.

- 2) изучить влияние гормонов щитовидной железы и других желез, органов.
- 3) написать рецепты больным с диффузным зобом (консервативное лечение).

**9. Рекомендуемая литература.**

- 1) Клиническая хирургия под редакцией Р.М. Панцирева М., Медицина 1988
- 2) Хирургик касалликлар С.М. Агзамходжаев, Рахмонов.
- 3) Хирургические болезни М. И. Кузин
  1. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я.В. Иногамова по данной теме.

## Занятие №18 (Продолжение)

**I. Тема: Заболевания молочной железы. Количество часов - 2 часа.** (Лекция №5)

**II. Цель занятия:** Дать понятие о заболеваниях молочной железы, ознакомиться с методами лечения, привить студентам чувство «онкологической настороженности» при обследовании молочной железы.

### **III. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Рассмотреть воспалительные заболевания молочной железы: маститы, классификацию, методы диагностики, обследования и способы самообследования, клинические проявления
2. Методы оперативных вмешательств при заболеваниях молочной железы
3. Врожденные заболевания молочной железы
4. Дисгормональные дисплазии молочной железы.
5. Опухоли молочной железы, «онкологическая настороженность» при обследовании.

### **IV. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать о воспалительных и дисгормональных заболеваниях молочной железы
2. Знать классификацию, диагностику, принципы лечения
3. Уметь диагностировать маститы
4. Уметь дифференцировать маститы от дисгормональных гиперплазий
5. Уметь отличить гнойную форму и направить в хирургическое отделение
6. Уметь назначить антибиотикотерапию, способов предупреждения застоя молока, общеукрепляющую терапию

### **Практическая работа.**

1. В палатах, перевязочной студентам показать больных с различными формами маститов, их обследование
2. В случае абсцедирующего мастита произвести вместе со студентами вскрытие гнойника, научить перевязывать раны

### **V. Оснащения занятия**

1. Таблицы
2. Слайды

3. Больные
4. Рентгенограммы
5. Альбомы с фотографиями больных с маститом
6. Перевязочный материал

## **VI. Преподавательские заметки.**

Молочная железа тесно связано с системой желез внутренней секреции. Боль является одним из симптомов, заставляющих женщину обратиться к врачу. Кроме того, выделение из соска, их характер, особенно кровянистого характера особенно должны насторожить врача. Обследование нельзя производить в предменструальном периоде, а также во время менструации и в течение 5-6-дней после ее окончания.

Среди врожденных заболеваний чаще встречаются чаще встречаются пороки развития и уродства - амастия, ателия, аплазия, полителия, панмастия, гипермастия и т.д.

Воспаление молочной железы - мастит; имеет важное значение инфекция и лактостаз. Консервативно лечится серозная и инфильтративная фазы - антибиотики, новокаиновые блокады, УФО, общеукрепляющая терапия. Хирургическое лечение при флегмонозной, абсцедирующей и гангренозных фазах.

Нейрогормональные связи молочной железы разнообразны и сложны. Дисгормональные гиперплазии - пролиферативные изменения железистой ткани самого разнообразного характера.

Рак молочной железы в настоящее время является одной из наиболее частых форм злокачественных опухолей у женщин.

Редкие заболевания молочной железы - туберкулез, эхинококк, саркома.

## **VII. ВИДЫ КОНТРОЛЯ.**

Устные ответы на вопросы, диагностика заболеваний студентами курацией больных. Решение ситуационных задач, тестов.

### **Ситуационные задачи.**

1. В кожнодиспансер обратилась женщина с жалобами на шелушение вокруг соска и ареолы, наличие трещин и эрозий с мокнущей поверхностью. Болеет около полугода, лечилась самостоятельно, без эффекта.

Предварительный диагноз, план обследования, лечения.



**IX. Рекомендуемая литература.**

1. Общая хирургия. Стручков В.И. М., 1988
  2. Умумий хирургия. Орипов У.О. Каримов Ш.Н. Т., 1993
  3. Общая хирургия. Гостищев В.К. М., 1997
  4. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева. М., 1988
- Лекции проф. Т.Х. Каюмова, доц. Инагамова Я.В. по данной теме (экземпляры в кафедре и в библиотеке).

## **ЗАНЯТИЕ № 19.**

**I. Тема: Острый аппендицит:** клиника, диагностика, тактика врача. Профилактика осложнений. Выработка практических навыков по диагностике и лечению.

Количество часов – 6,1 часов. (Лекция №10)

**II. Цели:** Иметь представление об остром аппендиците, что он среди всех острых хирургических заболеваний является часто встречаемой патологией. Ознакомиться со статистикой острого аппендицита; распространенность, заболеваемость, летальность. Иметь представление о том, что ни один больной при современном уровне хирургии, анестезиологии и реаниматологии, техники хирургов не должен умереть от острого аппендицита. Обратит внимание, что острый аппендицит настолько широко распространенное заболевание, что врачам-стоматологам необходимо осматривать больных с подозрением на острый аппендицит. Ознакомиться с типичной клинической картиной острого аппендицита, дифференцировать с наиболее схожими заболеваниями, обратит внимание на причины и механизмы развития острого аппендицита, ознакомиться с порядком курации больных, с чего начинать, с расспроса, и в последнюю очередь, осмотр живота, ознакомиться с наиболее характерными симптомами: Кохера, Ровзинга, Ситковского, Бартомье - Михельсона, а при ретроцекальных расположениях отростка симптомы Образцова,, Иванова; самостоятельно определять симптомы. Убедиться, что операция является единственным методом лечения острого аппендицита, поэтому единственно правильная тактика при установлении диагноза острого аппендицита скорее привезти больного в хирургическое отделение и оперировать. Убедиться, что нет противопоказаний к операции, единственное противопоказание - это аппендикулярный инфильтрат. Иметь твердое представление, что чем раньше установлен диагноз острого аппендицита, чем раньше больной госпитализирован, чем раньше сделана операция, значить осложнений будет меньше, летального исхода не будет. Осложнение острого аппендицита.

### **III. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Места расположения червеобразного отростка.
2. Классификация острого аппендицита по Колесову
3. Типичная клиническая картина острого аппендицита и изменение его при других расположениях отростка.

4. Дифференциация с другими острыми заболеваниями
5. Клиническая картина острого аппендицита у детей, стариков, беременных. Особенности диагностики.
6. Осложненные формы острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, кишечные свищи, перитонит; диагностика, тактика, лечение.
7. Лечение острого аппендицита
8. Изменение со стороны анализов крови и мочи.
9. Тактика хирурга при установлении диагноза аппендикулярного инфильтрата только во время лапаротомии.
10. Санитарно-просветительская работа среди населения, врачей других медицинских специальностей при выявлении болей в животе.

#### **IV. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что в настоящее время нет одной болезни, не должен умереть от острого аппендицита
2. Знать, что врачам-стоматологам неоднократно придется осматривать больных с болями в животе и устанавливать диагноз острого аппендицита.
3. Уметь поставить диагноз острого аппендицита.
4. Уметь путем осмотра, пальпации выявлять основные симптомы заболевания; жалобы, анамнез (симптом Кохера), симптомы со стороны живота; боли при пальпации в правой подвздошной области, там же положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Образцова, Иванова, напряжение мышц и т.д.
5. Уметь прочитать в анализе крови, что имеется воспалительный процесс.
6. Знать, что единственный метод лечения острого аппендицита - операция, противопоказаний к нему нет, за исключением аппендикулярного инфильтрата.
7. Уметь путем анализа и пальпацией выявлять симптомы такого осложнения, как аппендикулярный инфильтрат.
8. Уметь проводить консервативное лечение при аппендикулярном инфильтрате, а когда появляются симптомы нагноения инфильтрата во время оперировать.

9. Уметь и выработать практические навыки перевязок ран после аппендэктомии, выявлять при этом имеется ли воспаление и нагноение раны, как послеоперационное осложнение.
10. Уметь при постановке диагноза дифференцировать со схожими заболеваниями, как правосторонняя почечная колика, разрыв кисты яичника, знать, что во второй половине беременности локализация боли могут быть выше, а не в правой подвздошной области.
11. Знать, что он обязан, если попросят, пойти осмотреть больного с болями в животе и поставить диагноз острый аппендицит.

### **ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА.**

1. Курация поступившего больного с острым аппендицитом, совместно с преподавателем и дежурным врачом, выставление диагноза на основании жалоб, анализа, объективных данных, со стороны живота. Если нет больного в учебной комнате выработка умений и практических навыков по определению симптомов острого аппендицита на самих студентах.
2. Самостоятельные перевязки студентами больных оперированных по поводу острого аппендицита, демонстрируя при этом какой разрез был произведен, каково состояние мягких тканей в области послеоперационной раны, нет ли признаков воспаления, умение и выработка практических навыков по технике перевязки.
3. Осмотр больного с аппендикулярным инфильтратом, выяснение жалоб, анамнеза, пальпации живота и выработка навыков и умения по определению инфильтрата в правой подвздошной области. Изучение истории болезни, интерпретация анализов в динамике, назначение лечения, эффект от этого. Дальнейшая судьба больного после выписки.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды по теме занятия.
2. Макропрепараты удаленных отростков.
3. Больные только поступившие и уже оперированные.
4. История болезни с наличием анализов и описанием операции.
5. Больной с аппендикулярным инфильтратом и историей болезни.
6. Инструменты необходимые для аппендэктомии.

### **6. Преподавательские заметки.**

В работе № 1 в начале совместно с преподавателем либо в приемном покое, либо в отделении строго по существующей схеме курация больных, выясняют основные жалобы, затем анамнез, при

этом устанавливают есть ли анамнестический симптом Кохера, затем приступают к выявлению симптома со стороны живота, порядок следующий: в начале осмотр живота- обычная ли форма, вздут ли или нет, как участвует в акте дыхания. Затем приступают к пальпации начиная со здоровой стороны, т. е. с левой подвздошной области в начале поверхностная, затем глубокая пальпация, затем передвигается по ходу толстого кишечника, только в сторону правой подвздошной области, где везде было мягко, а в правой подвздошной области боль, иногда выявляют напряжение мышц, положительный симптом Ровзинга, Ситковского, Бартомье - Михельсона, Воскресенского, Раздольского, Щеткина - Блюмберга, а если ретроградное расположение отростка то обязательно определяют симптом Образцова и Иванова. Затем несколько студентов также определяют эти симптомы, затем вырабатывают практические навыки по определению этих симптомов в учебной комнате на кушетке друг на друге. Дома на родственниках повторяют определять эти симптомы. Если у постели больного выявляют симптомы и ставиться диагноз острого аппендицита студенты с преподавателем предлагают ему операцию, на что обычно получают согласие больного. Затем на слайдах демонстрируют ход аппендэктомии.

В работе №2 В перевязочной чистой или гнойной если рана нагноилась студенты самостоятельно перевязывают после операционную рану после аппендэктомии. Одновременно заполняют, что разрез Дьяконова - Волковича производится через точку границы с\3 и н\3 линии соединяющий бугорок подвздошной кости с пупком. Во время перевязки дают характеристику ране; нет ли признаков воспаления- гиперемии, отека. Правильно и технично выполнять перевязку, обрабатывая антисептиками вокруг раны и непосредственно раны. Какая повязка, с учетом десмургии, чаще применяется и т. д. Делая часто перевязки они вырабатывают навыки.

В работе №3 У постели больного с аппендикулярным инфильтратом самостоятельно курируют. Самое главное почему и как могло случится такие осложнения, почему он во время не пришел на операцию, сколько дней прошло, как появились боли, была ли температура, какая физиология? не выражены ли симптомы интоксикации.

А затем пальпируя выявляют инфильтрат в правой подвздошной области, его размеры, границы, плотность, болезненность, нет ли флюктуации, расчерчивают границы инфильтрата, изучают по истории болезни какая кровь, лейкоцитоз и его формулы, какой

сдвиг влево, в динамике уменьшается ли лейкоцитоз, снижается ли температура, т. е. выясняют имеется ли тенденция к рассасыванию. Что для этого получает больной, какова дальнейшая перспектива. Определяют что дальше делать после рассасывания и выздоровления. Дают наставление больному, что бы он через 3 месяца пришел в клинику для удаления червеобразного отростка.

### **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением работы, степени умения и выработки практических работ по определению симптомов заболеваний. Коррекция их по мере надобности. Решение ситуационных задач и тестов различают степени симптомов.

#### **Ситуационные задачи.**

1. В отделение поступил больной с жалобами на боли в правой подвздошной области, иррадиирующую в правую поясничную область. Несколько учащение мочеиспускания. Заболел сутки назад. Боли в начале появились в эпигастральной области, затем переместились в правую подвздошную область, сопровождалась тошнотой. Со временем повысилась температура, боли стали отдавать в правую поясничную область, и сильно стал учащенным мочеиспускание. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье - Михельсона - слабо положительный. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. В анализах крови определяется лейкоцитоз до 12 тыс; в моче - следы белка, лейкоциты 8 - 10 в поле зрения, эритроциты единичные.

Заподозрено что у больного острый аппендицит. Для установления окончательного диагноза с чем необходимо дифференцировать. Какие симптомы обязательно следовало проверить, учитывая возможность необычного расположения отростка.

2. Поступил больной с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболел 5 часов назад. Со стороны живота положительные симптомы Щеткина- Блюмберга, Ровзинга, Бартомье - Михельсона, 9 тыс. Какой диагноз? Что надо делать?

3. В клинике находится и получает лечение больной с аппендикулярным инфильтратом в течении последней недели. Состояние больного заметно не улучшилось; температура по вечерам повышается до 38,5 град. , утром нормальная. держится на 16 тыс. со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Инфильтрат

при пальпации в размерах не уменьшился, только в центре при внимательной пальпации появилось размягчение инфильтрата. Что произошло? Что делать?

#### **Тесты по теме занятия.**

1. Усиление болей при перкуссии живота в правой подвздошной области. Какой это симптом?
  - А. Раздольского. +++
  - В. Щеткина- Блюмберга.
  - С. Ровзинга.
  - Д. Ситковского.
  - Е. Воскресенского.
  
2. Укажите что может чаще симулировать признаки острого аппендицита?
  - А. Фибромиома матки
  - В. Киста в яичнике
  - С. Аднексит справа. +++
  - Д. кольпит.
  - Е. опухоль яичника.
  
3. При каком осложнении острого аппендицита необходимо оперировать, но во время операции нельзя стремиться выполнить аппендэктомию?
  - А. Разлитой перитонит.
  - В. Сепсис.
  - С. При высокой температуре.
  - Д. Периаппендикулярном абсцессе.
  - Е. аппендикулярном абсцессе. +++

#### **8 Задание для самостоятельной работы.**

1. Подготовить больных только поступивших, а также оперированных для курации.
2. Взять историю болезни оперированных больных, изучить их с анализами и подготовить их к перевязке.
3. Если есть, узнать в какой палате больной с аппендикулярным инфильтратом, взять историю болезни.

#### **9. Рекомендуемая литература (8, 9, 10, 14, 23)**

1. Хирургические болезни- Учебник М. И. Кузин М., 1986 г.

2. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.
3. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.
4. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1-2 том. 1978 г.
5. Хирургия касалликлар - Дарслик С. М. Агзамходжаев Т, 1991 г.
6. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001 г. (экземпляры б в библиотеке и на кафедре).

**Занятие № 20. ( лекция № 11 )**

Количество – 6,1 часа.

1. **Тема: Острый холецистит:** Клиника, диагностика, тактика врача, консервативное лечение и показания к операции. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Методы обезболивания. Профилактика желчекаменных болезней.
2. **Цели:** Иметь представления об остром холецистите, что он среди всех хирургических заболеваний является одной из самой актуальной проблемой. Ознакомиться с острым аппендицитом: распространенность, заболеваемость, летальность. Обратит внимание на острый холецистит, что оно широко распространенное заболевание. Ознакомиться с типичной клинической картиной острого холецистита, дифференцировать со сходными заболеваниями. Обратит внимание на причину и механизм развития острого холецистита. Ознакомиться с порядком курации больных, с чего начинают, с расспроса, и в последнюю очередь осмотр живота. Ознакомиться с наиболее характерными симптомами Георгиева - Мюссе, Ортнера, Кера, Мюсси, Курвуазье. Ознакомиться с консервативным лечением, показания к операции.

Иметь твердо представление, что чем раньше поставлен диагноз и чем госпитализирован в хирургическое отделение, чем раньше произведено лечение, значит и осложнения будет меньше, летальные исходы меньше.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Место расположения желчного пузыря, и кровоснабжение.
2. Представление о сфинктере Одди.
3. Острый холецистит, её связь с употреблением жирной пищи.
4. Классификация острого холецистита.
5. Типичная клиническая картина.
6. Дифференциальная диагностика с другими острыми заболеваниями.
7. Осложненные формы острого холецистита, прободение.
8. Консервативное лечение острого холецистита.
9. Показание к операции.
10. Изменение со стороны крови: биохимия крови.
11. Диагностика острого холецистита.
12. Тактика хирурга при установлении острого холецистита.

13. Санитарно- просветительные работы среди населения врачей специалистов при появлении боли в животе.

#### **4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что в настоящее время ни один больной не должен умереть от острого холецистита.
2. Знать, что врачам- стоматологам не однократно придется осматривать больных с болями в животе и устанавливать диагноз острый холецистит.
3. Уметь поставить диагноз острый холецистит.
4. Уметь, путем осмотра, пальпации выявлять основные симптомы заболеваний, жалобы, анамнез, симптомы со стороны живота: боли при пальпации в правом подреберье: Френикус-симптом., Ортнера, Кера, Мерфи, Курвуазье.
5. Уметь прочитать анализы крови, УЗИ желчного пузыря.
6. Знать показания к операции.
7. Уметь проводить консервативное лечение.
8. Уметь дифференцировать со сходными заболеваниями.
9. Уметь и выработать практические навыки, перевязки ран после холецистэктомии. Выявлять при этом имеется ли воспаление и нагноение раны как послеоперационное осложнение.
10. Уметь и знать в возникновении острого холецистита значения чрезмерного употребления жирной пищи.
11. Знать, определять тактику хирурга при остром холецистите.
12. Знать особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

#### **Практическая работа.**

1. Курация поступившего больного с острым холециститом, совместно с преподавателем и дежурным врачом: вставление диагноза, на основании жалоб, анамнеза, объективных данных со стороны живота. Выработка умений и практических навыков по определению симптомов острого холецистита.
2. Самостоятельные перевязки студентами больных оперированных по поводу острого холецистита: демонстрируя при этом какой разрез был произведен, каково состояние мягких тканей в области послеоперационной раны, нет ли признаков воспаления. Умение и выработка навыков по технике перевязки.
3. Осмотр больных с желчнокаменной болезнью, механической желтухой, выяснение жалоб, анамнез, пальпация живота. Умение читать анализы крови и УЗИ.

4. Изучение истории болезни.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды по теме занятия.
2. Макропрепараты: удаленные камни из желчного пузыря.
3. Больные только поступившие и после операции.
4. История болезни с наличием анализов крови и биохимии крови, УЗИ желчного пузыря, фиброгастрододеноскопия.
5. Больной с механической желтухой и история болезни.
6. Инструменты необходимые для холецистэктомии.

### **6. Преподавательские заметки.**

В работе № 1 в начале с преподавателем либо в приемном покое, либо в отделении осматривают больного строго по схеме, курация больных: жалобы, анамнез, при этом устанавливают количество потребляемой жирной пищи. Затем выявляют симптомы со стороны живота: обычной формы, вздут или нет, в акте дыхания участвует или нет.

Пальпация живота: поверхностная и глубокая пальпация. Пальпация желчного пузыря, увеличены ли размеры его, боли иррадируют в правую под лопатку, плечо и шею. Выявлять симптомы острого холецистита - Георгиевский, Мюссе, Ортнера, Кера, Мерфи, Курвуазье. После установления диагноза - острого холецистита - определить лечебную тактику с преподавателем. Определить показания к операции.

В работе №2 в чистой или гнойной перевязочной если раны нагноились студенты самостоятельно перевязывают раны после холецистэктомии. Выясняют разрезы при холецистэктомии: разрез Федорова, верхний срединный разрез, параректальный разрез. Во время перевязки дают характеристику ран: нет ли признаков воспаления - отек, гиперемия. Правильно и технично выполнять перевязки с учетом десмургии. Делая часто перевязки они вырабатывают навыки.

В работе № 3 у постели больного с желчнокаменной болезнью и механической желтухой курируют. Самое главное почему и как могло случиться с употреблением жирной пищи внезапные боли в правой подреберье, тошнота, рвота, повышение температуры тела. Через несколько суток появление желтушности кожи и склер, потемнение мочи и ахоличный кал. Затем пальпируя, выявляют увеличенный желчный пузырь, болезненность в правом подреберье. Определяют местное раздражение брюшины - симптом Щеткина - Блумберга. Специальные симптомы острого холецистита -

Френикус-симптом, Ортнер, Мерфи, Мюссе. УЗИ- наличие камней в желчном пузыре, желчного протока и холедоха, ширины холедоха. ФГДС - поступает ли желчь в 12-перстную кишку.

Проанализировать биохимию крови АЛТ, АСТ, общий билирубин: связанный и несвязанный. Общие анализы крови: лейкоциты сдвиг влево.

После консервативного лечения сокращается ли желчный пузырь, уменьшается ли интоксикация. При наличии камней - рекомендовать оперативное лечение.

### **7 Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль за выполнением работ, степени умения и выработки, определение симптомов заболеваний. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

1. В отделение поступил больной с жалобами на боли в правом подреберье, с иррадиацией в правую подложку, плечо и шею. Заболел после приема жирной пищи.

Внезапно в правом подреберье появилась сильные схваткообразные боли, была тошнота, рвота, повышение температуры тела. Язык сухой, обложен. Живот правильной формы, в акте дыхания равномерно участвует. При пальпации в правом подреберье имеется болезненность, желчный пузырь увеличен, симптом Георгиевич Мюссе, Ортнер, Мерфи (+). Гемоглобин 120 г/л, в моче белок - следы лейкоцитов 8-10 в поле зрения. Заподозрено у больного острый холецистит. Что необходимо для установления диагноза? С какими заболеваниями нужно дифференцировать. Какие симптомы обязательно проверить?

2. Поступил больной с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в правую подложку, тошнота, рвота. Боли в течении 24 часа. Со стороны живота пальпируется увеличенный желчный пузырь. Симптом Щеткина - Блюмберга(+), Мерфи, Ортнер, Френикус - симптомы (+). Лейкоцитоз - 18000. Какой диагноз. Что надо делать?

3. поступил больной с жалобами на боли в правом подреберье, тошнота, рвота, потемнение мочи, повышение температуры тела, желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек. На УЗИ - камни  $\varnothing 1,7$  и  $1,5 \varnothing$  в общем желчном протоке. Ширина холедоха более 1,5 см .Какой диагноз? Что надо делать?

### **Тесты по теме занятия.**

1. Усиление болей при глубоком вдохе, когда пальпируется рука касается воспаленного желчного пузыря.

А. Симптом Кера. +++

В. Симптом Ровзинга.

С. Симптом Мерфи.

Д. симптом Ортнера.

Е. симптом Щеткина - Блюмберга.

2. Для острого холецистита характерно:

А. Боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо и шею. +++

В. Боли в правой поясничной области с иррадиацией в мошонку.

С. Боли в правой подвздошной области.

Д. опоясывающие боли.

Е. боли вокруг пупка.

3. Назовите причины, вызывающие приступы острого холецистита.

А. Острая и жирная пища +++

В. Подъем тяжести.

С. Голодание.

Д. перенесенные в прошлом операции.

Е. алкоголь.

## 8. Задание для самостоятельной работы.

1. Подготовить больных только поступивших, а также оперированных для курации.

2. Взять истории болезни оперированных больных, изучить их анализы и подготовить их к перевязкам.

3. Взять историю болезни с механической желтухой.

## 9. Рекомендуемая литература.

1. Хирургические болезни- Учебник М. И. Кузин М., 1986 г.

2. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.

3. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.

4. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1- 2 том. 1978 г.

5. Хирургия касалликлар - Дарслик С. М. Агзамходжаев Т, 1991 г.

6. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001 г. (экземпляры б в библиотеке и на кафедре).

## **Занятие №19 (лекция №11)- Продолжение**

Количество- 6,1 часа.

**1.Тема: Острый панкреатит.** Этиология и патогенез. Клиника, классификация. Клиническая диагностика, ферментная диагностика, лапароскопическая диагностика. Показания к операции. Профилактика острого панкреатита. Дифференциальная диагностика.

**2.Цели:** Иметь представление об остром панкреатите, что он является среди хирургических заболеваний актуальной проблемой. Ознакомить студентов острого панкреатита, распространенности, заболеваемости и летальности. Ознакомиться с типичной картиной острого панкреатита, ее классификация дифференцировать со сходными заболеваниями. Ознакомиться с клинической диагностикой: ферментная диагностика, лапароскопическая диагностика. Ознакомиться с порядком изучения больных с острым панкреатитом: жалобы, анамнез, осмотр живота. Ознакомиться с характерными симптомами: опоясывающие боли, неукротимая рвота, симптом Воскресенского, Мейо- Робсона. Ознакомиться с методами консервативного лечения. Показания к операции. Антиферментная терапия, лечение цитостатиками, применение рибонуклеазы. Детоксикация. Профилактика и лечение нарушений функции органов. Профилактика гнойно- септических осложнений.

### **Перечень рассматриваемых вопросов.**

- Место расположения панкреаса, их кровоснабжение, функции.
- Классификация острого панкреатита.
- Типичная клиническая картина острого панкреатита.
- Дифференциация со сходными другими заболеваниями.
- Осложнения острого панкреатита.
- Лечение острого панкреатита.
- Исследование уровня ферментов и колебания их в крови.
- Тактика хирурга при установлении диагноза- панкреонекроза.
- Роль в возникновении острого панкреатита алкоголя и острой пищи.
- Профилактика острого панкреатита и ее осложнение.

### **3. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, что самой сложной проблемой неотложной хирургии органов брюшной полости остается проблема острого панкреатита.

2. Знать, что врачам стоматологам неоднократно придется осматривать больных с болями в животе и устанавливать диагноз острый панкреатит.
3. Уметь поставить диагноз острый панкреатит.
4. Знать основные симптомы: Опоясывающие боли, неукротимая рвота. Уметь собрать анамнез, жалобы, объективные данные, симптом Воскресенского, Мейо- Робсона.
5. Уметь почитать анализы крови, изменение и сдвиг биохимических анализах (диастаза, билирубин) крови.
6. Знать показания к операции.
7. Уметь консервативное лечение.
8. Уметь дифференцировать со сходными заболеваниями.
9. Уметь и знать в возникновении острого панкреатита употребление алкоголя и острой пищи.
10. Уметь и выработать практические навыки в перевязочном, перевязки после операции.
11. Знать, определить тактику хирурга при панкреонекрозе.

#### Практическая работа.

1. Курация поступившего больного с острым панкреатитом совместно с преподавателем или дежурным врачом: выставление диагноза на основании жалоб, анамнеза, объективных данных со стороны живота, со стороны анализов крови и мочи, наличие повышенного содержания в крови и моче диастазы. Выработка умений и практических навыков по определению симптомов острого панкреатита.
2. Самостоятельное назначение консервативного лечения студентами по поводу острого панкреатита. Участие на перевязке, УЗИ и лапароскопическом исследовании по поводу острого панкреатита.
3. Изучение истории болезни.

#### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды по теме занятия.
2. Больные поступившие по поводу острого панкреатита.
3. История болезни с наличием общего анализа крови и мочи, биохимия крови, наличие повышенного содержания диастазы в крови и моче.
4. Медикаменты, необходимые для лечения острого панкреатита.
5. Антиферментная терапия, трасилол, гордокс, контрикал.
6. Лечение цитостатиками- 5 - фторурацил, циклофосфан.

## 6. Преподавательские заметки.

В работе № 1 в начале с преподавателем либо в приемном покое, либо в отделении осматривают больного. Схема курация больных: жалобы, анамнез, употребление алкоголя и острых блюд. Дневные симптомы со стороны живота: обычной формы или нет, вздут, не вздут, в акте дыхания участвует или нет. Определение симптомов Воскресенского, Мейо- Робсона.

Определить наличие диастазы в крови и моче. После установления диагноза- определить лечебную тактику. Определить показания к операции.

В работе №2 в чистой или гнойной перевязочной студенты сами перевязывают раны, если больной оперирован по поводу панкреатита. Во время перевязки дают характеристику ран: наличие или отсутствие отеков и гиперемии вокруг ран. Обработка ран и вокруг ран.

В работе № 3 у постели больного с острым панкреатитом курируют. Почему и как может случиться с употреблением алкоголя и острых блюд, появление опоясывающей боли, неукротимая рвота, вздутие живота, нарушение стула.

Контроль за анализом: наличие и д в крови и мочи. Осмотр живота: состояние видимых слизистых и кожи. Пальпация живота. Определение симптомов: Воскресенский и Мейо- Робсона. Участвуют в исследовании УЗИ- панкреаса. Провести консервативное лечение. определение показания к операции.

Виды контроля.

1. Устные ответы на вопросы.
2. Контроль за выполнением работ, степени умения и выработка практических навыков по определению симптомов заболевания.
3. Решение ситуационных задач.
4. Решение тестов различной степени сложности.

Ситуационные задачи.

1. В отделение поступил больной с жалобами на боли в эпигастрии и в правом подреберье, тошнота, многократная рвота, которые больному не приносит облегчения. Больной внезапно заболел после употребления алкоголя и острых блюд. Общее состояние умеренно удовлетворительное, язык суховат, обложен, живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненно в эпигастрии и левой подреберье. Симптом

Воскресенского и Мейо- Робсона (+). Анализы крови 128 ед диастазы. Какой диагноз? Что надо делать?

Тесты по теме занятия.

1 Симптом Воскресенского Это-:

- А. За грудинные боли
- В. Отсутствие пульсации аорты.
- С. Напряжение мышц живота +++
- Д. Поколачивание по реберной дуги.
- Е. Усиление болей при натуживании.

2. Для снижения болей при панкреатите применяют:

- А. Морфин
- В. Нитроглицерин.
- С. Паранефральная блокада +++
- Д. новокаиново- глюкозная смесь в\в.
- Е. антигистаминные препараты.

3. Для исследования функции поджелудочной железы применяют:

- А. Анализ желудочного сока.
- В. Анализ крови
- С. Диастаза +++
- Д. креатинин крови.
- Е. фибриноген.

### **9. Рекомендуемая литература.**

1. Хирургические болезни- Учебник М. И. Кузин М., 1986 г.
2. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.
3. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.
4. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1- 2 том. 1978 г.
5. Хирургик касалликлар - Дарслик С. М. Агзамходжаев Т, 1991 г.
6. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001 г. ( экзemplяры б в библиотеке и на кафедре).

**Занятие №21 (лекция №12).**

Количество – 6,1 часов.

**1. Тема: Осложнения язвенной болезни:** перфорация, кровотечение и другие. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. первая помощь при язвенной болезни, кровотечение. Клиника и показания к операции при стенозах. Язва желудка, как предраковое заболевание.

**2. Цели занятия:**

1. Ознакомить студентов о распространенности осложнения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
2. Получить представление о этиопатогенезе осложнений, т. к. перфорация, кровотечение, стеноз и предраковое заболевание этой болезни.
3. Обучить студентов методике осмотра и обследования больных с заболеваниями кровотечения язвенной болезни, перфорации, стеноз и предраковое заболевание.
4. Обучить выявлять клинические симптомы и установление диагноза при осложненной язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
5. Обучить провести дифференциальную диагностику с некоторыми острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
6. Сформировать у студентов знание по методу консервативного и оперативного лечения гастро- дуоденального кровотечения и определить показания к операции.
7. Получить представление о значении перфорации, стеноза и значение ранней диагностики: какие язвы переходят в рак, клинические признаки превращения язвы в рак.
8. Научить студентов к тактику врача при осложнении язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Значение осложнения язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
2. Классификацию желудочно-кишечное кровотечение, перфорации.
3. Степени стеноза привратника.
4. О перерождении язвы желудка в рак и виды рака из язвы.

5. Клиническая картина- гастро- дуоденальных кровотечений, перфорации, стеноза привратника, перерождения язвы желудка в рак.
6. Дифференциальная диагностика этих осложнений с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
7. Опасности и исходы осложнений язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.
8. Тактика врача или оказание первой помощи при осложнениях язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, т. к. кровотечение, перфорация.
9. Принципы лечения: консервативное и оперативное.

#### **4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать определение состояния гастро- дуоденальное кровотечение, перфорации, стеноза и предраковое заболевание желудка.
2. Знать клинические симптомы этих осложнений.
3. Знать тактику врача при экстренных состояниях кровотечений из язвы, перфораций, стеноза и предраковое заболевание желудка .
4. Уметь владеть клинико - лабораторными и инструментальными методами исследования.
5. Уметь интерпретировать возле больного.
6. Уметь отличать всех осложнений язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки от других заболеваний живота.
7. Уметь и оказать первую помощь при кровотечениях, перфораций.
8. Знать показания консервативного и оперативного лечения.

#### **Практическая работа:**

1. Курация больных ( вместе с преподавателем).
2. Осмотр и обследование больных: аускультация, пальпация, перкуссия.
3. Научить студентов к правильному расспросу жалоб и собиание анамнеза от больного.
4. Научить студентов правильно читать лабораторные анализы, рентген снимки в кабинете лаборатории и рентгена.
5. Участвовать в эндоскопическом отделении и осмотреть больного при помощи эндоскопа: с целью диагностики и лечения, диатермокоагуляции, взятие биопсии.
6. Общий анализ желудочного сока.

7. Провести совместно со студентами промывание желудка, клизмы по показаниям, определить группы крови, совместимость крови, переливание крови и плазмы.
8. В\в переливание различных лекарственных препаратов, гемостатических препаратов.
9. перевязка оперированных больных- перевязочная, процедурная и манипуляционная комнаты.
10. Демонстрация и разбор больных, учебных таблиц, слайдов, макропрепаратов и инструментов.
11. Участие в физиотерапевтических отделениях.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды.
2. Рентгенограммы.
3. Макропрепараты.
4. Больные и их истории болезни.
5. Зонды для промывания желудка.
6. Зонды для собирания общего анализа желудочного сока.
7. Лабораторные анализы.
8. Гастрофиброскоп, эндоскопический лапароскоп, ( Karl shtorr в операционном).
9. Хирургические инструменты необходимые для обследования и оперативного лечения больных.
10. Кровь, плазмы, кровозаменители и лекарственные препараты.
11. Диафильмы по теме.

### **6. Преподавательские заметки.**

Осложнениями язвы является: Кровотечение ( у 20 %) , перфорация (10%), стеноз выходного отдела желудка ( у 10%), миалигнизация язвы ( 12 перстной кишки- 0,3%, желудка- 3- 15%) больных.

При язвенной болезни кровотечения бывают скрытыми и явными источниками кровотечения: артерия, вены, капилляры. Причины - пептическая язва, послеоперационная язва, геморрагический эрозивный гастрит, синдром Меллори- Вейса у 11%, варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии, опухоли желудка, дивертикулы пищевода, желудка, болезни крови и др. Острая кровопотеря сопровождается гиповалемией. Имеют значение величина и скорость кровопотери. Дефицит ОЦК компенсируется за счет уменьшения емкости сосудистого русла вследствие спазма емкости сосудов кожи, органов брюшной полости, открытия

артериовенозных шунтов. При потере более 15% ОЦК - А/ Д снижается. Постгеморрагическая гипотония вызывает повышение выделения гормонов и под действием этих гормонов увеличивается реабсорбция в почечных канальцах Na и воды, снижается диурез.

Приводит к истощению защитных механизмов, направленных на борьбу с гиповалемией. Основные расстройства: 1.

Гиповалемический шок. 2. Почечная и печеночная недостаточность.

3. Кислородное голодание миокарда. 4. Гипоксия мозга. 5.

Интоксикация. Клиника, диагностика. Признаки кровотечения:

слабость, головокружение, сердцебиение, обморок, позже

развивается кровавая рвота, а затем мелена. Характер рвотных масс.

Больной- кожные покровы бледные и цианотичные, влажные,

холодные. Пульс учащен, А\Д - может быть нормальным, низким.

Исследование гемолитических показателей ( гемоглобин,

гематокрит, группы крови и резус, коагулограмма, кислотно-

щелочное состояние, электролиты, креатинин мочевины).

Проведение мероприятия: 1. Проведение восполнения дефицита

ОЦК, измерение ЦВО. 2. Зондирование желудка, промывание

желудка холодной водой. 3. Экстренно ФЭГДС. 4.

Кислородотерапия. 5. Аутоотраффузия. 6. Кардиотерапия. 7.

Определение степени кровопотери. 8. Постоянная катетеризация

мочевого пузыря. Степени тяжести кровопотери I, II, III, IV,

Хирургическая тактика включает: определение показаний к

операции, срок проведения операции, выбор методов операции.

Перфорация язвы. Классификация: в свободную брюшную полость,

прикрытая перфорация. Возникает в период обострения. Опасность

связана с истечением в брюшную полость содержимого желудка и

12 перстной кишки и быстро ведет к развитию перитонита.

Клиническое течение: I период первичного шока, II период «

мнимого благополучия» III период разлитого перитонита. I период-

резкая, сильная кинжальная боль в области эпигастрии, лицо

бледное, покрыто холодным потом. Ps - замедлен вначале или

учащен. А\Д - снижено, живот как доска, свободный газ в брюшной

полости, исчезновение « печеночной тупости». II период-

уменьшение болей, однако при анализе кишечных данных можно

выявить нарастание признаков развивающегося перитонита. III

период наступает после 6 часов, длится - 12 часов и более.

Состояние больного тяжелое. Дифференциальная диагностика:

перфорация опухоли желудка, острый холецистит и аппендицит.

Печеночная и почечная колика, острый панкреатит, тромбоз и

эмболия сосудов брыжейки, инфаркт миокарда. лечение- является

абсолютным показанием к экстренной операции.

Прилородуоденального стеноза- причиной является язвы 12 перстной кишки, реже препилорические язвы и язвы пилорического канала. Сужение происходит в результате периульцерозного инфильтрата, отека, спазма и рубцевание язвы. Клиника и диагностика: различают три стадии: компенсированную, субкомпенсированную. И декомпенсированную. Затруднение прохождения пищи, чувство полноты и тяжести в эпигастральной области, изжога, отрыжка с запахом, рвота. После рвоты исчезновение болей или нет. При рентген снимке желудок расширен, эвакуация замедлена, общая слабость, похудание, нарушение водно- солевого обмена и кислотно- щелочного равновесия. Шум плеска в желудке. Снижается диурез в результате обезвоживания и сгущение крови. «Централизация кровообращения», гипокалиемия, гипохлоремия, метоболический алкалоз. Лечение- хирургическое.

Предраковые заболевания желудка- язва желудка, полип, кишечная метаплазия, хронический гастрит, преульцерозный гастрит. Рак может развиваться в одном из краев язвы, в дне её или из рубца зажившей язвы. Предраком является не сама язва, а периульцерозный атрофический гастрит. Язвы локализующиеся на большой кривизне желудка, у 90% больных оказывается злокачественным. Малигнизация хронической язвы может наступить в различные сроки язвенного анамнеза, в любом возрасте больного. К признакам малигнизации язвы желудка относят: изменение течения язвенной болезни желудка, изменение характера болей, ухудшение аппетита, похудание, немотированная слабость, уменьшение болезненности при пальпации живота, гипохромная анемия, снижение кислотности живота, постоянное наличие в кале скрытой крови. Для выявления малигнизации язвы на ранней стадии развития рака необходимо систематическое диспансерное исследование больных с хронической язвой желудка с применением гастроскопии и гастробиопсии. Малигнизация язвы является абсолютным показанием к операции, которую производят по всем принципам онкологического радикализма.

### **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом.

Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

Больной А. 43 лет поступил с жалобами на кинжальные боли в эпигастрии. Объективно кожа бледная, холодный пот, P<sub>s</sub> - учащен-102 уд\мин., доскообразный живот. Ваш диагноз?

- А. Стеноз привратника.
- В. Пенетрация язвы.
- С. Рак желудка.
- Д. Кишечная непроходимость.
- Е. Перфорация язвы 12 перстной кишки.

2. Больной У. 55 лет поступил с жалобами на боли в эпигастрии, похудание на 20 кг. В течении- 1 года, общая слабость, отвращение к мясной пище, тошнота, рвота. Ваш диагноз?

- А. Перфорация язвы желудка.
- В. Кишечная непроходимость.
- С. Стеноз привратника.
- Д. Гастро- дуоденальное кровотечение.
- Е. Рак желудка.

#### **Тесты по теме занятия.**

1. Среди разновидностей перфорации язвы считают: выделите ненужное.

- А. Болезнь Меллори- Вейса.
- В. Прикрытая перфорация.
- С. Пенетрация язвы.
- Д. Перфорация в за брюшинное пространство.
- Е. Пробождение в свободную брюшную полость.

2. Причиной стеноза, выхода из желудка следует считать:

- А. Обострение язвенной болезни.
- В. Ожоги.
- С. Опухоли.
- Д. Рубцовую деформацию.
- Е. Туберкулёз желудка.

3. Причины гастро- дуоденальных кровотечений, выделите ненужное.

- А. Каллезная язва.
- В. Снижение вязкости крови.
- С. Повышение артериального давления.
- Д. Грубая, травмирующая пища.

Е. Приём обычной пищи.

4. При гастро- дуоденальных кровотечениях применяют диету:

А. Диета Мейленграхта.

В. Диета №15.

С. Диета №1.

Д. Голод.

Е. Диета №4.

5. Перфорация язвы желудка характеризуется, исключить лишнее.

А. Язвенным анамнезом.

В. Напряжением мышц живота.

С. Внезапными кинжальными болями в эпигастрии.

Д. Сглаженной печеночной тупостью.

Е. Лейкоцитозом.

**8. Задание на самоподготовку.**

1. Подготовить 4- 5 больных по теме к осмотру.

2. Подготовить обзор. Рентген снимок брюшной полости, на наличие газа в брюшной полости, симптом « Ниша».

3. Подготовить эндоскоп, лапароскоп.

4. Подготовить лекарственные препараты для остановки кровотечения и биопрепараты- кровь, плазмы.

5. Показать лабораторные анализы.

**9. Рекомендуемая литература.**

1. Хирургические болезни- Учебник М. И. Кузин М., 1986 г.

2. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.

3. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.

4. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1- 2 том. 1978 г.

5. Хирургик касалликлар - Дарслик С. М. Агзамходжаев Т, 1991 г.

6. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001 г. ( экзemplяры б в библиотеке и на кафедре).

**Занятие №22.****1. Тема: Грыжи.**

Количество- 6,1 часа.

**2. Цель занятия:** Сформировать у студентов понятие о грыжах, их частоту. Ознакомиться с видами грыж, уметь их диагностировать, знать слабые места брюшной стенки и выхода грыж, составные элементы грыж, их осложнения. Иметь понятие и видах ущемления и их причину, клинику, тактику и лечение. Знать и оказывать профилактику грыж и их осложнений.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Дать понятие грыж, классификацию, виды.
2. Этиология, патогенез, анатомия брюшной стенки.
3. Методы оперативных вмешательств и виды пластики.
4. Демонстрация основных видов грыж.
5. Редкие формы грыжи.
6. Разбор общих правил профилактики грыжи.

**4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать понятие «грыжа».
2. Классификацию.
3. Знать основные виды грыжи.
4. Знать виды ущемления, их причины, профилактику и лечение грыжи.
5. Уметь производить смену повязок у оперированных больных, накладывать суспензорий, производить катетеризацию мочевого пузыря по показаниям.
6. Уметь оказывать первую помощь при ущемлении грыжи.

**Практическая работа.**

1. В палатах и перевязочных комнатах показать с различными видами грыж, обследование таких больных (пальпация).
2. В перевязочной показать наложение суспензория у оперированных больных с паховой грыжей, смену повязок на ране.

**5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы.
2. Слайды.
3. В перевязочной наличие перевязочного материала.

4. Макеты.
5. Больные с данной патологией.

### **6. Преподавательские заметки.**

Грыжа- перемещение органов брюшной полости покрытых брюшиной через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу, бывают наружные и внутренние. Наружные - паховые, бедренные, пупочные, белой линии, поясничные и др., к внутренним- грыжа естественных отверстий диафрагмы, а также грыжи в многочисленных брюшных карманах и дивертикулах. Клинических : вправимые и невправимые. К осложнениям: ущемленные, воспаление, копростаз, новообразование грыжи, инородные тела в грыжах. Грыженосители составляют 3-4% ко всему населению. Элементы грыжи: 1)ворота 2) мешок 3)содержимое. Невправимая грыжа- не вправляется в брюшную полость, бывает полной, частичной, временной и постоянной.

К осложнениям относят: - ущемления (бывает гнилостным, каловое, ретроградное, пристеночное). Бывает флегмона грыжевого мешка, каловый застой. Инородные тела, новообразования в грыже встречается редко.

Лечение и профилактика. Лечение- хирургическое. Длительное существование приводит к разрушению окружающих тканей. Бандаж применяется если невозможно операция, даже после предоперационной подготовки. Устранение всех причин ведущих к повышению внутрибрюшного давления. Дозированные физические нагрузки, избежание ожирения и резкого похудения.

### **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы, диагностика видов грыж у больных. Решение тестов и ситуационных задач. Контроль за выполнением перевязок.

Ситуационные задачи.

1. В клинику ночью поступил больной с резкими болями внизу живота. При осмотре живот мягкий, резко болезненный в правой паховой области, где имеется образование 6x8 см., плотной консистенции. Ваша тактика:
  - A. Госпитализировать в хирургическое отделение в экстренном порядке +++
  - B. Сделать клизму и обезболить.
  - C. Попытаться вправить образование в живот.

Д. наложить полуспиртовую примочку и сделать инъекции анальгетика.

2. В приемный покой поступил больной М. , 80 лет, с жалобами на умеренные боли в животе, отсутствие стула в течение недели, тошноту, рвоту. О каком заболевании нужно думать, что может быть причиной данного заболевания, тактика:

Ответ: Кишечная непроходимость. Причиной может быть в первую очередь ущемленная грыжа в паховой области. Госпитализация в хирургическое отделение.

### Тесты.

1. Что предпринять при поступлении больного старческого возраста с ИБС при ущемлении грыжи: альфа 2

- А. Экстренно оперировать +++
- В. Ввести анальгетик +++
- С. Вправить после спазмолитиков.
- Д. лечить ИБС.
- Е. перевести в кардиологическое отделение и вести лечение.

2. Какой из указанных образований не имеет отношения к стенкам пахового канала? - альфа 2

- А. прямая мышца живота +++
- В. Апоневроз наружной косой мышцы живота
- С. Поперечная фасция живота
- Д. внутренняя косая и поперечная мышца живота
- Е. Париетальная брюшина +++

3. Паховая грыжа может выходить через - альфа 2

- А. Медиальную ямку +++
- В. Латеральную ямку +++
- С. Fossa supravesicalis.
- Д. Овальная ямка.
- Е. Щели белой линии.

### 8. Задачи для самостоятельной работы.

1. Изучить литературу о редких формах грыж.
2. Подготовить больного к грыжесечению, подготовить операционное поле.

3. Наложить суспензорий после грыжесечения, заменить повязку на ране, наложить груз после операцию на рану, назначить консервативное лечение.

#### 4. Рекомендуемая литература.

1. Хирургические болезни М. И. Кузин М., 1986 г.
2. Корин бушлиги органларининг ошигич жарохати. У.О. Орипов 1991 г.
3. Хирургик касалликлар С.М. Агзамходжаев Т., 1991 г.
4. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.
5. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.
6. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1- 2 том. 1978 г.
7. Тоскин В.И., Жебровский К.А. Грыжи живота., М., 1997.
8. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001г. ( экземпляры б в библиотеке и на кафедре).

**Занятие №23.****Количество часов – 6,1 часов**

**I. Тема: Острая кишечная непроходимость:** Этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика врача, консервативное лечение. Осложнения. Показания к операции.

**II. Цель занятия:**

1. Ознакомить студентов с заболеваниями кишечной непроходимости и ее значение.
2. Проверить практические знания студентов по анатомии, физиологии кишечника по этиопатогенезу, классификации, клиника и лечению кишечной непроходимости.
3. Обучить студентов методике осмотра и обследования больных с острой кишечной непроходимостью, выявлению симптомов кишечной непроходимости.
4. Проведение дифференциальной диагностики с некоторыми острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
5. Научить студентов тактике врача при кишечной непроходимости. Показания к консервативной и оперативным методам лечения.
6. Сформировать знаний у студентов об исходах и осложнениях кишечной непроходимости, а также о профилактике.

**III. Перечень рассматриваемых вопросов.**

1. Значение заболевания кишечной непроходимости
2. Классификация, клиническое течение, причины возникновения и диагностика кишечной непроходимости.
3. Возможные осложнения, исходы заболевания
4. Тактика врача и оказания первой помощи при кишечной непроходимости
5. Принципы лечения и профилактика

**IV. Ожидаемые результаты:**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать определение, частоту и виды кишечной непроходимости
2. Знать каждый вид кишечной непроходимости по классификации и их клиническую картину, возникновение, симптомов.
3. Знать общий патофизиологические нарушения организма при кишечной непроходимости.
4. Знать патологическую анатомию при кишечной непроходимости

5. Уметь владеть клинико-лабораторными, инструментальными методами исследования.
6. Уметь интерпретировать возле больного
7. Уметь отдифференцировать болезнь кишечной непроходимости от других заболеваний органов брюшной полости.
8. Знать тактику врача при кишечной непроходимости
9. Знать консервативное и оперативное лечение кишечной непроходимости

### **Практическая работа.**

1. Курация больных (вместе с преподавателем)
2. Осмотр и обследование больных: пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Научить студента к правильному расспросу жалоб, собирать анамнез.
4. Научить студента правильно читать лабораторные анализы, рентгеновские снимки (обзорная рентгенограмма брюшной полости, выявление «чаши Клойбера») в лаборатории и рентген кабинете.
5. Участвовать в эндоскопическом отделении и осмотр больного при помощи колоноскопии, ректороманоскопии: с целью диагностики, взятие биопсии.
6. Провести совместно со студентами клизмы по показаниям.
7. Ректальное исследование и его значение при диагностики: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопии, ирригоскопии.
8. Показать проведения консервативной терапии и методику: в\в вливание лекарственных препаратов, п\к, в\м введение лекарственных препаратов.
9. Провести совместно со студентами параректальную новокаиновую блокаду, промывание желудка.
10. Предоперационная подготовка больных, послеоперационный уход и лечение.
11. перевязочная, процедурная, манипуляционные комнаты.
12. Демонстрация и разбор больных, учебных таблиц, слайдов, макропрепаратов и инструментов.

### **V. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды.

2. Рентгенограмма кишечника с различными видами непроходимости и чаша Клойбера, обтурация сигмовидной кишки опухолью, рак слепой кишки, долихосигма, инвагинация.
3. Макропрепараты- рак слепой кишки, сигмовидной кишки, аскаридный клубок, вызвавший обтурацию тонкой кишки, долихосигма, вызвавший заворот, инородное тело прямой кишки и др.
4. Больные и их истории болезни.
5. Клизменные наборы.
6. Лабораторные анализы.
7. Колоноскоп, ректороманоскоп.
8. Контрастное вещество- барий.
9. Хирургические инструменты.
10. Биологические и химические лекарственные препараты.
11. Диафильмы по теме.

## VI. Преподавательские заметки.

Кишечная непроходимость- заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно - кишечному тракту. Частота составляет- 3,5- 9%, у лиц в возрасте 40- 60 лет.

**Классификация:** 1. По происхождению- на врожденные и приобретенные. 2. По механизму возникновения- на механические и динамические. 3. Механическую разделяют на обтурационную, странгуляционную и сочетанную. 4. По уровню непроходимости- на высокую (тонкокишечную) и низкую (толстокишечную). 5. По клиническому течению- на полную и частичную, на острую и хроническую.

Острые патофизиологические нарушения при острой кишечной непроходимости вызваны в основном потерей большого количество воды, электролитов, белка, ферментов, расстройствами кислотно-щелочного равновесия, интоксикацией и действием бактериального фактора.

Патологическая анатомия- характеризуется нарушениями кровообращения и лимфооттока, альтеративно- деструктивными процессами и воспалительными реакциями. Клиника и диагностика. Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли, рвота, гиперперистальтика, задержка стула и газов. Боли начинаются внезапно, часто без видимых причин. При высокой непроходимости рвота многократная и не приносит облегчения. При низкой непроходимости рвота редкая и в раннем

периоде иногда может отсутствовать. Язык при выраженной клинической картине сухой, покрыт желтым налетом. Вздутие живота. Асимметрия живота выражена при толсто-кишечной непроходимости. Брюшная стенка при поверхностной пальпации обычно мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации болезненная, симптом Валя, положительный симптом Кивуля, Мондора. При перкуссии определяют высокий тимпанит, слышен шум плеска. Положительный симптом Обуховской больницы. Лаборатория- Уменьшение объема циркулирующей плазмы, различные степени дегидратации, снижение содержания калия и хлоридов крови, гипопроотеинемия, азотемия и изменения кислотно-щелочного равновесия в сторону как алкалоз, так и ацидоз. Особое значение при острой кишечной непроходимости имеет рентгенологическое исследование. Обнаруживают отдельные петли кишечника, заполненные жидкостью и газом. В норме газ имеется лишь в ободочной кишке. Появление газа в тонкокишечной области указывает на непроходимость - чаще Клойбера. Лечение острой кишечной непроходимости имеет консервативные и хирургические методы. Консервативные мероприятия направленные на разрушение кишечной непроходимости следующие: 1. Опорожнение и промывание желудка при помощи желудочного зонда и шприца Жане. 2. Двухсторонняя паранефральная блокада. 3. В\в введение 10% раствора поваренной соли в количестве 40-100мл. 4. В\в введение 40% раствора глюкозы 20-40 мл. 5. Подкожное введение эзерина или прозерина, при спазме кишечника таропин 0,1=1,0 раствора. 6. Сифонная клизма. Оперативное лечение показано при неэффективности консервативных мероприятий. Профилактика.

## **VII. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

1. У больного 45 лет имеется сильные схваткообразные боли в животе, вздутие, тошнота, рвота, задержка стула. Ваша тактика.

А. Обезболивание.

В. Промывание желудка.

- С. Очистительная клизма.  
Д. Срочная госпитализация в хирургическое отделение.  
Е. Наблюдение на дому.
2. В клинику доставлен больной 40 лет с признаками кишечной непроходимости. При пальцевом исследовании отмечены зияние ануса и пустая ампула прямой кишки - это симптом?
- А. Обуховской больницы.  
В. Образцова.  
С. Петрова.  
Д. Воскресенского.  
Е. Виноградского.
3. Во время операции обнаружен заворот кишки на 180 град. Какое лечение целесообразно применить?
- А. Разворот.  
В. Резекция кишечника.  
С. Согревание.  
Д. Введение новокаина в брыжейку.  
Е. Разворот, согревание, введение новокаина в брыжейку. При неэффективности этого - резекция кишечника.

### **Тесты по теме занятия.**

1. Характер болей при ОКН?
- А. Схваткообразный.  
В. Кинжальный.  
С. Опоясывающий.  
Д. Слабый.  
Е. Постоянный.
2. К какому виду непроходимости относится заворот тонкой кишки?
- А. Обтурационный.  
В. Паралитический.  
С. Динамический.  
Д. Спастический.  
Е. Странгуляционный.

3. Рентген- признак при ОКН?

- А. Метеоризм.
- В. Чаши Клойбера.
- С. Свободный газ в брюшной полости.
- Д. Дефект наполнения.
- Е. Дополнительная тень.

4. Тактика врача- стоматолога при ОКН?

- А. Обезболивание.
- В. Очистительная клизма.
- С. Промывание желудка.
- Д. Направление в хирургическое отделение.
- Е. Наблюдение на дому.

5. К какому виду кишечной непроходимости, закрытие просвета кишки аскаридным клубком относится?

- А. Странгуляционной.
- В. Обтурационной.
- С. Динамической.
- Д. Спастической.
- Е. Паралитической.

#### **VIII. Задачи на самоподготовку.**

1. Подготовить 1-2 больных по теме к осмотру.
2. Подготовить рентген снимок по теме: симптом чаши Клойбера.
3. Научиться и подготовить инструменты для техники паранефральной блокады.
4. Подготовить лабораторные анализы соответствующей по теме.

#### **IX. Рекомендуемая литература.**

1. Хирургические болезни М.И. Кузин М., 1986 г.
2. Корин бушлиги органларининг ошигич жаррохлиги У.О. Орипов Т., 1991 г.
3. Журнал хирургия им. Пирогова №5. Москва - 2000 г.
4. Узбекистан тиббиет журнали №6 Тошкент - 1995 г.

**Занятия 23. Продолжение**

Количество- 6,1 часов.

1. **Тема: Заболевание толстой и прямой кишки**, требующие экстренной помощи. Геморрой, трещины, кровотечение из них. Тромбофлебит геморроидальных вен. Диагностика, лечение. профилактика.

**2. Цель занятия:**

1. Ознакомить студентов с заболеваниями толстой и прямой кишки.
2. Проверить теоретические знания студентов по анатомии, физиологии прямой и толстой кишки.
3. Осмыслить этиологию, патогенез патологическую анатомию заболевания толстой и прямой кишки.
4. Обучить студентов методике осмотра и обследование больных с заболеваниями толстой и прямой кишки.
5. Обучить выявлять клинические симптомы и установление диагноза при заболеваниях толстой и прямой кишки.
6. Обучить провести дифференциальную диагностику с некоторыми другими заболеваниями.
7. Сформировать знания у студентов о исходах болезни толстой и прямой кишки, а также о профилактике.
8. Научить студентов показаниям и методам консервативного и хирургического лечения заболеваний прямой кишки.

**3. Перечень рассматриваемых работ.**

1. Значение заболеваний толстой и прямой кишки.
2. Классификация клинического течения, причины возникновения и диагностика заболеваний толстой и прямой кишки.
3. Возможные осложнения и исходы заболеваний.
4. Тактика врача и оказание первой медицинской помощи при заболевании толстой и прямой кишки.
5. Принципы лечения- консервативное и оперативное лечение.
6. Профилактика.

**4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать, дать определение каждому определенному заболеванию толстой и прямой кишки.
2. Знать клинических симптомов и возникновения болезни толстой и прямой кишки.

3. Уметь болезни клинико- лабораторными и инструментальными методами исследования.
4. Уметь интерпретировать возле больного.
5. Уметь дифференцировать болезни толстой и прямой кишки.
6. Знать тактику врача при осложнениях: кровотечение, непроходимость, воспаление, перфорации толстой и прямой. Знать показания консервативного и оперативного лечения.

### **Практическая работа.**

1. Курация больных ( вместе с преподавателем ).
2. Осмотр и обследование больных: аускультация, пальпация, перкуссия.
3. Научить студентов к правильному расспросу жалоб и собиране анамнеза от больного.
4. Научить студента правильно читать лабораторных анализов, рентген снимки толстой и прямой кишки в кабинете лаборатории и рентгена.
5. Участвовать в эндоскопическом отделении и осмотр больного при помощи колоноскопии, ректороманоскопии с целью диагностики и лечения, взятие биопсии.
6. Провести совместно со студентами клизмы по показаниям.
7. Ректальное исследование и его значение при диагностики: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопии, ирригоскопии, фистулографии, зондирования параректального свища.
8. Показания консервативной терапии и методика его проведения: в\в вливание лекарственных препаратов, крови, плазмы, п\к и в\м введение лекарственных препаратов.
9. Показания к хирургическому лечению и методы рекомендуемых операций.
10. Предоперационная подготовка больных, послеоперационный уход и лечение.
11. перевязочная, процедурная и манипуляционные комнаты.
12. Демонстрация и разбор больных учебных таблиц, слайдов, макропрепаратов и инструментов.
13. Участие в физиотерапевтических отделениях.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы и слайды.
2. Рентгенограммы.
3. Макропрепараты толстой и прямой кишки.

4. Больные и их истории болезни.
5. Клизменные наборы для очищения кишечника.
6. Зонды для определения хода свища.
7. Лабораторные анализы.
8. Колоноскоп, ректороманоскоп.
9. Лазерный коагулятор
10. Хирургические инструменты
11. Биологические и химические лекарственные препараты
12. Диафильмы, видеофильмы по теме

## **VI. Преподавательские заметки.**

Анатомо-физиологические особенности толстой кишки. К заболеваниям толстого кишечника входят аномалии и пороки развития: долихосигма, стенозы, атрезии, болезнь Гиршпрунга, неспецифический язвенный колит, дивертикулы, дивертикулез ободочной кишки, полипы, полипоз и рак ободочной кишки. Рак ободочной кишки занимает одно из первых мест в структуре онкологических заболеваний. В возникновении рака ободочной кишки большая роль принадлежит предраковым заболеваниям, к которым относят полипы и полипоз толстой кишки, ворсинчатые опухоли, НЯК, болезнь Крона. Развитие рака толстой кишки может быть связана с характером питания. Частое развитие рака в области сигмовидной и слепой кишки, реже в остальных отделах. Бывает эндофитный и экзофитный рак толстой кишки. Специфической особенностью рака толстой кишки является довольно длительное местное распространение опухоли (включая прорастание в окружающие ткани и органы). Метастазирование опухоли происходит лимфогенным и имплантационным путем. Выделяют 4 стадии рака толстой кишки. В настоящее время широкое распространение получила классификация TNM. Распространенность поражения кишки устанавливают на основании клинических и инструментальных способов исследования. Клиническая картина. Осложнение. Клинические формы рака. Диагностика и лечение.

Прямая кишка. Анатомо-физиологические особенности прямой кишки. Геморрой. Заболевания прямой кишки, основным клиническим проявлением которого является варикозное расширение венозных сплетений прямой кишки в виде отдельных узлов. Различают наружные и внутренние геморроидальные узлы. Причинами является: продолжительное сидение, хронические запоры, опухоли толстой и прямой кишки, беременность, роды, поднятие непосильной тяжести, употребление спиртных напитков и

острая пища, а также нарушение оттока венозной крови при циррозе печени. Клиника - проявление геморроидальных узлов, кожный зуд в области заднего прохода, кровотечение из геморроидальных узлов во время и после акта дефекации. Нередко наблюдается воспаление геморроидальных узлов- острый тромбоз геморроидальных вен. При этом они увеличиваются в размерах, становятся напряженными, синюшно- красными и резко болезненными. Метод обследования: осмотр, пальцевое исследование ректальным зеркалом и ректороманоскопом для исключения наличия опухоли толстой кишки. Лечение геморроя консервативное и оперативное. Профилактика геморроя осуществляется путем своевременного выявления и лечения заболеваний толстой кишки, назначением соответствующей диеты.

Трещина- имеет длину до 2 см , ширина 2-3 мм, расположена в области задней комиссуры ануса, что обусловлено травматизацией этой зоны при дефекации, страдающих запорами. Предрасполагающими факторами является- колиты, проктиты, энтероколиты, криптит, геморрой. Клиника и диагностика- боль, кровотечение, характерен длительный спазм сфинктера. Диагностика трещины заднего прохода основана на данных анализа, оценка жалоб больного и осмотра области заднего прохода. Дифференциальный диагноз проводят с раком прямой кишки, туберкулезом и сифилитической язвой. Лечение: консервативное и оперативное.

## **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### **Ситуационные задачи.**

1. Больной О. 30 лет поступил с диагнозом внутренний геморрой. Для подготовки ректороманоскопии используется?

- А. Слабительное.
- В. Очистительные клизмы.
- С. Обезболивание.
- Д. спазмолитики.
- Е. закрепляющие средства.

2. Больной Т. 45 лет поступил с геморроидальными кровотечениями, что вы назначите из лекарственных препаратов для остановки кровотечения.

- А. Свечи с анузолом.
- В. Хлористый калий.
- С. Спазмолитики.
- Д. антикоагулянты.
- Е. обезболивающие.

**Тесты по теме занятия.**

1. Фистулография при ректальных свищах выполняется лучше всего с помощью контраста:

- А. Йодолипол 10%.
- В. Триомбраст.
- С. Вераграфин.
- Д. триотраст.
- Е. барий.

2. Геморрой осложняется чаще всего:

- А. Свищами прямой кишки.
- В. Кровотечением.
- С. Парапроктитом.
- Д. Сужением ануса.
- Е. Перерождением в рак.

3. Тромбофлебит геморроидальных вен не связан:

- А. С нарушениями свертывания крови.
- В. С подъемом тяжести.
- С. С воспалением.
- Д. С сердечно- легочными осложнениями.
- Е. С употреблением алкоголя.

4. Раковая опухоль правой половины толстой кишки растет чаще всего:

- А. Смешанно.
- В. Экзофитно.
- С. Эндофитно.
- Д. Инфильтративно.

Е. Экзо-эндофитно.

5. При росте опухоли толстой кишки раньше всего проявляется:

А. Не нарушается проходимость.

В. Жидкий стул.

С. Кишечная непроходимость.

Д. дает « овечий» стул.

Е. Дает « ленточный» стул.

#### 8. Задание на самоподготовку.

1. Подготовить 1-2 больных по теме к осмотру.

2. Подготовить рентген снимок с опухолью толстого кишечника.

3. Подготовить и владеть хирургические инструменты: ректороманоскоп.

4. Подготовить лабораторные анализы соответствующей теме.

#### 9. Рекомендуемая литература.

1. Хирургические болезни М. И. Кузин М., 1986 г.

2. Корин бушлиги органларининг ошигич жарохати. У.О. Орипов 1991 г.

3. Методическая рекомендация. Заболевания прямой кишки. С. М. Агзамходжаев Т., 1978 г.

4. Хирургик касалликлар С.М. Агзамходжаев Т., 1991 г.

5. Хирургические болезни - Учебник Б. В. Петровский М., 1980 г.

6. Учебно - методическое пособие, выпущенная сотрудниками кафедры.

7. Хирургия. Для студентов мед. ВУЗов. Учебник С. Петербург 1- 2 том. 1978 г.

8. Лекции профессора Т. Х. Каюмова и доцента Я. В. Иногамова. 2001г. ( экзemplяры б в библиотеке и на кафедре).

**Занятие №24.(лекция №14)****1.Тема: Заболевание артерий и вен нижних конечностей.**

Количество часов- 6,1 часа.

**2. Цель занятия:** сформировать у студентов понятие о сосудистой патологии, ознакомиться с видами заболеваний артерий и вен нижних конечностей. Уметь диагностировать заболевания артерий и вен нижних конечностей.

**3. Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Рассмотреть основные заболевания артерий и вен нижних конечностей.
2. Изучить классификацию этих заболеваний.
3. Вспомнить анатомию и физиологию артерий и вен.
4. Демонстрация больных с заболеваниями артерий и вен: облитерирующий и атеросклеротический эндоартерииты, диабетические ангиопатии, варикозная болезнь.
5. Методы исследования сосудов.
6. Профилактика и лечение данной патологии.

**4. Ожидаемые результаты.**

1. Знать анатомические, физиологические особенности сосудов.
2. Знать основные заболевания артерий и вен.
3. Знать методы исследования.
4. Уметь диагностировать заболеваний артерий и вен.
5. Уметь накладывать эластический бинт, менять повязки на ранах у оперированных больных.

**Практическая работа.**

1. В палатах, перевязочной студентам продемонстрировать больных с заболеваниями артерий и вен.
2. Поставить функциональные пробы больным с варикозной болезнью.

**5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы.
2. Слайды.
3. Альбомы.
4. Больные с данной патологией.
5. Перевязочный материал, жгуты, эластический бинт.

## **6. Преподавательские заметки.**

Анамнез сосудистого больного тем важен, что большинство заболеваний системные, сопровождаются полиорганными нарушениями.

Основная сущность большинства заболеваний артерий сводится к ишемии органов и тканей. Целесообразно выделить острую и хроническую ишемию. Боль наиболее ранний и постоянный признак ишемии - классический образец- перемежающаяся хромота.

Заболевание вен характеризуется в большинстве случаев признаками нарушения венозного оттока. Боль здесь также ведущий симптом, но она чрезвычайно вариабельна. Чаше распирающая, нарастание боли всегда сопровождается увеличением объема конечности. Весьма часто боль локализуется строго по ходу вены.

Отек конечности- увеличиваются при стоянии, характерно ощущение тесноты обуви к концу дня. При возвышенном положении конечности отек проходит через определенное время.

Характерно повышение пигментированных участков кожи и изъязвленной кожи. Утомленность конечности, чувство боли, тяжести, ощущение «будто наливается свинцом» присущи большинству заболеваний вен.

## **7. Виды контроля.**

Устные ответы на вопросы, демонстрация знаний студентов при обследовании больных, контроль за выполнением функциональных проб, наложением повязок на рану, решение тестов и ситуационных задач.

### **Ситуационные задачи.**

1. Больной С., 62 года, поступил с жалобами на боль в стопе. Обнаружено: на пальце правой стопы имеется отек, болезненность, изменение цвета кончика пальца. В анамнезе- в течении многих лет страдает сахарным диабетом. О каком заболевании можно думать, какие дополнительные исследования нужно провести?
2. Обратился больной с болями в пальцах конечностей. При осмотре- побледнение, похолодание пальцев, кончика носа, мочек ушей, кончика языка. Приступ в течении часа. Профессия связана с ремонтом холодильных установок. О каком заболевании идет речь, дополнительные обследования, лечение.

### **Тесты.**

1. Какая операция не применяется при варикозной болезни нижних конечностей:  $\alpha$ -2

- A. Лериша +++
- B. Бебкокка.
- C. Нарата.
- D. Иванисевича +++
- E. Троянова

2. Какой признак характерен для облитерирующего эндоартериита?  
 $\alpha$ -2

- A. Перемежающая хромота +++
- B. Импотенция.
- C. Трофические расстройства пальцев кисти.
- D. Варикозное расширение вен
- E. Выпадение волос на нижних конечностях +++

3. Какое осложнение не может быть у больного с варикозным расширением вен нижних конечностей?  $\alpha$ -2

- A. Парез и паралич нижних конечностей +++
- B. Венозное кровотечение.
- C. Боли в ноге.
- D. трофическая язва голени.
- E. импотенция +++

**Задание для самостоятельной подготовки.**

1. Иметь жгуты и зажим, эластический бинт, тренировка накладывания эластического бинта, жгута.
2. Подготовить больного для функциональных проб.
3. Подготовить больного для флебэктомии.
4. Наложить эластический бинт больному после флебэктомии.

**9. Рекомендуемая литература.**

1. Клиническая хирургия. Под редакцией Панцырева.
2. Хирурик касалликлар. С.М. Агзамходжаев.
3. Хирургик касалликлар. У.А. Арипов.
4. +Лекции профессора Т.Х. Каюмова и доцента Я.В. Инагамова.

**Занятие №25.**

Количество – 6,1 часа.

**1. Тема: Гемо- пневмо- пиоторакс: Причины, диагностика, лечение, первая помощь. Плевриты.**

**2. Цель занятия:**

1. Ознакомить студентов с заболеваниями легких и плевры, т. к. гемо- пневмо- пиоторакс.
2. Проверить теоретические знания студентов по анатомии, физиологии легких и плевры.
3. Осмыслить этиопатогенез, патологическую анатомию этих заболеваний.
4. Обучить студентов методике осмотра и обследования больных с заболеваниями легких и плевры.
5. Обучить выявлять клинические симптомы и установление диагноза при заболевании легких и плевры.
6. Обучит провести дифференциальную диагностику с некоторыми другими заболеваниями органов грудной клетки.
7. Сформировать знания у студентов о исходах и осложнениях болезни легких и плевры.
8. Научить студентов к тактике врача и оказание первой помощи при гемо- пневмо- пиотораксе и плеврите.
9. Принципы лечения: консервативное и оперативное лечение. профилактика.

**3. Перечень рассматриваемых работ.**

1. Значение заболеваний гемо- пневмо- пиоторакса, плеврита.
2. Клиническое течение, причины возникновения и диагностика.
3. Возможные осложнения и исходы заболеваний.
4. Оказать первую помощь при гемо- пневмо- пиотораксе и плеврите.
5. Лечение и профилактика.

**4. Ожидаемые результаты.**

Студенты к концу занятия должны:

1. Знать определение гемо- пневмо- пиоторакса.
2. Знать план обследования и диагностики.
3. Знать клиническую и рентгенологическую картину гемоторакса, пневмоторакса и пиоторакса.

4. Знать общие патофизиологические нарушения организма этой болезни.
5. Уметь владеть клинико- лабораторными, инструментальными методами исследования при заболеваниях гемо- пневмо- пиоторакса и плеврита.
6. Уметь интерпретацию- при этих заболеваниях.
7. Знать дифференциальную диагностику.
8. Знать тактику врача при этих заболеваниях.
9. Знать консервативное и оперативное лечение.
10. Знать плевральную пункцию.

### **Практическая работа.**

1. Курация больных (совместно с преподавателем).
2. Ознакомиться с анкетой больного.
3. Осмотр и обследование: пальпация, перкуссия, аускультация.
4. Научить студентов к правильному расспросу жалоб и собирать анамнеза от больного.
5. Научить студентов правильно читать рентген снимки в кабинете рентгена и в отделении.
6. Участвовать в эндоскопическом обследовании: осмотр больного при помощи бронхоскопа с целью диагностики и лечения.
7. Освоить технику плевральной пункции.
8. Освоить технику дренажа плевральной полости.
9. Освоить технику микротрахеостомии.
10. Предоперационная подготовка больных, послеоперационный уход и лечение.
11. перевязочная и процедурная.
12. Демонстрация и разбор больных, учебных таблиц, слайдов, макропрепаратов и инструментов.

### **5. Оснащение занятия.**

1. Таблицы, слайды и диафильмы по теме.
2. Рентгенограммы.
3. Макропрепараты.
4. Больные и их истории болезни.
5. Лабораторные анализы.
6. Бронхоскоп, торакаскоп.
7. Хирургические инструменты.
8. Биологические и химические лекарственные препараты.

### **6. Преподавательские заметки.**

Пострадавшие с повреждениями груди составляют 10-12% всех больных с травмами. Большой частью их причиной являются бытовые и дорожно - транспортные травмы. Из осложнений: травматический гемоторакс- скопление крови, излившейся в полость плевры. Небольшое количество крови (не превышающее 500 мл) в синусу называют малым гемотораксом. Если рентгенологически скопление крови определяется на уровне угла лопатки, то гемоторакс называют средним (от 500 до 1000 мл). Гемоторакс может быть с прекратившимся и продолжающимся кровотечением. Уже в первые часы в плевральной полости кровь приводит к асептическому воспалению плевры с выделением экссудата. Различают также инфицированный и неинфицированный гемоторакс.

Травматический пневмоторакс- скопление свободного воздуха между висцеральным и париетальным листками плевры. Плевральные листки раздвигаются нагнетаемым в межплевральную щель воздухом, в основном из поврежденной легочной ткани, трахеи, бронхов. При закрытом пневмотораксе воздух оказывается в замкнутом пространстве плевральной полости. Если воздух только входит в полость плевры, но не выходит из нее, то возникает клапанный (напряженный) пневмоторакс. Воздух, нагнетаемый в плевральную полость оттеснят средостение вместе с сердцем и сосудами в противоположную сторону, отдавливает книзу диафрагму, приводя к опасным для жизни нарушениям дыхания и кровообращения. Различают ограниченный пневмоторакс- легкое поджато на треть объема; средний- до половины объема; большой, или тотальный- легкое поджато полностью. Различают следующие формы гнойных заболеваний легких: 1. Инфекционная деструкция легких. По характеру- а) абсцесс гнойный или гангренозный, б) гангрена легкого. 2. Стафилококковая деструкция легких. 3. Нагноившиеся кисты легких.

Для пневмоторакса характерно: выраженная одышка, цианоз, учащение пульса, ограничение дыхательных экскурсий, появление подкожной эмфиземы, коробочного звука при перкуссии, ослабление дыхательных шумов. Рентгенологически выявляются скопление воздуха в плевральной полости и ателектаз легкого. Лечение при открытом пневмотораксе - показана операция. Гемоторакс- скопление крови в плевральной полости, может быть одно- и двусторонним. В последнем случае создается угроза смерти от асфиксии. При больших скоплениях крови показаны повторные

пункции плевральной полости для отсасывания её и последующего введения антибиотиков.

Лечение – первая помощь сводится к наложению окклюзионной повязки, герметично закрывающей рану, аспирация воздуха и экссудата.

Различные по своему происхождению и особенностям течения воспалительные процессы плевры объединяют одним названием – плеврит. Виды—фибринозный, серозный, геморрагический, гнойный. Различают 3 формы пневмоторакса: острую—бывает тогда, когда в плевральную полость вскрывается большой абсцесс, имеющий сообщение с крупным бронхом. Мягкая форма—возникает при прорыве небольшого абсцесса, не имеющего сообщения с крупным бронхом. Стертая форма—наблюдается обычно у пожилых людей, перенесших ранее заболевания легких.

## 7. Виды контроля.

Устные ответы на вопросы. Контроль и коррекция за выполнением практических работ, приобретенных знаний и умений при этом. Решение ситуационных задач и тестов различной степени сложности.

### Ситуационные задачи.

1. Больной А. 18 лет, поступил с жалобами на недостаток воздуха, боли в правой половине грудной клетки. Жалобы появились 1 час тому назад до поступления. Объективно: кожные покровы бледные правая сторона грудной клетки отстаёт в акте дыхания, дыхательные шумы не определяются. При перкуссии—коробочный звук, при аускультации—дыхание не выслушивается. Ваш диагноз?  
 А) открытый пневмоторакс.  
 В) клапанный пневмоторакс  
 С) спонтанный пневмоторакс +++  
 Д) гемоторакс  
 Е) эмпиема плевры.
2. Каким методом диагностики причину спонтанного пневмоторакса можно определить в данной ситуационной задаче?  
 А) торакоскопия +++  
 В) бронхоскопия  
 С) рентгеноскопия

- Д) аускультация
- Е) УЗИ.

**Тесты по теме занятия.**

1. Наиболее частые причины развития абсцесса легких.
  - А) острый бронхит
  - В) хронический бронхит
  - С) бронхопневмония
  - Д) постгриппозная пневмония
  - Е) эмфизема легких.
  
2. С какой целью используется бронхоскопия при абсцессе легких?
  - А) лечебная, диагностическая, санация
  - В) лечебная
  - С) диагностическая
  - Д) лечебная, диагностическая
  - Е) не используется вообще.
  
3. При проникающих ранениях легких какая причина чаще приводит к посттравматическому гнойному плевриту?
  - А) внесенная инфекция ранящим орудием
  - В) поздняя диагностика гемоторакса
  - С) допущенные ошибки во время операции
  - Д) поздно выполненная операция
  - Е) ослабление больного при ранении.
  
4. Где чаще пунктируют грудную клетку при эмпиеме плевры?
  - А) I-II межреберье по сосковой линии.
  - В) V-VI межреберье по сосковой линии.
  - С) IX- X межреберье по задней линии
  - Д) III-IV межреберье по аксиллярной линии
  - Е) VII-VIII межреберье по аксиллярной линии.
  
5. Какая проба не используется при подозрении на нагноение гемоторакса?
  - А) Склярова
  - В) Петрова
  - С) Эфендиева
  - Д) посев гноя
  - Е) подсчет лейкоцитов в пунктате.

**8. Задание для самостоятельной подготовки.**

- 1) Подготовить 1-2 больных по теме к осмотру.
- 2) Подготовить рентген снимки по теме
- 3) Научиться методам бронхографии
- 4) Научиться технике плевральной пункции.

**9. Рекомендуемая литература.**

1. Хирургические болезни—М. И. Кузин М., 1986
2. Общая хирургия—В. И. Стручков М., 1988
3. Справочник по травматологии—А. Ф. Краснов М., 1984
4. Хирургия для субординаторов—Ш. И. Каримов Т., 1993