**Перечень практических навыков, которыми должны владеть студенты после окончания курса факультетской хирургии**

Общие положения

При проведении обследования больных необходимо помнить следующие правила:

При собирании анамнеза в вопросах не должно звучать намека на ожидаемый ответ (например, проверяя симптом Розвинга, не надо спрашивать "отдает ли боль вправо?", лучше спросить: "Что Вы чувствуете?") Пусть сам больной определит свои ощущения. Если больной затрудняется найти подходящее определение, можно перечислить несколько различных характеристик, среди которых будет ожидаемая Вами.

Проверка большинства симптомов сопровождается болевыми ощущениями, поэтому нельзя начинать с определения симптомов, вызывающих наибольшую болезненность. Это особенно относиться к симптомам раздражения брюшины (ЩеткинаБлюмберга и Менделя), эти симптомы проверяются в последнюю очередь.

Обследование живота после проведения ориентировочной поверхностной пальпации у больных с острыми воспалительными заболеваниями брюшной полости начинается с областей наиболее отдаленных от патологического очага с постепенным приближением к нему, а не наоборот.

Большинство симптомов, проверяемых с одной стороны, необходимо контролировать проверкой и с противоположной стороны (например, симптом Ортнера, ГеоргиевскогоМюсси, Пастернацкого и т.п.), также как и степень напряжения мышц и болезненность при пальпации.

Необходимо знать и уметь показать проекцию всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства на переднюю брюшную стенку.

Следует знать норму клинических анализов и биохимических показателей крови и мочи.

Перечень практических навыков, которыми должны владеть студенты после окончания курса факультетской хирургии.

1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Выяснение симптома ВолковичаКохера.

Локальные симптомы: Ровзинга, Ситковского, БартомьеМихельсона, Образцова, Воскресенского, АуреРозанова.

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

Проекция червеобразного отростка на переднюю брюшную стенку. Определение точек Ланца, МакБурнея.

Вагинальное или ректальное исследование.

Трактовка данных анализа крови.

Особенности ведения послеоперационного периода.

\* \* \*

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

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

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

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

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

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

Симптом АуреРозанова: возникновение болей при пальпации пальцем в треугольнике Пти справа (может быть положительным симптом ЩеткинаБлюмберга) – характерно для ретроцекального положения червеобразного отростка.

Симптомы перитонита: Щеткина – Блюмберга (Blumberg), Менделя (Mendel), защитное напряжение мышц брюшной стенки (описание см. на стр. 4 "Перитонит").

Типичная проекция червеобразного отростка на переднюю брюшную стенку. Точка МакБурнея – точка на границе латеральной и медиальной трети расстояния от пупка до передневерхней ости крыла подвздошной кости. Точка Ланца – точка на границе средней и правой трети расстояния между передневерхними остями крыльев подвздошных костей.

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

Трактовка анализа крови: лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

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

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

Очистительная клизма – на 4 день.

Снятие швов – на 7 день.

2. ПЕРИТОНИТ

Симптомы: ЩеткинаБлюмберга, Менделя, защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Аускультация живота.

Перкуссия живота.

Ректальное пальцевое исследование и вагинальное исследование для определения тазового абсцесса.

Чтение и трактовка рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе.

\* \* \*

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

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

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

Симптом Менделя (Mendel): появление резких болей над участком воспаления при поколачивании кончиками 234 пальцев по брюшной стенке.

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

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

Чтение и трактовка рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе (высокое стояние диаграммы, полость с газом и уровень жидкости между куполом диаграммы и печенью, реактивный плеврит, нижнедолевая пневмония).

Знакомство с техникой введения назогастрального зонда (описание см. "Язвенная болезнь").

3. ГРЫЖИ ЖИВОТА

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

Определение размеров грыжевых ворот.

Симптом "кашлевого толчка".

Симптом: "Шприц феномен".

Вправление грыжевого содержимого.

Техника наложения лейкопластырной повязки при пупочных грыжах у детей.

Особенности ведения послеоперационного периода.

\* \* \*

Осмотр больных производиться в положении лежа и стоя. В положении стоя определяются размеры грыжевого выпячивания, характер поверхности его, консистенция и болезненность; производиться перкуссия над ним. В положении лежа отмечается, вправляется грыжевое выпячивание самостоятельно или нет; производиться пальцевое вправление грыжевого содержимого и после этого определяются размеры и форма грыжевых ворот, состояние их краев, а также симптом кашлевого толчка.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Определение печеночной тупости.

Определение свободной жидкости в брюшной полости.

Симптом "шум плеска".

Пальпация опухоли желудка (размеры, подвижность, консистенция).

Определение наличия отдаленных метастазов: Вирхова, Крукенберга, Шницлера.

Техника назогастрального зондирования.

\* \* \*

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

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

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

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

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

Чтение рентгенограмм желудка и 12ти перстной кишки:

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

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

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

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

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

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

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

5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Пальпация и перкуссия печени.

Симптомы: Захарьина, Образцова, Мерфи, ОртнераГрекова, ГеоргиевскогоМюсси.

Пальпация желчного пузыря (симптом Курвуазье).

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

Техника и трактовка данных холеграмм до и интрасперационных.

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей.

\* \* \*

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

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

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

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

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

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

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

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

Техника холецистохолангиографии

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

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

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

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

Трактовка данных УЗИ печени и желчных путей. Печени – состояние

внутрипеченочных желчных ходов, наличие опухоли, кисты, абсцесса, а также размеры печени.

Желчного пузыря – размеры, толщина стенки, наличие конкрементов (количество, размеры, их расположение, консистенция желчи). Признаки острого воспаления при остром холецистите – увеличение желчного пузыря, утолщение стенки и двухконтурность ее, наличие конкремента блокирующего шейку желчного пузыря.

Холедоха – диаметр, толщина стенки, наличие конкрементов.

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симптом Керте.

Симптом Каменчик.

Симптом Бонде.

Симптом Воскресенского.

Симптом МейоРобсона.

Симптом Мондора.

Симптом ГреяТернера.

Симптом Кулена.

Трактовка биохимических исследований крови и мочи.

Трактовка данных УЗИ поджелудочной железы.

Техника паранефральной блокады.

\* \* \*

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

Симптом Каменчик – болезненность при надавливании под мечевидным отростком.

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

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

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

Симптом Мондора (Mondor) – цианоз кожи лица и губ.

Симптом ГрейТернера (GreyTurner) – цианоз кожи боковых отделов живота.

Симптом Кулена (Cullen) – цианоз в области пупка.

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

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

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

7. НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Симптом Валя.

Симптом ШиманаДансе.

Симптом Тевенера.

Симптом Склярова ("шум плеска").

Симптом Кивуля ("симптом баллона").

Симптом "падающей капли" и "лопающихся пузырьков".

Симптом Обуховской больницы.

Симптом ЦегеМантейфеля.

Трактовка клинических и биохимических исследований крови.

Трактовка данных рентгеноскопии и рентгенограмм.

Техника постановки сифонных клизм.

\* \* \*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чтение и трактовка рентгенограмм: наличие "чаш Клойбера" на обзорных рентгенограммах, заполнение кишечника контрастом при приеме через рот (пассаж бария) – при тонкокишечной непроходимости и через прямую кишку (ирригоскопия, графия) – при толстокишечной.

Техника постановки сифонных клизм (см. Заболевания ободочной и прямой кишки).

8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ И ОБОЛОЧНОЙ КИШКИ

Осмотр анальной области.

Осмотр зеркалами.

Пальцевое исследование.

Ректороманоскопия.

Рентгенологическое исследование.

Симптом "малинового желе".

Симптом "Илеусный стон".

Техника выполнения сифонной клизмы.

\* \* \*

Осмотр анальной области проводиться в коленнолоктевом положении, у лежачих больных – на спине с разведенными согнутыми ногами. Можно обнаружить воспалительный процесс (парапроктит), увеличение наружных или выпадение внутренних геморроидальных узлов, "сторожевой бугорок" и т.д.

Осмотр зеркалами. Зеркало смазывается вазелином, вводиться в прямую кишку и бранши раздвигаются. Можно обнаружить внутренние геморроидальные узлы, анальные сосочки, полипы, трещины.

Пальцевое исследование прямой кишки. Подготовки больного не требуется. Исследование проводиться в коленнолоктевом положении или в положении лежа на боку. При необходимости более глубокого исследования кишки можно использовать положение "на корточках". Введение пальца в норме безболезненное, сопротивление сфинктера небольшое. Спереди от кишки прощупывается у мужчин предстательная железа, у женщин – шейка матки. По остальным направлениям никаких уплотнений не должно быть.

Ректороманоскопия. Осмотр прямой кишки с помощью металлической трубки, снабженной системой освещения (ректороманоскоп). Подготовка больного – накануне исследования жидкая пища и очистительные клизмы, однако нередко можно осмотреть кишку и без подготовки. Ректоскоп с мандреном проводиться только через область сфинктера (56 см). Дальше мандрен извлекается и ректоскоп проводиться по кишке под контролем зрения при раздувании кишки. Осмотреть обычно удается на глубину до 2530 см. Определяется характер слизистой, деформация кишки, при обнаружении опухоли берется биопсия.

Рентгенологическое исследование толстой кишки. Барием, принятым через рот, толстый кишечник обследовать бесполезно, слишком скудная и недостоверная информация. Необходима ирригоскопия (ирригография) с двойным контрастированием. Через прямую кишку вводиться взвесь бария, процесс заполнения кишки контролируется на экране. В случае необходимости делаются рентгенограммы. После этого больной идет в туалет, оправляется от бария и его повторно берут под экран, делают рентгенографию, после чего раздувают кишку и вновь делают рентгенограммы. При этом видны дефекты наполнения, сужения, дивертикулиты, отсутствие гаустрации (симптом "водопроводной трубы") и т.д.

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

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

Сифонная клизма. Для постановки сифонной клизмы надо иметь стеклянную кружку Эсмарха или стеклянную воронку, которые позволяют контролировать динамику поступления воды в кишечник.

Больной укладывается на левый бок на каталку или щит, положенный на ванну (желательно высота от пола 6070 см). К кружке присоединяется резиновая трубка диаметром не менее 1.21.5 см, длинной 11.5 м, а к ней через стеклянную вставку подсоединяется толстый желудочный зонд с тупым концом и боковыми отверстиями (общая длина трубки не менее 2.5 метра). После смазывания вазелином, зонд медленно вводиться и продвигается как можно глубже (желательно до 4060 см). Зонд проводиться с одновременным введением воды в кишечник. Это контролируется по снижению уровня жидкости в кружке Эсмарха. Если уровень воды остановился, значит зонд в кишечнике перегнулся и дальнейшее продвижение его бесполезно. В этом случае зонд немного подтягивается назад до снижения уровня жидкости в кружке Эсмарха. При полном заполнении водой у больного появляются боли и позывы в туалет, в этом случае нужно кружку опустить на пол с тем, чтобы за счет сифона вся вода из кружки была удалена. После этого кружка вновь заполняется чистой водой и все повторяется снова. И так несколько раз. Воды требуется в общей сложности до двух ведер. Вода должна быть теплой (3435°)

9. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Осмотр.

Проба ТрояноваТренделенбурга.

Кашлевая проба Гаккенбруха.

Маршевая проба ДельбеПертеса.

Трехжгутовая проба Шейниса.

Обследование при тромбофлебитах.

Трактовка данных показателей свертывающей системы крови.

Трактовка данных флебографии.

Трактовка данных УЗИ исследования.

\* \* \*

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

Пробы на несостоятельность клапанов поверхностных вен

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

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

Проба на проходимость глубоких вен.

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

Проба на выявление состоятельности клапанов коммуникантных вен.

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

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

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

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

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

10. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Данные осмотра (симптом "лимонной корки", "умбиликации", асимметрия соска).

Данные пальпации железы, лимфоузлов.

Трактовка данной маммографии, УЗИ, пункционной биопсии.

Стадии рака молочной железы по международной классификации (Т. N. М)

\* \* \*

Осмотр (обязательно обеих желез) производится в положении больной стоя с опущенными руками, в положении лежа на спине и лежа на боку. Обращается внимание на развитие молочных желез, их размеры, форму, уровень стояния молочных желез и ареол (симметрию их), окраску кожи, наличие втяжений, сосудистого рисунка, деформации, изъязвлений, форму и контуры соска, наличие симптомов "лимонной корки", "умбиликации", втянутость соска.

Пальпацию молочных желез производят также в положении больной стоя, лежа на спине и на боку. Исследование начинают с поверхностной пальпации, исследуют область ареолы, затем периферические отделы молочной железы, начиная с верхненаружного квадранта. В такой же последовательности производят глубокую пальпацию. Сначала пальпируют здоровую железу.

При пальпации опухолевидного образования определяют его локализацию по квадрантам железы, размеры, консистенцию, характер поверхности, подвижность по отношению к коже и грудной стенке (при отведении руки в сторону); проверяют симптом "площадки" при попытке взять кожу в складку.

При пальпации лимфатических узлов (подмышечных, надключичных и подключичных) определяется их величина, консистенция, болезненность, подвижность и спаянность их с кожей и между собой (наличие конгломератов), отечность руки.

При наличии воспалительных явлений определяют наличие или отсутствие флюктуации в области инфильтрата.

Трактовка данных: а) обзорной маммографии, б) контрастной маммографии, в) УЗИ молочной железы, г) пункционной биопсии.

Определение стадии рака молочной железы по международной классификации (Т, N, М).

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>