

---

# ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Том 2

ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

# ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Утверждено  
Министерством образования Республики Беларусь  
в качестве учебника для студентов  
высших учебных заведений  
по медицинским специальностям

Под редакцией  
Г.П. Рычагова, П.В. Гарелика

В двух томах

Том 2



Минск  
«Вышэйшая школа»  
2009

УДК 617-089(075.8)  
ББК 54.2я73  
О-28

Авторы: Г.П. Рычагов, П.В. Гарелик, А.Н. Нехаев, А.И. Лемешевский, Г.Г. Мармыш, О.И. Дубровщик, И.С. Довнар, А.А. Польшинский, И.Т. Цилиндзь

Рецензенты: кафедра общей хирургии Витебского медицинского университета (заведующий кафедрой кандидат медицинских наук, доцент *С.А. Сушков*); заведующий кафедрой неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования доктор медицинских наук, профессор *Н.В. Завада*

*Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.*

**Общая хирургия** : учебник. В 2 т. Т. 2 / Г. П. Рычагов  
О-28 [и др.] ; под ред. Г. П. Рычагова, П. В. Гарелика. — Минск :  
Выш. шк., 2009. — 492 с.  
ISBN 978-985-06-1585-5.

Описаны методы обследования хирургических больных, хирургическая операция, обезболивание, основы реаниматологии и интенсивной терапии, хирургическая инфекция, некрозы, гангрены, язвы, свищи, общие вопросы онкологии, а также принципы восстановительной хирургии, пороки развития.

Для студентов медицинских вузов, практикующих хирургов.

УДК 617-089(075.8)  
ББК 54.2я73

ISBN 978-985-06-1585-5 (т. 2)  
ISBN 978-985-06-1583-1

© Издательство «Вышэйшая школа», 2009

# Глава 1

---

## ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Достижения научно-технического прогресса создали условия для быстрого развития новых разделов медицинской науки. Это позволило значительно расширить возможности диагностики хирургических болезней. Вместе с тем известно, что любые новейшие диагностические методы не отвергают и не заменяют традиционные способы обследования больного, не снижают требования к клиническому мышлению хирурга. Для установления диагноза у хирургического больного необходимо знать признаки заболевания, уметь провести их критический анализ и на этой основе создать целостную картину болезни.

Все методы обследования больного делятся на общеклинические, или физикальные (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), и специальные (лабораторные, инструментальные, рентгенологические, функционально-морфологические, ультразвуковые, компьютерно-томографические и др.). Для постановки нозологического диагноза необходимо провести полное клиническое обследование больного, которое включает как основные, так и дополнительные методы исследования.

Полученные при обследовании больного данные вносятся в историю болезни. История болезни — это документ, имеющий важное лечебное, научное и юридическое значение. Составляется история болезни на основании общих правил, при этом запись в ней ведется аккуратно, четким и разборчивым подчер-

ком без сокращений. В настоящее время наиболее перспективным способом архивирования данных обследования и лечения больного является компьютерный вариант ведения истории болезни. В истории хирургического больного выделяют следующие разделы: жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни, данные объективного обследования с четким указанием местного проявления болезни. На основании этих данных устанавливается предварительный диагноз. Намечается план обследования и лечения, который в последующем может уточняться и изменяться по мере накопления информации.

## **1.1. Общеклинические методы исследования**

Клиническое обследование хирургического больного начинается с расспроса о его жалобах, истории развития данного заболевания, основных этапах жизни, перенесенных заболеваниях, вредных привычках, бытовых условиях и наследственных заболеваниях. Расспрос основывается на воспоминаниях больного, вследствие чего этот раздел исследования называется анамнезом (*anamnesis*), что в переводе с греческого означает «воспоминание». Анамнез делится на анамнез болезни (*anamnesis morbi*) и анамнез жизни (*anamnesis vitae*).

При расспросе врач наблюдает за ответом больного, обращает внимание на мимику, поведение, жестикуляцию и реакцию. При бессознательном состоянии больного нужные сведения можно получить у родственников и лиц, сопровождающих его в лечебное учреждение. У тяжелых больных, которым требуется экстренное хирургическое вмешательство, расспрос, как и объективное исследование, производится в объеме, необходимом для срочного выяснения диагноза и немедленного оказания специализированной медицинской помощи. Дополнительные сведения выясняются в процессе подготовки к операции или в раннем послеоперационном периоде.

### ***Жалобы***

Исследование обычно начинают с вопроса, обращенного к больному: «Что вас беспокоит?» Расспрашивая больного, следует задавать вопросы так, чтобы ответы на них освещали конкретные детали заболевания или этапы жизни больного. Выявив

основные жалобы, приступают к их детализации, при этом выясняют время их возникновения, причину заболевания, длительность, характер, локализацию той или иной жалобы и сопутствующего беспокойства, а также другие признаки. Если больной дает не по существу, необходимо наводящими вопросами перевести беседу в нужное для врача русло и выяснить интересующие сведения. В некоторых случаях может иметь место преувеличение имеющихся симптомов (аггравация) или предъявление вымышленных, несуществующих жалоб (симуляция). Несоответствие жалоб с признаками заболевания можно отметить при внимательном изучении поведения больного во время его обследования.

При многих хирургических заболеваниях основным симптомом является боль. Висцеральные боли возникают при патологии внутренних органов. Они имеют более широкий диапазон, но не всегда четко указывают на локализацию патологического процесса. Соматическая боль возникает при раздражении чувствительных волокон или нервов, иннервирующих париетальную брюшину и париетальную плевру. Переход висцеральной боли в соматическую является тревожным признаком, указывающим на переход воспалительного процесса с одного из внутренних органов на париетальную брюшину, плевру. Примером перехода висцеральной боли в соматическую служит течение острого аппендицита. В начале заболевания, когда воспаление ограничивается самим червеобразным отростком, больной чувствует разлитую тупую боль вокруг пупка, в эпигастрии; в это время нет напряжения мышц брюшной стенки. При переходе воспаления на брыжейку червеобразного отростка и париетальную брюшину боль локализуется в правой подвздошной области, появляются напряжение мышц и болезненность при ее пальпации.

Надо всегда уточнять характер болей, а именно, какие они — острые, тупые, ноющие, колющие, схваткообразные; время их появления, продолжительность, локализацию и иррадиацию. При этом все данные расспроса больного записываются в историю болезни.

### *Анамнез*

*Анамнез заболевания (anamnesis morbi).* Необходимо выяснить давность заболевания, время и характер появления первых признаков, последовательность их возникновения, как

протекало заболевание, где и какое лечение принимал больной и каковы его результаты. У травматологических больных необходимо выяснить время, место получения повреждения (в быту, на производстве, по пути на работу или с работы), обстоятельства травмы, связь ее с алкогольным опьянением и т.д.

**Анамнез жизни (*anamnesis vitae*).** При расспросе хирургического больного выясняют краткие биографические сведения о его рождении и развитии, условиях быта и труда, характере питания. Выясняют семейный анамнез и наследственность. У женщин собирают гинекологический анамнез. Подробно расспрашивают о перенесенных заболеваниях, видах и характере оперативных вмешательств. Выясняют гемотранфузионный анамнез, детализируют постгемотранфузионные осложнения. Расспрашивают больных о наличии у них вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение); выясняют профессиональные вредности. Следует особо остановиться на наличии у больных пищевых и медикаментозных аллергий; узнать, как в прошлом пациент переносил лечение антибактериальными препаратами (в первую очередь антибиотиками). Далее переходят к объективному обследованию больного с использованием общих клинических методов: осмотра, термометрии, пальпации, перкуссии, аускультации.

## ***Методика объективного обследования больного***

### **Осмотр**

**Осмотр** — это наиболее доступный метод обследования, который не требует специального оснащения и оборудования и позволяет получить довольно информативные данные для постановки диагноза. Вначале производится общий осмотр, а затем специальный той области, где предполагается локализация патологического очага.

Осмотр необходимо производить на симметричных участках тела, сравнивая больную и здоровую стороны, что позволяет легче заметить те или иные изменения. Нельзя ограничиваться осмотром только той области тела, на боли в которой жалуется пациент, так как можно допустить грубую диагностическую ошибку.

Наружный осмотр больного необходимо производить в помещении с хорошим освещением. При общем осмотре отмеча-

ют положение больного, которое в зависимости от общего состояния может быть активным, пассивным и вынужденным. *Пассивное положение* наблюдается при тяжелых заболеваниях и повреждениях (переломы костей, обширные ожоги и др.). *Вынужденное положение* может быть у больных с тромбоцитопеническими заболеваниями нижних конечностей (положение с опущенными вниз ногами уменьшает боль в конечностях). Больные гнойными заболеваниями и эмфиземой легких, плевры и сердечными заболеваниями лучше себя чувствуют в полусидячем или сидячем положении. Осмотр головы, глаз, полости рта и глотки следует проводить в сидячем положении. При осмотре туловища больной должен стоять, свободно опустив руки, держа голову прямо. Сначала больной обращен лицом к врачу, а затем поворачивается к нему спиной.

При характеристике телосложения больного обращают внимание на симметричность строения организма, осанку, наличие врожденных или приобретенных дефектов (косолапость, отсутствие конечности, деформация позвоночника и т.д.). Телосложение бывает гипер-, гипо-, нормостеническое.

Выражение лица при внимательном его изучении дает достаточно много информации о состоянии больного. Страдальческое выражение лица бывает у больных с изнуряющими тяжелыми заболеваниями. У температурающих больных лицо характеризуется нездоровым румянцем на щеках в сочетании с блеском глаз. «Лицо Гиппократата» характерно для больных с запущенным перитонитом. Для больных столбняком патогномичным является сардоническое лицо (сардоническая улыбка).

Оценивая сознание больного, необходимо отметить, что существуют следующие степени его нарушения:

- оцепенение, ступор — больной находится в сноподобном состоянии, из которого его можно вывести настойчивыми расспросами; на вопросы отвечает неохотно, неосмысленно и после ответа впадает в сонное состояние;
- отупение, сопор, характеризующийся полным исключением сознания;
- кома — глубокое торможение нервной системы с исключением сознания и отсутствием рефлексов.

Запах, исходящий от тела больного и выдыхаемого им воздуха, может иметь важное значение для правильной постановки диагноза. Так, запах аммиака исходит от больных с почечной патологией в состоянии уремии. Запах ацетона часто определяется



у больных сахарным диабетом, находящихся в прекоматозном или коматозном состоянии. Приторно-гнилостный запах исходит от больных с анаэробной газовой гангреной. Каловый запах может быть у больных с кишечной непроходимостью, наличием свища между желудком и поперечно-ободочной кишкой.

Осмотр кожных покровов должен производиться в любое время, однако лучшим освещением является дневной свет. Цвет кожи при ряде заболеваний имеет свои особенности. Бледность кожи и слизистых оболочек появляется при остром и хроническом малокровии. Красный цвет кожи отмечается при острых воспалительных процессах (роже, лимфангите, фурункуле, флегмоне и др.), ожогах и т.д. Цианоз свидетельствует о кислородном голодании. Акроцианоз встречается при сердечно-сосудистых и тяжелых легочных заболеваниях (появление синюшности на конечностях, ушах, кончике носа). Желтушная окраска кожи наблюдается при затруднении оттока желчи (вирусный гепатит, желчнокаменная болезнь, опухолевые процессы и др.). Землистый и землисто-серый цвет кожи встречаются у больных злокачественными новообразованиями. Пигментированная кожа нижних конечностей нередко в сочетании с язвой наблюдается при варикозной болезни. Черный цвет кожи на конечностях — признак гангрены. Для влажной гангрены характерны темного цвета участки кожи, отеки и пузыри. При сухой гангрене кожа сморщенная, черной окраски. Влажность кожи может быть нормальной, повышенной (гипергидроз), а при некоторых заболеваниях — пониженной. При ангидрозе наблюдаются шелушение кожи, ее сухость. Эластичность кожи определяется при взятии ее в складку. Если эластичность снижена, то складка кожи медленно расправляется. Тургор кожи (напряжение) находится в тесной зависимости от степени кровоснабжения и лимфообращения. Если тургор снижен — кожа морщинистая.

При внешнем осмотре кожных покровов можно выявить целый ряд патологических процессов, характерных как для заболевания самой кожи (псориаз, экзема и др.), так и для заболеваний других органов и систем (печени, почек, кровеносных сосудов, эндокринных желез и др.), проявляющихся в виде «сосудистых звездочек», расширения подкожных вен передней брюшной стенки (*caput medusa*), трофических язв, пролежней, свищей, атрофических и келлоидных рубцов, отеков и т.д. В норме слизистая оболочка глаз, полости рта розового цвета,



Рис. 1.1. Внешний вид живота у больной асцитом на почве цирроза печени

при анемии — бледная, при воспалении — гиперемирована. У больных, страдающих желтухой, слизистая приобретает желтушную окраску.

Путем осмотра определяют форму грудной клетки, ее экскурсию, тип дыхания. Выявляют также наличие сердечного горба, определяют верхушечный толчок сердца, патологическую пульсацию в области сердца и магистральных сосудов, наполнение вен шеи при обследовании сердечно-сосудистой системы. При травме грудной клетки иногда можно выявить подкожную эмфизему. У этих больных отмечается выраженная припухлость лица, шеи и туловища.

При надавливании на припухлость ощущается хруст — крепитация.

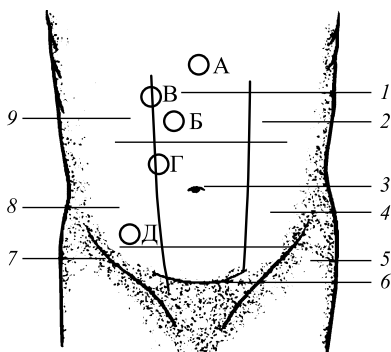


Рис. 1.2. Зоны максимальной гиперестезии при заболеваниях органов брюшной полости:

1 — собственно надчревная область (*regio epigastrica*); 2 — левая подреберная область (*region hypochondrica sinistra*); 3 — пупочная область (*region umbilicalis*); 4 — левая боковая область живота (*region lateralis sinistra*); 5 — левая подвздошно-паховая область (*region inguinalis sinistra*); 6 — надлобковая область (*region pubica*); 7 — правая подвздошно-паховая область (*region inguinalis dextra*); 8 — правая боковая область живота (*region lateralis dextra*); 9 — правая подреберная область (*region hypochondrica dextra*); А — при язве желудка; Б — при язве двенадцатиперстной кишки; В — при холецистите; Г — при панкреатите; Д — при аппендиците

При обследовании органов брюшной полости обращают внимание на форму живота, на его участие в акте дыхания (рис. 1.1). Путем осмотра можно выявить бурную перистальтику желудка при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе, асимметрию живота и видимую перистальтику при кишечной непроходимости. Для уточнения места выявленных изменений переднюю стенку живота делят на топографические области (рис. 1.2).

## Пальпация

**Ощупывание**, или **пальпация** (от лат. *palpatio* – поглаживание, ощупывание), является ценным методом объективного обследования больного, при котором путем осязания получают информацию, необходимую для установления диагноза. При проведении данного исследования следует заранее усвоить правила, приемы пальпации, постоянным упражнением вырабатывать и закрепить у себя определенные навыки. Пальпацию следует производить теплыми руками, осторожно отвлекая внимание больного от исследования (особенно у детей), чтобы не вызвать у него неприятные ощущения, боль. Ощупывание надо начинать с областей, противоположных пораженному участку или пограничных с ним. Так, при подозрении на острый аппендицит и наличии болей в правой подвздошной области пальпацию необходимо начинать с левой подвздошной области и лишь затем пальпировать правую подвздошную область.

Огромное значение пальпация имеет при исследовании органов брюшной полости. Больного при этом укладывают на спину с согнутыми в коленях ногами, что обеспечивает максимальное расслабление мышц передней брюшной стенки.

Врач должен сидеть у постели больного с правой стороны и производить пальпацию сухой рукой, а при обследовании таких органов, как печень, почки и другие, применить методику бимануального исследования. Начинают исследование с поверхностной пальпации, а затем переходят к глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско.

При поверхностной ориентировочной пальпации выявляют болезненные точки и зоны (точка Мак-Бурнея, симптом Мерфи, Керте и др.), защитное местное или диффузное напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпация позволяет выявить патологические образования в брюшной полости (опу-

холи, увеличенный желчный пузырь, киста поджелудочной железы и т.д.).

Визуально и пальпаторно определяется наличие грыж (размеры и характер грыжевых ворот, возможность их вправления). Пальпация живота также позволяет выявить симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина – Блюмберга и др.). Ощупывание мошонки дает возможность установить наличие или отсутствие в ней яичек. Этим приемом можно выявить поражение их опухолевым или воспалительным процессом. Пальпацией можно диагностировать варикозное расширение вен семенного канатика, водянку яичка, которая представляет собой припухлость с гладкой поверхностью тугой эластической консистенции.

Поверхностная пальпация живота осуществляется ладонью и пальцами всей кисти в вытянутом положении. Глубокая пальпация проводится всеми пальцами кисти в положении их сгибания с учетом акта дыхания. Рука исследующего должна двигаться вместе с брюшной стенкой, проникая в глубь брюшной полости только во время акта выдоха. При пальпации можно определить наличие ундуляции, являющейся разновидностью флюктуации, которая характерна для асцита или другого жидкостного образования в животе. Для этого левая рука ладонью прикладывается к боковой поверхности живота или краю выбухания, а с противоположной стороны согнутыми пальцами правой руки делаются легкие удары по брюшной стенке. При наличии жидкости ощущается ударная волна, чего нет при плотных опухолевидных образованиях.

С помощью глубокой методической скользящей пальпации по Образцову – Стражеско можно характеризовать ободочную кишку, печень, селезенку, почки, выявить опухолевидные образования в брюшной полости, определить их размеры, консистенцию.

Пальцевым исследованием прямой кишки определяют тонус сфинктера, содержимое ампулы, наличие опухолей и других образований, состояние стенок прямой кишки, оценивают состояние параректальной клетчатки, наличие аденомы или рака предстательной железы. Важное значение в диагностике ряда заболеваний у женщин имеет пальцевое исследование влагалища. Оно позволяет определить состояние шейки и тела матки, ее придатков, выявить наличие инфильтратов или образований в малом тазу и др.

Захватывая пальцами в складку кожу, можно судить о ее тургоре и состоянии подкожно-жировой клетчатки. При исследовании лимфатической системы пальпируют следующие группы лимфатических узлов: под-, зачелюстные, шейные, затылочные, лимфоузлы в области сосцевидного отростка, подключичные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные и подколенные. Пальпацию их производят в поперечном направлении по отношению к цепочке лимфоузлов путем глубокого проникновения, чтобы определить их величину, плотность, эластичность, взаимосвязь ткани с кожей (рис. 1.3) и окружающими тканями, болезненность и подвижность.

Плотные, увеличенные, безболезненные лимфатические узлы встречаются при раке, лимфосаркоме, лимфогранулематозе. Болезненные увеличенные лимфоузлы характерны для лимфаденита.

Исследование периферических артерий начинают с определения пульса. Пульс на общей сонной артерии определяется в положении больного на спине, при этом голова повернута в противоположную сторону по отношению к исследуемой зоне. На брюшной аорте пульс определяют глубокой пальпацией живота в области пупка, прибегая к прижатию передней брюшной стенки к позвоночнику. На бедренной артерии пульс пальпиру-

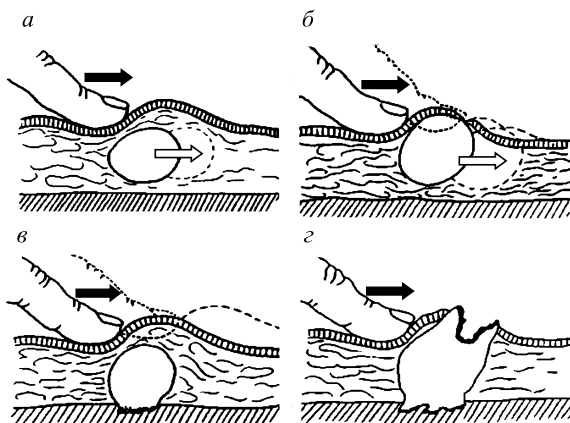


Рис. 1.3. Подвижность лимфоузла по отношению к коже и подлежащим тканям: а — подвижный; б — связан с кожей; в — связан с подлежащими тканями; г — связан с кожей и подлежащими тканями

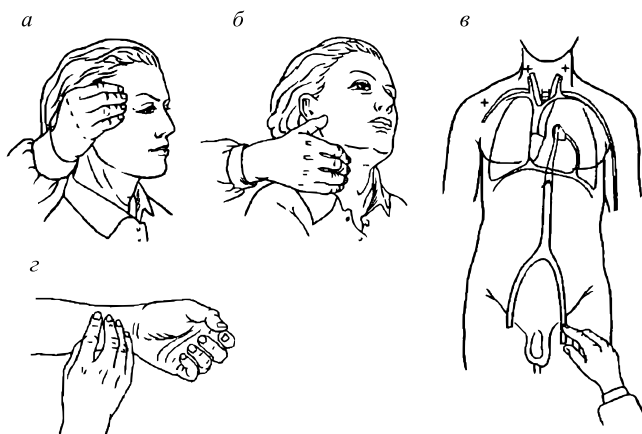


Рис. 1.4. Места исследования пульса на артериях: а – теменной; б – сонной; в – бедренной; г – лучевой

ется на границе средней и внутренней третей пупартовой связки и ниже ее (рис. 1.4).

При пальпации подколенной артерии голень должна быть согнута под углом  $90-120^\circ$ , положение больного – на животе. Артерия тыла стопы определяется на тыле стопы между I и II плюсневыми костями.

Пульс на задней большеберцовой артерии определяется ниже и кзади от внутренней лодыжки.

Для характеристики пульса чаще всего дают оценку напряжению (сопротивление артерии при прижатии артерии пальцами к подлежащей основе), наполнению (нормальное, слабое), частоте и ритму пульса.

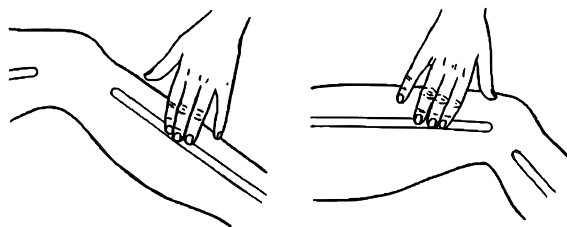


Рис. 1.5. Пальпация *v. saphena magna*

Вены исследуются II, III, IV и V пальцами, пальпируются в поперечном направлении к сосуду. Обнаружение в венозных узлах безболезненных уплотнений в виде шнуров свидетельствует о перенесенных тромбофлебите или флеботромбозе. При остром тромбофлебите кожа над венами гиперемирована, вены при пальпации резко болезненны, плотные, с инфильтратом вокруг них (рис. 1,5, 1.6). *V. saphena magna*, проходящая по внутренней стороне голени и бедра, должна пальпироваться бережно. Место впадения этой вены в *v. femoralis*, расположенное прямо под паховой связкой, обычно хорошо доступно для пальпации.



Рис. 1.6. Пальпация *v. saphena parva*

Поверхностная *v. saphena parva* с ее многочисленными ветвями и поперечными соединениями расположена подкожно на задней стороне икры. Она хорошо пальпируется на всем своем протяжении. Только короткий участок в подколенной ямке перед впадением *v. saphena parva* в глубокую *v. poplitea* расположен субфасциально. Для облегчения пальпации места впадения в *v. poplitea* больной при обследовании должен принять позу «греческой статуи», при которой полусогнутое состояние коленного сустава обеспечивает расслабление фасции.

### Исследование мышечной системы

Мышечная система человека представлена поперечно-полосатой и гладкой мускулатурой. Состояние поперечно-полосатой мускулатуры оценивают при наружном осмотре и физикальном обследовании. Она во многом определяется конституциональным типом телосложения человека.

Дряблая мускулатура характерна для лиц, мало занимающихся физическим трудом и физической культурой. Атрофия мышц наблюдается у тяжелых и истощенных больных при алиментарной дистрофии, раке, туберкулезе, хронических гнойных инфекциях и др.

Нарушение функции мышц может проявляться судорогами икроножных мышц, что часто наблюдается у больных с нарушением кровообращения (венозного, артериального) в нижних конечностях. Тетанические судороги встречаются при менингите, а в сочетании с клоническими — при столбняке. Судороги могут быть при эклампсии, хлорпении, нефрите, печеночной недостаточности и др. При судорожном сокращении диафрагмы появляется икота. Параличи мышц возникают при утрате ими сократительной способности. Различают полные и неполные параличи (парезы).

Необходимо сравнивать мышечную систему правой и левой сторон. Атрофированные мышцы дряблые, уменьшены в размерах. Степень атрофии мышц определяется измерением окружностей конечностей.

Мышечная сила устанавливается путем преодоления мышечного сопротивления сгибателей бедра, плеча. Мышечная сила кисти определяется динамометром или больного просят сжать руку исследующего. Разница в силе сдавления указывает, где больше ослаблена сила мышц.

### **Исследование костной системы**

При осмотре обращается внимание на деформацию конечностей, грудной клетки, позвоночника, таза. Осмотр костей черепа позволяет выяснить, нет ли дефекта после травмы или трепанации. Искривление позвоночника встречается после перелома, перенесенного туберкулезного спондилита, при юношеском сколиозе. По остистым отросткам спины проводят с силой большим пальцем кисти, вследствие чего на коже остается красная полоса, по ходу которой можно узнать, имеется ли боковое искривление позвоночника (сколиоз). Искривление позвоночного столба кзади или кпереди (кифоз, лордоз) заметно при осмотре сбоку.

Место болезненности в области повреждения или заболевания позвонка можно выявить путем осевой нагрузки на позвоночник. Подвижность позвоночника определяется путем сгибания его в разные стороны. При сгибании кпереди больному предлагают кончиками пальцев достать пола.





*Рис. 1.7.* Измерение окружности ноги при атрофии: сравнительное измерение на 15 см выше от верхнего края коленной чашечки или на 10 и 20 см выше щели коленного сустава по внутренней поверхности, на середине коленной чашечки, в месте наибольшей толщины икроножных мышц или на 15 см ниже щели коленного сустава, в самом тонком месте голени, на уровне лодыжки и вокруг стопы

При осмотре конечностей можно выявить деформацию костей, их искривление, укорочение, нарушение конфигурации суставов, уплощение сводов стоп. При исследовании суставов необходимо установить степень активного и пассивного движения в них. Виды движения: сгибание, разгибание, ротация (супинация и пронация), отведение и приведение. Для измерения амплитуды движений применяют угломеры.

Важное значение имеет антропометрия конечностей. Окружности бедра (рис. 1.7), голени, плеча, предплечья измеряются в верхней, средней и нижней третях на одинаковом расстоянии от суставов. Для ориентира используют наиболее выступающие костные образования (надмышечки, бугорки и т.д.). Различают абсолютную и относительную длину конечностей. Абсолютная длина верхней конечности измеряется расстоянием от большого бугорка плечевой кости до кончика III пальца кисти, относительная – от акромиального отростка лопатки до кончика III пальца (рис. 1.8).

Относительная длина нижней конечности представляет собой расстояние от передней верхней ости подвздошной кости до наружной лодыжки голени, абсолютная – от верхушки большого вертела до наружной лодыжки (рис. 1.9).

Все данные, полученные при измерении поврежденной конечности, обязательно сравниваются с данными здоровой конечности.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
<b>Глава 1. Обследование хирургических больных.....</b>	<b>4</b>
1.1. Общеклинические методы исследования .....	5
Жалобы .....	5
Анамнез .....	6
Методика объективного обследования больного .....	7
Осмотр .....	7
Пальпация .....	11
Исследование мышечной системы .....	15
Исследование костной системы .....	16
Перкуссия.....	19
Аускультация .....	20
Особенности обследования травматологических больных.....	20
1.2. Специальные методы исследования .....	21
<b>Глава 2. Хирургическая операция. Основные принципы предоперационной подготовки и ведения больных в послеоперационном периоде.....</b>	<b>25</b>
2.1. Современные хирургические операции .....	25
Показания и противопоказания к операции.....	29
Виды оперативных вмешательств .....	31
Эндоскопические операции.....	33
2.2. Предоперационный период и подготовка больного к операции.....	35

2.3. Проведение хирургической операции .....	41
2.4. Ведение послеоперационного периода .....	42
2.5. Возможные осложнения в послеоперационном периоде, их профилактика и лечение .....	45
<b>Глава 3. Обезболивание</b> .....	<b>52</b>
3.1. История обезболивания .....	53
3.2. Общее обезболивание .....	55
Теории наркоза .....	55
Виды наркоза .....	58
Подготовка больного к наркозу .....	58
Ингаляционный наркоз .....	62
Стадии простого (однокомпонентного) наркоза .....	66
Комбинированный (многокомпонентный) наркоз с мышечными релаксантами) .....	68
Аппаратура для ингаляционного наркоза и дыхательные контуры .....	69
Неингаляционный наркоз и осложнения общей анестезии .....	73
3.3. Местная анестезия .....	74
Поверхностная и инфильтрационная анестезия .....	77
Регионарная анестезия .....	80
Осложнения местной анестезии .....	87
<b>Глава 4. Основы реаниматологии и интенсивной терапии.</b> <b>Неотложные состояния</b> .....	<b>88</b>
4.1. Обморок .....	91
4.2. Коллапс .....	93
4.3. Травматический шок .....	96
Классификация и клиническая картина травматического шока .....	105
Терапия и профилактика травматического шока .....	109
4.4. Терминальные состояния .....	113
4.5. Легочно-сердечная и мозговая реанимация .....	114
Стадии и этапы реанимации и постреанимационная болезнь .....	115

<b>Глава 5. Хирургическая инфекция</b> .....	123
5.1. Общие вопросы гнойной хирургической инфекции .....	124
Этиология, патогенез.....	125
Клиническая картина .....	138
Основные принципы лечения.....	140
Антибиотики .....	149
5.2. Острые гнойные заболевания кожи, жировой и мышечной тканей.....	157
Фурункул и фурункулез.....	157
Карбункул.....	159
Абсцесс .....	161
Флегмона.....	163
5.3. Гнойные заболевания железистых органов .....	165
Гидраденит.....	165
Паротит.....	167
Мастит.....	169
5.4. Гнойно-воспалительные заболевания лимфатической системы .....	172
Рожа.....	173
Эризипеллоид.....	176
Лимфангит .....	176
Лимфаденит.....	178
5.5. Хирургическая инфекция кровеносных сосудов.....	179
Гнойный артериит и флебит .....	179
Тромбофлебит .....	180
5.6. Хирургическая инфекция кисти .....	185
Панариций .....	187
Абсцесс и флегмона кисти .....	191
5.7. Хирургическая инфекция синовиальных оболочек и костей.....	196
Бурсит .....	196
Артрит .....	198
Остеомиелит .....	202
Острый гематогенный остеомиелит .....	202
Хронический гематогенный остеомиелит.....	211
Первично-хронический остеомиелит .....	218
Негематогенный остеомиелит .....	220
5.8. Воспалительные заболевания серозных оболочек, образующих полости.....	223

Плеврит.....	223
Острый перитонит .....	228
5.9. Сепсис .....	243
Принципы лечения тяжелого сепсиса и септического шока .....	249
5.10. Острая анаэробная инфекция.....	258
Анаэробная неклостридиальная (гнилостная) инфекция.....	260
Гнилостная инфекция мягких тканей .....	262
Анаэробные заболевания брюшины .....	264
Неклостридиальная анаэробная инфекция легких.....	265
Принципы лечения неклостридиальной анаэробной инфекции .....	267
Анаэробная (газовая) гангрена .....	270
Клиническая картина .....	271
Лечение и профилактика.....	274
Столбняк .....	276
Клиническая картина .....	278
Лечение и профилактика.....	280
5.11. Хроническая специфическая хирургическая инфекция... 284	
Хирургические формы туберкулеза.....	284
Общая характеристика отдельных форм хирургического туберкулеза .....	287
Клиническая картина туберкулеза костей и суставов .....	290
Туберкулез позвоночника.....	292
Общие принципы лечения костно-суставного туберкулеза .....	296
Туберкулезный лимфаденит .....	298
Актиномикоз .....	300
Сифилис .....	306
Лепра.....	308
5.12. Сибирская язва .....	310
5.13. Дифтерия .....	312

## **Глава 6. Нарушение крово- и лимфообращения.**

<b>Некроз. Гангрена. Свищи. Трофические язвы .....</b>	<b>313</b>
6.1. Местные расстройства кровообращения .....	313
6.2. Тромбозы и эмболии .....	319
6.3. Хроническая артериальная недостаточность.....	323
6.4. Заболевания вен .....	326

6.5. Расстройство лимфообращения.....	328
6.6. Некроз.....	330
6.7. Гангрена.....	332
6.8. Пролежни.....	336
6.9. Свищи.....	338
<b>Глава 7. Опухоли. Общие вопросы онкологии.....</b>	<b>340</b>
7.1. Этиология и патогенез опухолей.....	341
7.2. Классификация опухолей.....	352
7.3. Принципы постановки диагноза в онкологии.....	356
7.4. Методы лечения онкологических больных.....	357
7.5. Профилактика опухолей.....	361
<b>Глава 8. Хирургические паразитарные заболевания.....</b>	<b>362</b>
8.1. Аскаридоз.....	362
8.2. Цистицеркоз.....	366
8.3. Эхинококкоз.....	369
8.4. Альвеококкоз.....	375
8.5. Описторхоз.....	378
8.6. Шистосомозы.....	383
8.7. Дракункулез.....	390
8.8. Филяриатозы.....	392
8.9. Амебиаз.....	397
8.10. Лямблиоз.....	402
<b>Глава 9. Восстановительная хирургия.....</b>	<b>405</b>
9.1. Пластическая хирургия.....	405
Кожная пластика.....	407
Пластика кожно-жировым лоскутом.....	415
Пластика костной ткани, сосудов, нервов.....	417
Пластические операции с использованием хряща, мышц, фасций.....	419
Пластика сухожилий.....	420
9.2. Реконструктивная хирургия.....	421
9.3. Трансплантация органов и тканей.....	422
Доноры органов, консервирование органов и тканей.....	424
Клиническая трансплантология.....	426

<b>Глава 10. Пороки развития</b> .....	429
10.1. Пороки развития головы, позвоночника .....	433
Пороки развития мозгового черепа.....	433
Пороки развития позвоночника .....	435
Пороки развития лица и ротовой полости.....	438
10.2. Пороки развития шеи .....	441
10.3. Пороки развития грудной клетки.....	444
10.4. Пороки развития диафрагмы .....	446
10.5. Пороки развития дыхательных путей и легких .....	447
10.6. Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов .....	449
10.7. Пороки развития брюшной стенки и пупка .....	454
10.8. Пороки развития пищеварительного тракта.....	457
10.9. Пороки развития прямой кишки и заднего прохода .....	462
10.10. Пороки развития мочеполовой системы .....	469
10.11. Пороки развития конечностей .....	474
10.12. Пороки развития кожи .....	482
<b>Литература</b> .....	486

Учебное издание

**Рычагов Григорий Петрович**  
**Гарелик Петр Васильевич**  
**Нехаев Анатолий Николаевич** и др.

## **ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ**

**Учебник**

**В двух томах**

**Том 2**

Редактор *В.В. Такушевич*  
Художественный редактор *В.А. Ярошевич*  
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*  
Корректоры *Т.К. Хваль, В.И. Аверкина*  
Компьютерная верстка *Н.В. Шабуни*

Подписано в печать 15.10.2008. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Нимбус».  
Офсетная печать. Усл. печ. л. 26,04 + 0,42 цв. вкл. Уч.-изд. л. 27,73. Тираж 2000 экз.  
Заказ

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».  
ЛИ № 02330/0131768 от 06.03.2006. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск.  
<http://vshph.com>

Открытое акционерное общество «Барановичская укрупненная типография».  
ЛП № 02330/0131659 от 02.02.2006. Ул. Советская, 80, 225409, Барановичи.