

Г.П. Рычагов А.Н. Нехаев

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Частная хирургия

Для студентов медицинских учреждений  
высшего образования

Г.П. Рычагов А.Н. Нехаев

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Утверждено  
Министерством образования Республики Беларусь  
в качестве учебника для студентов учреждений высшего образования  
по специальностям «Медико-профилактическое дело»,  
«Стоматология»

В двух частях

Часть 2

## Частная хирургия



Минск  
«Вышэйшая школа»  
2012

УДК 617-089(075.8)  
ББК 54.5я73  
Р95

Рецензенты: кафедра общей хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет» (кандидат медицинских наук, доцент *С.А. Сушков*; заведующий кафедрой общей хирургии кандидат медицинских наук, доцент *Л.А. Фролов*); профессор кафедры хирургических болезней № 2 с курсом урологии УО «Гродненский медицинский университет» доктор медицинских наук *С.М. Смотрин*.

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

### **Рычагов, Г. П.**

Р95 Хирургические болезни : учебник. В 2 ч. Ч. 2. Частная хирургия / Г. П. Рычагов, А. Н. Нехаев. – Минск : Выш. шк., 2012. – 479 с. : ил.

ISBN 978-985-06-2204-4

Изложены хирургические заболевания органов и систем организма, грыжи живота, перитонит, опухоли желудочно-кишечного тракта, заболевания вен, расстройства периферического кровообращения.

Для студентов учреждений высшего медицинского образования, субординаторов, интернов.

**УДК 617-089(075.8)**  
**ББК 54.5я73**

ISBN 978-985-06-2204-4 (ч. 2)  
ISBN 978-985-06-1837-5

© Рычагов Г. П., Нехаев А. Н., 2012  
© Оформление. УП «Издательство  
“Вышэйшая школа”», 2012

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время произошло разделение хирургии на два взаимосвязанных больших раздела: общую и частную. Если часть 1 учебника «Хирургические болезни» посвящена вопросам общей хирургии, в которой отражены теоретическое и практическое аспекты данного предмета, то в части 2 изложены вопросы частной хирургии, приведены данные об отдельных нозологических формах, включая знакомство с этиопатогенезом хирургических заболеваний, диагностикой и способами их лечения.

Следует отметить, что в настоящее время имеется достаточное количество учебных материалов по частной хирургии, предназначенных для студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских университетов. В них подробно отражены этиопатогенез, современная диагностика, способы консервативного и оперативного лечения хирургической патологии. Что касается стоматологического, медико-профилактического факультетов, то учебники или пособия для преподавания предмета «хирургические болезни» практически отсутствуют, если не учитывать отдельные учебно-методические разработки по определенным темам. Поэтому при изучении хирургических заболеваний студенты вышеназванных факультетов вынуждены пользоваться учебниками, предназначенными для лечебного и педиатрического факультетов, которые содержат излишнюю для них информацию. Врач-гигиенист или стоматолог должен иметь общее представление о заболевании, его причинах, способах распознавания и существующих методах лечения, что позволит ему проводить правильную просветительскую деятельность среди пациентов.

Более чем 20-летний опыт преподавания как общей, так и частной хирургии студентам стоматологического и медико-профилактического факультетов дал нам право исправить подобную ситуацию и подготовить учебник для преподавания предмета «хирургические болезни» на стоматологическом и медико-профилактическом факультетах. В отличие от учебников по частной хирургии, предназначенных для лечебного и педиатрического факультетов, в части 2 предложенного учебника представлена информация в сжатом виде, необходимом объеме, без подробной детализации. Несмотря на то что учебник целенаправленно подготовлен для студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов, на наш взгляд, он будет полезен также студентам факультетов подготовки медсестер с высшим образованием, психологов и др.

---

# Глава 1. Заболевания воспалительной природы

---

Заболевания воспалительной природы, подлежащие хирургическому лечению, широко распространены и составляют отдельную область медицины – гнойную хирургию. Предметом интереса данного раздела хирургии являются острые и хронические, специфические и неспецифические воспалительные заболевания, их этиопатогенез, диагностика и лечение.

## 1.1. Острые гнойные заболевания кожи, жировой и мышечной тканей

### Фурункул и фурункулез

**Фурункул** – это острое гнойное воспаление луковицы волосяного фолликула, сальной железы и окружающей их капсулы. При воспалении только отдельно взятой луковицы волосяного фолликула имеет место *фолликулит*, примером которого могут служить юношеские угри, сикоз бороды (фолликулит *Barbae*).

Множественные фурункулы, располагающиеся на различных участках, имеющие различные сроки развития, рецидивирующее течение, называются *фурункулезом*. Фурункулез, как правило, развивается при резко сниженной реактивности организма больного и в ряде случаев может быть первым проявлением сахарного диабета, реже – другой патологии. Развитие фурункула чаще всего вызывают золотистый, реже белый стафилококки, которые проникают по волосяному каналу вглубь кожи.

*Клиническая картина и лечение.* На месте внедрения инфекции возникает серозное воспаление, которое быстро переходит в некротическую стадию с формированием очага некроза. Клинически это проявляется возникновением болезненного, гиперемированного, конусовидно возвышающегося инфильтрата кожи, размером 1,5–2 см, который спустя 2–3 суток увеличивается до 3–4 см и на вершине его к этому времени появляется пузырек с гноем – пустулка. Последняя лопается, покрывается гнойной коркой, после удаления которой виден гнойно-некротический стержень белого цвета. В течение 3–5 дней происходят гнойное расплавление некротических масс,



Рис. 1.1. Абсцедирующий фурункул шеи

секвестрация их наружу с образованием гранулирующей раны, которая заживает звездчатым рубцом. Больные в начале заболевания жалуются на зуд, умеренную боль, интенсивность которой нарастает, приобретает пульсирующий характер, а затем уменьшается и полностью проходит по мере отторжения гнойно-некротических масс и заживления раны.

**В серозно-инfiltrативной стадии** фурункула показано кон-

сервативное лечение, при успехе которого может наступить обратное развитие воспалительного процесса (абортное течение заболевания). Для этого назначают антибиотики, как правило, полусинтетические пенициллины, в сочетании с сульфаниламидами или другими антисептиками. Местно наряду с обеспечением покоя фурункул целесообразно обрабатывать 70 % этиловым спиртом, 3 % спиртовым раствором йода, накладывать повязки с антисептиками, гипертоническими растворами, обкалывать очаг воспаления раствором новокаина с антибиотиками (20 мл 0,5 % раствор новокаина с антибиотиком под основание очага), применять физиолечение (УВЧ-терапию, электрофорез с антисептиками, УФО и др.).

**В гнойно-некротической стадии** фурункул вскрывают, удаляют гнойно-некротический стержень и накладывают повязки с протеолитическими ферментами, гипертоническими растворами, мазями на гидрофильной основе (*левомеколь*, *диоксиколь*, *репарэф-1* и др.). Оперативное вмешательство, как правило, выполняется под местной анестезией. При наличии фурункулеза, кроме вышеизложенного лечения, больные нуждаются в выявлении причины снижения резистентности организма и целенаправленной ее коррекции.

Большого внимания заслуживает *фурункул лица* из-за опасности внутричерепных гнойных осложнений, таких как тромбоз кавернозного синуса, менингоэнцефалит, абсцесс мозга и другие. Риск этих осложнений возрастает при выдавливании фурункула, что способствует мобилизации гнойно-септических тромбов и миграции их в сторону мозга (рис. 1.1)

В отличие от фурункулов других локализаций, подлежащих, как правило, амбулаторному лечению, больные с фурункулом

лица нуждаются в госпитализации в стационар, им назначают постельный режим, щадящую диету, парентерально – антибиотики в максимальных терапевтических дозах, консервативное лечение местного очага воспаления, а для ускорения отторжения некротических масс – кератолитические средства (10 % салициловая мазь, присыпка из салициловой кислоты) и протеолитические ферменты. В случае абсцедирования, гнойно-некротический стержень удаляется под общим обезболиванием с помощью максимально нежных манипуляций.

## Карбункул

**Карбункул** – это острое гнойное воспаление нескольких рядом лежащих волосяных фолликулов, сальных желез и окружающей их жировой клетчатки с формированием очага воспаления (рис. 1.2).

Этиология, предрасполагающие факторы и патофизиологические процессы, происходящие в тканях, примерно такие же, как и при фурункуле, т.е. эти заболевания являются родственными и отличаются в большей степени количественными параметрами.

*Клиническая картина.* В воспалительный процесс может быть вовлечено от 5 до 10 и более волосяных фолликулов с распространением воспаления на жировую клетчатку, поэтому

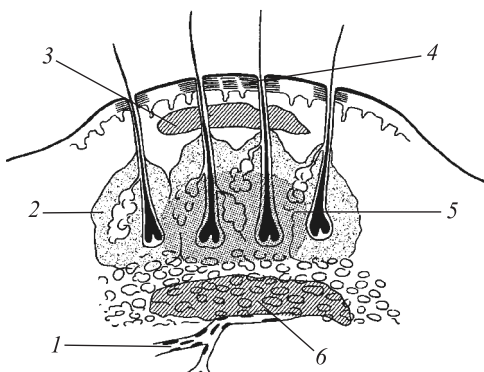


Рис. 1.2. Схема гнойно-некротического процесса и его распространения при карбункуле:

1 – гнойный тромбоз фолликула; 2 – воспалительная инфильтрация; 3 – абсцесс; 4 – некрозы эпидермиса; 5 – зона гнойно-некротического процесса; 6 – флегмона подкожной клетчатки

возникает воспалительный инфильтрат больших размеров, достигающий в ряде случаев диаметра более 10 см. По мере прогрессирования гнойно-некротических изменений в тканях формируется гнойный очаг, открывающийся во внешнюю среду множественными отверстиями, через которые отторгаются гнойно-некротические массы.

Внешний вид верхушки воспалительного очага напоминает пчелиные соты – сравнение, которое получило широкую известность для характеристики карбункула. После очищения и гранулирования рана заживает грубым звездчатым рубцом. Карбункулы локализуются в местах, подвергающихся большей травматизации, и чаще наблюдаются на затылке, пояснице, ягодичной области, межлопаточном пространстве и лопатках.

В отличие от фурункула, состояние больных довольно часто бывает средней и тяжелой степени, отмечаются признаки интоксикации, проявляющейся высокой температурой до 38–40 °С, слабостью, плохим сном, анорексией, головной болью, лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево и др.

На месте инфильтрата появляются зуд, жжение, быстро нарастающая боль, иногда выраженной интенсивности, особенно в местах прилегания костей, вследствие вовлечения надкостницы. Спустя 3–5 дней кожа приобретает багрово-синюшную окраску. При пальпации инфильтрат резко болезненный, спаянный с подлежащими тканями. Довольно часто наблюдается лимфангит и лимфаденит, при вовлечении в процесс вен может развиваться тромбоз вен.

*Лечение.* Больные с карбункулом подлежат госпитализации в стационар, им показано детоксикационное и антибактериальное лечение путем назначения антибиотиков и антисептиков. Характер местного лечения зависит от стадии воспалительного процесса. При серозно-инфильтративной стадии проводится консервативная терапия наподобие той, что при фурункуле. Ее цель – придать воспалительному процессу abortивное течение. При гнойно-некротической стадии под общим обезболиванием производится крестообразный или H-образный разрез карбункула с максимальным иссечением гнойно-некротических тканей, санацией раны антисептиками с вакуумированием или обработкой ее пульсирующей струей антисептических растворов, с тампонированием 10 % раствором натрия хлорида, мазями на гидрофильной основе (рис. 1.3). Весьма эффективным методом лечения в последнее время является использование плазменной струи и расфокусированного излучения





*Рис. 1.3. Карбункул шеи*

СО<sub>2</sub>-лазера, что позволяет испарить гнойно-некротические ткани, добиться асептического состояния раны, наложить швы с оставлением дренажа для послеоперационного лечения и оттока раневого экссудата.

Небольшие карбункулы, расположенные в местах, где имеется избыток кожи и подкожной клетчатки (обычно в области туловища) допустимо иссекать в пределах здоровых тканей с наложением первичных или первично-отсроченных швов. Лечение в большинстве случаев заканчивается выздоровлением больного. Лишь карбункул головы, особенно лица, чреват серьезными осложнениями, и при его лечении используются подходы, применяемые при фурункуле лица.

## **Абсцесс**

**Абсцесс** – это ограниченное гнойное воспаление тканей, формирующееся в результате их расплавления с образованием пиогенной капсулы.

Абсцесс может быть вызван стафилококком, кишечной и синегнойной палочкой, протеем, стрептококком, бактероидами и другими микроорганизмами и их ассоциациями. Абсцесс может развиваться в любом органе и ткани вследствие экзогенного или эндогенного попадания инфекции в организм, хотя в клинической практике абсцессы наиболее часто возникают

в подкожной клетчатке и мышечной ткани. Развитию абсцесса способствуют открытые повреждения, гематомы, серомы, инородные тела, инъекции, пункции, блокады, различные гнойные процессы.

*Клиническая картина.* На месте внедрения инфекции появляются экссудативное воспаление, некроз тканей с последующим гнойным расплавлением и образованием гнойной полости, вокруг которой начинают формироваться грануляционный вал и соединительно-тканые коллагеновые волокна, образующие пиогенную капсулу на границе со здоровой тканью. Чем дольше существует абсцесс, тем толще становится пиогенная капсула. Иногда она достигает нескольких сантиметров в толщину и является своеобразным биологическим барьером на пути распространения инфекции. При прогрессировании гнойного процесса пиогенная капсула абсцесса может быть разрушена. Вследствие этого может наступить генерализация процесса с прорывом гнойника, порой в непредсказуемом направлении. Мелкие абсцессы самостоятельно или в результате лечения могут рассосаться с развитием на этом месте рубцового процесса.

Абсцесс характеризуется симптомами инфекционного токсикоза, выраженного в той или иной степени с гипертермией, лейкоцитозом и рядом других клинико-лабораторных проявлений, входящих в это понятие. Местно симптомы зависят прежде всего от локализации абсцесса. Подкожные и межмышечные абсцессы диагностируются сравнительно легко, так как подобные локализации доступны осмотру и пальпации. При осмотре, если это поверхностный абсцесс, отмечаются все местные признаки воспаления, пальпаторно определяется воспалительная инфильтрация тканей, увеличение их в объеме, болезненность, а на фоне инфильтрации при абсцедировании – размягчение в центре (рука как бы проваливается вглубь патологического очага). Кардинальным считается симптом флюктуации, когда толчок над гнойной полостью одной рукой передается и воспринимается в виде контрудара другой (рис. 1.4).

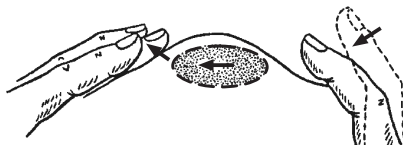


Рис. 1.4. Симптом флюктуации

Такая передача ударной волны возникает лишь в жидкой среде, в нашем случае при наличии гноя. При глубоко расположенных абсцессах, а также на ранних стадиях его формирования диагностика не столь очевидна, и в этих ситуациях довольно часто прибегают к пункции абсцесса толстой иглой в целях получения гноя или исключения абсцедирования. При абсцессах внутренних органов своевременное распознавание их может быть значительно затруднено. Для этого необходимо применение сложных методов исследования, таких как рентгеноскопия и рентгенография с контрастированием или без него, УЗИ, компьютерная томография, термография и др.

*Лечение.* В **серозно-инфильтративной стадии** при отсутствии абсцедирования назначаются антибиотикотерапия, физиолечение, местно – компрессы, дезинтоксикация организма. В показанных случаях можно прибегнуть к короткому новокаиновому блоку с антибиотиками. Однако, введение *раствора новокаина с антибиотиками* в воспалительный очаг недопустимо, так как это неизбежно ведет к повышению внутритканевого давления, сдавлению мелких сосудов, нарушению питания тканей и их некрозу, т.е. получению обратного эффекта. Основная задача лечения в этой стадии – достичь abortивного течения заболевания.

В **гнойно-некротической** стадии показано оперативное лечение под общим обезболиванием. Полость абсцесса опорожняется от гноя, санируется, при необходимости производится дополнительная контрапертура.

Операция завершается адекватным дренированием и рыхлой тампонадой с дегидратирующими растворами или мазями. Для этой же цели весьма перспективно использование расфокусированного излучения СО<sub>2</sub>-лазера для испарения гнойно-некротических тканей и уничтожения микрофлоры в полости абсцесса. При небольших поверхностных абсцессах и абсцессах внутренних органов и полостей перспективным является новое направление лечения данной патологии с помощью прицельной пункции под ультразвуковым или компьютерным контролем, которое позволяет эвакуировать гной, санировать полость, в случае необходимости катетеризировать одним или несколькими катетерами гнойный очаг, и в итоге добиться малыми технико-хирургическими средствами и приемами излечения больного. В ряде случаев приходится резецировать или удалять орган, содержащий абсцесс (рис. 1.5.).

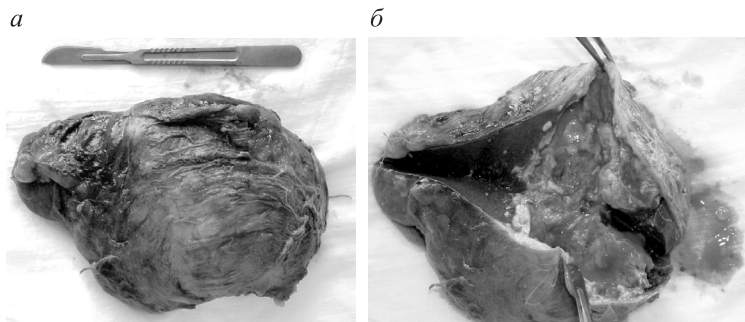


Рис. 1.5. Абсцесс селезенки (макропрепарат):

*а* – до рассечения макропрепарата; *б* – после его рассечения – видна полость абсцесса, выстланная пиогенной капсулой

Во второй фазе гнойной раны – дегидратации и регенерации – целесообразно применение биостимуляторов в виде мазей, метаболитов, гелий-неонового лазера, физиопроцедур, а также использование ранних или поздних вторичных швов.

## Флегмона

**Флегмона** – это острое неограниченное гнойное воспаление жировой клетчатки. В отличие от абсцесса при флегмоне отсутствует пиогенная капсула, из-за чего гнойный процесс неуклонно прогрессирует и распространяется по клетчаточным пространствам, не встречая препятствия на своем пути. Этиология, патогенез и причины, способствующие развитию флегмоны, такие же, как и при абсцессе.

В зависимости от глубины поражения флегмоны мягких тканей могут быть поверхностными (надфасциальными), глубокими (подфасциальными) и межмышечными. Флегмоны других клетчаточных пространств могут иметь специфические названия. Например, воспаление клетчатки средостения называется *медиастинитом*, заглочного пространства – *заглочной флегмоной*, вокруг слепой кишки – *паратифлитом*, вокруг толстой кишки – *параколярной флегмоной*, забрюшинного пространства – *забрюшинной флегмоной*, вокруг прямой кишки – *парапроктитом* и т.д. (рис. 1.6).

На морфологическом уровне флегмона представляет собой вначале экссудативное воспаление, быстро переходящее в гной-



*Рис. 1.6.* Анаэробный парапроктит, осложненный анаэробной флегмоной левого бедра (раны после некрэктомии)

но-некротическую стадию с гнойным или гнилостным расплавлением клетчатки. Стремительность распространения и злокачественность течения процесса альтерации жировой клетчатки не позволяет сформироваться ограничивающему барьеру на границе со здоровой тканью в виде пиогенной капсулы.

*Клиническая картина.* Общее состояние больного флегмоной тяжелое. Доминируют симптомы общей интоксикации с гектической лихорадкой, ознобами, высоким лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом и токсической зернистостью нейтрофилов, органной недостаточностью, выраженной в той или иной степени, явлениями септического шока. Среди местных проявлений флегмоны характерна пульсирующая, нарастающая интенсивная боль, диффузная, без четких границ гиперемия кожи, болезненный инфильтрат, на фоне которого могут быть очаги размягчения, отек и увеличение в объеме конечности или другой зоны поражения. Флегмона довольно часто сопровождается лимфангитом, регионарным лимфаденитом, тромбофлебитом.

Больные флегмоной подлежат стационарному лечению. В первую очередь вследствие тяжелого инфекционного токсикоза необходимо проведение интенсивной инфузионной терапии в качестве предоперационной подготовки и последующего послеоперационного лечения. Операция у этих больных должна выполняться под общим обезболиванием – делают широкие адекватные разрезы на всю глубину поражения тканей, а при межмышечной флегмоне проводят широкую фасциотомию.

В ранней стадии флегмоны отделяемое скудное, серозное или гнойно-геморрагическое, нередко зловонного характера, отсутствуют четкие границы между жизнеспособной тканью и очагом некроза. Операция заканчивается адекватным дренированием и тампонадой, как и при абсцессе. В случае если флегмона вызвана анаэробной неклостридиальной микрофлорой наряду с максимальным иссечением некротизированных тканей необходимо обеспечить широкое раскрытие краев раны, частые перевязки и орошение ран кислородосодержащими антисептиками (3 % раствор водорода пероксида, 0,1 % раствор калия перманганата и др.) и оксигаротерапию.

Проведение интенсивной детоксикационной терапии, адекватной антибиотико- и иммунотерапии позволяет в большинстве случаев добиться положительного исхода заболевания, хотя летальность при флегмоне сохраняется на относительно высоком уровне, несмотря на современные возможности медицинской науки.

## 1.2. Гнойные заболевания железистых органов

### Гидраденит

**Гидраденит** – это воспаление апокринных потовых желез. Заболевание чаще всего вызывается стафилококком.

Развитию гидраденита способствуют загрязнение кожных покровов вследствие несоблюдения гигиенических норм, их травматизация, повышенная потливость, снижение защитных сил организма.

*Клиническая картина.* Данная патология чаще развивается в подмышечных областях, реже – в перианальной зоне. На месте внедрения инфекции через широкое устье апокринной железы возникает очаг серозного воспаления диаметром до 1–1,5 см. При прогрессирующем течении он увеличивается до 2–3 см, сопровождается некрозом железы и окружающей клетчатки с формированием небольшого гнойника, который прорывается наружу.

Заболевание проявляется в большинстве случаев местными симптомами и характеризуется умеренными болями в подмышечной области, усиливающимися при движении рукой, возникновением болезненного узелка с гиперемией кожи над ним,

который через 3–4 дня увеличивается, приобретает синюшно-багровый цвет, появляется флюктуация, свидетельствующая об абсцедировании гидраденита. Особенность заболевания – процесс редко ограничивается поражением одной железы и имеет рецидивирующее течение. При наличии нескольких очагов воспаления, выступающих в подмышечной области в виде воспалительных сосков, в просторечии это заболевание часто называют «сучье вымя».

В ряде случаев при длительном рецидивирующем течении заболевания могут развиваться целлюлит и фиброз подмышечной клетчатки с ограничением функции плечевого сустава.

*Лечение.* В **серозно-инфильтративной стадии** проводится консервативное лечение, которое направлено непосредственно на очаг воспаления (антибиотикотерапия, повязка с антисептиками, физиолечение и др.) и предупреждение контаминации других потовых желез (удаление волос и протирание кожи 70 % *этиловым спиртом*, *хлоргексидином*, *формалином*, УФО). В стадии гнойно-некротического воспаления показана операция, которая выполняется под местным обезболиванием, она заключается во вскрытии гнойника, промывании раны 3 % *раствором водорода пероксида*, другими антисептиками и дренировании, чаще всего полоской из перчаточной резины. При упорном течении процесса лечебные мероприятия должны быть направлены на повышение защитных сил организма (витаминотерапия; пища, богатая белками; иммуностимуляторы; анатоксин; аутовакцина,  $\gamma$ -глобулин и др.), местно может быть применена противовоспалительная рентгенотерапия. Иногда при безуспешности всех методов и необратимых изменениях тканей подмышечной области прибегают к иссечению кожи и подкожной клетчатки вместе с потовыми железами и аутодермопластикой или пластикой полнослойным кожно-подкожным лоскутом на сосудистых связях.

## Паротит

**Паротит** – это воспаление околоушной слюнной железы. Заболевание чаще вызывается стафилококком, хотя в качестве этиологического фактора может выступить весь спектр богатой микробной флоры, обитающей в ротовой полости.

Чаще инфекция попадает в железу восходящим путем через слюнную проток, особенно в случае гипосаливации. В норме наряду с тем, что слюна обладает антисептическими

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	4
<b>Глава 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПРИРОДЫ . . .</b>	<b>5</b>
1.1. Острые гнойные заболевания кожи, жировой и мышечной тканей .....	5
Фурункул и фурункулез .....	5
Карбункул .....	7
Абсцесс .....	9
Флегмона .....	12
1.2. Гнойные заболевания железистых органов .....	14
Гидраденит .....	14
Паротит .....	15
Мастит .....	17
1.3. Гнойно-воспалительные заболевания лимфатической системы .....	21
Рожа .....	22
Эризипелоид .....	26
Лимфангит .....	26
Лимфаденит .....	28
1.4. Хирургическая инфекция кровеносных сосудов .....	29
Гнойный артериит и флебит .....	29
1.5. Хирургическая инфекция кисти .....	30
Панариций .....	32
Абсцесс и флегмона кисти .....	37
1.6. Хирургическая инфекция синовиальных оболочек и костей .....	40
Бурсит .....	41
Артрит .....	42
Остеомиелит .....	46
Острый гематогенный остеомиелит .....	46
Хронический гематогенный остеомиелит .....	55
Первично-хронический остеомиелит .....	60
Негематогенный остеомиелит .....	62
1.7. Сепсис .....	65
Классификация .....	65



Этиология и патогенез . . . . .	67
Клиническая картина и диагностика . . . . .	68
Септический шок . . . . .	70
Принципы лечения тяжелого сепсиса и септического шока . . . . .	70
1.8. Острая анаэробная инфекция . . . . .	77
Анаэробная неклостридиальная (гнилостная) инфекция. . . . .	77
Гнилостная инфекция мягких тканей . . . . .	78
Анаэробные заболевания брюшины . . . . .	80
Неклостридиальная анаэробная инфекция легких . . . .	81
Принципы лечения неклостридиальной анаэробной инфекции . . . . .	83
Анаэробная (газовая) гангрена. . . . .	84
Клиническая картина . . . . .	85
Лечение и профилактика . . . . .	87
Столбняк . . . . .	89
Клиническая картина . . . . .	90
Лечение и профилактика . . . . .	91
1.9. Хроническая специфическая хирургическая инфекция . . .	94
Хирургические формы туберкулеза . . . . .	95
Общая характеристика отдельных форм хирургического туберкулеза . . . . .	96
Общие принципы лечения костно-суставного туберкулеза. . . . .	102
Туберкулезный лимфаденит . . . . .	105
Актиномикоз . . . . .	106
Сифилис . . . . .	110
Лепра . . . . .	113
Сибирская язва . . . . .	115
Дифтерия . . . . .	116

## **Глава 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .**

2.1. Краткие анатомо-физиологические сведения . . . . .	117
2.2. Эндемический зоб . . . . .	118
2.3. Спорадический зоб . . . . .	123
2.4. Гипотиреоз . . . . .	125
2.5. Диффузный токсический зоб . . . . .	127

2.6. Токсическая аденома щитовидной железы . . . . .	131
2.7. Тиреотоксикоз . . . . .	132
2.8. Рак щитовидной железы . . . . .	136
<b>Глава 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ . . . . .</b>	<b>142</b>
3.1. Краткие анатомо-физиологические сведения . . . . .	142
3.2. Дисгормональная дисплазия молочной железы . . . . .	144
Мастопатия . . . . .	144
Гинекомастия . . . . .	149
3.3. Доброкачественные опухоли молочной железы . . . . .	152
3.4. Рак молочной железы . . . . .	154
<b>Глава 4. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>	
<b>ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ . . . . .</b>	<b>161</b>
4.1. Острый абсцесс и гангрена легкого . . . . .	161
4.2. Хронический абсцесс легкого . . . . .	168
4.3. Плеврит . . . . .	173
4.4. Острая эмпиема плевры . . . . .	175
4.5. Хроническая эмпиема плевры . . . . .	176
4.6. Пневмоторакс . . . . .	178
Спонтанный пневмоторакс . . . . .	179
<b>Глава 5. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ . . . . .</b>	<b>183</b>
5.1. Краткие анатомо-физиологические сведения . . . . .	183
5.2. Этиология и патогенез . . . . .	185
5.3. Патологическая анатомия и классификация. . . . .	187
5.4. Клиническая картина и диагностика . . . . .	190
5.5. Лечение . . . . .	198
5.6. Осложнения острого аппендицита . . . . .	199
<b>Глава 6. ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА</b>	
<b>И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ . . . . .</b>	<b>204</b>
6.1. Перфорация гастродуоденальных язв . . . . .	206
6.2. Гастродуоденальные кровотечения . . . . .	209
6.3. Пилородуоденальный стеноз . . . . .	212
6.4. Пенетрация язвы . . . . .	215

<b>Глава 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ</b> .....	216
7.1. Краткие анатомо-физиологические особенности билиарного тракта .....	216
7.2. Желчнокаменная болезнь .....	218
7.3. Билиарный сладж .....	228
7.4. Острый калькулезный холецистит .....	229
7.5. Редкие синдромы, связанные с желчными камнями .....	235
7.6. Острый бескаменный холецистит .....	236
7.7. Холедохолитиаз .....	238
7.8. Постхолецистэктомический синдром .....	241
<b>Глава 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> ..	243
8.1. Краткие анатомо-физиологические сведения .....	243
8.2. Острый панкреатит .....	245
8.3. Хронический панкреатит .....	263
<b>Глава 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ</b> .....	272
9.1. Краткие анатомо-физиологические сведения .....	272
9.2. Аномалии развития тонкой кишки .....	275
9.3. Дивертикулы тонкой кишки .....	277
9.4. Болезнь Крона .....	281
9.5. Дивертикулы толстой кишки .....	286
9.6. Язвенный колит .....	291
9.7. Мегаколон .....	303
<b>Глава 10. ГРЫЖИ ЖИВОТА</b> .....	308
10.1. Наружные грыжи .....	311
10.2. Внутренние грыжи живота .....	323
10.3. Осложнения грыж живота .....	325
<b>Глава 11. НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА</b> .....	331
11.1. Врожденная кишечная непроходимость .....	332
11.2. Острая кишечная непроходимость .....	336

<b>Глава 12. ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ</b> .....	351
12.1. Этиология и патогенез .....	351
12.2. Местный и распространенный перитонит .....	353
12.3. Клиника и диагностика .....	354
12.4. Лечение .....	358
<b>Глава 13. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ</b> .....	363
13.1. Краткие анатомо-физиологические сведения .....	363
13.2. Геморрой .....	365
13.3. Анальная трещина .....	372
13.4. Параректит .....	375
13.5. Эпителиальный копчиковый ход (киста копчика, пилонидальный синус) .....	382
13.6. Выпадение прямой кишки .....	384
<b>Глава 14. ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b> .....	387
14.1. Опухоли пищевода .....	387
14.2. Опухоли желудка .....	395
14.3. Опухоли двенадцатиперстной кишки .....	406
14.4. Опухоли тонкой кишки .....	408
14.5. Опухоли ободочной и прямой кишек .....	413
<b>Глава 15. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН</b> .....	430
15.1. Варикозная болезнь нижних конечностей .....	431
15.2. Тромбофлебит .....	440
15.3. Тромбоэмболия легочной артерии .....	445
15.4. Посттромбофлебитический синдром .....	447
<b>Глава 16. РАССТРОЙСТВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> .....	452
16.1. Облитерирующий атеросклероз .....	452
16.2. Облитерирующий эндартериит .....	458
16.3. Облитерирующий тромбангиит .....	463
16.4. Болезнь Рейно .....	463
16.5. Острые тромбозы и эмболии артерий .....	467
<b>ЛИТЕРАТУРА</b> .....	473

Учебное издание

**Рычагов Григорий Петрович**

**Нехаев Анатолий Николаевич**

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

В двух частях

Часть 2

### **Частная хирургия**

Учебник

Редактор *В.В. Такушевич*

Художественный редактор *В.А. Ярошевич*

Технический редактор *А.Н. Бабенкова*

Корректоры *О.В. Ракицкая, О.И. Голденкова*

Компьютерная верстка *И.В. Войцехович*

Подписано в печать 27.11.2012. Формат 84×108/32. Бумага офсетная.

Гарнитура «Times New Roman». Офсетная печать. Усл. печ. л. 25,2.

Уч.-изд. л. 24,45. Тираж 800 экз. Заказ 385.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».

ЛИ № 02330/0494062 от 03.02.2009. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск.

e-mail: [market@vshph.com](mailto:market@vshph.com) <http://vshph.com>

Открытое акционерное общество «Полиграфкомбинат им. Я.Коласа».

ЛП № 02330/0150496 от 11.03.2009. Ул. Корженевского, 20, 220024, Минск