**Асептика** — комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания возбудителей инфекции в рану, ткани или органы больного при операциях, лечебных и диагностических процедурах.  
  
А. включает комплекс специальных мероприятий в операционном блоке и хирургическом отделении; стерилизацию и сохранение стерильности инструментов, перевязочного и шовного материалов, катетеров, операционного белья, перчаток, аппаратуры, т.е. всего, что приходит в соприкосновение с раной; обработку рук хирурга и операционного поля. Среди организационных мероприятий важное значение имеет расположение операционных блоков, перевязочных и процедурных кабинетов в максимально возможном удалении от так называемых септических зон.  
  
Профилактика воздушно-капельной инфекции включает правильную планировку операционных с целью обеспечения «подпора» воздуха — создания его потока из операционной в другие помещения.    Для предупреждения контактного инфицирования необходимо, чтобы все, что соприкасается с раной, было стерильным.  
  
Имплантационная инфекция развивается при внесении в рану ее возбудителей с шовным материалом, дренажами, протезами, тампонами, трансплантатами и др. Профилактика имплантационной инфекции состоит в строгом соблюдении методов стерилизации шовного материала, протезов, дренажей и т.п.

В профилактике экзогенного инфицирования большое значение имеют обкладывание краев операционной раны стерильными бельем или салфетками, отграничение при помощи стерильного белья или салфеток вскрытого полого органа от операционной раны, смена инструментов, белья, мытье рук хирурга или смена перчаток после основных этапов операции, наложение на рану после операции асептической повязки.   
  
**Антисептика** — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, патологическом очаге или организме в целом, на предупреждение или ликвидацию инфекционного воспалительного процесса.  
  
Различают механическую, физическую, химическую, биологическую и смешанную антисептику. Механическая А. основана на удалении инфицированных некротизированных и нежизнеспособных тканей, инородных тел, вскрытии затеков и карманов и т.д. В ее основе лежит хирургическая обработка ран.  
  
Капиллярность, гигроскопичность, осмос, диффузия являются основой физической А. при дренировании ран и гнойных очагов, наложении гигроскопических повязок и введении тампонов. Также применяют сухое тепло, свет, излучения лазера, ультразвук, ультрафиолетовое излучение, токи ультравысокой частоты.  
  
**Химическая А.** предусматривает местное, энтеральное или парентеральное применение химических веществ, обладающих бактериостатическим или бактерицидным действием с лечебной или профилактической целью.  
  
**Биологическая А**. — использование препаратов биологического происхождения, воздействующих непосредственно на микробную клетку (протеолитические ферменты) или опосредованно, повышая иммунорезистентность организма (средства активной и пассивной иммунизации — бактериофаги, анатоксины, вакцины, сыворотки).    Смешанная А., включающая механическую (иссечение раны), химическую (промывание и обработка раны антисептиками), физическую (использование дренажей, повязок, физиотерапевтических процедур) и биологическую (введение сывороток, антибиотиков, протеолитических ферментов) антисептику.  
  
**АППЕНДИЦИТ** - неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Симптомы, течение. Внезапно возникающая тупая боль без четкой локализации в верхней половине живота или области пупка. Через 4-6 ч боль перемещается в правую подвздошную область (обусловленных раздражением висцеральной брюшины). Тошнота,  возможна рвота. Язык влажный, обложен белым напетом. Больной лежит на спине или правом боку; изменение положения тела, кашель, смех, чиханье резко усиливают боль в животе. При пальпации обнаруживают напряжение мышц и резкую болезненность в правой подвздошной области. Здесь же могут определяться положительные симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина - Блюмберга). Боль, как правило, усиливается при положении больного на левом боку, особенно при пальпации. Температура часто повышена до субфебрильных цифр. В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.   
  
Течение у детей, стариков и беременных. У детей недоразвитие большого сальника и гиперергическая реакция организма приводят к быстрому прогрессированию воспалительного процесса и развитию перитонита. Диагностика острого аппендицита у детей в начальной стадии заболевания трудна: тошнота, многократная рвота, высокая температура, разлитая боль в животе, в связи с чем нередко допускаются диагностические ошибки. У стариков снижение реактивности организма обусловливает стертость клинических симптомов заболевания, что может быть поводом к запоздалой диагностике и госпитализации. У беременных смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка маткой приводит к изменению типичной локализации болей, а расположение отростка за маткой - к снижению выраженности перитонеальных симптомов.  
  
Лечение оперативное. Осложнения. Возможно образование абсцессов (боли в области операционной раны, где пальпируется резко болезненный инфильтрат, высокая температура, лейкоцитоз и сдвиг влево) в различных отделах брюшной полости, обычно обусловленных недостаточно тщательным удалением экссудата во время операции. При неполноценном лигировании брыжеечных сосудов удаленного отростка в раннем послеоперационном периоде может развиться кровотечение в брюшную полость. Реже спаечная непроходимость кишечника.  
  
**Абсцесс легкого**-гнойное расплавление легочной паренхимы. Причина-пневмония, вызванная стафилококком, клебсиаллой, анаэробами, а также контактная инфекция при эмпиеме плевры, поддиафрагмальном абсцессе; аспирация инородных тел, инфицированного содержимого придаточных пазух носа и миндалин, септические эмболы, попадающие гематогенным путем из очагов остеомиелита, гонита, простатита, реже отмечается лимфогенный путь - занос при фурункулах верхней губы, флегмонах дна полости рта. Множественные абсцессы, чаще двусторонние, возникают в результате септикопиемии. Острый абсцесс с перифокальной воспалительной инфильтрацией легочной ткани может перейти в хроническую форму с образованием плотной пиогенной оболочки. Симптомы, течение. лихорадка, гектическая температура, одышка, локальная боль придыхании, пароксизмы лающего кашля с увеличением количества мокроты при перемене положения тела, бронхиальное дыхание, разнокалиберные хрипы, мокрота: желтоватая слизь, водянистый слой, на дне - гной. В крови-лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, гипоальбуминемия и диспротеинемия. Лечение. Постуральный дренаж, бронхоскопическая санация, антибиотикотерапия. Обязателен рентгенологический контроль через 3 и 6 мес после выздоровления.  
  
**Абсцессы брюшной** полости (дугласова пространства, поддиафрагмальные, межкишечные) Поддиафрагмальные абсцессы в результате оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке, желчном пузыре и желчевыводящих путях, при разрыве абсцессов печени. Симптомы, течение. повышение температуры интермиттирующего или гектического характера, озноб и тахикардия, боль в области абсцесса или ее иррадиация (поддиафрагмальный абсцесс) Частыми симптомами являются паралитическая кишечная непроходимость, местное напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие аппетита, тошнота. В крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости можно обнаружить уровень жидкости в полости абсцесса. Если абсцесс обусловлен несостоятельностью швов, возможно поступление контрастного вещества из просвета кишечника в полость гнойника. Диагностика: УЗИ, компьютерная томография. Лечение оперативное - вскрытие и дренирование абсцесса.   
  
**АБСЦЕСС ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА** — отграниченное скопление гноя в прямокишечно-пузырном углублении у мужчин или в прямокишечно-маточном углублении у женщин.Абсцесс обусловлен большей частью перфоративным аппендицитом, перфорацией дивертикула ободочной кишки, реже он является остаточным гнойником при лечении диффузных форм перитонита. В связи с тем, что гнойник не имеет непосредственного контакта с передней брюшной стенкой, при пальпации брюшной стенки патологических признаков и симптомов выявить не удается. Больные жалуются на чувство тяжести, распирание, боль в нижней половине живота, учащенное и болезненное мочеиспускание, учащение стула. При пальцевом ректальном или вагинальном исследовании на передней стенке прямой кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре.   
  
Лечение. Трансректальное или трансвагинальное вскрытие и дренирование гнойника.  
  
**Анестезия общая (наркоз)** — состояние, вызываемое с помощью фармакологических средств и характеризующееся потерей сознания, подавлением рефлекторных функций и реакций на внешние раздражители, что позволяет выполнять оперативные вмешательства без опасных последствий для организма и с полной амнезией периода операции.   
  
Различают ингаляционные и неингаляционные способы. Ингаляционные способы введение газообразных и паров летучих наркотических веществ через дыхательные пути.( этиловый эфир, фторотан, метоксифлуран, этран, циклопропан, закись азота). Существуют открытые, закрытые, полуоткрытые и полузакрытые методы Н.и., отличающиеся так называемые дыхательными контурами пациента.  Неингаляционные способы — введение внутривенно, внутримышечно, ректально различных фармакологических средств, а также физические методы воздействия на ц.н.с. или ее периферические отделы (общая электроанестезия, иглоэлектроаналгезия). Барбитуратов (тиопентал-натрий, гексенал), наркотических (морфин, фентанил, промедол), нейролептики (дроперидол) и бензодиазепины (седуксен, феназепам).   
  
**Комбинированный наркоз** применении двух или нескольких препаратов с целью снижения дозы, а следовательно, и токсичности каждого из них. Когда до введения основного наркотического средства или одновременно с ним применяют другое (неингаляционное) наркотическое вещество с целью уменьшения дозы первого, говорят о базис-наркозе основным средством.  
  
Премедикация начинается накануне операции. Основные задачи — устранение предоперационного психоэмоционального стресса, снижение рефлекторной возбудимости, болевой чувствительности, подавление секреции слюнных и бронхиальных желез (транквилизаторы (седуксен или тазепам) снотворное средство (фенобарбитал), промедола).    Вводный наркоз. С этой целью применяют различные виды внутривенной анестезии, обеспечивающие быстрое наступление сна без неприятных ощущений для больного и достаточный уровень аналгезии.  
  
Поддержание А. о осуществляют путем ингаляции анестетика через маску наркозного аппарата (ингаляционная А. о.) или внутривенным введением соответствующих анальгетиков, седативных и других средств.    Выведение из А. о. начинается после прекращения подачи общих анестетиков, имеет разную продолжительность в зависимости от вида общей анестезии.  
  
Общая анестезия. В I стадии снижается болевая чувствительность при сохранении сознания. II стадия (стадия возбуждения). Ill стадия разделяют на три уровня. Уровень III1 поверхностной А. о. (больной в состоянии сна, зрачки узкие, рефлексы сохранены) позволяет выполнять только кратковременные малотравматичные операции. Уровень III2 (зрачки узкие, отсутствие рефлексов) при введении миорелаксантов достаточен для проведения больших внутриполостных операций. Уровень III3, характеризующийся появлением токсических эффектов (угнетение всех жизненно важных функций, зрачки расширены), не должен достигаться. IV стадию обозначают как стадию выхода из наркоза.  
  
Осложнения. Различают респираторные, сердечно-сосудистые и неврологические осложнения.  
  
К респираторным осложнениям относятся апноэ, бронхиолоспазм, ларингоспазм, неадекватное восстановление самостоятельного дыхания, Рекураризация — остановка дыхания после того, как оно уже полностью восстановилось у больного.    Сердечно-сосудистые осложнения включают аритмии, брадикардию, остановку сердца.    К неврологическим осложнениям относятся дрожь при пробуждении, гипертермия, судороги, мышечные боли, рвота.    
  
**Анестезия местная** — искусственно вызванное угнетение чувствительности (прежде всего болевой) на ограниченных участках тела, которое обеспечивается блокадой периферической нервной системы на разных уровнях. Позволяет проводить безболезненно различные оперативные вмешательства, перевязки и диагностические манипуляции. При этом сначала исчезает чувство боли, затем нарушается температурная чувствительность и в последнюю очередь — тактильная чувствительность, а также чувство давления.    Не требуется специальной предоперационной подготовки, после операции, больной не нуждается в постоянном наблюдении.    Осложнения обычно связаны с индивидуальной непереносимостью, передозировкой местных анестетиков или нарушениями техники анестезии. Возможны возбуждение, головокружение, тремор, аллергические реакции (в т.ч. бронхоспазм или ларингоспазм), бледность, потливость, брадикардия, гипотензия, коллапс, судороги; в тяжелых случаях может наступить остановка дыхания. Для профилактики осложнений обязательны выяснение индивидуальной чувствительности к местным анестетикам, тщательное соблюдение их дозировки и техники анестезии.  
  
**Инфильтрационная анестезия.** пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика, который приходит в соприкосновение с нервными окончаниями, блокируя проводимость нервных импульсов. Для анестезии кожи вводят внутрикожно тонкой иглой 0,25—0,5% раствора новокаина до «лимонной корочки» по ходу предстоящего разреза. Чаще всего применяют инфильтрационную анестезию по Вишневскому (метод «ползучего инфильтрата»), сущность которого заключается в послойном введении с учетом анатомических особенностей данной области большого количества 0,25% раствора новокаина. Расход его 1,5—3 л. Вводимый под давлением в фасциальные футляры раствор анестетика распространяется в них и протекает к нервам и нервным окончаниям. Основным условием надежной анестезии является тугая инфильтрация тканей раствором местного анестетика, благодаря которой обеспечивается лучший его контакт с нервными окончаниями. Одновременно достигается так называемая гидравлическая препаровка тканей, которая значительно облегчает манипуляции хирурга и уменьшает кровопотерю.  
  
**Спинномозговая анестезия** основана на введении раствора местноанестезирующего препарата в субарахноидальное пространство спинного мозга. При этом наступает блокада задних (чувствительных) корешков спинного мозга, что приводит к утрате болевой, тактильной, температурной чувствительности, и передних (двигательных) корешков, что вызывает миорелаксацию, Применяется при операциях на желудке, кишечнике, печени и желчных путях, селезенке, органах малого таза, нижних конечностях. Спинномозговую пункцию проводят в положении больного на боку с приведенными к животу коленями. После предварительной обработки операционного поля спиртом специальную иглу с мандреном вводят строго сагиттально по средней линии между остистыми отростками LIII-IV. В момент прокалывания твердой мозговой оболочки ощущается характерное сопротивление. Появление капель цереброспинальной жидкости после извлечения мандрена свидетельствует о правильном положении иглы. Затем вводят до 3 мл 5% раствора новокаина, смешанного с 2—3 мл цереброспинальной жидкости.  
  
Осложнения. Снижение АД, обусловленное блокадой симпатических волокон. Для предупреждения снижения АД перед операцией вводят подкожно 2 мл 20% раствора кофеина-бензоата натрия и 1 мл 5% раствора эфедрина. При распространении анестетика вверх по субарахноидальному пространству возможна блокада чувствительных и двигательных корешков спинного мозга с параличом дыхательной мускулатуры, что может привести к дыхательной недостаточности или остановке дыхания. При начальных признаках угнетения дыхания применяют оксигенотерапию, при остановке дыхания — искусственную вентиляцию легких. После спинномозговой анестезии могут возникать головные боли, парезы и другие осложнения.   
  
**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**  
Эффективность определяется несколькими факторами. Следует учитывать спектр противомикробного действия А. При раневых инфекциях выбор А. проводят на основе идентификации возбудителя и изучения антибиотикограммы, что требует затрат времени. Однако при этих болезнях антибиотикотерапию необходимо начинать в более ранние сроки после установления диагноза, поэтому в таких случаях обычно назначают А. широкого спектра действия (ампициллин, цефалоспорины, канамицин, тетрациклины) или сочетания этих антибиотиков. В последующем проводят соответствующую коррекцию антибиотикотерапии.  
  
Важное значение имеет назначение оптимальных доз и способов введения препаратов с учетом их фармакокинетики в организме больного. Оптимальными являются такие дозы А., при которых концентрация А. в крови в 2—3 раза превышает величину его минимальной подавляющей концентрации в отношении выделенного возбудителя.    При тяжелом течении применяют обычно препараты А. для парентерального введения. При необходимости прибегают к местному введению А., например внутриплеврально при плевритах, в брюшную полость при перитонитах. Эффективность антибиотикотерапии во многом определяется ее оптимальной продолжительностью: лечение А. должно проводиться до стойкого закрепления терапевтического эффекта.  
  
Комбинации А. применяют с целью расширения спектра действия и усиления антибактериального эффекта, а также снижения побочного действия. Комбинированная антибиотикотерапия показана: при подозрении на смешанную инфекцию и тяжелом течении заболевания; с целью усиления антибактериального эффекта; для предупреждения образования резистентных форм; с целью снижения доз. Следует избегать сочетаний А. с бактерицидным и бактериостатическим типом действия, т.к. значительно ослабляют противомикробный эффект бактерицидно действующих препаратов.  
  
Антибиотикопрофилактику применяют при угрожающей инфекции до развития клинических симптомов заболевания и с целью элиминации возбудителей (при обширных ранах).  
  
**Анаэробная инфекция** — инфекционный процесс (чаще осложнение раневого процесса), вызванный анаэробами. Возбудители А. и. две группы: спорообразующие анаэробы, или клостридии, и неспорообразующие (неклостридиальные) анаэробы. Они являются частью нормальной микрофлоры человека. Патогенные свойства анаэробов реализуются при лишенных кровоснабжения участков тканей, хронической интоксикации, снижении защитных р-ций организма.  
  
Клостридиальная раневая инфекция представлена целлюлитом, миозитом и мионекрозом. Целлюлит - поражением кожи, подкожной клетчатки, а также периваскулярных и периневральных тканевых футляров. Признак — отек кожи и подкожной клетчатки; цвет кожи бледный, отслойка эпидермиса с образованием пузырей, содержащих светло-желтый экссудат без запаха. Миозит и мионекроз - поражение мышц.  
  
Клиническая картина В области поражения боли, лихорадка с высокой температурой. Общие симптомы, связанные с интоксикацией организма, нарушение ц.н.с. — от эйфории и до глубокой комы. Неустойчивое АД, венозная гипотензия, застой крови во внутренних органах. Дыхательная недостаточность сопровождается одышкой, снижением концентрации кислорода в крови.  
  
Печеночно-почечная недостаточность, паренхиматозная желтуха, олигоурия. В крови анемия, умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличение СОЭ.    Важным признаком является скопление газа в очаге поражения.      
  
Неклостридиальная А. и. мягких тканей может проявляться целлюлитом, фасциитом и миозитом, нередко обильным гнойным отделяемым буро-коричневого цвета с резким, зловонным запахом, часто — с наличием пузырьков газа и капель жира, обширным некрозом мягких тканей. Кроме того, возможны гнойный плеврит, абсцессы внутренних органов и головного мозга, перитонит, послеродовой или послеабортный метроэндометрит, сепсис.  
  
Лечение оперативное: широкое рассечение очага поражения и иссечение некротизированных тканей.     Профилактика А. хирургической обработка ран, соблюдении асептики и антисептики, превентивном использовании антибиотиков.  
  
**Аутоиммунный хронический тиреоидит** (тиреоидит Хашимото) - заболевание, в основе которого лежит аутоиммунное поражение щитовидной железы, образуются антитела к различным компонентам щитовидной железы - тиреоглобулину, микросомальной фракции, рецепторам к тиреотропину с образованием комплекса антиген-антитело, развитием деструктивных изменений и лимфоидной инфильтрации щитовидной железы.  
  
Симптомы: диффузное, иногда неравномерное увеличение щитовидной железы, при пальпации железа плотно-эластической консистенции, подвижная. При больших размерах железы появляются симптомы сдавления органов шеи. По мере развития заболевания деструктивные изменения приводят к нарушению функции железы - вначале явлениям гипертиреоза вследствие поступления в кровь большого количества ранее синтезированных гормонов, в дальнейшем  - к гипотиреозу. Содержание тиреоидных гормонов в крови снижено, тиреотропного гормона - превышает норму. Диагностика титр антитиреоидных антител, данные пункционной биопсии, сканирование.   
  
Лечение. тиреоидными гормонами (трийодтиронин, тироксин, тиреотом). При больших размерах щитовидной железы с явлениями сдавления органов шеи - оперативное печение.   
  
**БРОНХОЭКТАЗЫ** - цилиндрические или мешковидные расширения сегмёнтарных и субсегментарных бронхов с хроническим воспалением бронхиальной стенки, в 50% случаев -двусторонние, чаще локализованы в базальных сегментах и нижних долях. В основе развития- врожденные пороки бронхиальных структур, перенесенные в раннем детстве пневмонии или бронхиты, нарушение защитных механизмов, осложнение других легочных и бронхиальных болезней. Различают первичные и вторичные бронхоэктазы. Первичные бронхоэктазы обусловлены врожденными пороками с наступающей гипертрофией слизистой оболочки бронхов, усугубляющей нарушение дренажной функции, гиперкринией с присоединением вторичной инфекции. Причиной вторичных приобретенных бронхоэктазов может быть любое нарушение дренажной функции бронхов как функционального, так и органического происхождения, с вторичной гиперкринией, присоединением инфекции и разрушением стенки бронхов со слабо выраженным хрящевым каркасом.  
  
Симптомы, течение. Характерен кашель, часто с гнойной мокротой, жесткое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы, симптом барабанных палочек и ногтей в виде часовых стекол. Диагноз основывается на рентгенологическом исследовании легких, выявляющем полости, ателектаз и объемное уменьшение доли или долей легкого, инфильтрацию ткани.   
  
Лечение. Консервативная терапия, направленная на улучшение дренажной функции бронхов: ингаляции бронхолитиков, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки поколачиванием, курсы санационных фибробронхоскопий. Оперативное лечение при поражении одной доли и двух сегментов на одной стороне и максимум доли на другой выполняют в два этапа с интервалом 5-6 мес.   
  
**ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ-**расширение поверхностных вен, сопровождающееся несостоятельностью клапанов и нарушением кровотока. Первичное варикозное расширение связано со слабостью или функциональными нарушениями венозной стенки. Способствуют беременность, ожирение, длительное пребывание в полевении стоя, врожденная слабость соединительной ткани, ношение чулок с тугими резинками. Вторичное варикозное расширение возникает в результате нарушения венозного оттока, например при посттромбофлебитическом синдроме, несостоятельности клапанов глубоких вен, опухолях, травмах. При варикозном расширении вен повышение давления в венах приводит к недостаточности клапанов коммуникантных вен, в результате чего при мышечных сокращениях кровь под большим давлением поступает из глубокой системы в поверхностную.   
  
Симптомы, течение. варикозное расширение вен; при компенсации венозного кровообращения других жалоб может и не быть, утомляемость, чувство тяжести в ногах, распирание, судороги в икроножных мышцах, особенно к вечеру, а иногда и по ночам, парестезии. Отеки к вечеру, после длительного стояния, после ночного отдыха отеки полностью исчезают.  
  
Состояние коммуникантных вен и их клапанов оценивают с помощью пробы Пратта-2 и трехжгутовой пробы Шейниса. Проходимость глубоких вен определяют с помощью пробы Дельбе – Пертеса.   
  
Стадии варикозного расширения вен: I стадия - нет жалоб, только косметические нарушения; II стадия - чувство тяжести, распирания, судороги по ночам, парестезии; III стадия -отеки, чувство распирания, индурация кожи и подкожной клетчатки, пигментация; IV стадия - образование язв.  
Лечение. Консервативное - эластические чулки или бинты, препараты, улучшающие микроциркуляцию (венорутон), повышающие капиллярорезистентность (витамин С), дезагреганты (препараты салициловой кислоты), диуретики.   
  
**ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО** - прогрессирующий гнилостный распад паренхимы легкого под влиянием анаэробной инфекции. Предрасполагающими - хронический алкоголизм, сахарный диабет, аспирация из очагов гнойной инфекции во рту и глотке, пневмонии у ослабленных больных. Симптомы, течение. Быстрый, генерализованный распад легочной ткани с гнилостной, кровянистой мокротой. Возникающая гнойно-резорбтивная лихорадка быстро сменяется истощением, сознание спутанное, температура тела становится субфебрильной, при сдвиге формулы белой крови влево имеется лейкоцитоз, выражены гипопротеинемия и диспротеинемия. Дыхание обычно ослабленное. Рентгенологически определяется отграниченное затемнение, нередко с горизонтальным уровнем жидкости в плевральной полости.   
  
Лечение. Цефалоспорины II поколения, интенсивная инфузионная терапия, повторные курсы плазмафереза, в/в введение свежезамороженной плазмы в количестве 200 мл в день. Оперативное лечение показано при профузном легочном аррозионном кровотечении.   
  
**ГЕМОРРОЙ** - увеличение объема кавернозных телец прямой кишки, сопровождающееся кровотечениями, а иногда тромбозом и воспалением, зудом и другими симптомами. Этиология, патогенез. В основе заболевания лежат нарушения регуляции притока и оттока крови в кавернозных венах прямой кишки, приводящие к застою в них крови.   
  
Симптомы, течение. При неосложненном геморрое - зуд, ощущение инородного тела, выделение капель или струйки алой крови в конце акта дефекации, анемия. При осложнениях сильная боль, повышается температура, возникают отек и гиперемия вокруг заднего прохода, затруднение акта дефекации, иногда задержка мочи. Течение длительное с периодическим обострениями и осложнениями вплоть до выраженной анемии и гнойного воспаления, с тромбозом и некрозом узлов.  
  
Диагноз ставят на основании характерных жалоб, обнаружения выпадающих узлов в области заднего прохода, результатов пальцевого исследования прямой кишки и ректороманоскопии. Лечение в ранних стадиях консервативное: гигиеническая и производственная гимнастика, послабляющая диета, легкие слабительные средства, тщательный влажный туалет после акта дефекации, ванночки с прохладной водой, свечи с проктогливенолом, местно - анестезирующие средства. При острых осложнениях - тромбозе и воспалении узлов - постельный режим, послабляющая диета, местно- охлаждающие средства (свинцовая примочка, пузырь со льдом, прохладные ванночки с раствором перманганата калия), антибиотики. При выраженном выпадении узлов и кровотечениях-хирургическое лечение.  
  
**ГИДРАДЕНИТ** - гнойное воспаление апокриновых потовых желез. Этиология. Гипергидроз, ссадины, опрелость в сочетании с инфекцией (стафило- и реже стрептококк). Чаще возникает в подмышечных впадинах, реже в области промежности и пупка.  
  
Симптомы, течение. После небольшого зуда появляется боль и плотный узел диаметром 0,5-3 см, расположенный под кожей, позже определяется флюктуация. Воспаление может захватить несколько потовых желез или переходить с одной железы на другую. Температура повышена, в крови - лейкоцитоз со сдвигом влево.  
  
Лечение в стадии инфильтрации консервативное (покой, антибиотики, ультрафиолетовое облучение, обработка кожи спиртом или антисептиками), при появлении флюктуации - вскрытие гнойника. При рецидивах показана специфическая иммунотерапия (стафилококковая вакцина, анатоксин, гамма-глобулин), общеукрепляющая и витаминотерапия  
  
**ГИПОТИРЕОЗ**-заболевание, обусловленное недостаточным обеспечением органов и тканей гормонами щитовидной железы.  
  
Этиология. При первичном гипотиреозе - непосредственное повреждение щитовидной железы: врожденные аномалии, воспалительные - при хронических инфекциях, аутоиммунной природы, повреждения щитовидной железы после введения радиоактивного йода, операции на щитовидной железе, недостаток йода в окружающей среде; при вторичном - инфекционные, опухолевые или травматические поражения гипоталамо-гипофизарной системы. Передозировка мерказолила может привести к функциональной форме первичного гипотиреоза. Периферическая форма заболевания обусловлена либо нарушениями периферического метаболизма тиреоидных гормонов, либо снижением чувствительности органов и тканей к тиреоидным гормонам.  
  
Патогенез. Снижение секреции тиреоидных гормонов, приводящее к замедлению всех процессов обмена веществ.  
  
Симптомы. Зябкость, сонливость, вялость, снижение памяти, замедление речи, движений, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, артралгии, отечность лица и конечностей, имеющая своеобразный характер, кожные покровы сухие, бледные, с желтоватым оттенком, язык утолщен, по краям - вдавления от зубов, охриплость голоса, ломкость и выпадение волос на голове, латеральной трети бровей, лобке, снижение температуры тела, запор, брадикардия, глухость тонов сердца, реже нормальная частота сердечных сокращений, редко тахикардия. ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, изменения конечной части желудочкового комплекса.  
  
Лечение. Заместительная терапия препаратами щитовидной железы или синтетическими тиреоидными гормонами (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом,тиреотом-форте, тиреокомб). При тахикардии или артериальной гипертензии совместно с р-блокаторами (анаприлин, тразикор). При сочетании гипотиреоза и гипокортицизма - заместительная терапия кортикостероидами, предшествующая или назначаемая одновременно с тиреоидной. Витамины А, С, В1 при показаниях мочегонные (триампур, верошпирон), коронарорасширяющие средства.  
  
**Грыжи паховые** делят на косые (грыжевой мешок располагается в паховом канале среди элементов семенного канатика) и прямые (грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика). Дифференцировать косую и прямую грыжи можно по следующим признакам: косые чаще встречаются у молодых, обычно односторонние, при длительном существовании могут спускаться в мошонку. Прямые грыжи чаще возникают у пожилых людей, бывают двусторонние, в мошонку не опускаются. Косые грыжи могут быть врожденными.   
  
Лечение оперативное. При любом виде паховой грыжи страдает в первую очередь задняя стенка пахового канала, пластика которой является основным элементом оперативного лечения. Чаще используют метод Бассини - подшивание нижнего края внутренней косой II поперечной мышцы к пупартовой связке под семенным канатиком с последующим сбиванием над ним апоневроза наружной косой мышцы.  
  
При высоком паховом промежутке, когда возникает значительное натяжение мышц, используемых для укрепления задней стенки пахового канала, можно ослабить натяжение послабляющим разрезом передней стенки влагалища прямой мышцы.  
  
**ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**  
Грыжа белой линии чаще возникает у мужчин; возникновение ее связано с наличием дефектов в белой линии живота, обусловленных переплетением волокон апоневрозов косых мышц. Выделяют 3 стадии грыжи: предбрюшинную липому (нет грыжевого мешка), начало образования грыжи, сформированная грыжа. Болевой синдром выражен даже на стадии предбрюшинной липомы, что связано с ущемлением нервов предбрюшинной клетчатки, причем болевой синдром может напоминать язвенную болезнь, холецистит. Лечение оперативное: при одиночном дефекте - пластика белой линии по типу Мейо (дупликатура апоневроза в поперечном направлении), при множественных дефектах- продольная дупликатура апоневроза по Сапежко.  
  
Грыжа пупочная чаще встречается у женщин. Способствуют образованию грыжи частые роды, тяжелая физическая работа. Как и послеоперационные грыжи, они часто невправимы и многокамерны. Лечение оперативное, при небольшом размере пупочного кольца используют метод Лексера (кисетный шов на дефект брюшной стенки) с сохранением пупка. Обычный вариант операции - дупликатура апоневроза в поперечном направлении (метод Мейо).  
  
Осложнения. Ущемление, воспаление, повреждения и новообразования. Ущемление Г. обычно обусловлено внезапным сдавливанием ее содержимого в грыжевых воротах, возникающим в результате поднятия тяжести, сильного натуживания, кашля и др. Нарушается кровоснабжение, пропотевание плазмы в толщу стенки и просвет кишки и стенка подвергается некрозу. Образующаяся так называемая грыжевая вода первоначально стерильна, но впоследствии может инфицироваться. Некроз кишечной стенки завершается ее перфорацией. При излитии кишечного содержимого в грыжевой мешок развивается его флегмона, а при прорыве в брюшную полость — перитонит. Клинически ущемление проявляется резкими болями в области грыжевого выпячивания, которое увеличивается в объеме, становится невправимым, резко болезненным при пальпации. Часто, особенно при ущемлении кишки, возникает рвота, прекращается отхождение газов и кала. Появляются признаки интоксикации — тахикардия, слабый пульс, сухость языка, похолодание конечностей, спутанность сознания.  
  
**Грыжа бедренная** чаще встречается у женщин. . К развитию бедренной Г. предрасполагают увеличение размеров и слабость глубокого бедренного кольца. Бедренная Г. располагается чуть ниже паховой связки, что отличает эту грыжу от паховой, лежащей выше связки. Полная бедренная Г. выступает через бедренное и подкожное кольца, неполная Г. не выходит за пределы поверхностной фасции и находится в бедренном кольце, в связи с чем ее трудно установить клинически. Больные обычно жалуются на боли в низу живота, в паховой области, бедре. Когда грыжевым содержимым является стенка мочевого пузыря, наблюдается дизурия. При сдавлении бедренной вены возможен отек ноги, развивающийся к концу дня.   
  
Лечение оперативное. Предпочтение следует отдать паховому способу (способ Руджи), при котором нижний край внутренней косой и поперечной мышц подшивают к надкостнице лонной кости, пупартовой связке.   
  
**Грыжи послеоперационные.** Предрасполагающими моментами возникновения этих грыж являются: нагноение операционной раны, тампонирование брюшной полости через рану, использование операционных разрезов, при которых пересекаются нервы брюшной стенки. Как правило, послеоперационные грыжи невправимы и многокамерны, что обусловлено выраженным спаечным процессом в области операционного доступа. Нередко достигают значительных размеров. При оперативном вмешательстве вправление в брюшную полость содержимого грыжевого мешка и ушивание дефекта брюшной стенки могут привести к резкому повышению втнутрибрюшного давления, смещению диафрагмы вверх и возникновению острой дыхательной недостаточности. В связи с этим необходима специальная предоперационная подготовка больных.   
  
**При скользящей грыже** кардиальный отдел желудка свободно перемещается в заднее средостение через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы. Не дает ущемления. Клинически проявляются рефлюксэзофагитом. Недостаточность кардии с рефлюксом желудочного содержимого в пищевод носит вторичный характер и обусловлена склеродермией, неврологическими заболеваниями (диабетическая нейропатия), алкоголизмом, ожирением, асцитом, запором, длительным постельным режимом, стрессом. Симптомы, течение. Жгучая и тупая боль за грудиной, мечевидным отростком и в эпигастрии, усиливается в горизонтальном положении больного, сопровождается отрыжкой, изжогой. При прогрессировании заболевания боль становится постоянной. Диагноз на основании клинической картины заболевания, рентгенологического исследования в положении Тренделенбурга (горизонтальное положение с приподнятым ножным концом рентгеновского стола), при котором отмечается затекание контрастного вещества из желудка в пищевод, эзофагоскопии. Осложнения рефлкюсной болезни пищевода. Длительный заброс желудочного содержимого приводит к желудочной трансформации слизистой оболочки пищевода, возникновению язв, обладающих склонностью к малигнизации. Другими осложнениями являются перфорации, кровотечение, рубцовая стриктура. Лечение консервативное. Частое дробное питание; не ложиться после еды в течение 3-4 ч, спать с приподнятым головным концом постели. Перед приемом пищи растительное масло - 1 чайную ложку до еды, альмагель. Исключить курение и употребление алкоголя. При рубцовом стенозе пищевода может возникнуть необходимость в его резекции.  
  
**Гнойная инфекция** — воспалительный процесс различной локализации и характера, вызванный гноеродной микробной флорой.    Возбудители стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, гонококки, пневмококки, синегнойная палочка, неклостридиальные анаэробы. Различают моноинфекцию и смешанную инфекцию.  
  
По клиническому течению может быть острой общей (сепсис), острой местной (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, гидраденит), хронический местной (абсцесс, эмпиема, остеомиелит). Для острой характерны повышение температуры тела, тахикардия, снижение АД вплоть до коллапса. В крови лейкоцитоз с нейтрофилезом, лимфопению, эозинопению, С-реактивный белок, СОЭ увеличена, повышена свертываемость. Местные изменения зависят от локализации гнойного процесса. например, при поражении кожи, подкожной клетчатки и мышц отмечают признаки воспаления: боль, красноту, припухлость, повышение местной температуры, нарушение функции.  
  
Лечение При местной удалить некротизированные ткани, обеспечить хороший отток экссудата. Применяют антибиотики, нитрофурановые препараты, сульфаниламиды и др. с учетом чувствительности к ним микробной флоры. Повышению защитных сил организма способствуют средства серопрофилактики, иммунотерапии, а также переливание препаратов крови, белковых кровезаменителей. В тяжелых случаях используют внепочечные методы очищения крови, плазмаферез. Из физиотерапевтических средств применяют УФ-облучение, УВЧ-терапию, электрофорез с противовоспалительными препаратами.

Источником Г. и. является не только больной гнойно-воспалительными заболеваниями, но и бактерионосители, в частности персонал хирургических отделений. Одним из основных методов профилактики внутрибольничной Г. и. является асептика.   
  
**ГАНГРЕНА ГАЗОВАЯ** - анаэробная инфекция, сопровождающаяся некрозом мышечной ткани и выраженной интоксикацией организма. Вызывается анаэробами (клостридиями). Раны, рагрязненные землей, имеющие раневые карманы, участки некроза, плохо кровоснабжаемые ткани, не подвергшиеся первичной хирургической обработке, предрасположены к газовой гангрене.   
  
Симптомы, течение. Нарушения общего состояния с тахикардией и лихорадкой. Кожные покровы серо-синего цвета. Рана резко болезненна, края ее бледные, отечные, безжизненные, дно раны сухое. Окраска видимых в ране мышц напоминает вареное мясо. При надавливании на края раны выделяются пузырьки газа с гнилостным запахом. Состояние больного быстро ухудшается, наступает шок. Рентгенологически определяется "пористость" мышечных тканей.   
  
Лечение. Лампасные разрезы кожи, мышц, фасций с иссечением некротизированных и подозрительных на некроз участков, дренирование раны с промыванием раствором перекиси водорода и антибиотиков, рана остается открытой, абсолютный покой конечности. Антибиотики, противогангренозная сыворотка, гильотинная ампутация конечности, гипербарическая оксигенация.  
  
**ГИПОТИРЕОЗ** - заболевание, обусловленное недостаточным обеспечением органов и тканей гормонами щитовидной железы.  
  
Симптомы. зябкость, сонливость, вялость, снижение памяти, замедление речи, движений, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, артралгии, отечность лица и конечностей, Кожные покровы сухие, бледные, с желтоватым оттенком. Язык утолщен, по краям - вдавления от зубов. Охриплость голоса. Ломкость и выпадение волос. Снижение температуры тела, запор. Брадикардия, глухость тонов сердца/ Изменение ЭКГ: низкий вольтаж зубцов.  
Лечение. Заместительная терапия препаратами щитовидной железы (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреокомб).   
 **Гиперальдостеронизм** — патологическое состояние, вызываемое гиперсекрецией альдостерона. Может быть первичным (опухолевого или неопухолевого генеза), сопровождающимся низкой активностью ренина в плазме крови, и вторичным, с нормальной или повышенной активностью ренина в плазме крови. Симптомы артериальная гипертензия, мышечная слабость, жажда, полиурия, нередко запоры, парестезии, онемение. В отличие от первичного Г. наиболее распространенным симптомом являются отеки.  
  
Лечение спиронолактон (верошпирон). Эффективны низкосолевая диета и введение хлорида калия.   
  
**Гемопневмоторакс** — скопление крови и воздуха в плевральной полости.  
  
Возникает вследствие открытого проникающего ранения грудной клетки или тупой травмы груди с разрывом легкого, осложнения врачебных манипуляций (плевральной пункции, бронхоскопии, катетеризации подключичной вены), операции на грудной клетке.    Легкое спадается: появляется кровь.    Клинические проявления Состояние тяжелое, выражены одышка и цианоз, пульс учащен. АД снижено. Из раны грудной клетки на выдохе и при кашле выделяется кровь с пузырьками воздуха. Закрытый П. при небольших размерах раневого канала в грудной клетке и легком и быстрой обтурации его сгустками крови. Клапанный формируется при полуприкрытом мягкими тканями дефекте грудной стенки. Внутриплевральное давление приводит к смещению органов средостения и сдавлению здорового легкого. Клиническая картина нарастающее удушье, цианозом, тахикардией. Может  развивается шок.    Рентгенологические признаки: полный или частичный коллапс легкого, наличие воздуха и жидкости  в плевральной полости, смещение тени средостения в здоровую сторону, прослойки воздуха в средостении и под кожей грудной стенки и шеи.  
  
Лечение морфин и другие анальгетики, препараты, возбуждающие дыхательный и сосудодвигательный центры (кофеин, кордиамин, сульфо-камфокаин). При открытом П. накладывают герметичную повязку. Хирургическую обработка раны. В случае гемопневмоторакса один катетер вводят в верхнюю часть грудной клетки, чтобы обеспечить удаление воздуха, другой — в нижнюю для аспирации крови.   
  
**ДЕМПИНГ-СИНДРОМ** возникает у больных, перенесших обширную резекцию желудка, особенно в модификации Бильрот-2. Выделяют ранний и поздний демпинг-синдром. Ранний у большинства оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде. Частота максимальна после резекции по Бильрот-2, менее выражена после резекции по Бильрот-1 и меньше всего - после ваготомии с дренирующими желудок операциями. Причиной развития демпинг-реакции является быстрое поступление в верхний отдел тонкой кишки необработанной пищи, имеющей высокую осмолярность, что приводит к перемещению в просвет кишки внеклеточной жидкости, растяжению стенки кишки и выделению биологически активных веществ: гистамина, ссротонина, кининов.   
  
Симптомы, течение. Через 10-15 мин после приема пищи, особенно сладких и молочных блюд, появляются слабость, головокружение, головная боль, боль в области сердца, сердцебиение, обильный пот, чувство жара. Поздний демпинг-синдром развивается через 2-3 ч после приема пищи. Он связан с избыточным выделением инсулина во время ранней демпинг-реакции, сопровождающейся повышением уровня сахара в крови  
  
Симптомы. Слабость, резкое чувство голода, острая сосущая боль в эпигастрии, дрожь, головокружение, сердцебиение, снижение АД, брадикардия, бледность, пот.   
  
Лечение может быть консервативным и хирургическим. Консервативное - диета с высоким содержанием белков, ограничением углеводов, особенно простых. Раздельный прием плотной и жидкой пищи небольшими порциями, 5-6 раз в день. Для уменьшения реакции на быстрое поступление пищи в тонкую кишку перед едой назначают новокаин, анестезин, антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин), резерпин, инсулин п/к. Заместительная терапия: желудочный сок, соляная кислота, панзинорм, фестал, витамины. При появлении психопатологических синдромов -- лечение по согласованию с психиатром. Хирургическое лечение применяется редко.   
  
Профилактика: применение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.   
  
  
  
Деонтология — совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.  
  
Термин «деонтология» предложен английским философом Бентамом в 19 в. Основы Д. были заложены еще в медицине древнего мира.  Наиболее древним источником, в котором сформулированы требования к врачу и его права, считают относящийся к 18 в. до н.э. свод законов Хаммурапи, принятый в Вавилоне.    Неоценимую роль в развитии Д. сыграл Гиппократ. Ему принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу». «Клятва Гиппократа» пережила века.  
  
Медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями медиков с больными, их близкими, со здоровыми людьми (практические мероприятия), а также между собой в процессе лечения больного. Должное отношение врача к больному предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании. Главный принцип в отношении врача к больному состоит в следующем: относись к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе.  
  
Отношение медиков к родственникам больного предполагает приобщение их к борьбе за выздоровление заболевшего, а также попытки смягчить переживания близких больному людей в случаях, когда лечение неэффективно. При этом следует учитывать психотравмирующий эффект болезни на родственников больного, их реакцию на неблагоприятный исход заболевания, возможности и желание сотрудничать с врачами.  
  
В свете профилактической направленности и перспектив развития здравоохранения принципиально важен вопрос об отношении медиков к здоровым людям. Врач должен стараться сделать здорового человека своим союзником в борьбе за сохранение здоровья.  
  
  
  
ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБ-Я  МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
  
ГИНЕКОМАСТИЯ - увеличение молочной железы у мужчин с гипертрофией желез и жировой ткани. Симптомы, течение. Чувство тяжести, распирания : и неприятные ощущения в области молочной железы. При пальпации определяется плотно-эластическое подвижное образование с четкими контурами, безболезненное.  
  
Лечение оперативное - удаление молочной железы.   
  
Мастопатия — дисгормональный гиперпластический процесс в молочной железе. В клинической практике выделяют диффузную и узловую формы М., характеризующиеся наличием пальпируемых диффузных или очаговых уплотнений молочных желез. Клиническая картина. болевые ощущения, уплотнение молочных желез и выделения из сосков. Лечение. электрофорез с раствором новокаина, витамины А, В1, В2, В6, С., андрогены — метиландростендиол.   
  
  
  
Желтуха механическая - патологический синдром, обусловленный нарушением оттока желчи из желчных протоков. Причины механической желтухи: пороки развития, желчнокаменная болезнь, камни в общем желчном и печеночных протоках, вколоченные камни большого сосочка двенадцатиперстной кишки, воспалительные стриктуры и стенозы, воспалительные заболевания, опухоли. Закупорка протоков приводит к нарушению обмена желчных кислот, что обусловливает кожный зуд, часто возникают гиперхолестеринемия и недостаточное всасывание жирорастворимых витаминов, прежде всего витамина К, иногда гипопротеинемия. Клинически желтуха выявляется при уровне билирубина в сыворотке выше 26 ммоль/л. Наиболее информативны ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, чрескожная, чреспеченочная холангиография. Дополнительные сведения могут дать сканирование печени с радиоактивным золотом или технецием, ангиография печени.   
  
  
  
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ-образование камней в желчном пузыре, реже в печеночных и желчных протоках. В основе камнеобразования - нарушение равновесия между стабилизаторами желчи и количеством растворенных в ней веществ. Симптомы, течение. Сменяется типичными приступами желчной колики или острого холецистита. Желчнокаменная болезнь является показанием к операции, так как операция до развития осложнений менее опасна.   
  
Осложнения желчнокаменной болезни обусловлены либо присоединением инфекции (острый холецистит), либо миграцией камней (развитие холедохолитиаза, механической желтухи), либо сочетанием этих двух моментов (острый холецистит при обструкции пузырного протока, холангит). Холедохолитиаз может осложниться папиллитом с развитием рубцовой стриктуры фатерова соска.   
  
Диагностика основывается на клиническом обследовании и дополнительных методах обследования больных. Обзорное рентгенографическое исследование брюшной полости обнаруживает только рентгеноконтрастные камни. Ультразвуковое сканирование желчного пузыря и желчевыводящих путей является информативным неинвазивным методом. Его можно применять также при остром холецистите, механической желтухе, когда пероральная и внутривенная холеграфия неэффективна.   
  
Лечение оперативное –холецистэктомия.  
  
  
  
ЗАКРЫТЫЕ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ  
  
При закрытой травме реакция на контузию легкого проявляется отеком и кровоизлиянием в альвеолы. Течение бессимптомное, диспноэ. Закрытая травма типа компрессии грудной клетки может вызвать разрыв трахеи и/или бронха. Признаками разрыва служат цианоз, боль, гемоптоэ, кашель, шок. Рентгенологически определяется пневмоторакс, часто- медиастинальная эмфизема. Гематопневмоторакс травматического происхождения выражается скоплением крови, плазмы и воздуха в плевральной полости. Общий симптом - дыхательная недостаточность. Разрыв легочной ткани при закрытой травме ведет к пневмотораксу, сопровождающемуся коллапсом легочной ткани. При коллапсе возникает смещение органов средостения, признаками которого служат тахикардия, падение АД, дыхательная недостаточность. Особенно опасен напряженный вентильный пневмоторакс. Первая помощь - пункция плевральной полости в третьем-четвертом межреберье по среднеключичной линии с аспирацией воздуха.  
  
  
  
ЗОБ ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ - заболевание, характеризующееся гиперплазией и гиперфункцией щитовидной железы.   
  
Этиология, патогенез.. В основе патогенеза - нарушения иммунного "надзора", приводящие к образованию аутоантител, обладающих стимулирующим действием, ведущим к гиперфункции, гиперплазии и гипертрофии железы. Имеют значение изменение чувствительности тканей к тиреоидным гормонам и нарушение их обмена.   
  
Симптомы, течение. Больные жалуются на раздражительность, плаксивость, повышенную возбудимость, нарушение сна, слабость, утомляемость, потливость, тремор рук и дрожание всего тела. Прогрессирует похудание при сохраненном или даже повышенном аппетите. У больных молодого возраста может отмечаться, наоборот, увеличение массы тела - "жирный Базедов". Щитовидная железа диффузно увеличена; зависимости между степенью ее увеличения и тяжестью тиреотоксикоза нет. Изменения со стороны глаз: экзофтальм, симптомы Грефе (отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз), Дальримпля (широкое раскрытие глазных щелей), Мебиуса (слабость конвергенции), Кохера (ретракция верхнего века при быстром переводе взгляда).   
  
К ведущим проявлениям тиреотоксикоза относятся изменения со стороны сердечно-сосудистой системы - тиреотоксическая кардиомиопатия: тахикардия различной интенсивности, тахисистолическая форма мерцательной аритмии (пароксизмальная либо постоянная), в тяжелых случаях приводящая к развитию сердечной недостаточности. Характерно большое пульсовое давление вследствие повышения систолического и снижения диастолического давления, расширение границ сердца влево, усиление тонов, функциональные систолические шумы над верхушкой и легочной артерией, пульсация сосудов в области шеи, живота.   
  
Отмечаются также диспепсические явления, боль в животе, в тяжелых случаях-увеличение размеров и нарушение функции печени, желудка.   
  
Частым симптомом токсического зоба является мышечная слабость, сопровождающаяся атрофией мышц, иногда развивается паралич проксимальных отделов мышц конечностей. У женщин часто развивается нарушение менструального цикла, у мужчин - снижение потенции, иногда дву- или односторонняя гинекомастия, исчезающая после излечения тиреотоксикоза.   
  
Различают легкое, средней тяжести и тяжелое течение заболевания. При легком течении симптомы тиреотоксикоза нерезко выражены, частота пульса не превышает 100 в 1 мин, потеря массы тела не более 3-5 кг. Для заболевания средней тяжести характерны четко выраженные симптомы тиреотоксикоза, тахикардия 100-120 в 1 мин, потеря массы тела 8-10 кг. При тяжелом течении частота пульса превышает 120-140 в 1 мин, отмечаются резкое похудание, вторичные изменения во внутренних органах. В крови снижен уровень холестерина, повышены содержание связанного с белком йода, уровень тироксина и трийодтиреонина; уровень тиреотропного гормона низкий. При рефлексометрии - укорочение продолжительности ахиллова рефлекса. В сомнительных случаях проводят пробы с тиролиберином. Отсутствие повышения уровня тиреотропного гормона при введении тиролиберина подтверждает диагноз диффузного токсического зоба.   
  
Лечение. Применяют медикаментозные (тиреостатические средства, радиоактивный йод) и хирургический методы. Основным тиреостатическим препаратом является мерказолил (30-60 мг в зависимости от тяжести заболевания с постепенным переходом на поддерживающие дозы препарата - по 2,5-5 мг в день, через день или раз в 3 дня; курс лечения 1-1,5 года. При отсутствии стойкого эффекта медикаментозной терапии после соответствующей подготовки направляют на хирургическое лечение или радиойодтерапию.  
  
  
  
ЗОБ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ - заболевание жителей определенных географических районов с недостаточностью йода в окружающей среде, характеризующееся увеличением щитовидной железы.  
  
Этиология, патогенез. Недостаток йода в почве, воде, пищевых продуктах, употребление продуктов, содержащих вещества тиреостатического действия (некоторые сорта капусты, репы, брюквы, турнепса), приводят к компенсаторному увеличению щитовидной железы. Увеличение щитовидной железы, не обусловленное недостаточным содержанием йода в окружающей среде, - признак спорадического зоба (генетические нарушения интратиреоидного обмена йода и биосинтеза тиреоидных гормонов).  
  
Симптомы. Различают диффузную, узловую и смешанные формы зоба. Функция щитовидной железы может быть ее нарушена, снижена или повышена. Наиболее типично развитие гипотиреоза. Одним из проявлений недостаточности щитовидной железы с детства является кретинизм. При значительных размерах зоба появляются симптомы сдавления органов шеи, расстройства дыхания, явления дисфагии, охриплость голоса. При загрудинном расположении зоба могут быть симптомы сдавления бронхов, верхней полой вены, пищевода. При расположении зоба в переднем средостении (внутригрудинный зоб) ведущим в диагностике является рентгенологическое исследование. Поглощение 131I щитовидной железой часто повышено, уровень тиреотропного гормона в крови превышает норму, при гипотиреозе - низкие уровни Т3 и Т4 в крови.  
Лечение. При диффузной форме, протекающей без симптомов нарушения функции щитовидной железы,- антиструмин, микродозы йода, тиреоидин, тиреотом, тиреокомб, тироксин. При гипотиреозе-тиреоидные гормоны в дозах, необходимых для компенсации состояния. При узловом или смешанном зобе, признаках сдавления органов шеи, загрудинном расположении зоба - оперативное лечение.  
  
  
  
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА. Монеты, зубные протезы, кости, иглы, массивные куски мяса. Инородные тела с ровными краями размером более 2 см могут обусловить остро возникшую дисфагию (причем закупорка чаще происходит в самом узком месте - на уровне нижнего сфинктера пищевода). Остроконечные предметы приводят к повреждению стенки пищевода. При поверхностном повреждении стенки возникает клиническая картина эзофагоспазма, при сквозном повреждении - медиастинит. Диагноз - анамнез, рентгенологическое исследования пищевода с водорастворимым контрастом в горизонтальном положении больного, эзофагоскопия.   
  
  
  
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА чаще обнаруживают у детей и психически бальных людей. Это могут быть ложки, ножи, вилки, иглы, пуговицы, монеты и другие предметы. Мелкие предметы (до 2 см) обычно самопроизвольно отходят естественным путем.   
  
Симптомы, течение. Постоянная ноющая боль в эпигастрии, чувство тяжести. При развитии осложнений - перитонеальные явления. Эффективна фиброгастроскопия, которая позволяет не только поставить диагноз, но и удалить инородное тело.  
  
Лечение. Извлечение инородного тела. Если инородное тело прошло в кишечник и остановилось на каком-то уровне более чем на сутки (рентгеновский конроль), показано оперативное лечение. Операцию выполняют также при невозможности извлечь инородное тело из желудка с помощью гастроскопа.   
  
  
  
Инфекция — сложный патофизиологический процесс взаимодействия макро- и микроорганизма, имеющий широкий диапазон проявлений — от бессимптомного носительства до тяжелых форм инфекционной болезни. Термин «инфекция» употребляют также для обозначения возбудителя инфекционной болезни, проникновения его в макро-организм (заражение), локализации возбудителя в организме (например, кишечная инфекция).  
  
Инфекция хирургическая — общее название болезней и патологических процессов инфекционного происхождения, при которых хирургические мероприятия имеют решающее лечебное значение (флегмоны, костно-суставной туберкулез и др.) или играют существенную профилактическую роль (столбняк, раневая инфекция).  
  
Инфекция анаэробная — раневая инфекция, вызываемая анаэробными бактериями рода Clostridium, характеризующаяся быстро распространяющимся некрозом и распадом мягких тканей, обычно с образованием газов и тяжелой интоксикацией.  
  
Инфекция гнилостная — общее название тяжелых осложнений ран и ряда болезней, вызываемых некоторыми условно-патогенными бактериями (протей и др.) при угнетении защитных реакций организма и характеризующихся медленно распространяющимся некрозом тканей с последующим их гнилостным распадом.  
  
Инфекция гнойная — воспалительный процесс, вызванный гноеродными бактериями (стафилококками, стрептококками, синегнойной палочкой и др.); составляет сущность многих болезней и послеоперационных осложнений.  
  
Инфекция раневая — общее название патологических процессов, обусловленных внедрением в рану патогенных микроорганизмов (гнойная или анаэробная инфекция, дифтерия раны и др.).  
  
  
  
КОЛИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ-распространенное язвенное поражение слизистой оболочки толстой кишки, начиная с прямой, характеризующееся затяжным течением и сопровождающееся тяжелыми местными и системными осложнениями.   
  
Этиология неясна. Есть основания считать это заболевание аутоиммунным процессом, который сопровождается токсикоаллергическими и банальными инфекционными поражениями. Множественные, сливающиеся между собой язвы слизистой оболочки толстой кишки приводят к выраженной интоксикации, выделениям из прямой кишки обильного количества слизи, крови и гноя, резким нарушениям обменных процессов и септико-пиемическим поражениям кожи (пиодермия), глаз (иридоциклиты), суставов (гнойный артрит), печени и др.   
  
Симптомы, течение разнообразны. Вначале обычно появляется жидкий стул с примесью слизи и крови и общая слабость. Понос может прогрессировать (20-30 раз в сутки) и приводить к обезвоживанию, истощению, резкому малокровию, нарушению электролитного обмена с судорожным синдромом. Температура субфебрильная, нарастают выраженные сдвиги воспалительного характера в данных лабораторных исследований.   
  
Различают молниеносную, острую, хроническую рецидивирующую и постоянную (торпидную) фермы течения заболевания. Молниеносная форма продолжается несколько дней и часто заканчивается смертью из-за развития осложнений (перфорация, кровотечение, токсическая дилатация). Острую, хроническую рецидивирующую и торпидную формы дифференцируют по тяжести проявлений, они могут сопровождаться разнообразными местными и системными осложнениями, которые бывают опасными для жизни (перитонит, септикопиемия, глубокая анемия и дистрофия).   
  
Диагноз ставят на основании клинической картины и подтверждают при ректороманоскопии или колоноскопии.   
  
Лечение только в стационаре. Оно должно быть комплексным и направленным на компенсацию обменных процессов, лечение осложнений и повышение регенеративных процессов в стенке толстой кишки, постельный режим, высококалорийная механически и химически щадящая диета, парентеральное введение жидкости, растворов, белков и глюкозы, при выраженной анемии - переливание эритроцитной массы. Хирургическое лечение показано при тяжелых, опасных для жизни осложнениях и при неэффективности комплексного консервативного лечения.   
  
  
  
Кровотечение желудочно-кишечное. В 85% случаев источник кровотечения локализован в пищеводе, желудке или двенадцатиперстной кишке, в 14% - в ободочной кишке и в 1 %- в тонкой кишке. Кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта могут быть обусловлены язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки (68%), варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка (12%), эрозивным гастритом, полипами, раковыми опухолями и др. (20%). В тонкой и толстой кишке кровотечения могут быть вызваны дивертикулами тонкой и толстой кишки, полипами, раком, саркомой, ангиомой, миомой, карциноидом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, разрывом аневризм аорты или мезонтериальных сосудов, тромбозами и эмболиями мезентериальных сосудов.   
  
Симптомы обусловлены местными проявлениями кровотечения (рвота "кофейной гущей" или дегтеобразный стул) и общими явлениями, обусловленными снижением объема циркулирующей крови. Местные проявления кровотечения: при локализации источника кровотечения в проксимальном отделе желудка возникает рвота сначала "кофейной гущей", а затем неизмененной кровью со сгустками. При локализации источника в препилорическом и антральном отделах рвота только "кофейной гущей". При постпилорическом источнике кровотечения характерен дегтеобразный стул; рвоты "кофейной гущей" не бывает, если нет массивного заброса крови через привратник в желудок. При кровотечении из тонкой кишки и правой половины ободочной в кале содержится темная кровь. Кровотечение из левой половины ободочной кишки сопровождается выделением неизмененной крови. Массивное кровотечение часто проявляется обморочным состоянием, тахикардией, резким снижением АД вплоть до коллапса. В первые часы после кровотечения о тяжести его можно судить по уровню гематокрита и дефициту ОЦК; снижение количества эритроцитов в периферической крови и уровня гемоглобина происходит .через 12-24 ч. Самый простой метод определения дефицита ОЦК - метод Альговера, заключающийся в оценке шокового индекса, представляющего собой частное от деления частоты пульса на величину систолического давления (индекс действен при возрасте больных от 20 до 60 лет). Шоковый индекс 0,5 указывает на потерю ОЦК 15%, индекс 1,0-30%, индекс 2,0-70%. Информативно также изучение в динамике центрального венозного давления.   
  
Лечение должно включать несколько одновременно проводимых мероприятий: 1) восполнение ОЦК, т. е. борьба с гиповолемическим шоком; 2) уточнение источника кровотечения и его локализации; 3) окончательная остановка кровотечения.  
  
Кровотечение при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В диагностике язвенных кровотечений ведущая роль принадлежит экстренной гастродуоденоскопии: эндоскопические проявления кровотечения делят по Форресту: тип 1а - артериальное кровотечение из язвы, тип 1б - подсачивание крови из язвенного дефекта, тип 2 - язва с тромбированным сосудом в дне. При эндоскопической картине типа 1а показана экстренная операция. При 1б возможны попытки эндоскопической остановки кровотечения (электрокоагуляция, обкалывание), однако при безуспешных попытках эндоскопист должен вовремя уступить место хирургу для оперативной остановки кровотечения.   
  
  
  
КАРБУНКУЛ - гнойное воспаление нескольких волосяных мешочков и подкожной жировой клетчатки вокруг них. Локализация - затылочная область и спина. Переходу фурункула в карбункул способствуют его травматизация, сахарный диабет.   
  
Симптомы, течение. Болезненный инфильтрат с резкой гиперемией кожи, где имеются несколько свищевых отверстий с гнойным отделяемым и некротическим дном. Температура высокая, в крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.   
  
Лечение оперативное. Под общим обезболиванием производят широкое крестообразное рассечение инфильтрата с иссечением некротических тканей. Антибиотикотерапия.   
  
  
  
Кровезамещающие жидкости — средства, применяемые с лечебной целью для выполнения одной или нескольких физиологических функций крови.  
  
Подразделяют: гемодинамические, дезинтоксикационные, кровезамещающие для парентерального питания, регуляторы водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия и комплексного действия.  
  
Гемодинамические (на основе полимера глюкозы декстрана и желатины) относят полиглюкин, рондекс, реополиглюкин. Показания: нарушения микроциркуляции, профилактика операционного и лечения ожогового и травматического шока, лечения тромбозов, эндартериита,  перитоните, панкреатите.  
  
Дезинтоксикационные (на основе низкомолекулярного поливинилпирролидона). Гемодез, неогемодез. Показания: токсические формы желудочно-кишечных заболеваний, ожоговая и лучевая болезни, перитонит и непроходимость кишечника, сепсис, заболевания печени, гемолитическая болезнь новорожденных.  
  
Кровеземещающие жидкости для парентерального питания применяют для восстановления азотистого баланса, при белковой недостаточности при невозможности энтерального питания, в послеоперационном периоде, при травмах, кишечной непроходимости, кровопотере, гнойно-септических состояниях, ожоговой болезни, инфекционных болезнях. Гидролизат казеина,  гидролизин, инфузамин, аминотроф, полиамин.  
  
Регуляторы водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия применяют при травматическом и ожоговом шоке. Лактасол, квинтасоль, полиглюсоль.       
  
Кровезамещающие жидкости комплексного действия: Полифер.   
  
  
  
  
  
КРОВОТЕЧЕНИЕ. Различают наружные и внутренние кровотечения - из желудочно-кишечного тракта, легочные, в брюшную полость. При всех видах кровопотерь основную угрозу жизни больного представляет гиповолемия - потеря массы циркулирующей крови, что приводит к "централизации" кровообращения, запустеванию мелких сосудов паренхиматозных органов, глубокому нарушению микроциркуляции, микротромбированию артериол и венул.   
  
Симптомы: сухость во рту, бледность, беспокойство, запустевание периферических вен - симптом "пустых сосудов", тахикардия, одышка.  
  
В зависимости от того, какой сосуд кровоточит, К. может быть капиллярным, венозным, смешанным и артериальным. При капиллярном  кровь выделяется равномерно из всей раны; при венозном она вытекает равномерной струей, имеет темно-вишневую окраску. При артериальном  изливающаяся кровь имеет ярко-красный цвет, она бьет сильной прерывистой струей, выбросы крови соответствуют ритму сердечных сокращений. Выделение крови через рот может быть связано с К. из легких, верхних дыхательных путей, глотки, пищевода и желудка. Выделение пенистой алой крови изо рта характерно для легочного К.. «Кровавая» рвота при ЯБЖ и кишки, напоминающая кофейную гущу.   
  
Первая помощь при наружном К. При небольшом капиллярном или венозном К. из раны наложить давящую повязку. При сильном артериальном или смешанном К. другие способы: пальцевое прижатие артерии, наложение кровоостанавливающего жгута, при форсированном их сгибании (Максимальное сгибание конечности производят в суставе выше раны и фиксируют конечность бинтами в таком положении).    При любом К. поврежденной части тела придают возвышенное положение и обеспечивают покой (транспортная иммобилизация). Окончательная остановка кровотечения проводится в лечебном учреждении, в которое немедленно должен быть доставлен пострадавший.  
  
  
  
Клиническая смерть — обратимый этап умирания. В этом состоянии при внешних признаках смерти организма (отсутствие сердечных сокращений, самостоятельного дыхания и любых нервно-рефлекторных реакций на внешние воздействия) сохраняется потенциальная возможность восстановления его жизненных функций с помощью методов реанимации.  
  
Вслед за клинической наступает биологическая смерть, т.е. истинная смерть, развитие которой исключает возможность оживления.  
  
Реанимация включает (ИВЛ), восстановление кровоснабжения мозга и других органов путем прямого или непрямого массажа сердца, дефибрилляция, а также лекарственную терапию.  
  
Искусственное дыхание (частота 20—25 в 1 мин). Непрямой массаж сердца (примерно 15 сжатий сердца за 12 с, затем за 3 с осуществляется 2 энергичных вдувания воздух). Руки массирующего (проксимальную часть ладони одной руки устанавливают на нижней половине грудины, а ладонь другой помещают на тыл первой, перпендикулярно к ее оси; пальцы первой кисти должны быть слегка приподняты и не оказывать давления на грудную клетку пострадавшего).  
  
  
  
ЛИМФАДЕНИТ - воспаление лимфатических узлов. Вызывается стафило- и стрептококками. Локализация в паху и подмышечной впадине. Симптомы, течение. Вследствие сильной боли вынужденное положение конечности, повышение температуры, отек, при поверхностном расположении - гиперемия и местное повышение температуры. В поздней стадии озноб, лейкоцитоз, флюктуация. Лечение. Вскрытие и санация источника инфекции, антибиотики в соответствии с чувствительностью микрофлоры, покой конечности.   
  
  
  
ЛИМФАНГИТ - воспаление лимфатических сосудов. Симптомы, течение. Гиперемированные, болезненные при пальпации полосы, идущие от первичного очага инфекции к регионарным лимфатическим узлам, практически всегда в воспалительный процесс вовлечены и лимфатические узлы. Высокая температура, в крови -лейкоцитоз. Лечение - вскрытие очага инфекции, покой, компресс и антибиотики в соответствии с чувствительностью флоры. Осложнения - сепсис.  
  
  
  
Лазеры в хирургии. Высокоэнергетические Л. применяют при операциях на полых органах, например для создания анастомозов с помощью специальных хирургических инструментов и сшивающих аппаратов.    Контактная лазерная хирургия, например с помощью лазерной хирургической установки «Скальпель-1», создает возможность бескровного рассечения тканей, что особенно важно при операциях на паренхиматозных органах; при этом разрез биологической ткани осуществляется лазерным излучением за счет ее послойного испарения.  
  
В микрохирургии лазерные методы дают возможность создания сварных анастомозов сосудов и соединения других микроанатомических образований. Для этих целей предназначена лазерная микрохирургическая установка «Ромашка-2», снабженная операционным микроскопом.  
  
В амбулаторной хирургической практике при поверхностно-расположенных доброкачественных опухолях осуществляют испарение и иссечение их углекислотным лазером. В большинстве случаев на 2-й день после операции не требуется накладывать асептическую повязку на рану, т.к. образовавшийся струп ее хорошо герметизирует и защищает.    Лазерное излучение используют в амбулаторно-поликлинических условиях для лечения фурункула, карбункула, панарициев, ногтя вросшего, гидраденита.    
  
  
  
МАСТИТ - неспецифическое воспаление молочной железы. Чаще возникает в период лактации. Значение имеет застой молока, входными воротами инфекции являются трещины соска и околососкового поля. Возбудитель -  золотистый стафилококк нередко в сочетании с другой кококковой флорой и кишечной палочкой, протеем.   
  
Симптомы, течение. Лактационный мастит чаще возникает на 1 месяце первой беременности. На фоне уменьшения выделения молока появляются выраженная боль в железе, повышение температуры тела, озноб. Молочная железа нагрубает, становится болезненной, в ряде случаев появляется гиперемия кожи. Антемаммарный абсцесс обычно небольших размеров, флюктуация клинически выявляется рано, диагноз несложен. Интрамаммарный гнойник сопровождается выраженными явлениями общей интоксикации, сильным болевым синдромом. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, определяется значительных размеров болезненный инфильтрат. Флюктуация - поздний симптом. Интрамаммарный мастит нередко сопровождается развитием нескольких гнойных полостей в ткани молочной железы, оперативное лечение при этом   
  
значительно затруднено. Ретромаммарный абсцесс: выраженная интоксикация, высокая температура, озноб, боль в железе, усиливающаяся при движениях рукой. Местно железа как бы приподнята, отмечается болезненность при пальпации железы, особенно при ее смещении. Гиперемии кожи и флюктуации нет. Раннее выявление заболевания затруднено.   
  
Лечение мастита должно быть особенно энергичным на ранних стадиях, чтобы предотвратить гнойное расплавление ткани железы: полный покой, приподнятое положение железы, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, тетрациклин), сцеживание молока. Кормление ребенка больной грудью можно продолжать только при локализации небольшого инфильтрата на периферии железы при отсутствии общей антибиотикотерапии.   
  
Самая тяжелая форма мастита - гнилостный, или гангренозный мастит.  
  
  
  
  
  
Микротравма — повреждение, возникающее в результате воздействия небольших по интенсивности усилий и приводящее к нарушению функции и микроструктуры тканей    Микротравматизации могут подвергаться кожа, подкожная клетчатка, фасции, апоневрозы, связки, сухожилия, синовиальные сумки и влагалища, мышцы, хрящи, кости.  
  
Выделяют открытые (ссадины, царапины и небольшие раны) и закрытые (ушибы и потертости). Они становятся входными воротами возбудителей инфекции, что может стать причиной флегмоны или панариция.   
  
Профилактика — правильная организация труда, применение защитных средств и приспособлений, своевременное лечение М. в остром периоде, рациональная организация спортивных занятий.   
  
  
  
Непроходимость кишечника — синдром, характеризующийся нарушением продвижения содержимого кишечника вследствие механического препятствия или функционального нарушения моторики кишки. Различают — механическую (странгуляционная, обтурационная и смешанная) и динамическую. Странгуляционная при завороте тонкой или толстой кишки, ущемлении кишки в грыжевых воротах. Обтурационная обтурация просвета кусками пищи, опухолью, желчными и каловыми камнями, клубками аскарид.   
  
Динамическую (функциональную) подразделяют на паралитическую и спастическую. Паралитическая пареза кишечника, в послеоперационном периоде, при интоксикации  и заболеваниях нервной системы. Спастическая может быть следствием интоксикации (свинцовой), при заболеваниях нервной системы.  
  
Клиническая картина боль в животе, рвота, задержка стула и газов. Больной при этом может принимать вынужденное положение, лицо приобретает страдальческое выражение, холодный пот, бледная кожа, пульс частый, слабого наполнения. При своевременно нераспознанной Н.к. на 2—3-й сутки, когда прекращается перистальтика кишечника в результате некроза кишки, боли исчезают. Развивается перитонит он обусловливает постоянные боли в животе, резко усиливающиеся при пальпации брюшной стенки. Патогномоничным симптомом является задержка стула и газов.   
  
Лечение: очистительных и сифонных клизм, дренирования желудка тонким зондом, подкожного введения раствора атропина, внутривенного введения 5—10% раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, гемодеза, реополиглюкина. Если в результате консервативных мероприятий состояние больного не улучшается, показано оперативное вмешательство. Его целью является устранение причины, вызвавшей Н.к. При спаечной Н.к. производят пересечение тяжа, что приводит к восстановлению проходимости кишечника. При некрозе кишечных петель, операбельных опухолях, обтурирующих просвет кишки, показана резекция кишки. При паралитической кишечной непроходимости необходима назоинтестинальная интубация тонкой кишки с последующей аспирацией кишечного содержимого, что способствует более раннему восстановлению активной перистальтики  
  
  
  
НЕИВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.  
  
При общем осмотре обращают внимание на признаки, которые могут свидетельствовать о шоке, внутреннем кровотечении («лицо Гиппократа», резкая бледность и похолодание кожи и др.), на изменения формы отдельных частей тела при травме, ограничение глубины дыхания (при разлитом перитоните, пневмотораксе, травме грудной клетки).   
  
При пальпации определяют положение, форму, величину, смещаемость, консистенцию исследуемых органов и патологических образований.  
  
Перкуссия позволяет выявить местную болезненность, наличие в плевральной полости жидкости (гемоторакс, гидроторакс) или газа (пневмоторакс), жидкости в брюшной полости. С целью определения болевой реакции при воспалительных заболеваниях почек поколачивание в поясничной области  (Пастернацкого симптом).  
  
С помощью аускультации определяют наличие патологических шумов над аневризмой и в области стеноза крупных сосудов, исчезновение шумов перистальтики при парезе кишечника, оценивают дыхательные шумы и изменения в деятельности сердца.  
  
При заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости наиболее часто производят ее обзорную рентгенографию, рентгеноскопию (для выявления в полости свободного газа при перфорации полых органов, уровня жидкости в кишечнике при его непроходимости, наличия инородных тел и др.), ультразвуковое исследование, компьютерная томография.  
  
  
  
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ-заболевание, в основе которого лежит аутолиз поджелудочной железы, обусловленный активацией ферментов в протоках.   
  
Этиология. Заболевания желчевыводящих путей отмечают в 60% случаев, однако теория общего канала Одди подтверждается только в 1-2% случаев; чаще подобная этиологическая зависимость объясняется тесными связями лимфатических коллекторов и переходом воспаления по лимфатическим сосудам.   
  
Патогенез. В результате повышения давления в протоках поджелудочной железы (стимуляция в сочетании с нарушением оттока) происходит повреждение клеток, цитокиназа активирует трипсиноген, переходящий в трипсин. Последний является активатором большей части проэнзимов: химотрипсина, эластазы, коллагеназы, фосфолипазы А. Именно фосфолипаза А освобождает из фосфолипидов клеточных мембран лиэолецитин и лиэокефалин, обладающие сильным цитотоксическим действием. Трипсин выделяет также из кининогена тканей и крови полипептиды и хинины. Активированные хинины обусловливают боль и генерализованную вазодилатацию, являющуюся одной из причин гиповолемичвского шока. Активные липазы, расщепляя клеточные жиры на глицерин и желчные кислоты, приводят к развитию тяжелых дистрофических изменений в тканях, способствуют образованию участков жировых некрозов (стеатонекрозов) непосредственно в ткани железы, клетчатке, окружающей железу, отдаленных тканях и органах.   
  
Симптомы, течение. Заболевание начинается чаще после обильной еды. Внезапно возникает боль распирающего характера, обычно очень интенсивная. Локализация боли - эпигастрий, подреберья, чаще боль имеет опоясывающий характер. Рвота неукротимая, не приносящая облегчения. Положение тела вынужденное - с приведенными к животу ногами, цианоз кожных покровов, может быть истеричность, тахикардия, снижение АД. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот несколько вздут. В начале заболевания живот мягкий, может быть легкое напряжение мышц в эпигастрий и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте). В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение гематокрита (обезвоживание), повышение амилазы (диастазы) сыворотки в мочи. Резкое снижение цифр амилазы крови в сочетании с ухудшением состояния больного указывает на развитие панкреонекроза.   
  
Лечение. борьба с болью, ферментной токсемией, коррекция гидроионных расстройств, кислотно-щелочного состояния. Для борьбы с ферментной токсемией используют: 1) угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым раствором, атропинизации (осторожно, у больных алкоголизмом возможны психозы), внутрижелудочной гипотермии; 2) введение спазмолитиков, обеспечивающее эвакуацию ферментов естественным путем; 3) выведение попавших в кровеносное русло ферментов: форсированный диурез, лимфосорбция, плазмаферез; 4) инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (контрикал, тразилол и др.), однако они активны только в первые часы заболевания; необходимо введение очень больших доз, при возникновении некроза ткани железы использование их бессмыленно. Осложнения. Частым осложнением является формирование абсцесса сальниковой сумки. После стихания ферментной токсемии вновь ухудшается состояние больного: высокая температура, усиление болей, живот мягкий, болезненный в эпигастрий и поясничной области, нередко пальпируется инфильтрат соответственно локализации абсцесса. Другие осложнения: кровотечение, сепсис, шок, плевропульмональный синдром, сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, перитонит. Псевдокиста поджелудочной железы является поздним осложнением острого панкреатита, формирующимся иногда через несколько месяцев или лет после перенесенного острого панкреатита или травмы поджелудочной железы.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ-заболевание, в основе которого лежит аутолиз поджелудочной железы, обусловленный активацией ферментов в протоках.   
  
Этиология. Заболевания желчевыводящих путей отмечают в 60% случаев, однако теория общего канала Одди подтверждается только в 1-2% случаев; чаще подобная этиологическая зависимость объясняется тесными связями лимфатических коллекторов и переходом воспаления по лимфатическим сосудам.   
  
Патогенез. В результате повышения давления в протоках поджелудочной железы (стимуляция в сочетании с нарушением оттока) происходит повреждение клеток, цитокиназа активирует трипсиноген, переходящий в трипсин. Последний является активатором большей части проэнзимов: химотрипсина, эластазы, коллагеназы, фосфолипазы А. Именно фосфолипаза А освобождает из фосфолипидов клеточных мембран лиэолецитин и лиэокефалин, обладающие сильным цитотоксическим действием. Трипсин выделяет также из кининогена тканей и крови полипептиды и хинины. Активированные хинины обусловливают боль и генерализованную вазодилатацию, являющуюся одной из причин гиповолемичвского шока. Активные липазы, расщепляя клеточные жиры на глицерин и желчные кислоты, приводят к развитию тяжелых дистрофических изменений в тканях, способствуют образованию участков жировых некрозов (стеатонекрозов) непосредственно в ткани железы, клетчатке, окружающей железу, отдаленных тканях и органах.   
  
Симптомы, течение. Заболевание начинается чаще после обильной еды. Внезапно возникает боль распирающего характера, обычно очень интенсивная. Локализация боли - эпигастрий, подреберья, чаще боль имеет опоясывающий характер. Рвота неукротимая, не приносящая облегчения. Положение тела вынужденное - с приведенными к животу ногами, цианоз кожных покровов, может быть истеричность, тахикардия, снижение АД. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот несколько вздут. В начале заболевания живот мягкий, может быть легкое напряжение мышц в эпигастрий и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте). В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение гематокрита (обезвоживание), повышение амилазы (диастазы) сыворотки в мочи. Резкое снижение цифр амилазы крови в сочетании с ухудшением состояния больного указывает на развитие панкреонекроза.   
  
Лечение. борьба с болью, ферментной токсемией, коррекция гидроионных расстройств, кислотно-щелочного состояния. Для борьбы с ферментной токсемией используют: 1) угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым раствором, атропинизации (осторожно, у больных алкоголизмом возможны психозы), внутрижелудочной гипотермии; 2) введение спазмолитиков, обеспечивающее эвакуацию ферментов естественным путем; 3) выведение попавших в кровеносное русло ферментов: форсированный диурез, лимфосорбция, плазмаферез; 4) инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (контрикал, тразилол и др.), однако они активны только в первые часы заболевания; необходимо введение очень больших доз, при возникновении некроза ткани железы использование их бессмыленно. Осложнения. Частым осложнением является формирование абсцесса сальниковой сумки. После стихания ферментной токсемии вновь ухудшается состояние больного: высокая температура, усиление болей, живот мягкий, болезненный в эпигастрий и поясничной области, нередко пальпируется инфильтрат соответственно локализации абсцесса. Другие осложнения: кровотечение, сепсис, шок, плевропульмональный синдром, сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, перитонит. Псевдокиста поджелудочной железы является поздним осложнением острого панкреатита, формирующимся иногда через несколько месяцев или лет после перенесенного острого панкреатита или травмы поджелудочной железы.  
  
  
  
Острый парапроктит - воспаление жировой клетчатки (расположенной вокруг прямой кишки и заднепроходного отверстия). Развитию острого парапроктита у новорожденных способствует наличие врожденных параректальных свищей. В ряде случаев развитию острого парапроктита может способствовать опрелость и раздражение кожи промежности. При остром парапроктите общее состояние ребенка, как правило, не страдает. Местно появляется припухлость, гиперемия, резкая болезненность. При нагноении в центре припухлости определяется флюктуация. При самостоятельном вскрытии появляется свищ с гнойным отделяемым.  
Лечение острого парапроктита хирургическое: вскрывают абсцесс, стараясь не повредить волокна наружного сфинктера прямой кишки; затем назначают физиотерапию, ванночки с раствором перманганата калия, лечебные клизмы с настоем ромашки, свечи с антибиотиками, иногда проводят курс антибиотикотерапии. Рецидивы острого парапроктита указывают на врожденный характер параректального свища. При неэффективности консервативной терапии и частом рецидивировании воспалительного процесса выполняют выскабливание свища. Чаще после очередного воспаления параректальные свищи облитерируются и заживают. При упорном рецидивировании производят операцию рассечения или иссечения свища после 1,5-2-летнего возраста.  
  
  
  
Опухоли поджелудочной железы - представляют собой аденомы (до 90%). Характеристика опухоли как злокачественной основывается не на данных морфологического исследования, а на факте возникновения метастазов, которые чаще локализуются в печени, иногда в легких, костях, головном мозге. 20% опухолей из островков характеризуются эндокринной секрецией, что в значительной степени определяет клиническую картину болезни. Размеры опухоли чаще менее 2 см, при этом уровень эндокринной секреции от размера опухоли не зависит. Опухоли островков имеют различные клинические характеристики в зависимости от клеточного источника опухоли ((- или (-клетки, другие элементы). Так, опухоль из А-клеток выделяет глюкагон и приводит к гипергликемии и дерматиту. Опухоль из В-клеток выделяет инсулин и привадит к тяжелым гипогликемическим кризам. В других случаях выделяется гастрит и развивается синдром Золлингера - Эллисона (резкая желудочная гиперсекреция, язвы желудка, двенадцатиперстной и тощей кишок). Опухоли, выделяющие серотонин (карциноид), приводят к карциноидному синдрому. Выделение опухолью АКТГ вызывает синдром Кушинга.   
  
Лечение хирургическое (резекция поджелудочной железы). Противоопухолевые препараты дают хороший симптоматический эффект в 30% случаев (5-фторурацил - 500 мг в/в и стрептозотоцин - 1000 мг в/в, 1-5-й дни).  
  
  
  
Ожоги пищевода. возникают при проглатывании различных химических веществ, главным образом кислот и щелочей.   
  
При ожогах I степени повреждается только слизистая оболочка, II степени — подслизистая основа и частично мышечная оболочка, III степени — все слои стенки.   
  
Клиника боли во время глотания, гиперсаливация, рвота с примесью крови, в тяжелых случаях — симптомы коллапса, токсического шока, осложнение медиастинит, возникающий в результате перфорации его стенки.  
  
Неотложная помощь удаление и нейтрализацию проглоченного химического агента, предупреждение и лечение шока, дезинтоксикационную терапию. После стихания острых явлений с целью профилактики образования рубцовых стриктур применяют бужирование.  
  
  
  
Оперативное лечение язвенной болезни   
  
Абсолютные показания: перфорация язвы, профузное желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсированный стеноз привратника, малигнизация язвы. Относительные: пенетрирующие язвы, рубцово-язвенные деформации, повторные желудочно-кишечные кровотечения.  
  
При неосложненной Я. б. - плановые операции, которые позволяют избежать развития тяжелых осложнений. При осложненной Я. б. сроки вмешательства зависят от характера осложнения. Так, при пенетрирующих язвах операция может быть выполнена в плановом порядке. При прободении язвы экстренная операция.   При операциях используют эндотрахеальный наркоз.    Вопрос о выборе метода операции решается в зависимости от локализации язвы (двенадцатиперстная кишка или желудок), характера осложнений, особенностей течения заболевания, степени операционного риска.  
  
При язве двенадцатиперстной кишки – ваготомия, антрумэктомией по способу Бильрот I или Бильрот II.    При прободении язвы с признаками перитонита ушивание язвенного дефекта.  
  
При кровотечении производят  ваготомию с пилоропластикой и прошиванием кровоточащей язвы или ее иссечением или   резекция отдела желудка с удалением кровоточащей язвы.  
  
  
  
Облитерирующие поражения артерий нижних конечностей — характеризуется сужением просвета вплоть до полной облитерации. Поражения артерий: облитерирующий атеросклероз. Клиническая картина. парестезии, похолодание в дистальных отделах, боли и повышенную утомляемость пораженной конечности, бледность кожи конечности, обеднение волосяного покрова, ломкость ногтей. Позже наступает атрофия конечности, появляются трофические изменения (язва, гангрена). Отсутствие пульсации магистральных артерий конечности, часто выслушивается систолический шум. Степени ишемии тканей конечности: I степень — появление перемежающейся хромоты более чем через 500 м; IIA степень — перемежающаяся хромота более чем через 200 м; IIБ степень — перемежающаяся хромота менее чем через 200 м; III степень — перемежающаяся хромота через 25 м и менее: IV степень — появление некрозов.  
  
Лечение  сосудорасширяющие средства (папаверин, но-шпа),  Физиотерапия,    ЛФК реконструктивные операции.   
  
  
  
Острый живот — клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи. Встречается: острыми воспалительными процессами, кровотечением в брюшную полость, при непроходимости кишечника. Клиническую картину острого живота может имитировать псевдоабдоминальный синдром, при котором боли в животе обусловлены заболеваниями органов брюшной полости, не требующими экстренного хирургического лечения (гастрит, колит), или заболеваниями органов, расположенных вне брюшной полости (например, инфаркт миокарда, острая пневмония, пиелонефрит).  
  
Клиническая симптоматика. боль, локализованная или по всему животу, рвота, френикус-симптом (резкая болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы), нарушения пассажа содержимого кишечника. Задержка стула и газов связана с механической или динамической непроходимостью кишечника. Важным симптомом является изменение характера кала. Так, примесь крови наблюдается часто при инвагинации кишки и острых нарушениях мезентериального кровообращения.  
  
Лечебная тактика. Характер лечебных мероприятий при О. ж. зависит прежде всего от основного заболевания, что диктует необходимость уточнения диагноза, проведения специальных дополнительных исследований. До постановки окончательного диагноза,  запрещен прием жидкости и пищи, следует воздержаться от применения анальгезирующих, снотворных средств, нейролептиков, транквилизаторов, слабительных средств, клизм.  
  
  
  
Отморожение — повреждение тканей в результате воздействия низкой температуры. При отморожениях вначале ощущается чувство холода, сменяющееся затем онемением, при котором исчезают вначале боли, а затем всякая чувствительность. Наступившая анестезия делает незаметным продолжающееся воздействие низкой температуры, что является причиной тяжелых необратимых изменений в тканях.  
  
По тяжести и глубине различают четыре степени отморожения.  
  
Отморожение I степени поражением кожи в виде обратимых расстройств кровообращения. Кожа бледная, отечная, чувствительность ее снижена. После согревания кожа сине-багровая, отечность увеличивается, тупые боли. Позднее наблюдаются шелушение и зуд кожи.   
  
Отморожение II степени проявляется омертвением поверхностных слоев кожи. При отогревании бледный кожа багрово-синюю окраску, отек тканей. В зоне отморожения пузыри, наполненные прозрачной жидкостью, отмечаются значительные боли.    Общие явления: повышение температуры тела, озноб, плохой аппетит и сон.  
  
При отморожении III степени нарушение кровоснабжения приводит к омертвению всех слоев кожи и мягких тканей. Отмечается омертвение кожи: пузыри, наполненные жидкостью темно-красного цвета. Вокруг омертвевшего участка развивается воспалительный вал. Повреждение глубоких тканей в виде влажной гангрены. Ткани совершенно нечувствительны, но больные страдают от мучительных болей.    Общие явления: озноб и пот, апатией к окружающему.  
  
Отморожение IV степени характеризуется омертвением всех слоев ткани, в том числе и кости. При данной глубине поражения отогреть поврежденную часть тела не удается, она остается холодной и абсолютно нечувствительной. Кожа покрывается пузырями, наполненными черной жидкостью. Поврежденная зона чернеет и начинает высыхать.     
  
Первая помощь немедленное согревание пострадавшего и особенно отмороженной части тела, для чего пострадавший должен быть как можно быстрее переведен в теплое помещение. Прежде всего, необходимо согреть отмороженную часть тела, восстановить в ней кровообращение. Наиболее эффективно и безопасно это достигается с помощью тепловых ванн. За 20—30 мин температуру воды постепенно увеличивают с 20 до 40°; при этом конечность тщательно отмывают мылом от загрязнений. После ванны (согревания) поврежденные участки надо высушить (протереть), закрыть стерильной повязкой и тепло укрыть. Отмороженные участки тела нельзя растирать снегом, т.к. при этом усиливается охлаждение, а льдинки ранят кожу, что способствует инфицированию.  
  
  
  
ОЖОГ- повреждение тканей, возникшее от местного теплового (термического), химического, электрического или радиационного воздействия.  
  
Различают четыре степени глубины ожогов. Ожоги I степени характеризуются гиперемией и отеком кожи; II степени — отслойкой эпидермиса с образованием пузырей; IIIA степени — поражением дермы с сохранением ростковой зоны кожи и островков эпителия в области придатков кожи, из которых при благоприятных условиях возможна самостоятельная эпителизация; IIIБ степени — некрозом всех слоев кожи; IV степени  поражением не только кожи, но и глубже лежащих тканей. Ожоговый шок развивается через 1-2 ч после ожога. Сильная боль, жажда, кожные покровы бледные, температура непораженных участков снижена. Спустя несколько часов сознание спутанное, могут развиться клонические судороги и делирий. Часто отмечается снижение диуреза вплоть до анурии; коллапс.   
  
Площадь ожога можно ориентировочно определить по правилу "девяток"; у взрослого поверхность головы и шеи - 9% поверхности тела, нога - 18%, рука - 9%, передняя и задняя поверхность туловища - по 18%, половые органы и промежность - 1 %.  
  
Первая помощь Удалить пострадавшего из зоны действия огня, одежду не срывать, лучше срезать. Асептические повязки. Противошоковые мероприятия: наркотики, не причинять болей, тщательно уложить пострадавшего. При обширных ожогах пострадавшего необходимо завернуть в стерильную простыню и доставить в стационар; показаны массивный плазмаферез с замещением свежезамороженной плазмой, альбумином.  
  
  
  
Отравления — заболевания, развивающиеся вследствие экзогенного воздействия на организм человека или животного химических соединений в количествах, вызывающих нарушения физиологических функций и создающих опасность для жизни.  
  
Особенностью неотложной помощи при острых О. является необходимость ускоренного выведения токсических веществ из организма (методы активной детоксикации), срочного применения специфической (антидотной) терапии, благоприятно изменяющей метаболизм токсического вещества в организме или уменьшающей его токсичность; симптоматической терапии, направленной на защиту и поддержание преимущественно пораженной функции организма, в зависимости от избирательной токсичности токсического вещества.  
  
При отравлениях токсическими веществами, принятыми внутрь, обязательным экстренным мероприятием является промывание желудка через зонд. После промывания желудка для адсорбции находящихся в желудочно-кишечном тракте токсических веществ применяют активированный уголь.   
  
  
  
ОСТЕОМИЕЛИТ травматический - воспалительный инфекционный процесс в кости, возникающий вследствие открытого перелома ее, огнестрельного ранения или нагноения раны мягких тканей, расположенных рядом с костью. В основе заболевания лежит некроз различных по толщине участков кости с последующим нагноением, образованием свища и медленным отторжением секвестра. Симптомы, течение. Острое течение (высокая температура, лейкоцитоз в крови, боль и воспаление в ране, появление в ней гноя) сменяется хроническим (один или несколько свищей с периодическим выходом мелких секвестров при отсутствии признаков интоксикации организма). При тяжелом течении остеомиелит может осложниться сепсисом. Длительно существующий хронический остеомиелит осложняется амилоидозом внутренних органов.  
  
Лечение оперативное - вскрытие секвестральной коробки, удаление секвестров и ее содержимого. Антибиотики. Общеукрепляющее лечение (витаминотерапия, полноценное питание, санаторно-курортное лечение).   
  
  
  
ПАНКРЕАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ-хроническое воспаление поджелудочной железы. Различают первичные хронические панкреатиты и вторичные, или сопутствующие, развивающиеся на фоне других заболеваний пищеварительного тракта (хронического гастрита, холецистита, энтерита и др.).   
Патогенез: задержка выделения и внутриорганная активация панкреатических ферментов - трипсина и липазы, осуществляющих аутолиз паренхимы железы, реактивное разрастание и рубцовое сморщивание соединительной ткани, которая затем приводит к склерозированию органа, хроническое нарушение кровообращения в поджелудочной железе.   
  
Симптомы, течение. Боль в эпигастральной области и левом подреберье, диспепсические явления, понос, похудание, присоединение сахарного диабета. Боль локализуется в эпигастральной области справа при преимущественной локализации процесса в области головки поджелудочной железы, при вовлечении в воспалительный процесс ее тела - в эпигастральной области слева, при поражении ее хвоста - в левом подреберье; нередко боль иррадиирует в спину и имеет опоясывающий характер, может иррадиировать в область сердца, имитируя стенокардию. Боль может быть постоянной или приступообразной и появляться через некоторое время после приема жирной или острой пищи. Часто повышенное слюноотделение, отрыжка, приступы тошноты, рвоты, метеоризм, урчание в животе, умеренная гипохромная анемия, в период обострения - повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, гипопротеинемия и диспротеинемия за счет повышенного содержания глобулинов.   
  
Лечение. В начальных стадиях заболевания и при отсутствии тяжелых осложнений - консервативное; в период обострения лечение целесообразно проводить в условиях стационара гастроэнтерологического профиля, питание больного должно быть дробным, 5-6-разовым, но небольшими порциями. Исключают алкоголь, маринады, жареную, жирную и острую пищу, крепкие бульоны, обладающие значительным стимулирующим действием на поджелудочную железу. Диета должна содержать повышенное количество белков (стол № 5) в виде нежирных сортов мяса, рыбы, свежего нежирного творога, неострого сыра.   
  
**ПЕНЕТРИРУЮЩАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**-проникновение язвы в рядом расположенные органы и ткани. 3 стадии пенетрации: стадия проникновения язвы через все слои стенки органа, стадия фиброзного сращения с подлежащими тканями и стадия завершенной пенетрации. Клиническая картина зависит от локализации язвы и органа, в который она пенетрирует. Язвы желудка чаще пенетрируют в малый сальник, при этом отмечаются выраженный болевой синдром, плохо поддающийся консервативной терапии, почти постоянная боль, связь с приемом пищи выражена нечетко. Язвы двенадцатиперстной кишки чаще пенетрируют в поджелудочную железу; иррадиация боли в поясничную область, гиперамилаземия. Пенетрация язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку может привести к развитию механической желтухи. Язвы желудка могут пенетрировать в брюшную стенку, язвы кардиапьного и субкардиального отдела желудка с пенетрацией в малый сальник иногда обусловливают возникновение боли стенокардического характера..  
  
Лечение оперативное. Целесообразность его диктуется тяжестью и частотой возникающих осложнений, неэффективностью консервативной терапии. Операцию следует проводить только после курса противоязвенного лечения.  
  
  
  
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ - состояние, при котором боль, беспокоившая больного до холецистактомии, остается и после операции. В постхолецистэктомическом синдроме следует различать группу заболеваний, которые непосредственно связаны с оперативным вмешательством, и заболевания, которые существовали до операции и с выполненным вмешательством не связаны. В последнюю группу можно отнести: грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, гастрит, язвенную болезнь, панкреатит, колит, заболевания почек, корешковый синдром и многие другие.Тяжелую группу составляют больные, страдания которых непосредственно связаны с проведенным оперативным вмешательством. Дефекты интраоперационной диагностики и техники выполнения операции могут привести к оставлению камней в желчевыводящих путях, рубцовому сужению желчевыводящих путей, длинной культе пузырного протока, стенозу большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска). Показанием к обследованию является болевой синдром или механическая желтуха, холангит. После тщательного исследования с использованием ультразвука, ретроградной панкреатохолангиографии, в ряде случаев-чрескожной чрес-печеночной холангиографии уточняют характер патологии и определяют вид необходимого оперативного вмешательства.  
  
  
  
ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ связана с образованием в почках, вернее в чашечках и лоханках, конкрементов, что вызывает разнообразные патологические изменения почек и мочевых путей.   
  
Этиология, патогенез. Роль играют нарушения обмена: фосфорно-кальциевого, щавелевой кислоты, мочевой кислоты и реже аминокислот, инфекции и нарушения уродинамической функции почек и мочевых путей. Усиленное выделение солей щавелевой кислоты и образование камней из оксалата кальция обусловлены избыточным эндогенным образованием оксалатов и избыточным поступлением с пищей щавелевой кислоты или веществ, формирующих оксалаты в результате метаболизма (например, прием больших доз аскорбиновой кислоты). Оксалаты выпадают в осадок при рН мочи около 5,5 и повышении концентрации ионов кальция. Растворимость оксалатов усиливается в присутствии ионов магния в моче. Пиурия -  симптом заболевания, который наряду с бактериурией свидетельствует об инфицировании камня. Повышение температуры тела и лейкоцитоз часто сопутствуют почечной колике и не всегда обусловлены гнойной инфекцией. Гнойная инфекция часто осложняет течение почечнокаменной болезни и приводит к возникновению калькулезного пиелонефрита (или пионефроза). Другим грозным осложнением является анурия. Лечение почечнокаменной болезни направлено на купирование приступов почечной колики, удаление камня, лечение инфекции и предупреждение рецидивного камнеобразования. Самостоятельно может отойти лишь гладкий камень диаметром менее 10 мм. Хирургическое удаление камней почек показано при сопутствующей инфекции, обструкции мочевых путей, нарушающих функцию почек, и мучительных повторяющихся болях. Консервативное лечение и профилактика рецидивного камнеобразования зависят от состава камней. Диета должна быть богатой белками, содержать животные жиры. Профилактика образования оксалатов заключается в соблюдении диеты, исключающей продукты, богатые щавелевой, аскорбиновой кислотами, солями кальция (щавель, бобы, шоколад, молоко и др.). Уратные камни удается растворять, применяя диету и средства, подщелачивающие мочу, и препараты, уменьшающие образование мочевой кислоты. Диета при уратах исключает продукты, богатые пуриновыми соединениями -мясо птицы, почки, печень, сыры, кофе. Аллопуринол - препарат, уменьшающий образование мочевой кислоты, применяется при высокой концентрации мочевой кислоты в крови.   
  
  
  
Панариций — острое воспаление тканей пальца. Развивается при попадании возбудителей гнойной инфекции (золотистого стафилококка) в ткани пальца при микротравме.  
  
Клиническая картина Общие проявления (повышение температуры тела, недомогание, слабость) обычно выражены незначительно.     Местным признаком П. является боль, наиболее выраженная в центре гнойного очага, местное повышение температуры и отек, гиперемия кожи. Нарушается функция пальца и кисти. Достоверным признаком гнойного расплавления служит флюктуация.  
  
Подкожный П. характеризуется воспалением подкожной клетчатки пальца и является самой распространенной формой гнойного воспаления пальцев кисти. Накапливающийся экссудат сдавливает нервные окончания, вызывая сильную пульсирующую боль. Резкое повышение давления нарушение микроциркуляции, что приводит к некрозу подкожной клетчатки. Палец или пораженная фаланга увеличивается в объеме, кожа напряжена, гиперемирована. При тяжелом течении заболевания больной лишается сна, изнурен, температура тела повышается до 38—39°, наблюдается озноб, присоединяются лимфангиит и регионарный лимфаденит.   
  
Лечение Операции. Консервативное лечение применяют местную гипотермию, полуспиртовые повязки, солевые и содовые ванночки, УВЧ-терапию, ультразвук, электрофорез лекарственных веществ, рентгенотерапию. Эффективны антибиотики и протеолитические ферменты. Большую роль играет иммунотерапия (стафилококковый анатоксин).  
  
  
  
Переломы — повреждения костей, которые сопровождаются нарушением ее целости.  
  
При П. одновременно с повреждением кости нарушается целость окружающих мягких тканей, могут травмироваться расположенные рядом мышцы, сосуды, нервы. При сопутствующем перелому повреждении кожи и наличии раны перелом называют открытым, а если кожа цела — закрытым. В зависимости от того, как проходит линия излома кости, различают поперечные, косые, продольные переломы. При оказании первой помощи ни в коем случае не следует пытаться сопоставить отломки кости — устранить изменение формы конечности при закрытом переломе или вправить вышедшую наружу кость при открытом переломе. Пострадавшего нужно как можно быстрее доставить в лечебное учреждение. Предварительно необходимо обеспечить надежную транспортную иммобилизацию, а при открытом переломе еще и наложить на рану стерильную повязку. В случае сильного кровотечения наложить жгут. При необходимости раздеть, сначала снимают одежду со здоровой стороны, а затем на стороне повреждения; одевают в обратной последовательности.    После устранения смещения отломков их фиксируют до сращения в правильном положении с помощью гипсовой повязки или специального аппарата. При невозможности сопоставления отломков проводят операцию. Иногда для скрепления отломков применяют различные металлические конструкции.   
  
При переломе диафиза бедренной кости в области перелома отмечается боль, припухлость, патологическая подвижность; укорочение пораженной конечности. Оказании первой помощи особое транспортная иммобилизация. При недостаточном обездвижении отломков кости может произойти дополнительное повреждение мышц, а также расположенных рядом сосудов и нервов. Шины накладывают: с наружной стороны от стопы до подмышечной впадины и с внутренней — от стопы до промежности. При отсутствии стандартных транспортных шин для обездвижения поврежденной конечности используют импровизированные шины или прибинтовывают ее к здоровой ноге.  
  
Открытые переломы бедренной кости нередко сопровождаются шоком, осложняются раневой инфекцией, остеомиелитом, сепсисом. Первая помощь включает остановку кровотечения, наложение стерильной повязки на рану и проведение противошоковых мероприятий (прежде всего введение обезболивающих препаратов).  
  
Шинирование для транспортировки пострадавшего при повреждениях бедра проводится с помощью специальной шины Дитерихса, которая обеспечивает не только фиксацию, но и вытяжение поврежденной ноги. Шина состоит из двух деревянных планок.    При отсутствии стандартных транспортных шин для обездвижения поврежденной конечности используют импровизированные шины или прибинтовывают ее к здоровой ноге.  
  
  
  
Переливание крови — лечебный метод, заключающийся во введении в кровяное русло больного (реципиента) цельной крови или ее компонентов, заготовленных от донора или самого реципиента, а также крови, излившейся в полости тела при травмах и операциях. Виды: непрямое, прямое, обменное, аутогемотрансфузию.   
  
Показания К прямым переливаниям Массивная кровопотеря, в случае отсутствия свежезамороженной плазмы, эритроцитной массы.    Обменные с целью удаления вместе с кровью различных ядов, продуктов тканевого распада, гемолиза, а также антител.    Аутогемотрансфузия —(исключаются осложнения, связанные с несовместимостью крови, переносом инфекционных заболеваний)   наличие у больного редкой группы крови и невозможность подбора доноров, оперативные вмешательства у больных с нарушениями функций печени или почек.   
  
Гемотрансфузионные реакции и осложнения.    Выделяют пирогенные, аллергические, анафилактические реакции. Пирогенные реакции внесения пирогенов вместе с консервированной кровью в кровяное русло реципиента. Общее недомогание, лихорадка, озноб, головная боль.. Аллергические реакции в результате сенсибилизации реципиента к антигенам плазменных белков, иммуноглобулинам, антигенам лейкоцитов, тромбоцитов. Проявляются лихорадкой, одышкой, удушьем, тошнотой, рвотой. Анафилактические реакции обусловлены изосенсибилизацией. Отек, спазм мышц бронхов и резкое снижение АД.   
  
Причиной гемотрансфузионных осложнений является переливание крови и эритроцитной массы, несовместимых по групповым факторам системы АВ0 и резус-фактору.   
  
Клинически проявляется гемотрансфузионным шоком. Боли в груди, животе, пояснице, тахикардия, артериальная гипотензия, внутрисосудистого гемолиза (гемоглобинемия, гемоглобинурия, желтуха), нарушения функции почек и печени.     При развитии гемотрансфузионного шока следует прежде всего немедленно прекратить П. к. и приступить к проведению интенсивной терапии. Основные лечебные мероприятия должны быть направлены на восстановление функции жизненно важных органов, купирование геморрагического синдрома, предупреждение острой почечной недостаточности.  
  
Профилактика строгое выполнение условий и требований, предъявляемых к заготовке и переливанию консервированной крови и ее компонентов; правильную подготовку и обработку систем и аппаратуры, применение систем одноразового пользования; учет состояния реципиента до гемотрансфузии, характер его заболевания, выявление повышенной чувствительности к вводимым белкам, сенсибилизацию беременностями  и повторными трансфузиями.  
  
  
  
ПЕРИТОНИТ - воспаление брюшины, сопровождающееся общими симптомами заболевания организма с нарушением функции жизненно важных органов и систем. Различают серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический, гнилостный и каловый перитонит.   
  
Симптомы, течение. Боль по всему животу. Язык обложен, влажный. Живот напряжен во всех отделах, резко болезнен, симптомы раздражения брюшины положительные, болезненность максимальна в зоне первичного очага инфекции. Стадии перитонита: рефлекторная, токсическая и терминальная. В терминальной стадии: лицо Гиппократа, сухой обложенный язык. Живот вздут, напряжен и болезнен во всех отделах, положительны симптомы раздражения брюшины, перистальтика отсутствует. Характерны тахикардия, нестабильное АД, олигурия. В крови - высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево. Рентген: свободный газ под куполом диафрагмы (перфорация полого органа). Наличие уровней жидкости в тонкой и толстой кишке свидетельствуют о паралитической кишечной непроходимости. Послеоперационный перитонит имеет некоторые особенности, обусловленные широким применением в послеоперационном периоде анальгетиков и антибиотиков. При рентгенологическом исследовании с контрастом можно выявить несостояльность швов анастомоза - наиболее частую причину послеоперационного перитонита.  
  
Приципы оперативного лечения: санация первичного очага инфекции (например, апцендэктомия) и брюшной полости, которую промывают изотоническим раствором натрия хлорида или  новокаином с добавлением антибиотиков и антисептиков, дренирование брюшной полости, плановые релапаротомии, экстракорпоральной детоксикации.   
  
  
  
Предопухолевые заболевания — заболевания и патологические процессы, на фоне которых возможно развитие злокачественных опухолей.  
  
Факультативными П.З. молочной железы — пролиферативные формы мастопатии, включающие фиброаденоматоз, внутрипротоковые папилломы, папилломатозные разрастания в крупных кистах. Реже причиной злокачественной опухоли может стать фиброаденома молочной железы.   
  
Факультативными П. з. желудка являются хронический гастрит (атрофический, диффузный и очаговый), язвенная болезнь, полипы и полипоз.  
  
  
  
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА (СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА)  
  
Подготовка желудочно-кишечного тракта к операции при его заболеваниях состоит в назначь высококалорийной диеты с механическими измельченными продуктами, нормализации моторики кишечника. По показаниям назначают слабительные средства. При стенозе привратника в течение 5—7 дней до операции проводят ежедневное перед сном промывание желудка водой или 0,1% раствором соляной кислоты (при ахилии) с последующей аспирацией содержимого. Вечером и утром до операции делают очистительные клизмы  
  
  
  
Посттромбофлебитический синдром — тяжелая форма хронической венозной недостаточности нижних конечностей, развивающейся после тромбофлебита или тромбоза глубоких вен.  
  
Клиническая картина боль, отек нижней конечности, гиперпигментация кожи, часто экзема, трофические язвы в нижней трети голени и варикозное расширение подкожных вен. Характерным симптомом являются мучительные судорога мышц пораженной конечности в ночное время.      
  
Диагностика анамнез. ультразвуковая допплерографии, ультразвуковое ангиосканирование, рентгено- и радиофлебография.  
  
Лечение показано бинтование ног эластичным бинтом, физиотерапевтические процедуры (токи Бернара, переменное магнитное поле), санаторно-курортное лечение. Большую роль играет правильное трудоустройство лиц, перенесших флеботромбоз. Даже при компенсации кровообращения им противопоказана тяжелая физическая работа, длительное пребывание на ногах, работа при пониженной температуре и в горячих цехах.  
  
Препараты, снижающие агрегацию форменных элементов крови (ацетилсалициловую кислоту, бутадион, пентоксифиллин, дипиридамол, льняное и хлопковое масло). Витамины.    Хирургическое лечение состоит из реконструктивных (обходное шунтирование, пластика и резекция вен) и корригирующих (перевязка перфорантных вен, удаление варикозно-измененных поверхностных вен).   
  
  
  
Рак желудка. Клинические симптомы заболевания неспецифичны: тошнота, рвота, отрыжка, дисфагия, общая слабость, потеря массы тела, анемия и др. Решающее значение в установлении диагноза имеют гастроскопия (с биопсией) и рентгенологическое исследование желудка.   
  
Рак желудка локализуется в верхней трети (кардинальная часть и дно желудка), средней трети (тело желудка) или нижней трети (пилорический отдел желудка). Метастазы рака желудка чаще поражают регионарные лимфатические узлы, печень. Возможно метастазирование по брюшине (с развитием асцита), в яичники (метастазы Крукенберга), жировую клетчатку малого таза (метастазы Шницлера), редко в легкие, кожу, кости и др.   
  
Различают 4 стадии болезни: 1 стадия-диаметр опухоли не более 2 см, прорастание только слизистой оболочки без видимых метастазов в лимфатические узлы; II стадия -диаметр опухоли 4-5 см, прорастание подслизистого и мышечного слоев, могут быть регионарные метастазы; III стадия - большие размеры опухоли, прорастание серозной оболочки, соседних органов; имеются отдаленные метастазы. После оперативного вмешательства опухоль, как правило, классифицируют по системе TNM.   
  
Лечение. Основной метод лечения - хирургический, который может быть использован при локализованных формах болезни. Применяют проксимальную резекцию желудка, гастроэктомию, субтотальную резекцию, при некоторых обстоятельствах - резекцию 2/3 желудка, комбинированную резекцию. Уменьшение клинических симптомов достигается при паллиативных операциях (гастроэнтероанастомоз, эзофаго-гастроанастомоз, гастростомия, реканализация с помощью лазера). Клиническое улучшение при неоперабельной опухоли и метастазах у 20-40% больных удается достичь в результате применения химиотерапии. Назначают 5-фторурацил (5-ФУ) самостоятельно или в составе лекарственных комбинаций (5-ФУ, адриамицин, митомицин С; 5-ФУ, цисплатин, адриамицин). Назначение послеоперационной химиотерапии нецелесообразно. Лучевую терапию применяют редко; как правило, она малоэффективна.  
  
  
  
Рак поджелудочной железы - выделяют рак головки, тела и хвоста поджелудочной железы. В основном развивается протоковый рак (аденокарцинома). В головке железы опухоль локализуется в 75% случаев. Быстрое сдавление или прорастание общего желчного протока ведет к механической желтухе. Первым симптомом болезни является боль в эпигастральной области и подреберьях иногда с иррадиацией в спину, с нарастанием интенсивности ночью. С появлением желтухи усиливаются тошнота, рвота, диарея, могут присоединиться симптомы холангита и др. Рак тела железы быстро прорастает в верхние брыжеечные вены и артерии, воротную вену. Желтуха возникает редко. Опухоль хвоста поджелудочной железы часто прорастает воротную вену и селезеночные сосуды, что приводит к развитию портальной гипертензии со спленомегалией и другими характерными симптомами. При локализации опухоли в хвосте и теле железы особенно выражен болевой синдром в связи с прорастанием опухолью окружающих железу многочисленных нервных сплетений. Метастазирует рак поджелудочной железы рано, чаще в регионарные лимфатические узлы и печень. Возможно также метастазирование в легкие, кости, брюшину, плевру, надпочечники и др.   
  
Лечение рака поджелудочной железы хирургическое, 5-фторурацил (15 мг/кг в/в через день, 3-5 доз), фторафур (1,2-2 г перорально ежедневно в течение 3-4 нед), 5-фторурацил в сочетании с метомицином С и адриамицином. После проведенного лечения временные ремиссии отмечены у 20-40% больных.  
  
  
  
Рак пищевода - диагностируется в возрасте 55 лет и старше, у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. Основная гистологическая форма - плоскоклеточный рак. Злокачественным опухолям предшествуют хронические эзофагиты, пептические язвы, химические и термические ожоги. Этиологическое значение имеют также систематическое употребление очень горячей пищи, микроожоги и микротравмы пищевода, влияние афлатоксинов, нитрозаминов, алкоголя, недостаток витаминов А и С. Рак пищевода может быть язвенным, бородавчато-папилломатозным и инфильтрирующим. Чаще всего опухоли локализуются в средней трети пищевода (60%), затем в нижней трети (30%), реже всего - в шейном отделе.   
  
Симптомы: дисфагия, боль, слюноотделение, похудание и обезвоживание.   
  
Рентгенологическое и эндоскопическое исследование позволяет выявить уровень сужения пищевода, определить размеры опухоли, наличие изъязвления. Больные погибают как от осложнений, связанных с первичной опухолью, так и от отдаленных метастазов.  
  
Лечение. Основной метод лечения - хирургический или комбинированный. Могут выполняться паллиативные операции типа гастростомы. Лучевой метод лечения в качестве единственного также возможен. При проведении химиотерапии используют адриабластин, фторурацил, метотрексат, цисплатин, блеомицин,проспидин.  
  
  
  
  
  
Рак легкого. симптомы: кашель, выделение мокроты с примесью крови, боль в грудной клетке, повторные эпизоды пневмонии и бронхита; нарушения дыхания могут быть значительными при развитии гиповентиляции и ателектаза доли или всего легкого. Различают центральный рак легкого, растущий преимущественно эндо- или перибронхиапьно (80% случаев); периферический рак; редко диагностируется медиастинальная форма, милиарный карциноз и др. По морфологическому строению выделяют плоскоклеточный (эпидермоидный) рак, аденокарциному, мелко- и крупноклеточный рак.   
  
Рак легкого метастазирует в лимфатические узлы корня, паратрахеальные, парааортальные и бифуркационные лимфатические узлы. На более поздних этапах болезни развиваются метастазы в отдаленные ткани и органы (надключичные лимфатические узлы, кости, печень, головной мозг, легкие и др.). Ранним метастаэированием и агрессивным течением отличается мелкоклеточный рак.   
  
Лечение немелкоклеточного рака легкого зависит от стадии болезни. Радикальное хирургическое вмешательство (пульмонэктомия, лобэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов) удается провести лишь у 10-20% больных, когда рак легкого диагностирован в ранних стадиях. При местно-распространенной форме заболевания производят расширенную пульмонэктомию с удалением бифуркационных, трахеобронхиапьных, нижних паратрахеальных и средостенных лимфатических узлов, а также при необходимости с резекцией перикарда, диафрагмы, грудной стенки. Применяют обычно комбинацию циклофосфана, адриамицина, винкристина или циклофосфана, адриамицина и цисплати-на. Кроме того, используют в различных сочетаниях 5-фтору-рацил, метотрексат, этопозид, блеомицетин, митомицин С, проспидин. При мелкоклеточном раке легкого первоочередной задачей является оценка степени распространения болезни, что достигается проведением сцинтиграфии скелета, биопсии костного мозга, ультразвукового исследования печени, компьютерной томографии головного мозга. Для химиотерапии используют комбинации циклофосфана, адриамицина, метотрексата или циклофосфана, адриамицина и винкристина, или цисплатина и этопозида. При локализованном мелкоклеточном раке легкого курсы химиотерапии проводят с интервалами 3-4 нед. в течение 1-1,5 лет. Уже в начале лечения или после 3-4 курсов химиотерапии дополнительно может быть использована лучевая терапия (30-40 Гр) на зону расположения опухоли легкого и регионарных лимфатических узлов.   
  
  
  
Рак молочной железы - факторы риска: менопауза в возрасте старше 50 лет; отсутствие родов или первые роды в возраста старше 30 лет, семейный анамнез, фиброзно-кистозная мастопатия (в 3-5 раз чаще. Чаще обнаруживают доброкачественные образования (диффузная и узловая мастопатия, внутрипротоковая папиллома, фиброаденома). При диффузной мастопатии обнаруживают диффузное уплотнение и болезненность молочных желез, иногда имеются светлые выделения из соска. При узловой мастопатии определяются одиночные или множественные уплотнения различных размеров с нечеткими контурами, не связанные с кожей. Фиброаденомы могут быть представлены плотными, округлыми, бугристыми одиночными или множественными различного размера опухолевыми узлами. Листовидные фиброаденомы характеризуются быстрым ростом и достигают больших размеров в короткие сроки. Внутрипротоковые папилломы проявляются кровянистыми выделениями из соска.   
  
Лечение. При раке молочной железы I-II стадии оптимальным методом лечения является хирургический - радикальная мастэктомия или секторальная резекция с удалением регионарных лимфатических узлов. После операции по поводу раннего рака молочной железы дополнительного лечения не назначают. При пораженных подмышечных лимфатических узлах следует провести адъювантную химиотерапию. При III стадии болезни назначают предоперационную лучевую и/или химиотерапию, а после операции - адъювантную лекарственную терапию.   
  
  
  
Рак прямой кишки - располагается в анальном, нижне-, средне-, верхнеампулярном и ректосигмовидном отделе. Опухоль растет преимущественно экзофитно (в просвет кишки) или эндофитно (в толщу кишечной стенки). Чаще диагностируют аденокарциномы, редко опухоль имеет строение перстневидно-клеточного, недифференцированного или плоскоклеточного рака. Классификацию данной болезни проводят по системе TNM с уточнением глубины прорастания опухоли в стенку кишки и на основании данных исследования операционного материала. Клиническая картина: выделение из кишки крови с примесью слизи и гноя, расстройства ритма дефекации (поносы и запоры, тенезмы), боль в животе, общая слабость, снижение массы тела, повышение температуры, анемия и др  Лечение. Основной метод лечения рака ободочной и прямой кишки хирургический, производят операцию с удалением замыкательного аппарата или его сохранением. Лучевая терапия может вызвать частичную регрессию опухоли.   
  
  
  
Рак щитовидной железы - гистологически наиболее часто встречается папиллярный рак (60-70%). фолликулярный составляет до 30%; редко выявляется анапластический и медуллярный рак. При папиллярном и фолликулярном раке основные симптомы - определение солитарного узла в толще щитовидной железы. При анапластическом раке чаще симптомы связаны со сдавлением соседних органов и тканей -дисфагия, одышка, охриплость голоса, боль, увеличение железы. При папиллярном раке чаще развиваются регионарные метастазы, при фолликулярном-отдаленные метастазы, недифференцированный рак течет галопирующе с генерализацией метастазирования. Медуллярный рак-высоко-злокачественная форма, приводящая к раннему метастазированию. Лечение хирургическое, лучевое, применение радиоактивного йода. Из химиопрепаратов могут применяться адри-абластин, фторурацил, цисплатин  
  
  
  
РАНЫ - механическое повреждение ткани с нарушением их целостности. Различают раны раздавленные, ушибленные, рваные, резаные, рубленые, колотые, огнестрельные, укушенные. В течении раневого процесса выделяют три фазы: воспаления, которая подразделяется на период сосудистых изменений и период очищения раны от некротических тканей; регенерации, с периодами образования и созревания грануляционной ткани и последующей эпителизацией; фаза формирования и организации рубца.  
  
Симптомы, течение. Наличие дефекта кожи, боль, кровотечение. Чем острее ранящий предмет и быстрее действует ранящая сила, тем меньше боль. Выраженность боли зависит от иннервации пораженной области (максимальная болезненность на лице, промежности, половых органах). Если не присоединяются явления воспаления, через 2-3 дня боль полностью проходит. Не всегда при ранении кровотечение бывает наружным, могут формироваться распространенные гематомы. Заживление ран возможно первичным (Раневой дефект невелик, рана не зияет, ее края как бы слипаются, тонкая фибринная пленка, образующаяся между ними, быстро прорастает фибробластами и кровеносными сосудами и заживает с образованием узкого рубца) и вторичным натяжением (Раны с обширной зоной повреждения (края далеко отстоят друг от друга), при наличии нежизнеспособных тканей, гематомы, инфекции. При этом наблюдаются очищение раны через нагноение за счет протеолитического действия ферментов, развитие грануляционной ткани и ее организация, последующее рубцевание и эпителизация с формированием грубого рубца).  
  
Лечение. Производят ПХО раны с иссечением некротизированных участков, размозженных тканей, после чего рану ушивают. В ряде случаев при глубоких ранах показано дренирование раны и наложение провизорных швов на кожу. На кисти и лице иссекают только явно нежизнеспособные ткани, в связи с хорошим кровоснабжением заживление ран в этих областях вполне удовлетворительное. При ранах, осложненных кровотечением, повреждением мышц, сухожилий, нервов, ранах груди, живота показана госпитализация с тщательной ревизией и восстановлением поврежденных анатомических образований.  
  
  
  
РОЖА - острое стрептококковое заболевание, характеризующееся поражением кожи с образованием резко ограниченного воспалительного очага, а также лихорадкой и симптомами общей интоксикации, частыми рецидивами.  
  
Симптомы,течение. Инкубационного период 3-4 дня. Начинается,  остро, с симптомов общей интоксикации. Температура тела до 39-40, общая слабость, озноб, головная боль, миалгия, судороги, бред, раздражение мозговых оболочек. Местные симптомы: боль, жжение, гиперемия и отек кожи. Воспаление регионарного лимфатического узла. На месте воспаления появляется шелушение кожи. Кровь: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ. Осложнения (ревматизм, нефрит, миокардит), специфичными для рожи:язвы и некрозы кожи, абсцессы и флегмоны, нарушение лимфообращения, приводящее к слоновости.   
  
Лечение. Антибиотики пенициллинового ряда (пенициллин в дозе 500 000 ЕД через 6 ч в течение 7-10 дней, в конце курса  вводят бициллин-5 (1500000 ЕД в/м)).   
  
  
  
Сепсис — общее инфекционное заболевание нециклического типа, вызываемое постоянным или периодическим проникновением в кровеносное русло различных микроорганизмов и их токсинов в условиях неадекватной резистентности организма. Хирургический С. (Вторичный) возникает на фоне выявленного первичного гнойного очага.  
  
Клиническая картина Различают молниеносный, острый, подострый и хронический сепсис. При молниеносном С. развивается в течение 1—3 сут. Острым считают С. в течение первых 1—2 мес. Через 2—3 мес. - подострый сепсис. Через 5—6 мес. хроническое течение.   
  
Лихорадка до 39—40°, ознобом. Лихорадка может быть постоянной, или ремиттирующей с суточными колебаниями в 1—2°. Подъем температуры сопровождается тахикардией, учащением дыхания, ознобом, рвотой.    Малым частым пульсом, снижением АД, бледностью и мраморным рисунком кожи, увеличение печени и селезенки, олигурия с развитием отеков. Сопутствует анорексия, тошнота, рвота и поносы.    При сепсисе изменяется течение раневого процесса. Увеличивается отечность тканей в ране и вокруг нее, дно раны покрывается плотным гнойно-фибринозным налетом белого или серого цвета. Раневое отделяемое может быть скудным, но иногда отмечают обильное гнойное отделяемое. Желто-белый цвет гноя характерен для стафилококковой инфекции, зелено-синий — для синегнойной палочки. Могут усиливаться боли в ране.    В крови анемия, увеличение СОЭ, лейкоцитоз с резким сдвигом влево, гипопротеинемия и гипоальбуминемия, гипокоагуляция и гипофибриногенемия, бактериемия    Осложнения. инфекционно-токсический шок. Основные признаки: недостаточность кровообращения, резкие нарушения микроциркуляции, нарушения сознания вплоть до комы, бледность кожи, акроцианоз, тахипноэ, олигурия, тошнота, рвота, диарея. Снижение температуры тела, обильным потоотделение, тахикардия, падением АД.   
  
Лечение. Строится на интенсивном поиске и устранении первичного и вторичных очагов инфекции, целенаправленной антибактериальной терапии антибиотиками бактерицидного действия в максимальных дозах.  
  
  
  
СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ - симптомокомплекс, развивающийся вследствие сдавления частей тела  при авариях и землетрясениях. В основе патогенеза лежит всасывание токсических продуктов тканевого распада, образующихся в ишемизированных тканях. Развивается ДВС-синдром, который вместе с отложением миоглобина в почечных канальцах приводит к острой почечной недостаточности. Симптомы и течение. После освобождения от сдавления развивается травматический шок. Уже с первых суток олиго- или анурия. Развивается отек места травмы. Отек способствует прогрессированию ишемии тканей. Резорбция продуктов цитолиза может приводить к гиперкалиемии. Присоединяются септические и гнойные осложнения.  
  
Лечение. На месте осуществляются противошоковые мероприятия - пункция вены и введение реополиглюкина, наркотических препаратов. Сдавленную конечность туго бинтуют эластичным бинтом, что замедляет скорость поступления в кровоток токсичных веществ. При транспортировке конечность следует иммобилизовать. Плазмаферез, переливают свежезамороженную плазму, гемодез, солевые растворы. Гепарин, антибиотики. При снижении диуреза гемодиализ. При развитии гангрены- ампутацию.   
  
  
  
Спаечная болезнь — заболевание, возникающее при образовании спаек и сращений в брюшной полости в результате оперативных вмешательств, травм, а также воздействия инородных тел и некоторых лекарственных веществ.  
  
Течение может быть острым или хроническим. При острой форме, являющейся спаечной непроходимостью кишечника, боли в животе, сопровождающиеся усилением перистальтики, рвотой, нарушением отхождения кишечного содержимого, повышением температуры тела и лейкоцитозом.  
  
При хронической форме болевые приступы и ее клинические проявления возникают периодически. Больной жалуется на боли в животе, чувство тяжести и распирания, запоры. Диагностика на данных анамнеза — оперативные вмешательства, клинических проявлениях, рентгенологическое исследование (пневматизацию кишечных петель и уровни жидкости в них).  
  
Профилактика. При травме и острых заболеваниях органов брюшной полости оперативное вмешательство должно осуществляться в наиболее ранние сроки. Тампоны и грубые дренажи способствуют возникновению спаек, применять их рекомендуется по строгим показаниям. При лечении перитонита развитие спаечного процесса предупреждает применение перитонеального диализа, своевременное удаление дренажей. Препятствует спаечному процессу в брюшной полости раннее вставание больного и активное ведение его в послеоперационном периоде.   
  
  
  
Травмы органов живота. Обычно возникают при транспортных катастрофах, падении с высоты, сильных ударах по брюшной стенке. Диагностика трудна в связи с сочетанной травмой других органов и систем, бессознательным состоянием больного. Чаще возникают разрывы: селезенки с внутрибрюшным кровотечением (слабость, бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, снижение АД, напряжение брюшных мышц, притупление перкуторного звука, симптом ваньки-встаньки - усиление болей при горизонтальном положении больного), почек и мочевыводящих путей, печени, желудка. Диагностическая лапароскопия - кровь в животе. Лечение. До осмотра хирургом в стационаре больного не поить, не вводить наркотики! После установления диагноза - оперативное лечение.  
  
  
  
Тромбофлебиты могут возникать в поверхностных венах конечностей, венах матки, тазовых венах или глубоких венах нижних конечностей.   
Симптомы, течение. Воспаленные вены напряжены, болезненны при пальпации, кожа над пораженным участком гиперемирована, температура субфебрильная, небольшая тахикардия.   
  
Лечение. Постельный режим, при тромбофлебите нижних конечностей возвышенное положение ног; антибиотики, сульфаниламиды, препараты, обладающие противовоспалительными свойствами (эскузан, бутадион, ацетилсалициловая кислота), гепарин, антикоагулянты, промедол, папаверин. При остро возникшем тромбозе вен нижних конечностей в первые сутки назначают в/в капельно фибринолизин или стрептокиназу (стрептодеказу) и гепарин.   
  
  
  
Туберкулез костей и суставов   
  
Поражаются различные отделы скелета, чаще позвоночник, тазобедренный и коленный суставы.  
  
Клиническая картина. Основными формами являются спондилит, артрит, spina ventosa, туберкулезно-аллергическое поражение суставов.  
  
Спондилит, артрит. Больные жалуются на пониженную работоспособность, чувство тяжести и неустойчивости в позвоночнике (суставе), быструю утомляемость мышц спины (конечности). нелокализованные боли в спине (конечности), которые стихают после отдыха.    Осложнения туберкулезного спондилита и артрита — деформации позвоночника (суставов), натечные абсцессы, свищи, амилоидоз внутренних органов, поражение спинного мозга.   
  
Spina ventosa (туберкулез диафизов трубчатых костей).    Сначало в области поражения наблюдается припухлость, слегка болезненная при пальпации, кожа над ней не изменена, далее припухлость нарастает, отечность мягких тканей, боли, увеличиваются регионарные лимфатические узлы, температура тела повышается и закачивается формированием наружных свищей, патологических переломов, вывихов фаланг.  
  
Туберкулезно-аллергическое поражение суставов. жалобы на боли в суставах, ограничение движений, припухлость околосуставных мягких тканей, повышение местной температуры. В крови увеличение СОЭ, лейкоцитоз, лимфоцитоз.   
  
Лечение. Химиотерапия, оперативное и ортопедическое лечение.    Основная задача оперативного лечения заключается в радикальном иссечении костных туберкулезных очагов с последующим восстановлением целости кости   
  
  
**Травматизм** — совокупность травм, возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени. Деление травм на производственные (промышленные, сельскохозяйственные, строительные, на транспорте) и непроизводственные (бытовые, уличные, дорожно-транспортные, спортивные, школьные, прочие).  
  
Основными причинами травм являются неосторожность пострадавших, гололед, хулиганские действия, плохое состояние тротуаров, недостаточный надзор за животными, плохую освещенность,  производство ремонтных работ без установки ограждений, плохая подготовка водителей, несоблюдение спортивных правил, переутомление, недостаточный надзор за детьми,   
  
Профилактике производственного Т. осуществляется администрацией предприятий и службой техники безопасности. Она предусматривает соблюдение правильности производственно-технологических процессов, контроль за безопасностью выполнения работ, обучение рабочих,  обеспечение их индивидуальными и коллективными средствами защиты, создание безопасного рабочего места, введение автоматизации, устранение неисправностей. Санитарно-гигиенические мероприятия направлены на устранение захламленности рабочих мест и проходов, на создание оптимальных гигиенических условий труда — температуры, влажности, освещенности, вентиляции, соблюдения правил промышленной санитарии. Профилактике непроизводственного Т. способствуют законодательные акты об охране природы, внешней среды, правила противопожарной безопасности, проектирования и строительства, осуществление санитарно-эпидемиологического надзора.   
  
  
  
ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК –  общая реакция организма при массивной травме тканей и кровопотере. Этиология: закрытые и открытые переломы, травмы внутренних органов, обширные раны. Факторы: травма элементов нервной системы, кровопотеря и интоксикация, которые ведут к гемодинамическим расстройствам, снижению объема циркулирующей крови и гипоксии периферических тканей.   
  
Симптомы, течение. Сразу после травмы возникают кратковременная (до 5-10 мин) эректильная фаза шока, двигательное и речевое возбуждение, нередко повышение АД. Затем наблюдается торпидная фаза: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, адинамия, частый слабый пульс, снижение АД.   
  
Осложнения: стадия необратимого шока при запоздалом или нерациональном лечении; отек легких, мозга, остановка сердца; острая почечная недостаточность.  
Лечение. Первая помощь - освобождение дыхательных путей от содержимого, временная остановка кровотечения, внутривенное переливание плазмозаменителей, местная анестезия зон переломов, наложение транспортных шин, экстренная транспортировка в стационар в положении лежа.  
  
  
Терминальные состояния состояния, пограничные между жизнью и смертью.  К терминальным состояниям относятся умирание, включающее несколько стадий, начальные этапы постреанимационного периода.  
  
Выделяют преагональное состояние, агонию и клиническую смерть.  
  
В возникновении Т. с. основную роль играет гипоксия, а с началом умирания — связана с недостаточностью кровообращения (циркуляторная гипоксия).    Причины гипоксии: поражение сердца или нарушение общей гемодинамики, нарушения газообмена, поражения мозга  
  
Постепенно в нисходящем порядке нарушаются функции корково-подкорковых и верхнестволовых отделов головного мозга, наступает сначала тахикардия и тахипноэ, а затем брадикардия и брадипноэ. АД снижается. Вначале может наблюдаться общее двигательное возбуждение, вслед за фазой возбуждения развиваются нарушения сознания и гипоксическая кома.  
  
Вслед за преагональным состоянием развивается терминальная пауза (1—4 мин), дыхание прекращается, развивается брадикардия, иногда асистолия, исчезают реакции зрачков на свет, корнеальный и другие стволовые рефлексы, зрачки расширяются.  
  
По окончании терминальной паузы развивается агония. Признаки агонии - терминальное дыхание с характерными редкими, короткими, глубокими судорожными дыхательными движениями, иногда с участием скелетных мышц.   
  
Агония, завершающаяся последним вдохом или последним сокращением сердца, переходит в клиническую смерть.  
  
  
  
Тиреотоксикоз — клинический синдром, обусловленный длительным повышением концентрации тиреоидных гормонов в крови и тканях. Избыток тиреоидных гормонов вызывает разобщение тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования, что ведет к нарушению энергетического обмена — избыточному образованию тепла, снижению количества энергии, запасаемой в макотороэргических связях АТФ. Дефицит энергии при Т. восполняется за счет ускоренного протекания всех метаболических процессов.   
  
Клиническая картина.    Выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы течения Т. При легкой форме похудание умеренно, тахикардия не превышает 100 ударов в 1 мин, ритм сердечных сокращений не изменяется.   Тиреотоксикоз средней тяжести выраженное похудание, тахикардия (100—120), нарушениями углеводного обмена, частым жидким стулом, снижением концентрации холестерина в крови, надпочечниковой недостаточности.    Тяжелый Т. Потеря массы тела -  кахексия, миопатия, нарушение сердечного ритма (экстрасистолии, мерцательной аритмии), изменениям АД: высокое систолическому давлению при низком диастолическом.   
  
Начало тиреотоксического криза характеризуется повышением температуры тела, возбуждением, сменяющимся адинамией, симптомами обезвоживания организма вследствие рвоты и диареи, резкого падения артериального давления вплоть до потери сознания.  
  
Лечение Гидрокортизон, при выраженной тахикардии и аритмии — сердечные гликозиды (коргликон или строфантин) b-адреноблокаторы. Для предотвращения дальнейшей гиперпродукции тиреоидных гормонов назначают мерказолил.   
  
  
  
Трофические язвы — дефект кожи или слизистой оболочки, возникающий после отторжения некротизированной ткани и отличающийся малой тенденцией к заживлению и склонностью к рецидивированию. Трофические язвы развиваются в результате расстройств крово-, лимфообращения или иннервации приводящих к нарушениям питания тканей.  При варикозном расширении вен локализуются в области внутренней лодыжки, имеют округлую форму, кожа вокруг них гиперпигментирована. При посттромботической болезни —  язвы неправильной формы. Края язвы уплотнены, болезненны, истончены.  При облитерирующих заболеваниях артерий локализуются на пальцах стоп, отличаются выраженной болезненностью. Лечение средства, улучшающие микроциркуляцию (трентал, ксавин, сермион, реополиглюкин) и трофические процессы (витамины А, Е, солкосерил). У больных сахарным диабетом проводится коррекция углеводного обмена. Местное лечение - протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин),  мазевые повязки (солкосерилом). Для стимуляции регенерации лазеры, физиотерапевтические средства, ЛФК.   
  
  
  
ТИРЕОИДИТЫ - болезни щитовидной железы, различные по этиологии и патогенезу. Воспаление диффузно увеличенной щитовидной железы называют струмитом.  
Симптомы: боль в области передней поверхности шеи, иррадиирующая в затылок, нижнюю и верхнюю челюсть, усиливающаяся при движении головы, глотании. Увеличение шейных лимфатических узлов. Повышение температуры, озноб. Высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. При сканировании щитовидной железы определяется "холодная область", не поглощающая изотоп и соответствующая воспалительному очагу. В начале заболевания (гипертиреоидная, острая стадия) могут наблюдаться симптомы тиреотоксикоза: тахикардия, потливость, похудание, тремор рук. В крови - повышенные уровни тиреоидных гормонов. При длительном течении могут развиться симптомы гипотиреоза, сонливость, вялость, заторможенность, зябкость, отечность лица, сухость кожи, брадикардия, запоры. Щитовидная железа увеличена, плотной консистенции, не спаяна с окружающими тканями, болезненна при пальпации. В крови - низкое содержание тироксина и трийодтиронина и высокое - тиреотропного гормона.   
  
Лечение. При остром тиреоидите -антибиотики, симптоматические средства, витамины. При абсцедировании - хирургическое лечение. Кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон), при гипотиреозе - небольшие дозы тиреоидных гормонов.  
  
  
  
Тромбоэмболия — острая закупорка кровеносного сосуда тромбом, оторвавшимся от места своего образования (на стенке сердца, сосуда) и попавшим в циркулирующую кровь. В результате тромбоэмболии кровоток в сосуде прекращается, возникает ишемия ткани в бассейне окклюзированного сосуда, часто завершающаяся ишемическим инфарктом.  
  
Т. предшествует тромбоз, которому способствуют повреждение эндокарда (при эндокардите, инфаркте миокарда) или эндотелия сосудов (при аневризме аорты, тромбофлебите, атеросклерозе), повышение свертывающей активности крови, замедление кровотока.     Чаще всего тромбы образуются в венах большого круга кровообращения, что создает угрозу тромбоэмболии легочных артерий. Т. артерий большого круга кровообращения наблюдается при образовании тромбов в левых камерах сердца, в аорте, магистральных артериях. Т. сосудов головного мозга проявляется ишемическим инсультом, сосудов спинного мозга — параличами и расстройствами чувствительности, сосудов почек или селезенки — инфарктами этих органов, коронарных артерий — инфарктом миокарда, сосудов брыжейки — картиной острого живота, периферических артерий — ишемией тканей с угрозой гангрены конечности. Острая непроходимость магистральных артерий конечностей характеризуется исчезновением пульса и снижением температуры кожи, острой болью и нарушениями кожной чувствительности, побледнением, отеком ишемизированных тканей и развитием в последующем гангрены конечности.   В порядке неотложной помощи внутривенно вводят 10 000 ЕД гепарина.   
  
  
  
Утопление — смерть от гипоксии, возникающей в результате закрытия дыхательных путей жидкостью, чаще всего водой.  
  
Первая помощь лицо утонувшего при транспортировке приподнято над водой. При этом спасатель запрокидывает голову пострадавшего назад, время от времени вдувая воздух в легкие изо рта в нос. При сохраненных сознании и дыхании его надо согреть и успокоить (показаны седативные средства и транквилизаторы). Если сознание отсутствует, но пульс есть и сохранено дыхание, необходимо освободить грудную клетку от стесняющей одежды, подышать нашатырным спиртом, для активации дыхания подергать за язык.    В бессознательном состоянии, при наличии признаков нарушения дыхания и кровообращения. Кладут на спину, очищают ротовую полость и приступают к проведению искусственного дыхания (частотой 20—25 в 1 мин). Если при этом из дыхательных путей выделяется вода, нужно повернуть голову в сторону и приподнять противоположное плечо, надавить на эпигастральную область. Если отсутствует пульс, не выслушивается сердцебиение, зрачки расширены, кожа бледная или цианотичная, одновременно с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) осуществляют непрямой массаж сердца (примерно 15 сжатий сердца за 12 с, затем за 3 с осуществляется 2 энергичных вдувания воздух). Руки массирующего (проксимальную часть ладони одной руки устанавливают на нижней половине грудины, а ладонь другой помещают на тыл первой, перпендикулярно к ее оси; пальцы первой кисти должны быть слегка приподняты и не оказывать давления на грудную клетку пострадавшего).  
  
  
  
Урография — рентгенологическое исследование мочевой системы, основанное на избирательной способности почек выделять в основном путем клубочковой фильтрации введенные в кровь водорастворимые йодсодержащие рентгеноконтрастные вещества. Позволяет получить данные об анатомическом строении и функциональном состоянии органов мочевой системы, оценить моторную функцию мочевых путей. Исследование проводится, как правило, после обзорной рентгенографии органов мочевой системы и, по возможности, после ультразвукового или радионуклидного сканирования.  Внутривенно вводят не менее 40 мл рентгеноконтрастного вещества (верографина, урографина). Урография позволяет выявить установить локализацию мочевого камня, оценить функциональное состояние пораженной и здоровой почки, выявить морфологические особенности поражения и степень сохранности почечной паренхимы, оценить состояние уродинамики.   
  
  
  
Флегмона — разлитое гнойное воспаление мягких тканей, характеризующееся диффузным пропитыванием их гнойным экссудатом с тенденцией к быстрому распространению по клетчаточным пространствам и вовлечением в гнойный процесс мышц, сухожилий, клетчатки. По течению различают острую и хроническую Ф., по локализации — подкожную, субфасциальную, межмышечную.   
  
Входные ворота инфекции -  раны. Вначале местно имеется серозная инфильтрация тканей, но на 2-3-й день (в зависимости от вида микробных ассоциаций) появляется серозно-гнойное (стрептококки), гнойное (стафилококки) отделяемое. Область инфицирования и соседние ткани инфильтрированы, отечны, кожа гиперемирована. Имеется боль и болезненность при пальпации . Если не принять соответствующих мер (обширные разрезы для вскрытия соединительнотканных пространств, удаления гноя и некротических тканей), то воспалительно-некротический процесс будет прогрессировать. В ряде случаев течение заболевания может быть молниеносным с быстрым прогрессированием воспаления, септическими явлениями, может возникнуть опасность аррозии артерии (кровотечение), гнойного тромбофлебита и тромбоэмболии легочной артерии.  
  
Лечение оперативное, как правило, под наркозом. Во время операции должны быть вскрыты все затеки, иссечены некротические ткани, рана должна быть хорошо дренирована.  
  
  
  
ФУРУНКУЛ - гнойное воспаление волосяного мешочка и окружающей его подкожной клетчатки. Возбудитель стафилококк. Предрасполагающие факторы: недостаточная гигиена, повреждения кожи, особенно при бритье, повышенная потливость, сахарный диабет. Локализация: лицо, затылок, ягодицы, руки.   
  
Симптомы, течение. боль, покраснение и отек в области волосяного мешочка. Формирование зоны некроза и гнойное расплавление его. Кровь: лейкоцитоз и увел. СОЭ, определение сахара крови (сахарный диабет).   
  
Лечение  покой, антисептические повязки. При поверхностном гнойнике без обезболивания удалить некротический стержень. Фурункулы лица угрожают распространением инфекции на мозговые синусы. Манипуляции при фурункулах лица должны быть строго ограничены, антибиотикотерапия.   
  
  
**ФЕОХРОМОЦИТОМА** - заболевание, обусловленное доброкачественной или злокачественной опухолью хромаффинной ткани надпочечников или вненадпочечниковой локализации. Патогенез. Избыточная выработка катехоламинов (адреналина,норадреналина).  
  
Симптомы. Характерны кризы с резким повышением АД: чувство страха, беспокойство, дрожь, озноб, бледность кожных покровов, головная боль, боль за грудиной, тахикардия, экстрасистолия, тошнота, рвота, повышение температуры, потливость, сухость во рту. В крови - лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, гипергликемия, полиурия. Криз может осложниться кровоизлиянием в сетчатку глаза, нарушением мозгового кровообращения, отеком легких. Приступы провоцируются эмоциональным стрессом, физическим напряжением, пальпацией опухоли, резким изменением положения тела. При стабильной форме заболевания постоянно гипертензия, нарушения почек, изменения глазного дна, повышенная возбудимость, утомляемость, головная боль. При злокачественной опухоли - феохромобластоме - нередки похудание, боли в животе.    
  
Диагностика УЗИ надпочечников, компьютерная томография,определяют экскрецию с мочой  катехоламинов и их метаболитов: адреналина, норадреналина.  
  
Лечение хирургическое (удаление опухоли). Для купирования криза применяют тропафен.  
  
  
**Холецистопанкреатит** — сочетанное воспаление желчного пузыря и поджелудочной железы.  
  
Симптомы, течение холецистита. Тупая, ноющая боль в области правого подреберья постоянного характера, иррадиирует вверх, в область правого плеча и шеи, правой лопатки. Диспепсические явления: ощущение горечи и металлического вкуса во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, нарушение дефекации (нередко чередование запора и поноса), раздражительность, бессонница. При пальпации живота болезненность в проекции желчного пузыря. В крови нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ и температурная реакция.   
  
Лечение. постельный режим, диетическое питание (диета № 5а), антибиотики,  спазмолитические и холинолитические средства (папаверина гидрохлорид, но-шпа, атропина сульфат)  
  
Симптомы, течение панкреатита. боль распирающего характера, обычно очень интенсивная. Локализация: эпигастрий, подреберья, чаще боль имеет опоясывающий характер. Рвота. Положение тела вынужденное - с приведенными к животу ногами, цианоз кожных покровов, может быть истеричность, тахикардия, снижение АД. Язык обложен белым налетом, суховат. В крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Лечение. угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым раствором, спазмолитики, выведение ферментов: форсированный диурез; инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (контрикал, тразилол)   
  
  
  
**ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА**. Механическая травма черепа обусловливает сдавленно мозговой ткани, натяжение и смещение ее слоев, повышение внутричерепного давления. Смещение мозгового вещества может сопровождаться разрывом мозговой ткани и сосудов, ушибом мозга. Подразделяют на закрытые и открытые. Закрытые ЧМТ делят на сотрясение, ушиб и сдавление; перелом основания черепа, трещины свода при сохранности кожного покрова.  
Сотрясение мозга характеризуется: потерей сознания, тошнотой, рвотой, ретроградной амнезией. Ушиб мозга в тех случаях, когда общемозговые симптомы дополняются признаками очагового поражения мозга. Сдавление мозга - развитие травматической гематомы. Формирование травматических гематом по мере увеличения объема обычно осложняется развитием грыжи - выпячивания сдавливаемого гематомой мозга в отверстие мозжечкового намета, через которое проходит ствол мозга. Проявляется поражением глазодвигательного нерва (птоз, мидриаз, расходящееся косоглазие) и контралатеральной гемиплегией.  
  
Перелом основания сопровождается ушибом мозга, характеризуется проникновением крови из полости черепа в носоглотку, в периорбитальные ткани ("симптом очков"), в полость среднего уха. "симптом очков" также нередко бывает следствием сугубо местной травмы лица. Патогномонично: истечение цереброспинальной жидкости из носа и ушей.   
  
Открытая черепно-мозговая травма сопровождается внедрением в мозг инородных тел и костных осколков. При повреждении твердой мозговой оболочки возрастает опасность инфицирования подоболочечного пространства.   
  
  
  
ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ - скопление гноя в плевральной полости с вторичной компрессией легочной ткани. Прямой путь проникновения инфекции; травма легкого, ранения грудной стенки, разрыв пищевода, пневмония, туберкулез, абсцесс или гангрена легкого, бронхоэктазы, резекция легких, пневмоторакс. Непрямой путь проникновения инфекции: поддиафрагмальный абсцесс, острый панкреатит, абсцессы печени, воспаление мягких тканей и костного каркаса грудной стенки. Возбудители: стафилококки, пневмококки, факультативные и облигатные анаэробы (синегнойная палочка). В результате воспаления - гиперемия и лейкоцитарная инфильтрация плевральных листков, далее отложение фибрина, клинически проявляющееся появлением шума трений плевры и болями, исчезающими при продолжающемся накоплении жидкости в плевральной полости. Постепенно плевральные листки утолщаются, образуются шварты, способствуя организации полости эмпиемы, одно- или двусторонней, ограниченной либо тотальной, чаще расположенной базально, реже парамедиастинально. Осложнения. Перфорация внутрь с образованием бронхоплевральных свищей, реже наружу, через межреберные промежутки - скопление гноя в мягких тканях грудной стенки, септикопиемия.  
  
Симптомы, течение. Симптомы пневмонии, укорочение перкуторного звука, исчезновение дыхательных шумов, ослабленное голосовое дрожание. Рентгенологическое исследование стоя выявляет базальное затемнение с горизонтальным уровнем при гнилостной инфекции или бронхоплевральном свище - пиопневмоторакс. Общее состояние ухудшается - слабость, потеря аппетита, похудание, гектическая температура, частый пульс, высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Лечение. Антибиотики, наличие гноя служит показанием к дренированию по ходу пункционной иглы с помощью троакара, через просвет которого вводится дренажная трубка.   
  
  
  
ЭТАПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО  
  
Предоперационный период — промежуток времени от момента установления диагноза и показаний к операции до начала ее выполнения.  
  
Основной задачей является максимальное снижение риска развития различных осложнений, связанных с обезболиванием и оперативным вмешательством как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. П. п. необходим для всестороннего обследования больного, глубокой оценки функции основных органов и систем, а также проведения возможно полной корригирующей терапии выявленных нарушений с целью повышения резервных возможностей организма. Выделяют общие и специфические мероприятия предоперационной подготовки, предусматривающие снижение операционного риска. К общим относится улучшение состояния больного путем выявления и максимального устранения нарушений функции основных органов и систем. Специфическими являются мероприятия, направленные на подготовку тех органов, на которых предстоит операция. Важнейшим элементом П. п. является психологическая подготовка больного.      
  
Послеоперационный период — промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния больного. Подразделяется на ближайший — от момента окончания операции до выписки, и отдаленный, который протекает вне стационара (от выписки до полной ликвидации общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операцией).    Основными моментами являются: адекватное обезболивание, поддержание или коррекция газообмена, обеспечение адекватного кровообращения, коррекция нарушений метаболизма, а также профилактика и лечение послеоперационных осложнений.   
  
  
  
ЭЛЕКТРОТРАВМА. Поражение при касании проводов электропроводки. Тяжесть поражения определяется силой и направлением тока, длительностью воздействия.  
Общие проявления при воздействии тока низкого напряжения (менее 500 В) более выражены, чем при воздействии тока высокого напряжения (более 1000 В); местные проявления более выражены при воздействии тока высокого напряжения.  
Симптомы. Резкое судорожное сокращении мышц конечности, находившейся в контакте с током. При высоком напряжении и силе тока - потеря сознания, остановка дыхания, аритмия, мерцательная аритмия, асистолия сердца, фибрилляция миокарда. Пострадавший может быть отброшен в сторону от места травмы, в результате чего возникают тяжелые повреждения костей и внутренних органов. Местные проявления в месте входа и выхода тока образуются дырчатые круглые "метки тока", центр которых имеет ожог III степени или даже может быть обуглен. Эти электрические метки окружает кожа, разорванная в виде пчелиных сот (тканевая жидкость взрывается в момент действия тока).  
  
Лечение Освобождение от действия тока, при остановке дыхания и сердца - искусственное дыхание, непрямой массаж сердца. Во всех случаях экстренная госпитализация. Лечение ожогов по общим принципам.  
  
  
  
Эхинококкоз — гельминтоз из группы цистодозов, при котором в печени, легких или других органах и тканях образуются эхинококковые кисты.  
  
Клиническая картина. Течение разделено на три стадии: латентная, или бессимптомная — с момента проникновения онкосферы в организм до появления первых симптомов болезни; стадия появления симптомов заболевания; стадия развития осложнений. В первой стадии больные не предъявляют жалоб, и эхинококковые кисты обнаруживаются случайно при профилактических осмотрах или во время операций по другому поводу.    Во второй стадии заболевания, когда киста достигает значительных размеров и начинает сдавливать окружающие ткани, появляются симптомы. При Э. печени - тяжесть в правом подреберье и распирающие боли в подложечной области, увеличение печени. Э. легких сухой кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке. При локализации эхинококковых кист в малом тазу могут быть дизурические явления. При расположении в почках характерна гематурия. При локализации в головном мозге - очаговая неврологическая симптоматика, признаки повышения внутричерепного давления.    Третья стадия осложнения: нагноение эхинококковой кисты, разрыв ее с поступлением содержимого в плевральную или брюшную полости, бронхи, что сопровождается болевым синдромом, лихорадкой, развитием анафилактического шока, гидроторакса, отхождением с мокротой дочерних пузырей, механической желтухой, холангитом, возникновением наружных или внутренних гнойных свищей.   
  
Диагноз    Рентген, УЗИ, компьютерная томография, Серологические исследования со специфическим антигеном, выделенным из жидкости ларвоцист.    
  
Лечение. оперативное - эхинококкэктомия — заключается в удалении эхинококковой кисты со всем ее содержимым и оболочками.   
  
  
  
Эндоскопия — метод визуального исследования полых органов и полостей организма с помощью оптических приборов (эндоскопов), снабженных осветительным устройством.   
  
Эндоскопы — сложные оптико-механические приборы, снабжены системами передачи света и изображения; комплектуются инструментами для проведения биопсии, извлечения инородных тел, электрокоагуляции, введения лекарственных веществ и других манипуляций; обеспечивают фотографирование, видеозапись.  
  
Различают смотровые, биопсийные, операционные, эндоскопы, предназначенные для взрослых и для детей. В зависимости от конструкции разделяют на жесткие, которые сохраняют свою форму при проведении исследования, и гибкие, рабочая часть которых может плавно изгибаться в анатомическом канале.  
  
В гастроэнтерологии эзофагоскопия, гастроскопия, дуоденоскопия,  колоноскопия, ректороманоскопия, холедохоскопия, лапароскопия. Органов дыхательной системы, ларингоскопия, бронхоскопия, торакоскопия. Мочевыделительной с-мы (нефроскопия, цистоскопия, уретроскопия), , матки — гистероскопия, суставов (артроскопия), сосудов (ангиоскопия), полостей сердца (кардиоскопия).  
  
  
  
Экстракорпоральная детоксикация  
  
Диализ экстракорпоральный — виводиализ, осуществляемый вне организма с помощью специальных устройств, например с помощью аппарата «искусственная почка».  
  
Гемодиализ является эффективным методом лечения отравлений диализирующимися токсическими веществами, которые способны проникать через полупроницаемую мембрану диализатора. Он применяется как мероприятие неотложной помощи в ранней токсикогенной стадии интоксикации в специальных центрах (отделениях) лечения отравлений или отделениях искусственная почка. По скорости очищения крови от ядов (клиренсу) гемодиализ в 5—6 раз превосходит метод форсированного диуреза. Противопоказаниями к применению гемодиализа являются острая сердечно-сосудистая недостаточность (коллапс), декомпенсированный экзотоксический шок.  
  
Гемосорбция с помощью перфузии крови больного через специальную колонку (детоксикатор) с активированным углем или другим сорбентом является наиболее эффективным методом удаления недиализирующихся токсических веществ из организма, который проводят в условиях специализированного стационара. Клиренс токсических веществ при гемосорбции выше, чем при гемодиализе.  
  
  
  
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ-хроническое рецидивирующее заболевание, при котором в результате нарушений нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофические процессы в гастродуоденальной зоне, в желудке или двенадцатиперстной кишке образуется язва (реже две язвы и более).   
  
Этиология, патогенез. Язвенная болезнь связана с нарушением нервных, а затем и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную, моторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, трофику слизистых оболочек. Образование язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке является лишь следствием расстройств указанных выше функций. Отрицательные эмоции, длительные психические перенапряжения, патологические импульсы из пораженных внутренних органов при хроническом аппендиците, хроническом холецистите, желчнокаменной болезни и др. нередко являются причиной развития язвенной болезни. Среди гормональных факторов имеют значение расстройства деятельности гипофизарно-надпочечниковой системы и функции половых гормонов, а также нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина, энтерогастрона, холицистокинина - панкреозимина и др.), нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых резко возрастает активность кислотно-пептического фактора. В формировании язв в желудке наибольшее значение имеет снижение резистентности слизистой оболочки, ослабление ее сопротивляемости повреждающему воздействию кислого желудочного сока. В механизме же развития язв в выходном отделе желудка и особенно в двенадцатиперстной кишке, напротив, решающим фактором явяется усиление агрессивности кислотно-пептического фактора. Образованию язв предшествуют ультраструктурные изменения и нарушения в тканевом обмене слизистой желудка.   
  
Симптомы, течение. Характерны боль, изжога, нередко рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды на высоте боли. В период обострения боль ежедневная, возникает натощак, после приема пищи временно уменьшается или исчезает и появляется вновь (при язве желудка через 0,5-1 ч, двенадцатиперстной кишки - 1,5-2,5 ч). Нередка ночная боль. Боль купируется антацидами, холинолитиками, тепловыми процедурами на эпигастральную область. Часто язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки сопровождается запорами. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области, иногда некоторая резистентность мышц брюшного пресса. Копрологическое исследование определяет скрытое кровотечение. При локализации язвы в желудке кислотность желудочного сока нормальна или несколько снижена, при язве двенадцатиперстной кишки - повышена. Наличие стойкой гистаминорезистентной ахлоргидрии исключает язвенную болезнь (возможна раковая, трофическая, туберкулезная и другая природа изъязвления). При рентгенологическом исследовании в большинстве случаев (60-80%) выявляется ограниченное затекание бариевой взвеси за контур слизистой оболочки -язвенная ниша. В желудке язвы обычно локализуются по малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице. Наиболее достоверным методом диагностики является гастродуоденоскопия, позволяющая обнаружить язву, определить ее характер, взять биопсию (при язвах желудка). Течение обычно длительное с обострениями в весенне-осенний период и под воздействием неблагоприятных факторов (стрессовые ситуации, пищевые погрешности, прием крепких алкогольных напитков и пр.).   
  
Осложнения: кровотечение, перфорация, пенетрация, деформации и стенозы, перерождение язвы в рак, вегетативно-сосудистая дистония, спастическая дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, жировой гепатоз, реактивный панкреатит.   
  
Лечение в период обострения проводят в стационаре. В первые 2-3 нед режим постельный, затем палатный. Питание дробное и частое (4-6 раз в сутки), диета полноценная, сбалансированная, химически и механически щадящая (№ 1a, 1 б, затем № 1). Назначают антацидные (альмагель, окись магния, карбонат кальция и др.), обволакивающие, вяжущие (нитрат висмута основного, 0,06% раствор нитрата серебра), а также холинолитические (атропина сульфат и др.), спазмолитические (папаверина гидрохлорид, но-шпа и др.) лекарственные средства или ганглиоблокаторы. Для снятия эмоционального напряжения используют препараты брома и другие седативные лекарственные средства, транквилизаторы. Витамины (U, А, группы В), метандростенолон (0,01 г), ретаболил (0,025-0,05 г в/м 1 раз в неделю), метилурацил (0,5-1 г), пентоксил (0,25 г), биогенные стимуляторы (ФиБС, экстракт алоэ и др.), действующие на метаболические и сепаративные процессы. Широко используют физиотерапию (диатермия, УВЧ-терапия, грязелечение, парафиновые и озокеритовые аппликации). Больные должны находиться под диспансерным наблюдением с активным проведением курсов противорецидивного лечения (весной, осенью). Профилактическое лечение даже без выраженных обострении болезни должно проводиться в течение 3-5 лет.