

FIFTH EDITION

CHURCHILL'S
POCKETBOOK OF
SURGERY

Edited by

**Andrew T. Raftery BSc MBChB(Hons)
MD FRCS(Eng) FRCS(Ed)**

Clinical Anatomist; Formerly Consultant Surgeon, Sheffield Kidney Institute, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Northern General Hospital, Sheffield; Member (formerly Chairman), Court of Examiners, Royal College of Surgeons of England; Formerly Member of Panel of Examiners, Intercollegiate Specialty Board in General Surgery; Formerly Member of Council, Royal College of Surgeons of England; Formerly Honorary Clinical Senior Lecturer in Surgery, University of Sheffield, UK

Michael S. Delbridge MBChB(Hons) MD FRCS(Eng)

Consultant Vascular and Endovascular Surgeon, Norfolk and Norwich University Hospital, Norwich, UK

**Marcus J.D. Wagstaff BSc(Hons) PhD MBBS
MRCS(Eng) FRCS(Plast) FRACS**

Consultant in Plastic, Reconstructive and Burns Surgery, Royal Adelaide Hospital, Adelaide, Australia

Katherine I. Bridge MBChB(Hons) MRCS(Eng)

Clinical Research Training Fellow in Vascular Surgery, University of Leeds and Yorkshire and Humber Deanery, UK

ELSEVIER

Edinburgh London New York Oxford
Philadelphia St Louis Sydney Toronto

ХИРУРГИЯ

КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК ЧЕРЧИЛЛЯ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Эндрю Т. Рафтери

Майкла С. Делбриджа

Маркуса Дж.Д. Уэгстаффа

Кэтрин И. Бридж

ПЕРЕВОД С АНГЛИЙСКОГО ПОД РЕДАКЦИЕЙ

академика РАН А.И. Кириенко



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	12
Предисловие к изданию на английском языке	13
Благодарности	15
Авторы	16
Список сокращений и условных обозначений	19
Термины и определения	21
Биохимические параметры	24
Гематологические параметры	26
Неотложные состояния	28

Глава 1. Введение в хирургию.

Маркус Дж. Д. Уэгстафф, Эндрю Т. Рафтери

Краткое описание главы	29
Анамнез	30
Правовые проблемы клинической практики: юридические вопросы	43
Согласие пациента на исследование и лечение	45
Как сообщать плохие новости	47
Смерть и заключение о смерти	49
Работа с людьми, потерявшими близких	50

Глава 2. Введение в хирургические методики и практические процедуры. *Кэтрин И. Бридж*

Краткое описание главы	51
Хирургические разрезы	51
Швы	53
Дренажи	57
Стомы (-стомия)	58
Местная анестезия	60
Жгуты	63
Диатермокоагуляция	64
Лазер	68
Лапароскопическая хирургия	69
Венозный доступ	72
Катетеризация центральных вен: внутренняя яремная вена	73
Забор образцов крови для определения газового состава	74
Катетеризация мочевого пузыря (мужчины)	75

Глава 3. Методы исследования.*Эндрю Т. Рафтери, Майкл С. Делбридж*

Краткое описание главы	77
Рентгенография	77
Ультразвуковое исследование	85
Допплеровское ультразвуковое исследование	87
Компьютерная томография	88
Магнитно-резонансная томография	90
Позитронно-эмиссионная томография	90
Маммография	92
Радиоизотопные методы исследования	92
Эндоскопия	94
Тканевая диагностика	97
Интервенционная радиология	98

Глава 4. Шок и травма.*Майкл С. Делбридж*

Краткое описание главы	101
Шок	101
Травма	109

Глава 5. Лечение до и после операции.*Кэтрин И. Бридж*

Краткое описание главы	143
Предоперационная подготовка	143
Лечение в послеоперационном периоде	146
Состояния, повышающие хирургический риск	148
Классификация общего состояния согласно рекомендациям Американского общества анестезиологов	158
Послеоперационные осложнения	159
Повышение температуры тела в послеоперационном периоде	174
Обезболивание в послеоперационном периоде	176
Гемотрансфузия	177
Водно-электролитный баланс	182
Нутритивная поддержка	187

Глава 6. Инфекция и хирургия.*Маркус Дж. Д. Уэстафф, Эндрю Т. Рафтери*

Краткое описание главы	193
Принципы лечения ран	194

Профилактика инфицирования области хирургического вмешательства (включая рекомендации Национального института здравоохранения и клинического совершенствования, 2008)	196
Метициллин-резистентный золотистый стафилококк . . .	212
Инфекция и хирург	213
Глава 7. Лечение злокачественных заболеваний.	
<i>Маркус Дж. Д. Уэгстафф, Кэтрин И. Бридж</i>	
Краткое описание главы	219
Скрининг	220
Предраковые состояния	220
Общие симптомы злокачественного заболевания	221
Определение стадии и степени дифференцировки рака . .	223
Диагностические исследования	224
Опухолевые маркеры	225
Консилиум с участием специалистов в разных областях	227
Лечение рака	229
Паллиативное лечение	239
Глава 8. Болезни головы, шеи, оториноларингология.	
<i>Эньиннайя Офо</i>	
Краткое описание главы	243
Опухоли кожи волосистой части головы и лица	243
Опухоли шеи	244
Заболевания ротовой полости	256
Нарушения голоса и глотания	261
Рак верхних отделов желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей	264
Заболевания органов слуха	273
Заболевания носа и околоносовых пазух	278
Неотложные заболевания ЛОР-органов	281
Глава 9. Грудная клетка.	
<i>Ризван Аттия</i>	
Краткое описание главы	289
Сердце и магистральные сосуды	289
Плевра и легкие	309
Средостение	320
Глава 10. Молочная железа.	
<i>Лиза Колдон</i>	
Краткое описание главы	322

Обследование пациента с заболеванием молочной железы — трехкомпонентный анализ	322
Рак молочной железы	329
Врожденные заболевания молочной железы	348
Отклонения от нормального развития и инволюция ..	349
Другие доброкачественные заболевания молочной железы	357

Глава 11. Эндокринная хирургия.

Питер Труран, Барни Дж. Харрисон

Краткое описание главы	362
Щитовидная железа	362
Паращитовидная железа	378
Надпочечник	380
Множественная эндокринная неоплазия	387

Глава 12. Передняя брюшная стенка и грыжи.

Эндрю Т. Рафтери

Краткое описание главы	389
Грыжи	389
Опухоли в области паха и мошонки	404
Другие заболевания брюшной стенки	407

Глава 13. Острый живот.

Эндрю Т. Рафтери

Краткое описание главы	410
Основные принципы	410
Терапевтические причины острой боли в животе	422
Перитонит	423
Абсцессы органов брюшной полости	426

Глава 14. Пищеварительная система.

Вэм Джагадешам, Рина Джордж

Краткое описание главы	432
Пищевод	432
Желудок и двенадцатиперстная кишка	447
Заболевания тонкого кишечника	461
Опухоли тонкого кишечника	463
Обструкция (непроходимость) тонкого кишечника ..	464
Аппендицит	467
Заболевания толстого кишечника, прямой кишки и ануса	471
Заболевания ануса	499
Ректальное кровотечение	511

Печень	514
Внепеченочные желчевыводящие пути	523
Поджелудочная железа	536
Селезенка	547

Глава 15. Болезнь периферических сосудов.

Кэтрин И. Бридж, Майкл С. Делбридж

Краткое описание главы	552
Артериальные сосуды	552
Ампутации	590
Болезни вен	593
Лимфостаз	602
Травмы сосудов	605

Глава 16. Урология.

Элизабет Чандра

Краткое описание главы	609
Сбор анамнеза у пациента с заболеванием мочевыделительной системы	609
Урологические исследования	612
Врожденные заболевания мочевыделительной системы	615
Мочекаменная болезнь	617
Обструктивная уропатия	623
Инфекция мочевыводящих путей	626
Стриктуры уретры	629
Задержка мочеиспускания	629
Опухоли органов мочевыделительной системы	632
Предстательная железа	639
Яички и крайняя плоть	645
Половой член	653

Глава 17. Травматология и ортопедия.

Джеймс Хэйзел

Краткое описание главы	657
Переломы	657
Травма позвоночника	671
Переломы костей таза	682
Повреждения нижних конечностей	684
Повреждения верхних конечностей	699
Болезни суставов	714
Артропластика	719

Заболевания менисков, связок, сухожилий, капсул и суставных сумок	722
Другие заболевания конечностей	731
Инфекционные заболевания костей и суставов	734
Костные опухоли	738
Боль в спине	745
Нарушение метаболизма костной ткани	754
Детская ортопедия	756

Глава 18. Нейрохирургия.

Томас Кэрролл

Краткое описание главы	765
Травма головы	765
Внутричерепные опухоли	783
Опухоли гипофиза	788
Опухоли позвоночника	789
Патология внутричерепных сосудов	790
Гидроцефалия	791
Бактериальные инфекции центральной нервной системы	793
Послеоперационные осложнения в нейрохирургии ...	794
Нейрохирургические вмешательства для обезболивания	795
Смерть ствола головного мозга	795
Нейрохирургические процедуры	797

Глава 19. Пластическая и косметическая хирургия.

Маркус Дж. Д. Уэгстафф

Краткое описание главы	801
Лестница реконструкции	802
Покрытие кожей	803
Ожоги	810
Травмы кисти	817
Инфекции кисти	821
Косметическая (эстетическая) хирургия	824
Расщелина губы и нёба	828
Кожа и мягкие ткани	829
Заболевания ногтей	845
Поражение сосудов	846

Глава 20. Детская хирургия.

Ричард Дж. Ингланд

Краткое описание главы	849
------------------------------	-----

Неотложные состояния пищеварительной системы	
у новорожденных	849
Дефекты брюшной стенки	859
Проблемы с желудочно-кишечным трактом	
у младенцев и детей	860
Хроническая и рецидивирующая боль в животе	866
Младенцы с желтухой	867
Образования в брюшной полости у детей	869
Злокачественные образования в брюшной полости	
у детей	870
Ректальное кровотечение у детей	871
Шейные опухоли у детей	874
Глава 21. Трансплантация органов и тканей.	
<i>Бадри М. Шреста, Эндрю Т. Рафтери</i>	
Краткое описание главы	876
Классификация	876
Доноры органов и тканей	877
Живые доноры	880
Сохранение органов	887
Размещение трансплантата	887
Отторжение	887
Иммуносупрессия	889
Конкретные органы	893
Общие осложнения	900
Глава 22. Гинекология и акушерство.	
<i>Эндрю Т. Рафтери</i>	
Краткое описание главы	904
Внематочная беременность	904
Заболевания яичников	906
Воспалительные заболевания органов малого таза	907
Дисменорея	908
Эндометриоз	909
Фибромиома матки	910
Овуляторный синдром	911
Брюшная травма во время беременности	911
Предметный указатель	913

Глава 1

Введение в хирургию

Маркус Дж. Д. Уэгстафф • Эндрю Т. Рафтери

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛАВЫ

Анамнез	30	Как сообщать плохие новости	47
Правовые проблемы клинической практики: юридические вопросы	43	Смерть и заключение о смерти	49
Согласие пациента на исследование и лечение	45	Работа с людьми, потерявшими близких	50

Современная хирургическая практика включает не только технический опыт, но также и другие навыки, например: коммуникативные навыки, получение информированного согласия, опыт сообщения плохих новостей и консультирования членов семьи после потери родственника. Хирургическая практика должна быть основана на доказательных данных, хирургам необходимо проводить регулярный аудит и иметь представление о надежности данных в клинической практике.

Большинство пациентов не возражают против осмотров и обследований, проводимых студентами-медиками. Обычно они объясняют это так: «Врачи должны учиться, не так ли?». Тем не менее некоторые пациенты возмущаются по поводу осмотра студентами, что можно понять: одни — из-за смущения и беспокойства по поводу своего состояния, другие потому, что не хотят быть, как они говорят, подопытными кроликами. С большой вероятностью к последним относятся пациенты, которые впоследствии жалуются на то, что врач не смог поставить правильный диагноз. А как же, по их мнению, будущие врачи должны учиться?

Очень важно то, как вы ведете себя у постели больного. Следует установить доверительные отношения с пациентом.

Перед тем как подойти к любому пациенту в палате, обязательно спросите у палатной медицинской сестры о его состоянии. Возможно, состояние пациента не позволяет проводить многократные осмотры и обследования студентами. Подойдя к пациенту, пожмите ему руку и представьтесь: «Меня зовут Иван Кузнецов. Я студент медицинского института. Можно поговорить с вами и провести обследование?». Приходить в палату следует непременно в дневное время, чтобы не тревожить пациентов во время отдыха. Обязательно проводить обследование в присутствии коллег или медсестры (наставника). Не проводите обследование интимных органов, например ректальное или вагинальное обследование, без строгого контроля наставника.

В амбулаторной клинике обычно предоставляют уведомление о возможности присутствия студентов на консультации. Пациентам сообщают, что если они не хотят, чтобы их осматривали студенты, следует уведомить об этом ответственную медсестру поликлиники. Стандартной практикой является попросить медсестру узнать, не возражают ли пациенты против присутствия студентов в комнате для осмотра. Анамнез следует собирать не торопясь. Не спешите, иначе можно пропустить важные особенности. Обязательно мойте руки до и после осмотра пациента.

АНАМНЕЗ

Важность тщательного сбора анамнеза сложно переоценить. Результат обследования зависит от сбора четкого и полного анамнеза за ограниченный период времени. Не торопитесь и соберите полный анамнез. Разработайте методику сбора анамнеза, старайтесь делать записи во время разговора с пациентом. Хотя студенты не занимаются заполнением истории болезни, им следует привыкать делать записи, чтобы быть готовыми к ведению истории болезни после начала врачебной деятельности.

Сначала следует записать следующее:

- полное имя (если у пациента имеется идентификационный браслет на запястье, убедитесь, что имя на нем совпадает с именем, указанным пациентом);
- адрес;
- пол;

- возраст;
- национальность;
- семейное положение;
- род занятий.

Затем запишите дату и время осмотра. Это необходимо для регистрации динамики лечения.

Остальная часть истории заполняется в следующем порядке.

1. **Жалобы на момент поступления.** Выясните, на что жалуется пациент. Если у пациента больше одной жалобы, следует перечислить их в порядке убывания степени влияния на состояние пациента. Следует записывать то, что говорит пациент, а не диагноз, то есть «жалобы на боль в правом подреберье», а не «аппендицит».
2. **История настоящего заболевания.** Полностью запишите характеристики жалобы/жалоб, динамику их развития. Внимательно выслушайте жалобы пациента, связанные с определенной системой, после чего задайте наводящие вопросы касательно нарушений. Например, если пациент жалуется на несварение, тошноту и рвоту, убедитесь, что при описании жалоб при обращении, четко связанных с пищеварительной системой, вы задали все необходимые наводящие вопросы, например: характер дефекаций, вздутие живота, желтушность кожи, их изменения по мере развития болезни.
3. **Посистемный распрос.** После описания жалоб при обращении и после получения ответов на наводящие вопросы касательно поврежденной системы следует расспросить пациента о состоянии других систем. Эти системы описаны ниже.
 - А. **Пищеварительная система.** Аппетит. Изменение рациона питания. Изменения массы тела. Тошнота. Затруднения при глотании. Отрыжка. Изжога. Метеоризм. Несварение. Рвота. Характер рвотных масс, например «кофейная гуща», «кровавая желчь», «каловая рвота». Боль в животе. Вздутие живота. Изменение частоты и характера стула. Характеристики стула. Ректальное кровотечение. Изменение цвета кожных покровов (бледность из-за анемии, желтушность).
 - Б. **Дыхательная система.** Кашель. Мокрота: характер мокроты (гнойная/кровохарканье). Одышка. Свистящее дыхание. Охриплость голоса. Боль в груди.

- В. Сердечно-сосудистая система.** Боль в груди. Одышка. Пароксизмальная ночная одышка. Ортопноэ. Ощущение сердцебиения. Отеки на голенях. Кашель. Головокружение. Перемежающаяся хромота. Боль в покое. Изменение температуры или цвета кожи кистей и стоп. Отеки другой локализации.
- Г. Нервная система.** Временная потеря сознания. Судороги, кратковременная потеря сознания. Приступы головокружения. Тремор. Слабость конечностей. Парестезия. Нарушение обоняния, зрения или слуха. Головная боль. Изменение поведения.
- Д. Костно-мышечная система.** Боль в суставах. Отеки в области суставов. Ограничение подвижности. Боль в мышцах. Слабость мышц. Нарушение походки.
- Е. Мочеполовая система.** Частота мочеиспускания. Затрудненное начало мочеиспускания. Слабый напор. Затруднение или боль при мочеиспускании. Изменение цвета мочи (например, гематурия). Жажда. Полиурия. Симптомы уремии: головная боль, сонливость, судороги, рвота, периферические отеки. Боль в пояснице. Дата начала месячных, менопаузы. Менструации. Дисменорея. Предыдущие беременности, осложнения. Симптомы со стороны молочных желез: боль, уплотнения. Импотенция. Диспареуния.
4. **Перенесенные заболевания.** Перенесенные заболевания, операции, несчастные случаи. Сахарный диабет. Ревматоидная лихорадка. Туберкулез. Бронхиальная астма. Артериальная гипертензия. Болезни, передающиеся половым путем.
5. **Семейный анамнез.** Причина смерти близких родственников: родителей, братьев, сестер. Подробный расспрос о сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваниях. Определение наличия наследственных заболеваний, например поликистозной болезни почек.
6. **Социальный анамнез.** Профессия: полностью оцените род занятий, убедитесь, что вы точно поняли, чем занимается пациент. Например, если пациент работает в красильной промышленности и жалуется на безболезненную гематурию, то имеется высокая вероятность рака мочевого пузыря. Если пациент раньше работал на стройке и обратился с жалобами на боль в груди, возможно злокачественное образование, вызванное действием асбеста. Жилищные

условия. Поездки за границу. Досуг. Семейное положение. Половая жизнь. Курение. Алкоголизм. Диета.

7. **Лекарственный анамнез.** Выясните, какие препараты больной принимает в настоящее время. Отдельно выясните, принимает ли он стероиды, антикоагулянты и контрацептивы. Спросите, не принимал ли пациент легкие виды наркотиков. Выясните наличие аллергии, особенно на антибиотики. Отдельно спросите: «Вызывает ли какой-либо препарат появление сыпи?».



ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Когда вы приобретете больше опыта в сборе анамнеза, возможно, вы посчитаете целесообразным отказаться от посистемного осмотра. Посистемный осмотр — хорошее начало, однако с опытом врач разрабатывает более практичный и эффективный способ оценки симптомов. В качестве примера можно представить описание хирургического случая анестезиологу. Вместо того чтобы указать «одышка» и «боль в груди» при посистемном осмотре, укажите «одышка в покое, лежа на спине, после ходьбы на расстояние... и т.д.». Может ли пациент подняться на один пролет по лестнице или вынужден останавливаться на полпути? Может ли пациент лежать на спине в горизонтальном положении? Есть ли у пациента нитроглицерин спрей? Если есть, как часто он его использует? После такого осмотра — у постели больного — коллега получает хорошую информацию о пациенте.

Анамнез течения болевого синдрома

Важно правильно оценить характер боли у пациента. При сборе анамнеза следует уточнить:

- место локализации боли;
- когда появилась боль;
- характер боли;
- после чего боль утихает или усиливается;
- имеются ли сопутствующие симптомы;
- отмечались ли аналогичные симптомы ранее;
- что, по его мнению, вызывает боль;

Сбор анамнеза можно облегчить с помощью мнемонической аббревиатуры **SOCRATES**.

- Место (Site): место возникновения боли, где локализуется боль в настоящее время (осталась на том же месте или сместилась?);

- начало (Onset): внезапное начало (например, при перитоните) или постепенное (например, колики при обструкции тонкого кишечника);
- характер (Character): тупая, слабая, спазмообразная/колики, острая, жгучая;
- иррадиация (Radiation): например, из поясницы в область мошонки при мочеточниковой колике;
- сопутствующие факторы (Associated factors): например, рвота, диарея, повышение температуры тела, нарушение движений, болезненное мочеиспускание;
- время (Timing): боль постоянная или возникает периодически? Например, боль при перитоните присутствует постоянно, а при колике — периодически. Спросите, как давно у пациента сохраняется боль, возникает ли она периодически;
- обострения (Exacerbations) и облегчающие факторы: поинтересуйтесь, что облегчает и ухудшает состояние пациента. Например, боль при перитоните утихает в положении лежа в покое, а при боли при колике пациент постоянно двигается, пытаясь найти удобное положение;
- степень тяжести (Severity): степень тяжести боли обычно сложно определить. Попросите пациента оценить степень выраженности боли по шкале от 1 до 10, при этом 10 — невыносимая боль. Пациент может сказать, что это самая сильная боль, которую он когда-либо испытывал, а при осмотре женщин можно попросить сравнить боль с болью во время схваток.

Обязательно спросите, наблюдалась ли боль раньше. Например, пациент с ранее перенесенной желчной коликой скажет, что он подозревает рецидив желчной колики. Или пациент, перенесший инфаркт миокарда (ИМ), может сообщить, что у него сейчас похожие симптомы. Всегда стоит спросить, с чем пациент связывает появление боли. Возможно, похожие симптомы наблюдались у друзей или членов семьи.

Анамнез

1. Когда пациент впервые заметил образование?
2. Что заставило пациента обратить внимание на образование (например, боль)?
3. Имеются ли симптомы, связанные с образованием?
4. Изменяется ли его размер?

5. Исчезает ли образование в каких-либо случаях? Например, грыжа может исчезать в положении лежа, или атерома может опорожняться и спадаться с последующим повторным наполнением.
6. Имеются ли другие похожие узелковые образования в других местах? Например, возможно развитие липоматоза или нейрофиброматоза.
7. Связывает ли пациент образование узлов с какой-либо причиной, например травмой?

Осмотр

- *Место*: описать с указанием точных анатомических ориентиров. Лучше указать место относительно неподвижной костной точки.
- *Форма*: сферическая, неровная.
- *Размер*: определить точно с помощью измерительной ленты.
- *Поверхность*: гладкая или неровная.
- *Край*: край образования определяется четко или невозможно определить.
- *Цвет кожи над образованием*: например, покраснение указывает на воспалительное образование.
- *Температура*: повышенная или нормальная температура кожи над образованием.
- *Болезненность при пальпации*: отмечается ли болезненность при пальпации в области образования.
- *Структура*: твердая/жидкая/газообразная. Оценить консистенцию, флюктуацию, жидкостное дрожание, просвечиваемость, пульсацию, сдавливаемость и крепитацию.

Консистенция. Узел может быть мягким или плотным (как кость). Предложена простая шкала для оценки консистенции: мягкая (например, подкожная липома); плотная (при ходжкинской лимфоме); твердая (карцинома молочной железы), каменно-твердая (остеома черепа).

Флюктуация. Флюктуация указывает на наличие жидкостной полости. Надавливание на одну сторону полости с жидкостью вызывает выступание с другой стороны из-за равномерного распределения повышенного давления внутри полости под прямыми углами в направлении всех ее стенок. Тест следует проводить в двух взаимно перпендикулярных проекциях.

Жидкостное дрожание. Симптом позволяет выявить наличие жидкости в полости. В жидкости может распространяться удар-

ная волна. Стукните пальцем с одной стороны узла и оцените распространение вибраций другой рукой. Это классический симптом асцита, и чтобы предотвратить распространение дрожания по брюшной стенке, помощник располагает край кисти на животе, посередине между перкуссирующей и пальпирующей руками.

Просвечиваемость. Если отек просвечивает, он содержит прозрачную жидкость. Следует использовать яркий фонарь в затемненном помещении. Обычно хорошо просвечивают гидроцеле, кистозная гидрома у детей и суставные гигромы.

Резонанс. Плотные и жидкостные узлы характеризуются тупым перкуторным звуком. Полости, заполненные газом, резонируют, например раздутый кишечник при обструкции.

Пульсация. Положите руку на узел и оцените наличие пульсации. Если определяется пульсация, следует провести дифференциальную диагностику проводной пульсации и собственно пульсации образования (аневризма). Для этого поместите пальцы обеих рук на противоположные стороны образования. Если давление на пальцы ощущается в одной плоскости, это проводная пульсация. Если давление происходит вверх и в стороны, это собственная экспансивная пульсация, то есть признак аневризмы.

Сдваливаемость. Попробуйте опорожнить образование, аккуратно надавливая на него, и оцените самостоятельное его наполнение. Это признак сдваливаемости (пещеристая гемангиома, варикоз подкожных вен).

Шум при аускультации. Проведите аускультацию области над образованием. Систолический шум может выслушиваться над аневризмой или при зобе, обусловленном тиреотоксикозом. Постоянный механический шум может выслушиваться над артериовенозным шунтом.

Сократимость. Это характеристика грыжи. Образование можно аккуратно сдавить и вправить в соответствующую полость, в которой оно должно находиться в норме. Оно снова появляется после покашливания или под действием гравитации (то есть при переходе в вертикальное положение).

Отношение к окружающим структурам. Оцените подвижность образования: оно спаяно с кожей или с нижележащими структурами? Расположено внутри брюшной полости или в брюшной стенке? Оценке этого симптома способствует напряжение мышц брюшной стенки при подъеме головы и плеч.

Регионарные лимфоузлы. Обязательно следует пальпировать регионарные лимфоузлы.

Окружающие ткани и конечности. Если узел находится на конечности, проверьте, влияет ли он на ее функции. Например, оказывает давление на нерв или мешает кровоснабжению дистальных отделов (аневризма подколенной артерии, обуславливающая ишемию дистальных отделов, давление на общий малоберцовый нерв).

Общий осмотр

Обязательно проводите полный осмотр пациента. Например, узел в молочной железе может быть связан не только с увеличением подмышечных лимфоузлов, но также может сопровождаться плевральным выпотом, а злокачественная меланома на ноге может сопровождаться увеличением печени.



ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Если у вас возникли затруднения при определении причины возникновения опухолевидного образования, полезно оценить анатомические структуры в области поражения и определить ткани от поверхностных до глубоких, а затем подумать, какая патология может повлиять на эти ткани. Например, частыми кожными проявлениями являются сальные кисты; часто встречающейся патологией со стороны подкожно-жировой клетчатки служит липома; если имеется глубоко лежащая артерия, то отек может быть вызван аневризмой. Примеры такого подхода к диагностике причин образования опухолей в области промежности более подробно изложены в главе 12.

Определение

Язва — это участок нарушения целостности эпителия. Часто язвы скрыты в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), и, к сожалению, многие из них протекают злокачественно. Вместе с тем пациенты сами легко замечают язвы на коже и слизистой ротовой полости.

Анамнез

1. Когда пациент впервые заметил язву?
2. Что заставило пациента обратить на нее внимание: боль, изначальное образование патологического элемента, на месте которого образовалась язва, например при злокачественной меланоме?

3. Как проявляется язва?
4. Какие изменения произошли с момента появления язвы?
Например, отмечается хроническая венозная язва, которая периодически заживает и снова открывается?
5. Отмечались ли у пациента язвы другой локализации?
6. Имеется ли явная причина образования язвы, например травма?

Осмотр

Необходимо точно указать локализацию и размер язвы. Оценить цвет, болезненность при пальпации, локальное повышение температуры, основание, край, глубину, отделяемое, состояние окружающих тканей. Определить состояние регионарных лимфоузлов и провести общий осмотр.

Основание. Обычно отторгающиеся некротические массы или грануляционная ткань. У некоторых язв определяется характерное основание. Например, в ишемических язвах часто отсутствуют грануляции, но имеется черная некротизированная ткань или на дне язвы могут быть видны сухожилия либо кости. В сифилитических язвах определяются характерные некротические изменения по типу замши.

Край. Описаны 5 классических типов. Они и распространенные причинные факторы представлены на рис. 1.1.

Глубина. Записать точно в миллиметрах.

Отделяемое. Может быть серозным, серозно-геморрагическим или гнойным. Для правильной оценки может потребоваться удаление некротизированных тканей со дна язвы.

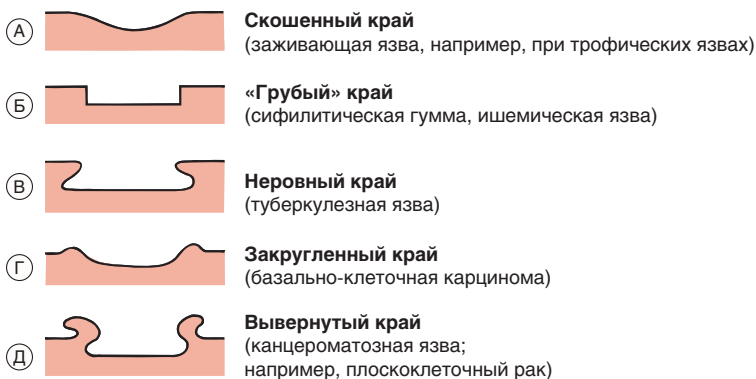


Рис. 1.1. Распространенные варианты краев язв