

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ МИНЗДРАВА РФ»

Кафедра факультетской хирургии



**СИМПТОМЫ,
КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ СТУДЕНТ,
ОКОНЧИВШИЙ КУРС
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

Учебно-методическое пособие для студентов

Под редакцией проф. *А.Н. Вацёва*

3-е издание

САМАРА
2016

УДК 617(075)

ББК 54.5

С37

Составители: сотрудники кафедры факультетской хирургии
Заведующий кафедрой – доктор медицинских наук,
профессор *Вачёв А.Н.*
доцент, д.м.н. *Калимуллин Х.А.*,
доцент, к.м.н. *Адыширин-Заде Э.Э.*,
доцент, к.м.н. *Фролова Е.В.*,
ассистент, к.м.н. *Дмитриев О.В.*,
доцент, к.м.н. *Боклин А.А.*,
ассистент, к.м.н. *Головин Е.А.*,
ассистент, к.м.н. *А.А. Козлов*

Учебно-методическое пособие предназначено
для студентов лечебного факультета

Учебно-методическое пособие утверждено ЦКМС ГБОУ ВПО СамГМУ
Минздрава РФ (протокол № 6 от 30.05.05)

Рецензенты:

заведующий кафедрой общей хирургии с курсом топографической анатомии
ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава» д.м.н., профессор указанной кафедры,
Заслуженный врач РФ *Е.А. Столяров*;

заведующий кафедрой педагогики, психологии и психолингвистики ГБОУ
ВПО СамГМУ Минздрава РФ к.м.н., доцент *А.Н. Краснов*

Симптомы, которые должен знать студент, окончивший
С37 **курс факультетской хирургии** : учебно-методическое пособие
для студентов / [Сост.: А.Н. Вачёв, Х.А. Калимуллин, Э.Э. Ады-
ширин-Заде и др.]; Под ред. проф. Вачёва А.Н. – 3-е изд. – Сама-
ра, 2016. – 97 с.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
Тема: Аппендицит.....	4
Тема: Грыжи живота.....	7
Тема: Желчекаменная болезнь и её осложнения.....	9
Тема: Острый панкреатит.....	13
Тема: Острая кишечная непроходимость.....	14
Тема: Перитонит.....	17
Тема: Язвенная болезнь желудка и её осложнения.....	19
Тема: Рак желудка.....	24
Тема: Заболевания печени. Портальная гипертензия.....	25
II. ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ	
Тема: Заболевания плевры.....	27
Тема: Нагноительные заболевания лёгких.....	31
Тема: Рак, эхинококк лёгкого. Лёгочные кровотечения ...	32
Тема: Заболевания пищевода.....	33
Тема: Заболевания молочной и щитовидной железы.....	36
III. ХИРУРГИЯ СОСУДОВ	
Тема: Хронические облитерирующие заболевания артерий.....	39
Тема: Острая артериальная непроходимость.....	42
Тема: Поражение брахиоцефальных артерий.....	43
Тема: Симптоматические гипертензии.....	46
IV. ПРИЛОЖЕНИЕ.....	51
V. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ	
Тестовые вопросы.....	72
Ситуационные задачи.....	77
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	84
Эталоны ответов к ситуационным задачам.....	84

I. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Тема: АППЕНДИЦИТ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	С-м Кохера	Заболевание начинается с появления боли в эпигастральной области, которая через 4-8 часов перемещаются в правую подвздошную область	Иннервация червеобразного отростка осуществляется за счёт ветвей верхнего брыжеечного сплетения и, частично, за счёт нервов солнечного сплетения. Это объясняет широкое распространение и разнообразие локализации болей в начале заболевания.
2.	С-м Ситковского	В положении пациента на левом боку отмечается усиление боли в правой подвздошной области по сравнению с положением пациента на правом боку	При повороте больного на левый бок червеобразный отросток и слепая кишка смещаются влево, натягивается фиксирующая их воспалённая брюшина и брыжеечка отростка, что приводит к усилению боли в правой подвздошной области
3.	С-м Образцова (характерен для ретроцекального расположения червеобразного отростка)	Положение больного – лёжа на спине. Прижимая слепую кишку через переднюю брюшную стенку просят больного поднять прямую правую ногу. Боль в месте palpации при этом усиливается	К давлению руки врача присоединяется давление от напрягающейся подвздошно-поясничной мышцы – между рукой врача и мышцей уменьшается расстояние.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
4.	С-м Барто-мье – Михель-сона	Сначала пальпируют правую подвздошную область в положении больного лёжа на спине. Просят больного повернуться на левый бок. Вновь пальпируют правую подвздошную область – боль при пальпации усиливается.	Воспалённый аппендикс становится ближе к передней брюшной стенке в положении больного на левом боку.
5.	С-м Ровзинга	Положение больного – лёжа на спине. Одной рукой прижимают в левой паховой области брюшную стенку так, чтобы сдавить нижнюю часть нисходящей ободочной или начало сигмовидной кишки. Другой рукой производят толчкообразное давление на брюшную стенку выше передавленной кишки.	По мнению А.Г. Бржозовского, большую роль играет передача давления через брюшную стенку и внутренности, расположенные между пальпирующей рукой и очагом воспаления. Перерастяжение слепой кишки газами играет меньшую роль.
6.	С-м Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области	Сначала осуществляют медленное давление на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области – боли менее интенсивные, чем в момент резкого отнятия производящей давление руки	Растяжение и резкое сокращение париетальной брюшины приводит к перераздражению нервных окончаний при воспалении брюшины
7.	С-м Раздольского	Болезненность при перкусии передней брюшной стенки в правой подвздошной области	Гиперестезия кожных покровов в правой подвздошной области и реакция воспалённой брюшины

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
8.	С-м Воскресенского	Положение больного – лёжа на спине. Врач левой рукой натягивает рубашку над передней брюшной стенкой. Кончики 2-3-4-го пальцев правой руки устанавливаются в эпигастральной области и во время вдоха больного с умеренным давлением проделывают быстрые, не отрывая руки от живота, скользящие движения косо вниз к области слепой кишки. В момент окончания скольжения кисти боль в правой подвздошной области резко усиливается.	На вдохе наиболее расслаблена передняя брюшная стенка. Быстрое скользящее движение рукой вызывает рефлекторное сокращение мышц брюшной стенки, что приводит к раздражению воспалённой брюшины.
9.	С-м Промптова (дифференциально-диагностический с воспалительными заболеваниями женской половой сферы)	При мануальном влажном исследовании смещение шейки матки сопровождается резкой болезненностью	При воспалении придатки матки отёчны, между ними и маткой появляются спайки
10.	Признаки аппендикулярного инфильтрата	При пальпации в правой подвздошной области определяется плотный, мало подвижный конгломерат, умеренно болезненный.	Конгломерат из воспалительного происхождения сращений червеобразного отростка с окружающими его петлями кишечника, пряди

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
		В анамнезе – 2-3 дня тому назад была типичная клиника острого аппендицита.	сальника, париетальной брюшины, слепой кишки.
11.	Признаки нагноения аппендикулярного инфильтрата	При пальпации можно определить наличие размягчения в центре аппендикулярного инфильтрата, появление флюктуации + гектическая лихорадка + увеличение лейкоцитоза, СОЭ	Формирование абсцесса в правой подвздошной области
12.	С-м Михельсона у беременных	Усиление боли в правой половине живота в положении пациентки на правом боку.	Увеличенная матка давит на очаг воспаления.

Тема: ГРЫЖИ ЖИВОТА

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Симптом «кашлевого толчка»	Палец исследующего вводится в грыжевые ворота, просят больного покашлять – ощущение, что в палец бьёт «резинный мячик».	Свободное перемещение содержимого из брюшной полости в грыжевой мешок и обратно
2.	Симптом Лотоцкого	Позыв к мочеиспусканию при исследовании грыжевых ворот	Механическое раздражение стенки мочевого пузыря. Встречается при скользящей паховой грыже, одной из стенок которой является мочевой пузырь.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
3.	Знать объективные признаки вправимой грыжи	Обследование пациента в положение стоя и лёжа (оценка объёма выпячивания) + проверка симптома «кашлевого толчка» (см. Приложение, рис.1).	В положении лёжа выпячивание исчезает, симптом кашлевого толчка положительный.
4.	Знать объективные признаки невправимой грыжи	Пациент в положение стоя и лёжа (оценка степени выпячивания) + проверка симптома «кашлевого толчка»	В положении лёжа выпячивание не исчезает из-за спаечного процесса между тканями грыжевого кольца в грыжевых воротах. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный.
5.	Знать объективные признаки ущемлённой грыжи	Болезненное, напряжённое грыжевое выпячивание + проверка симптома «кашлевого толчка» и вправимости невозможны + признаки кишечной непроходимости	Ущемление грыжевого содержимого в грыжевых воротах.
6.	Знать объективные признаки воспаления грыжи	При осмотре – гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием, отёк, болезненность при пальпации, может быть мацерация кожи.	Воспаление тканей, окружающих грыжевой мешок

**Тема: ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ
И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ**

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье (defans)	При сравнительной пальпации живота в правом подреберье определяется болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки	При воспалении желчного пузыря у больного, ввиду раздражения париетальной брюшины в правом подреберье возникает болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки
2.	Симптом Ортнера-Грекова	В положении больного лёжа на спине поколачиванием ребром ладони (можно по тылу кисти, положенной на рёберную дугу) по рёберной дуге слева и справа – справа отмечается болезненность	При поколачивании по рёберной дуге справа колебания передаются на воспалённый желчный пузырь
3.	С-м Мерфи	В положении больного лёжа на спине врач кладёт левую кисть на правую рёберную дугу больного, отводит свой I палец на область подреберья, проводит пальпацию в правом подреберье и просит больного глубоко вдохнуть. Больной прерывает вдох из-за боли в правом подреберье.	При глубоком вдохе 1-й палец левой кисти врача оказывается в проекции воспалённого желчного пузыря. При вдохе желчный пузырь приближается к передней брюшной стенке, что приводит к усилению боли.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
4.	С-м Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)	При одновременном надавливании пальцами на шею больного между ножками кивательной мышцы справа и слева у места прикрепления их к ключице и грудице больной указывает на появление боли справа	Воспалённый желчный пузырь вызывает раздражение диафрагмы справа, что приводит к иррадиации боли по ходу правого диафрагмального нерва
5.	Знать точку пальпации желчного пузыря (т. Кера)	Точка расположена на пересечении наружного края правой прямой мышцы живота и рёберной дуги	Соответствует расположению желчного пузыря. Болезненна при его воспалении
6.	Симптом Щёткина-Блюмберга в правом подреберье	Сначала осуществляют медленное давление на переднюю брюшную стенку в правом подреберье – боли менее интенсивные, чем в момент резкого отнятия производящей давление руки	Растяжение и резкое сокращение париетальной брюшины приводит к перераздражению нервных окончаний при воспалении брюшины
7.	Знать объективные признаки холедохолитиаза	Желтушность склер и кожных покровов, появившаяся у больного после болевого приступа в правом подреберье. Возможен кожный зуд (расчёсы на коже). Моча у больного темная (цвета «пива»),	При прохождении камня из желчного пузыря в общий желчный проток происходит обтурация желчевыводящих путей и развивается подпечёночная желтуха. Повышение концентрации прямого билирубина в крови, повышение уробилина в моче.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	Знать признаки вентильного камня	<p>стул – ахоличен (светлый, вплоть до белого)</p> <p>– При УЗИ – камни в желчном пузыре, увеличение диаметра холедоха более 1 см. При эндоскопической ретроградной холецистопанкреатографии (ЭРХПГ) и интраоперационной холангиографии – дефект наполнения в области конкремента, расширение холедоха выше препятствия, контраст в ДПК не поступает (см. Приложение, рис.2, 3)</p> <p>– интермиттирующая желтуха</p> <p>– при интраоперационной холангиографии – дефект наполнения в области конкремента и частичное поступление контраста в ДПК (см. Приложение, рис.4).</p>	<p>Отсутствие поступления желчи в ЖКТ приводит к отсутствию стеркобилина в кале.</p> <p>Расширение холедоха выше места препятствия. Дефект наполнения контрастом в месте локализации камня</p> <p>– камень в дистальном отделе холедоха или в ампуле большого дуоденального сосочка, который в силу своих размеров не может пройти в 12-перстную кишку. Камень вклинивается и обтурирует просвет холедоха. При нарастании внутрипросветного давления холедох становится шире – камень «всплывает» – желтуха уменьшается.</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
8.	Синдром Курвуазье (в качестве дифференциальной диагностики)	Пальпация в правом подреберье увеличенного, напряжённого, но безболезненного желчного пузыря + механическая желтуха. Признаки системной воспалительной реакции отсутствуют	Нарушение оттока желчи из желчного пузыря вследствие обтурации общего желчного протока при раке головки поджелудочной железы без признаков воспаления
9.	Знать, о чём свидетельствует пальпация – увеличенного безболезненного желчного пузыря – увеличенного болезненного желчного пузыря	При пальпации живота в правом подреберье определяется увеличенный, напряжённый желчный пузырь. При УЗИ брюшной полости – увеличение размеров желчного пузыря, наличие конкрементов в шейке пузыря или пузырном протоке (см. Приложение, рис.5) При пальпации живота в правом подреберье определяется болезненный и напряжённый желчный пузырь	Нарушение оттока желчи из желчного пузыря (водянка желчного пузыря) Нарушение оттока желчи из желчного пузыря и наличие гнойного воспалительного процесса в желчном пузыре (признаки обтурационного холецистита – эмпиема желчного пузыря)

Тема: ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	С-м Керте	Болезненная поперечная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы (в эпигастральной области и левом подреберье на 4-5 см выше пупка)	Рефлекторное сокращение мышц передней брюшной стенки
2.	С-м Воскресенского	Пульсацию брюшного отдела аорты определить методом пальпации невозможно, а на бедренных артериях пульс сохранён	«Экранирование» пульсации брюшного отдела аорты вследствие отёка поджелудочной железы
3.	С-м Мейо-Робсона	Болезненность в левом реберно-позвоночном углу при пальпации	Зоны Захарина-Геда
4.	Знать признаки панкреонекроза: Внешний осмотр пациента – с-м Грея-Тернера – с-м Мондора – с-м Куллена	 – цианоз боковых стенок живота – фиолетовые пятна на лице и туловище – желтовато-цианотичная окраска кожи вокруг пупка	 Паралич микроциркуляторного русла при ферментемии (ферменты поджелудочной железы поступают в кровеносное русло – феномен уклонения ферментов)

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	Данные лабораторных методов обследования	Резкое снижение показателей диастазы, которые до этого были повышены	Некроз клеток поджелудочной железы и прекращение выработки ферментов (амилазный криз)
	Данные лапароскопии	Геморрагический выпот в свободную брюшную полость – «Стеариновые» бляшки на брюшине	Паралич микроциркуляции и пропотевание форменных элементов крови Нарушение кальциевого обмена и повышение уровня жирных кислот в крови
5.	С-м Гербиха	Вздутие в надпупочной области	Изолированный парез поперечно-ободочной кишки
6.	С-м Гобиа	Симптом «светлого живота» при обзорной рентгенографии брюшной полости (см. Приложение рис.6)	Вздутие поперечно-ободочной кишки и тонкой кишки вследствие ферментемии

Тема: ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	С-м Валя	Видимая асимметрия живота при осмотре, при пальпации – определение перераздутой петли кишечника с высоким тимпанитом над ней при перкуссии	Завернувшаяся перераздутая петля тонкой кишки

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
2.	С-м Шланге	Видимая невооружённым глазом перистальтика	Усиление перистальтики в начальной фазе при механической кишечной непроходимости
3.	« Илеусный крик »	Схваткообразная боль на высоте перистальтической волны	Возникновение боли в период натяжения брыжейки при «подходе» перистальтической волны к препятствию
4.	С-м Склярова (шум плеска)	Аускультация при одно-временных толчкообразных движениях передней брюшной стенки (баллотации) перерастянутой петли кишечника	Перемещение скопившейся в кишке жидкости
5.	С-м Спасокукоцкого (шум падающей капли)	Аускультация брюшной полости	Пропотевание жидкости в просвет кишечника на фоне отсутствия перистальтики при параличе кишечника.
6.	С-м Лотейсена	Выслушивание при аускультации живота сердечных тонов и дыхательных шумов	Паралич кишечника
7.	С-м Грекова («Обуховской больницы»)	Зияющий анус при ректальном пальцевом исследовании, ампула прямоу кишки пуста	Паралич анального сфинктера при обтурационной толстокишечной (низкой) непроходимости
8.	Каловые массы типа «малинового желе»	Исследование per rectum	При инвагинационной кишечной непроходимости происходит сдавление сосудов стенки кишки (в большей степени вен) и пропотевание форменных элементов крови в просвет кишки

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
9.	С-м Цере-Мангейфеля	Невозможность поставить клизму – вода тут же выливается из кишки наружу	Обтурация опухолью ректосигмоидного отдела толстой кишки
10.	Знать, что такое « каловая » рвота	Рвота тонкокишечным застойным содержимым с неприятным запахом.	Парез сфинктеров ЖКТ и антиперистальтика желудка, переполнение приводящего отдела кишки
11.	Выраженное обезвоживание	– Сухость языка – тахикардия – снижение тургора кожи – повышенный гематокрит (по данным ОАК)	Потеря жидкости: – в просвет кишки – со рвотой – пропотевание жидкости в свободную брюшную полость
12.	Знать рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости: – чаши Клойбера – складки Керкрина – пневматоз тонкой кишки – с-м трезубца	Обзорная рентгенография органов брюшной полости (см. Приложение, рис. 7, 8, 9) Рентгеноконтрастная колонография с сульфатом бария	– Раздутые петли кишечника с уровнем жидкости в них – Поперечная исчерченность перераздутых кишечных Характерен для паралитической кишечной непроходимости Характерно для тонко-толстокишечной инвагинации

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	– проба Напалкова-Шварца	Динамическое рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 10)	Определяют скорость и возможность поступления рентгеноконтрастного вещества в толстый кишечник. В норме сульфат бария до слепой кишки доходит за 6-8 часов

Тема: ПЕРИТОНИТ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Симптом Щеткина-Блюмберга	Сначала осуществляют медленное давление на переднюю брюшную стенку – боли менее интенсивные, чем в момент резкого отнятия производящей давление руки	Растяжение и резкое сокращение париетальной брюшины приводит к перераздражению нервных окончаний при воспалении брюшины
2.	Локальное мышечное напряжение (дефанс)	Напряжение мышц передней брюшной стенки определяется методом пальпации над очагом воспаления	Защитная реакция брюшины на воспаление
3.	Напряжение всей передней брюшной стенки при пальпации («доскообразный живот»)	Поверхностная методическая пальпация	Реакция париетальной брюшины на раздражение
4.	С-м Куленкампа	При ректальном исследовании определяют болезненность и нависание передней стенки прямой кишки	Скопление перитонеального экссудата в нижнем этаже брюшной полости

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
5.	Лицо Гиппократа	Мертвенно-бледная с синюшным оттенком кожа лица, глубоко запавшие глаза, тусклые роговицы, заострённый нос	Проявления выраженной интоксикации
6.	Отсутствие движений передней брюшной стенки при дыхании	На просьбу врача «дышать животом», отмечается отсутствие брюшного дыхания или отставание того или иного отдела брюшной стенки	Щадит живот из-за усиления болей при малейшем движении
7.	Симптом «гробовой тишины» или выслушивания над животом дыхательных и сердечных шумов	При выслушивании перистальтики кишечных шумов нет, выслушиваются сердечные и дыхательные шумы	Парез желудочно-кишечного тракта
8.	Наличие свободной жидкости в брюшной полости	Отметка границы появления тупости при перкуссии лежа на спине, изменение этой границы при перкуссии на боку. При выявлении этого симптома в обязательном порядке необходимо выполнение УЗИ брюшной полости	В отлогих местах брюшной полости скапливается свободная жидкость

**Тема: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА
И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ**

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
Обострение язвенной болезни желудка			
1.	Симптом Менделя	Болезненность в эпигастральной области при перкуссии передней брюшной стенки	Раздражение через переднюю брюшную стенку язвы желудка
2.	Рентгенологические симптомы язвы: – симптом ниши (Гаудека) – воспалительный вал (линия Хемптона) – конвергенция складок – рубцовая деформация стенки желудка и ДПК – симптом указующего перста (Де Кервена) – зияние привратника или пилороспазм	Видны на рентгенологическом снимке при двойном контрастировании с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 11)	Морфологическое изменение ткани желудка и ДПК при язвенной болезни (язва – рубцовый процесс: «-» ткань)
Перфорация язвы желудка			
3.	Брадикардия в ранние сроки перфорации (первые 30-40 мин)	Определение пульса за 1 минуту на лучевой артерии	Перераздражение блуждающего нерва из-за воздействия желудочного сока на его чувствительные окончания

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
4.	Вынужденное положение	Пациенты малоподвижны , сидят на корточках, обхватив колени руками, или лежат на правом боку с приведёнными к животу коленями	При движении больного экссудат в свободной брюшной полости перемещается и раздражает чувствительные нервные окончания париетальной брюшины – большой рефлекторно ограничивает контакт брюшины с желудочным содержимым, излившимся в свободную брюшную полость
5.	Напряжение всей передней брюшной стенки при пальпации (« доскообразный живот »)	Поверхностная методическая пальпация	Реакция париетальной брюшины на раздражение и выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки
6.	Симптом Щеткина-Блюмберга по всей поверхности живота	Сначала осуществляют медленное давление на переднюю брюшную стенку – боли менее интенсивные, чем в момент резкого отнятия производящей давление руки	Растяжение и резкое сокращение париетальной брюшины приводит к перераздражению нервных окончаний при воспалении брюшины
7.	С-м исчезновения «печеночной тупости»	При перкуссии «отсутствует» нижняя граница печени (над печенью сохраняется тимпанит)	Скопление газа в свободной брюшной полости под правым куполом диафрагмы

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
8.	Симптом «серпа» при обзорной рентгенографии брюшной полости	Обзорная рентгенография брюшной полости с захватом диафрагмы. Исследование проводят в положении больного стоя (см. Приложение, рис. 12)	В положении стоя попавший в свободную брюшную полость из желудка газ скапливается под диафрагмой. Рентгенологически это определяется в виде просветления серповидной формы между правым куполом диафрагмы и печенью
9.	Определение свободной жидкости в отлогих местах брюшной полости	Проводится перкуссия от белой линии живота к боковой поверхности. Отметка границы появления тупости при перкуссии лежа на спине, изменение этой границы при перкуссии пациента на боку	В отлогих местах брюшной полости скапливается экссудат
Стеноз привратника			
10.	«Шум плеска»	Проверяется утром, натощак, до приёма большим пищи. Фонендоскоп устанавливают в эпигастральную область, а затем справа и слева от белой линии живота врач производит толчкообразные движения (бимануальная пальпация). Аускультативно выслушивается плеск	Остаточная пища в желудке и замедленная эвакуация содержимого из желудка при стенозе язвенной или опухолевой этиологии

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
11	Определение нижней границы желудка методом аускульто-аффрикции и аускульто-перкуссии	Фонендоскоп устанавливают в эпигастральную область и расходящимися, линейными движениями пальцами или перкуссией определяется изменение звука – нижняя граница желудка	Опущение нижней границы желудка вследствие увеличения его размеров. Вариабельна в зависимости от заполнения желудка содержимым и степени стеноза привратника
12	Определение тургора кожи	На тыльной поверхности кисти берется кожная складка – в норме расправляется за 5 секунд полностью. При обезвоживании – медленнее	При обезвоживании уменьшается тургор кожи
Кровотечение			
13.	Общие признаки кровопотери: – бледность кожных покровов и видимых слизистых – снижение артериального давления – тахикардия – снижение уровня гемоглобина, эритроцитов	Внешний осмотр, определение частоты пульса, измерение артериального давления, общий анализ крови	Анемия
14	Рвота типа «кофейной гущи»	При расспросе и осмотре рвота желудочным содержимым с примесью хлопьев коричневого цвета	Поступление крови в желудок. Взаимодействие соляной кислоты с гемоглобином и образованием соляно-кислого гематина, который выглядит как хлопья коричневого цвета

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
15	Мелена	При ректальном исследовании или при осмотре кала – дегтеобразный, маслянистый, черного цвета со специфическим запахом разлагающейся крови	Обусловлено образованием соляно-кислого гематина в желудке и дальнейшим поступлением его в кишечник
16	Усиленная перистальтика кишечника	Аускультация брюшной полости	Раздражение стенки кишки продуктами распада крови и за счёт этого усиление перистальтики
Пенетрация язвы			
17.	Изменение характера и локализации боли. Появление признаков поражения органа, в который произошла пенетрация: – поджелудочной железы – поперечно-ободочной кишки	См. острый панкреатит Частый жидкий стул с частицами непереваренной пищи	Повреждение ткани поджелудочной железы. Формирование желудочно-толстокишечного свища
Малигнизация язвы			
18.	Уменьшение интенсивности болей, исчезновение связи возникновения боли с приёмом пищи. Появление признаков, характерных для рака желудка	См. тему Рак желудка	

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
19.	Знать рентгенологические и эндоскопические признаки малигнизации язвы желудка – подрывтость краёв язвы исчезает – фестончатость краёв язвы – ригидность стенки желудка – исчезновение конвергенции складок вокруг язвы – повышенная контактная кровоточивость слизистой	Фиброгастроудено-скрпия желудка и рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК с сульфатом бария	Растущая опухоль – «+» ткань

Тема: РАК ЖЕЛУДКА

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Знать малые признаки Савицкого	При расспросе выявляется немотивированная общая слабость, похудание, снижение работоспособности, повышенная потливость, субфебрилитет, отсутствие аппетита	Раковая интоксикация

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
2.	<p>Знать места наиболее частых метастазов при раке желудка</p> <p>– Метастаз Вирхова</p> <p>– Пупок</p> <p>– Метастаз Круккенберга (яичники)</p> <p>– Метастаз Шницлера (пузырно-прямокишечная и пузырно-маточная складки)</p>	<p>– Методом пальпации определяют увеличенный лимфоузел в левой надключичной области между ножками кивательной мышцы</p> <p>– При пальпации в около пупочной области</p> <p>– Интраоперационно при обязательной ревизии малого таза</p>	<p>Лимфогенный путь метастазирования при раке желудка</p>

**Тема: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.
ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ**

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1	С-м Ровиги	При перкуссии или пальпации эхинококковой кисты печени определяются волны флюктуации	Находящаяся под большим давлением жидкость в эхинококковой кисте равномерно и быстро передаёт колебания

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
2	С-м «головы Медузы»	Видимая значительная венозная коллатеральная сеть на передней брюшной стенке, расходящаяся от пупка (см. Приложение, рис. 14)	«Передний» портокавальный анастомоз. Длительно существующее высокое давление в портальной вене (> 12 мм рт ст) приводит к реканализации пупочной вены и расширению подкожных вен в околопупочной области
3	С-м Любимова («железной плотности печень»)	При пальпации печени определяется чрезвычайно плотный её край	«Железная плотность» – поражение печени альвеококком. Может быть и при циррозе печени
4	Варикозное расширение вен пищевода и желудка	Выявляется при фиброэзофагогастроскопии (см. Приложение, рис. 15), рентгенографии с барием	«Верхний» портокавальный анастомоз. Обусловлен портальной гипертензией в системе анастомозов между v. coronaria ventriculi (приток v. portae) и пищеводным сплетением (приток v. cava superior)
5	Спленомегалия (увеличение размеров селезёнки)	Увеличение размеров селезёнки, выявляемое при пальпации или перкуссии, а также при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости	Венозное полнокровие селезёнки из-за нарушения оттока крови из неё. Функция органа не нарушена
6	Гиперспленизм («усиление» функции селезёнки)	Анемия, лейкопения, тромбоцитопения с геморрагическими проявлениями	Гиперфункция селезёнки. Может быть без увеличения её размеров

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
7	С-м объёмного образования в печени при компьютерной томографии (КТ)	Компьютерная томография брюшной полости (см. Приложение, рис. 13)	Округлая тень в печени различных размеров и локализации. Характерна для рака, кисты, абсцесса печени

II. ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛЕВРЫ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
Эмпиема плевры			
1.	Деформация грудной клетки при эмпиеме плевры и изменение ширины межрёберных промежутков	<p>– при острой эмпиеме – расширение грудной клетки и взбухание межрёберных промежутков на стороне поражения при осмотре</p> <p>– При хронической эмпиеме – сужение грудной клетки и уменьшение межрёберных промежутков на стороне поражения</p>	<p>– Продуктивный процесс. Гной, накапливаясь в грудной полости, приводит при острой эмпиеме к расширению грудной клетки и взбуханию межрёберных промежутков.</p> <p>– рубцовые процессы в плевральной полости приводят к сужению грудной полости и межрёберных промежутков</p>
2.	Отставание поражённой стороны грудной клетки при акте дыхания	Данные физикального обследования – осмотр	Отсутствие лёгочной ткани из-за смещения лёгкого скопившимся в плевральной полости жидкостью

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
3.	Отсутствие или ослабление дыхания при аускультации на стороне поражения	При аускультации дыхание над областью эмпиемы не определяется или ослаблено	Гной и шварты хуже проводят дыхательные шумы как при острой, так и при хронической эмпиеме
4.	Притупление перкуторного тона на стороне поражения	При перкуссии в зоне скопления экссудата отмечается притупление лёгочного тона	Отсутствие лёгочной ткани из-за смещения лёгкого скопившимся экссудатом либо из-за шварт
5.	С-м Дегио	При наклоне больного в здоровую сторону – усиление боли со стороны поражения	Растяжение листков воспалённой плевры
6	Рентгенологические признаки острой эмпиемы плевры	Рентгенография органов грудной клетки. Синдром обширного однородного затемнения нижней латеральной части лёгочного поля с косой или прямой верхней границей. Смещение средостения в сторону, противоположную поражению (см. Приложение, рис. 16)	Скопление в плевральной полости жидкости
7.	Знать, что такое линия Эллиса-Дамуазо (при перкуссии и рентгенологически)	Перкуторный симптом. Представляет собой параболическую кривую, высшая точка которой расположена у внутреннего края лопатки, спускается отлого вниз и кпереди к грудице. Между позвоночником и этой линией перкуторной тупости открывается	Наличие жидкости в плевральной полости без воздуха. Линия формируется за счёт силы поверхностного натяжения

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
		пространство с более ясным перкуторным звуком – треугольник Гарланда, а рядом, на здоровой стороне – треугольник Раухфуса-Грокко с притупленным звуком. Рентгенологически –косая (в виде параболы) линия уровня жидкости в плевральной полости (см. Приложение, рис.17)	
8.	Горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости	Рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис. 18)	Наличие в плевральной полости жидкости и воздуха (гидропневмоторакс)
9	Рентгенологические признаки хронической эмпиемы плевра	Рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис. 19)	Утолщенная висцеральная плевра, отграниченные полости, содержащие жидкость (гной)
Пневмоторакс			
10.	Отставание поражённой стороны при акте дыхания	Данные физикального обследования – осмотр	Отсутствие лёгочной ткани из-за смещения лёгкого скопившимся в плевральной полости воздухом
11.	Ослабление дыхательных шумов или их исчезновение	Данные физикального обследования – аускультация	Отсутствие лёгочной ткани из-за смещения лёгкого скопившимся в плевральной полости воздухом

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
12.	На поражённой стороне определяется высокий тимпанический звук	Данные физикального обследования – перкуссия	Наличие в плевральной полости воздуха
13.	Дыхательная недостаточность: – частота дыхания больше 22 в минуту – поверхностное дыхание – акроцианоз – тахикардия	Данные физикального обследования	Гипоксия вследствие нарушения функции лёгких
14.	Знать рентгенологические признаки пневмоторакса	Рентгенография органов грудной клетки. Отсутствие лёгочного рисунка на периферии, тень коллабированного (поджатого) лёгкого с чёткой наружной границей (см. Приложение, рис. 20)	Скопления в плевральной полости воздуха приводит к поджатию лёгочной ткани
15.	Симптом Рубинштейна	Смещение трахеи в больную сторону	Смещение органов средостения в сторону гиповентиляции при пневмотораксе

Тема: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Притупление перкуторного тона над очагом поражения	Сравнительная перкуссия лёгких	При воспалении лёгочная ткань уплотняется, что приводит к притуплению лёгочного тона
2.	Усиление бронхофонии и голосового дрожания на стороне поражения	По принятой методике	При воспалении лёгочная ткань уплотняется, что приводит к улучшению проводимости звука
3.	Амфорическое дыхание	Аускультация грудной клетки	Над полостью абсцесса при его дренировании в бронх (2-ая стадия течения острого абсцесса лёгкого)
4.	Знать рентгенологические признаки абсцесса лёгкого в стадию до прорыва в бронх.	Рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис. 21). Участок округлого затемнения без уровня жидкости с воспалительным инфильтратом вокруг	Отсутствие дренирования абсцесса через бронх, поэтому в полости абсцесса только жидкость, без воздуха
5.	Знать рентгенологические признаки абсцесса лёгкого в стадию после прорыва в бронх.	Рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис. 22). Участок округлого затемнения с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха	Дренирование и удаление части содержимого абсцесса через бронх, поэтому в полости абсцесса и жидкость, и воздух

**Тема: РАК, ЭХИНОКОКК ЛЁГКОГО.
ЛЁГОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Знать объективные признаки и рентгенологическую картину при обтурационном ателектазе	На стороне поражения сужение межрёберных промежутков, притупление перкуторного тона, ослабление дыхания. Рентгенологически треугольная тень с вершиной, обращенной к корню	При обтурации и сдавления бронха опухолью гиповентиляция сегмента или доли
2.	Знать рентгенологические признаки центрального рака лёгкого	Обзорная рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис.23).	Ателектаз доли или лёгкого вследствие обтурации бронха крупного калибра
3.	Знать рентгенологические признаки периферического рака лёгкого	Обзорная рентгенография органов грудной клетки, линейная томограмма грудной клетки (см. Приложение, рис. 24, 25)	Округлое затемнение с нечёткими контурами вследствие обтурации бронхов мелкого калибра
4.	Признаки легочного кровотечения	Прожилки крови в мокроте (кровохарканье) или обильное отхождение алой, пенистой крови при кашле (кровотечение)	Распад опухоли, аррозия сосудов при абсцессе легкого или бронхоэктазах, артериовенозных свищах
5.	Симптом Дилона	Отведение лопатки от грудной клетки на стороне поражения	Уменьшение объема гемиторакса при фиброзе лёгочной ткани

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
6.	Рентгенологические признаки при эхинококке лёгкого	Обзорная рентгенография органов грудной клетки (см. Приложение, рис. 26)	Округлое затемнение с чёткими контурами и толстой капсулой. Может быть несколько округлых образований в различных сегментах лёгкого (материнская и дочерние кисты)
7.	Симптом отслоения (Штерна) при рентгенографии органов грудной клетки	Свободное пространство и двойной контур эхинококковой кисты на рентгенограмме (см. Приложение, рис. 27)	Скопление воздуха между хитиновой и фиброзной оболочкой при гибели паразита
8.	С-м Немирова	Рентгеноскопия грудной клетки. При вдохе и выдохе киста меняет форму.	Свидетельствует о тонкостенном образовании (эхинококковая киста, острый абсцесс лёгкого)

Тема: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Симптом Бойса	Урчание, слышимое при надавливании на боковую область шеи в проекции образования (чаще слева) в положении больного стоя или сидя	Застой пищи в дивертикуле пищевода при дивертикуле Ценкера (глоточно-пищеводный дивертикул)
2.	Симптом Купера	Шум плеска, выслушиваемый на шее при перкуссии над дивертикулом пищевода, после того, как больной выпьет воду и запрокинет голову назад	Застой пищи в дивертикуле пищевода при дивертикуле Ценкера (глоточно-пищеводный дивертикул)

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
3.	Истинная дисфагия	Не проходит твёрдая пища, жидкость проходит	Механическая обтурация просвета пищевода при опухоли ли рубцовой стриктуре пищевода
4.	Парадоксальная дисфагия (характерно при ахалазии кардии)	При глотании не проходит жидкая пища при сохранении проходимости твёрдой	Расстройство иннервации на начальном этапе заболевания
5.	Симптом Романова	Загрудинная или межлопаточная боль, усиливающаяся при глотании и запрокидывании головы	Острый медиастинит при разрыве пищевода
6.	Рентгенологические признаки медиастинита	Расширение тени средостения при обзорной рентгенографии грудной клетки (см. Приложение, рис. 28)	При перфорации пищевода в средостение выходят воздух, кровь. Быстро развивается воспаление
7.	Перкуссия грудины	Болезненность при перкуссии по грудине	Повышение напряжения в переднем средостении из-за гноя и инфильтрации тканей
8.	Знать рентгенологические признаки рака пищевода	Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 29, 30)	Дефект заполнения с неровными контурами
9.	Знать рентгенологические признаки дивертикула пищевода	Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 31)	Депо контраста за контурами пищевода
10.	Знать рентгенологические признаки ахалазии кардии	Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 32)	Симптом «мышинного хвоста» или «пламени перевёрнутой свечи – стеноз в дистальном отделе пищевода с расширением пищевода выше места сужения

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
11.	Знать рентгенологические признаки рубцовой стриктуры пищевода	Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария (см. Приложение, рис. 33)	Дефект наполнения с ровными контурами протяжённость до 2 см. В анамнезе – ожог пищевода
12.	Знать рентгенологические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД)	Рентгеноконтрастное исследование пищевода (рентгенография и рентгеноскопия) с сульфатом бария в вертикальном и в горизонтальном положении (см. Приложение, рис. 34, 35, 36)	Увеличение величины угла Гиса. Появление депо бария выше диафрагмы. Отмечается более 4-6 складок слизистой желудка над диафрагмой
13	Знать эндоскопические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	Эзофагогастродуоденоскопия (см. Приложение, рис. 37)	Развитие воспаления слизистой оболочки пищевода вследствие гастроэзофагеального рефлюкса и рефлюкс-эзофагита. При тяжёлых формах эзофагита возможно развитие язв пищевода и возникновение пищеводных кровотечений

Тема: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Знать методику пальпации молочной железы, пальпацию подмышечных, под- и надключичных лимфатических узлов	<p>Обследование железы лучше всего проводить в середине менструального цикла. Осмотр больной в положении «подбрюсь» – руки больной должны быть на талии.</p> <p>Пальпацию молочных желёз следует выполнять в положении больной стоя, сидя и в положении лёжа. Пальпацию производят бимануально кончиками пальцев или ладонной поверхностью кисти. Обязательна пальпация обеих молочных желёз.</p> <p>Пальпация надключичных, подключичных, парастеральных лимфоузлов, лимфатический узел Зоргеуса (подлопаточный)</p>	<p>Выявление очаговых уплотнений в ткани молочной железы</p> <p>Поражение опухолевыми клетками приводит к изменению плотности и размеров регионарных лимфатических узлов при злокачественных процессах в молочной железе</p>
2.	Симптом «лимонной корочки»	Над пальпируемым образованием при попытке «взять» кожу в складку кожа имеет вид «лимонной корочки»	Признак вовлечения в опухолевый процесс кожи

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
3.	Неподвижность молочной железы по отношению к большой грудной мышце	При смещении молочной железы вместе с ней смещается и большая грудная мышца	Прорастание опухоли в нижележащие слои
4.	Симптом Прибрама	Смещаемость опухоли при смещении соска	Прорастание опухоли в область соска и <i>fasc. pectoralis</i>
5.	Знать методику пальпации щитовидной железы	Во время пальпации больной сидит, не напрягая мышцы шеи и немного опустив подбородок. С помощью поверхностной пальпации определяют контуры щитовидной железы. Для пальпации боковых долей щитовидной железы надо установить большой палец кисти у передне-внутреннего края соответственно боковой доле щ/в железы, а остальные пальцы – по задней поверхности шеи. Большую роль для определения размеров и формы щитовидной железы оказывает акт глотания, производимый больным во время пальпации железы	При пальпации щитовидной железы оценивают размеры, форму железы, консистенцию её ткани, её смещаемость и связь с окружающими тканями

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
6.	Симптом Труссо	При сдавлении нервно-сосудистого пучка верхней конечности в средней трети плеча могут наблюдаться судороги кисти- кисть приобретает форму руки акушера	Признак гипопаратиреоза
7.	Симптом Хвостека	Сокращение мышц лица при постукивании молоточком по скуловой кости	Признак тетании, характерно для гипопаратиреоза
8.	Симптом Грефе	Отставание верхнего века от радужной оболочки при взгляде вниз так, что появляется белая полоска склеры	Избыток тиреоидных гормонов, наличие офтальмопродуцирующих антител
9.	Симптом Мебиуса	Слабость конвергенции	~
10.	Симптом Штельвага	Редкое мигание	~
11.	Симптом Мелихова	Повышенный блеск глаз	~
12.	Симптом Дельримпля	Широкое раскрытие глазных щелей	~
13.	Лагофтальм	Невозможность полностью сомкнуть веки	~
14.	Микседема	«Слизистый» отёк подкожно-жировой клетчатки	Нарушение обмена гликопротеидов
15	Знать УЗИ-признаки патологии щитовидной железы	Ультразвуковое исследование щитовидной железы (см. Приложение, рис. 38)	Определяют наличие узлового образования, его локализацию, однородность эхо-структуры, чёткость контура, состояние периферических лимфатических узлов

III. ХИРУРГИЯ СОСУДОВ

Тема: ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Симптом Глинчикова В.И. (1930)	Стетоскоп устанавливают над магистральной артерией и проводят аускультацию	Выслушивается систолический шум над артерией при выраженном сужении её просвета или аневризматическом расширении сосуда
2.	Отсутствие пульса на магистральных артериях	Пальпация в точках проекции крупных магистральных артерий конечности	Признак окклюзии пальпируемой артерии или выше расположенного более крупного сосуда
3.	Проба Опшеля	Больному, лежащему на спине, предлагают поднять ноги до угла 45 градусов и удерживать в таком положении в течение минуты. (Оценивают в секундах скорость развития бледности подошв – норма > 5 секунд)	При хронической ишемии конечности в области подошвы на стороне снижения кровотока отмечается более выраженное и более быстрое развитие побледнения кожи
4.	Проба Самуэляса	1 – Больному, лежащему на спине, предлагают поднять обе выпрямленные ноги и произвести быстрые сгибательные и разгибательные движения в голеностопных суставах. 2 – Больному предлагают поднять вверх руки и несколько раз сжать кулаки.	При хронической ишемии нижних конечностей в области подошвы на стороне снижения кровоснабжения отмечается более выраженное и более быстрое побледнение кожи. При хронической ишемии верхних конечностей бледнеют кожные покровы фаланг пальцев.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
		(Оценивают в секундах скорость развития бледности кожных покровов работающей конечности– норма > 5 секунд)	
5.	Проба Гольдфламма	В положении лёжа на спине больной приподнимает обе нижние конечности, слегка сгибает их в коленных суставах и производит сгибательные и разгибательные движения в голеностопных. (Оценивают в количествах движений появление усталости или боли в икроножных мышцах)	При хронической ишемии конечности быстрее появляется усталость икроножных мышц со стороны большей недостаточности кровообращения
6.	Проба «белого пятна»	В положении пациента лёжа на спине выполняют сдавление концевой фаланги 1-го пальца стопы в переднезаднем направлении в течении 5-10 секунд. (Оценивают в секундах скорость нормализации окраски). В норме бледность кожи («белое пятно») исчезает за 5 сек.	При хронической ишемии конечности появление нормальной окраски кожи появляется с задержкой более 5 секунд
7.	Проба Панченко (коленный феномен).	Больному, который находится в положении сидя, предлагают положить сначала одну ногу на другую, а затем наоборот.. (Оценивают в секундах скорость появления онемения в конечности)	При хронической ишемии конечности больной начинает испытывать чувство онемения в стопе, боли в икроножных мышцах в ноге, расположенной сверху, из-за сдавления коллатералей подколенной области

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
8.	Симптом перемежающейся хромоты в нижних конечностях	Больной предъявляет жалобы на возникновение болей в икроножных мышцах при обычной ходьбе, которые исчезают через 1-2 минуты после остановки. Больной вновь продолжает ходьбу, но отмечает вновь возникновение болей при прохождении такого же количества метров. (Оценивают в метрах)	При хронической ишемии нижних конечностей развивается несоответствие между потребностью в кислороде работающих мышц и его доставкой к ним
9.	Знать, что такое синдром Лериша : – боли в ягодичных областях при ходьбе («высокая перемежающаяся хромота») – снижение потенции – гипотрофия и гипотония мышц нижних конечностей	При аускультации в зоне проекции брюшного отдела аорты и подвздошных артерий – систолический шум. При пальпации бедренных артерий – ослабление или отсутствие пульса. При осмотре – гипотрофия мышц	Атеросклеротическая окклюзия бифуркации аорты или подвздошных артерий
10.	Знать технику пальпации и точки аускультации магистральных сосудов верхних и нижних конечностей	СХЕМА (см. Приложение, рис. 39, 40)	

Тема: ОСТРАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	<p>Острая ишемия конечности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выраженная боль в конечности, плохо купируется наркотическими анальгетиками; – побледнение и синюшность кожных покровов; – ощущение «ползания мурашек», покалывание в конечности (парестезии); – болезненность мышц при пальпации; – похолодание конечности 	<p>Опрос больного, осмотр и пальпация поражённой конечности и магистральных сосудов этой конечности, аускультация сосудов</p>	<p>Нарушение кровоснабжения конечности вследствие нарушения проходимости магистральных артериальных стволов.</p>
2.	<p>Симптом «канавки»</p>	<p>При осмотре н\к -западение (запустевание) венозных стволов подкожно-жировой клетчатки на поражённой конечности</p>	<p>Нарушение венозного оттока вследствие ограничения артериального притока крови</p>
3.	<p>Усиление боли при движении</p>	<p>Выполнение активных и пассивных движение конечностью в голеностопном или коленном суставах</p>	<p>Развивается несоответствие между потребностью в кислороде работающих мышц и его доставкой к ним</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
4.	Снижение поверхностной (болевой) и глубокой (мышечно-суставной) чувствительности	Оценка болевой (покалывание конечности острым предметом) и глубокой (определение больным направления смещения кожной складки) чувствительности	Гипоксия нервных окончаний следствии нарушения кровоснабжения конечности
5.	Развитие порциальной и тотальной контрактуры	Невозможность активных и пассивных движений в суставах поражённой конечности	Невозможность мышечного сокращения, как следствия гибели мышечных волокон из-за прекращения кровоснабжения
6.	Отсутствие пульса на магистральных артериях в месте окклюзии или ниже места окклюзии	Пальпация в точках проекции крупных магистральных артерий конечности	Признак окклюзии либо пальпируемой артерии, либо выше расположенного более крупного сосуда

Тема: ПОРАЖЕНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Знать физикальные признаки стеноза сонных артерий: – систолический шум в проекции общей сонной артерии (ОСА);	– В положении пациента стоя или сидя аускультацию проводят в зоне проекции ОСА (по переднему краю кивательной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща)	– появление турбулентного потока крови в зоне стеноза (более 50%) или дистальнее этого стеноза

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
2.	<p>Знать физические признаки гемодинамически значимого стеноза или окклюзии подключичной артерии (ПКА):</p> <ul style="list-style-type: none"> – возможно отсутствие пульсации на лучевой артерии со стороны поражения ПКА; – появление градиента артериального давления на руках 20 мм рт ст и более; – шум в проекции ПКА 	<ul style="list-style-type: none"> – В положении пациента стоя или сидя пальпируют локтевые и лучевые артерии на обеих руках; – измерение артериального давления на обеих руках; – в положении пациента сидя при задержке дыхания на выдохе проводят аускультацию в надключичной области и выслушивают систолический шум 	<ul style="list-style-type: none"> – при снижении кровотока по ПКА уменьшение кровонаполнения лучевой артерии; – уменьшение АД со стороны гемодинамически значимого стеноза ПКА вследствие уменьшения потока крови – появление турбулентного потока крови в зоне стеноза (более 50%) или дистальнее этого стеноза
3.	<p>Уметь проверить у больного наличие стил-синдрома (синдром «позвоочно-подключичного обкрадывания»)</p>	<p>При сгибании и разгибании руки в локтевом суставе или сжимании и расжимании кисти поражённой конечности – появление признаков вертебро-базилярной недостаточности</p>	<p>При отсутствии или уменьшении магистрального кровотока по ПКА и увеличении потребности в притоке крови к этой конечности во время физической нагрузки кровоснабжение</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	появление головокружения и неустойчивости в положении стоя при нагрузке на поражённую верхнюю конечность	(головокружение, нарушение равновесия, потери сознания)	верхней конечности усиливается за счёт появления обратного тока крови (ретроградного) по позвоночной артерии из полости черепа – развивается «обкрадывание» ствола головного мозга. (См. Приложение, рис. 41)
4.	Уметь проводить пробы на наличие синдрома «грудного выхода»: – гиперабдукционная проба (проба Эдсона)	– Исчезновение пульсации на лучевой артерии при отведении согнутой в локтевом суставе одноимённой в конечности и повороте головы в противоположную сторону при патологически изменённой передней лестничной мышце (см. Приложение, рис.42)	В данных положениях происходит компрессия сосудисто-нервного пучка верхней конечности со стороны поражения
5.	Знать объективные признаки неспецифического аортоартериита (возраст до 40 лет, сочетание поражения сонных, подключичных артерий и брюшного отдела аорты, длительный «беспричинный» субфебрилитет)	Шум в проекции сонных, подключичных артерий и брюшного отдела аорты	Аутоиммунное заболевание, при котором поражается интима в зоне отхождения магистральных артерий от аорты с формированием протяжённых стенозов этих артерий

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
6.	Знать технику пальпации и точки аускультации магистральных сосудов головы и шеи	СХЕМА (См. Приложение, рис 39).	
7.	Знать основной метод исследования при поражении брахиоцефальных сосудов	Ультразвуковое триплексное сканирование сосудов шеи (см. Приложение, рис. 43)	Стенозирующие бляшки в сонных, позвоночных, 1-ом сегменте подключичной артерий. Данный метод позволяет определить степень стеноза и характер (эмбологенную опасность) бляшки

Тема: СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
1.	Знать симптомы коарктации аорты: – данные внешнего осмотра – усиленная пульсация сосудов шеи, надплечий, надключичных и подключичных областей, ярёмной вырезки, межрёберных промежутков;	– «телосложение атлета» – осмотр и пальпация артерий в вышеуказанных областях (см. Приложение, рис. 44)	Отсутствие магистрального кровотока ниже уровня сужения аорты (т.е ниже устья левой подключичной артерии). Усиленное кровоснабжение верхнего плечевого пояса приводит к гипертрофии мышц верхней половины туловища. Уменьшенное кровоснабжение нижней половины туловища приводит к гипотрофии мышц нижней половины туловища.

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	<p>– АД на руках выше, чем на ногах;</p> <p>- отсутствие или резкое ослабление пульсации на артериях нижних конечностей;</p> <p>– симптом узурации рёбер (по данным рентгенографии)</p>	<p>– пульсация в межрёберных промежутках</p> <p>– измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях</p> <p>– исследование пульса на артериях нижних конечностей в стандартных точках</p> <p>– «изъеденность» контуров нижних краёв рёбер при обзорной рентгенографии грудной клетки (см. Приложение, рис. 45)</p>	<p>Развивается мощная сеть коллатерального кровообращения</p> <p>– атрофия костной ткани на месте усиленно пульсирующих извитых межрёберных артерий</p>
2.	<p>Знать физические признаки реноваскулярной гипертензии;</p> <p>– систолический шум в проекции почечных артерий</p>	<p>Аускультация в положении больного лёжа на спине на 2-3 см выше пупка и на 3 см в сторону от белой линии живота, в положении стоя – паравертебрально, на 1-2 см параллельно от позвоночного столба на уровне Th 12-L2</p>	<p>Появление турбулентного потока при стенозе просвета сосуда более 50%;</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
	<p>– признаки системного атеросклероза (поражение коронарных артерий, сосудов брахиоцефальной зоны, магистральных артерий нижних конечностей)</p> <p>– ангиографическую картину почечных артерий при реноваскулярной гипертензии</p>	<p>– Аускультация брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей.</p> <p>– трансфеморальная рентгенконтрастная аортография с исследованием почечных артерий (см. Приложение, рис. 46)</p>	<p>Выявление сочетанного поражения артерий (шум и ослабление пульсации) свидетельствует о возможном атеросклеротической природе реноваскулярной гипертензии</p>
3.	<p>Знать объективные признаки синдрома Иценко-Кушинга:</p> <p>– «буйволиная шея»;</p> <p>– «лунообразное лицо»;</p> <p>– striae rubrum;</p> <p>– гипертрихоз</p>	<p>При осмотре пациента определяется перераспределение жира с отложением его на груди, спине, лице, надключичных областях, в нижнешейном и верхнегрудном отделах позвоночника;</p> <p>– фиолетово-розовые полосы растяжения на коже груди, живота, внутренней поверхности плеч, бёдрах;</p> <p>– повышенный рост волос на лице</p>	<p>Изменение гормонального фона из-за нарушения различных видов обмена</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
4.	<p>Гипо- и гипертензивные пробы при надпочечниковых гипертензиях:</p> <p>– проба с адренолитическими препаратами при подозрении на феохромоцитому</p>	<p>Проводится при исходном артериальном давлении не ниже 160 и 100 мм рт ст</p> <p>– В положении больного лёжа после введения в вену 5 мл альфа – адреноблокатора (фентоламина, реджетина) у больного с феохромоцитомой происходит быстрое снижение артериального давления минимум на 35 мм рт ст</p>	<p>– Адренолитические препараты способны блокировать прессорное действие катехоламинов на уровне эффекторных клеток и тем самым снижать высокое АД у больных феохромоцитомой</p>
5.	<p>Пробы для установления причины возникновения синдрома Иценко-Кушинга:</p> <p>– малый и большой дексаметазоновый тесты</p>	<p>В течение 2-х суток больной принимает по 0,5 мг дексаметазона каждые 6 часов. В течение 2-х суток собирают мочу и определяют в ней уровень 17-ОКС. При нормальной функции надпочечников указанная доза дексаметазона приводит к снижению уровня 17-ОКС на 50% и более от исходного, при неопухолевой форме синдрома Иценко-Кушинга «малая доза» дексаметазона не влияет на уровень 17-ОКС. Следующие 2 суток больной принимает более</p>	<p>При приёме больным дексаметазона срабатывает принцип обратной связи у пациентов с неопухолевой гиперфункцией коры надпочечников и за счёт снижения продукции гипофизом АКТГ падает уровень кортизола в плазме и продуктов его распада в моче. Если же у больного есть кортикостерома надпочечника, то выделение опухолью кортизола не зависит от уровня продукции гипофизом АКТГ, и на его концентрацию в плазме крови приём дексаметазона влияния не оказывает</p>

№	Симптом	Как проверять	Механизм возникновения
		высокую дозу дексаметазона – по 2 мг каждые 6 часов. При неопухолевой форме синдрома Иценко-Кушинга и гиперфункции надпочечников происходит падение экскреции стероидов на 50% и более. При опухолевой форме синдрома Иценко-Кушинга дексаметазон не оказывает влияния на экскрецию стероидов.	

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рис. 1. Объективный признак вправимости грыжи.
Наличие выпячивания передней брюшной стенки в положении стоя
и исчезновение в положении лёжа

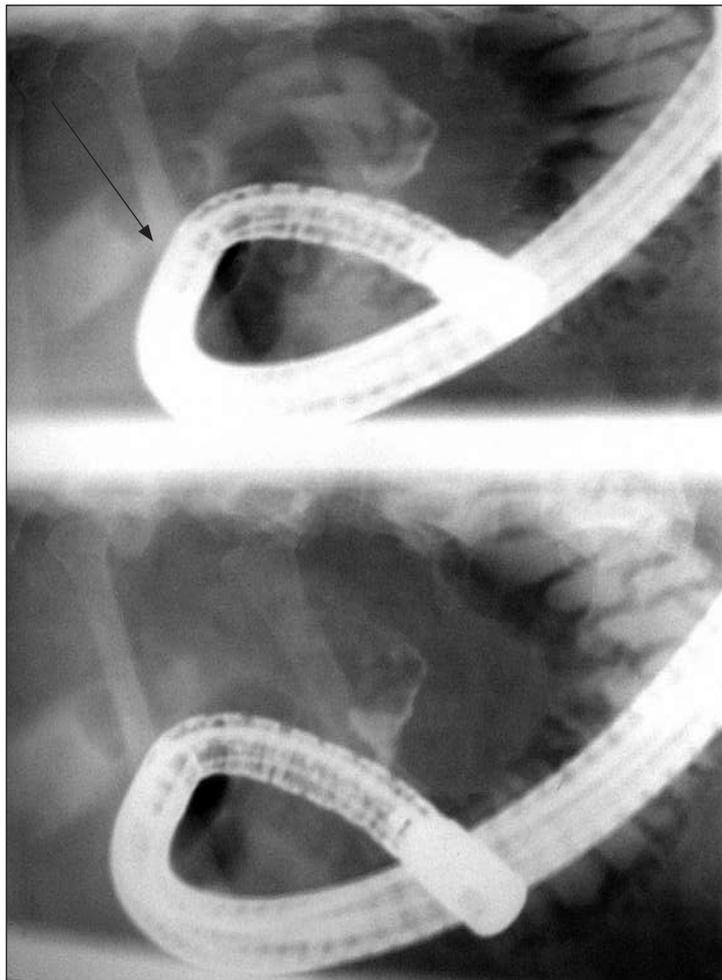


Рис. 2. Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография (ЭРХПГ).
Виден введенный в просвет ЦПК эндоскоп, расширенный холедох и дефект заполнения холедоха
(камни в холедохе). Вид после введения контраста



Рис. 3. Холангиография через дренаж холедоха. Холедох расширен, непроходим. Контраст не поступает в двенадцатиперстную кишку. Опухоль фатерова соска



Рис. 4. Интраоперационная холангиография после введения контраста в холедох. Виден расширенный холедох. Дефект наполнения холедоха с поступлением контраста в просвет ДПК (вентильный камень)



Рис. 5. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Увеличенный желчный пузырь. Камни в шейке желчного пузыря

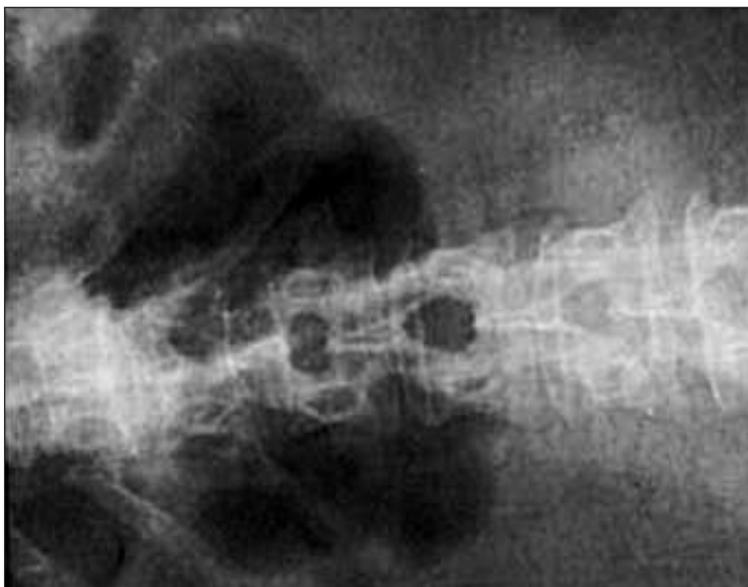


Рис. 6. Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
Симптом Гобиа – парез поперечно-ободочной кишки

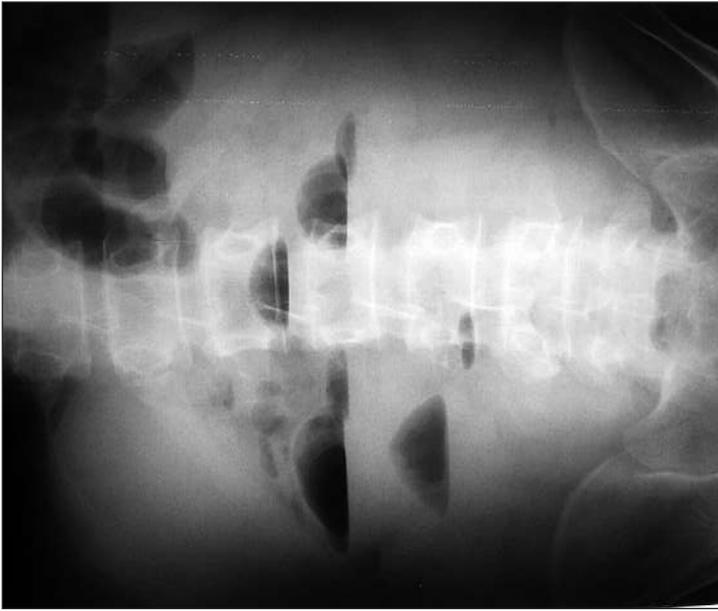


Рис. 7. Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
Чаши Клойбера (острая кишечная непроходимость)

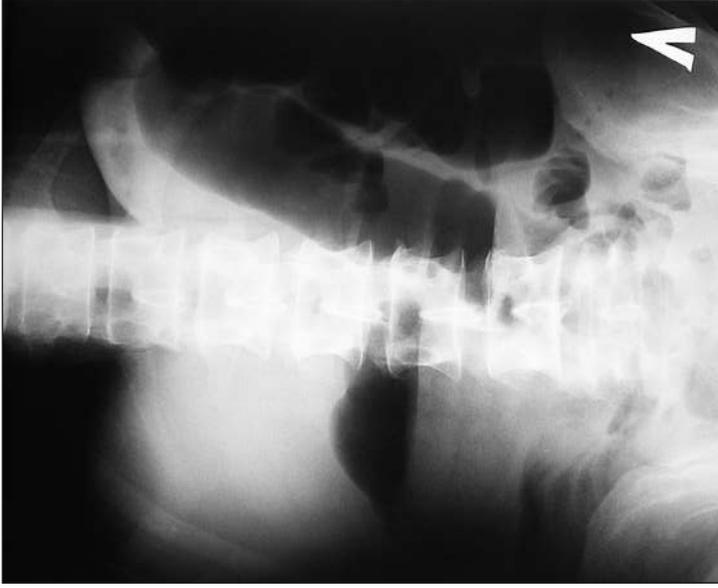


Рис. 8. Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
Чаши Клойбера (кишечная непроходимость)



Рис. 9. Обзорная рентгенограмма
брюшной полости. Чаша Клойбера,
складки Керкринга (острая кишечная
непроходимость)

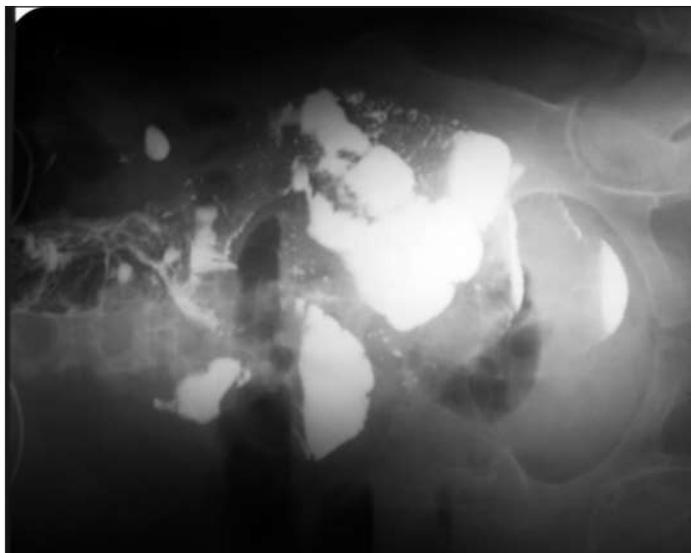


Рис. 10. Обзорная рентгенограмма
брюшной полости. Проба с сульфатом бария
(проба Напалкова). Снимок через 8 часов после приема
бария. Задержка контраста в подвздошной кишке

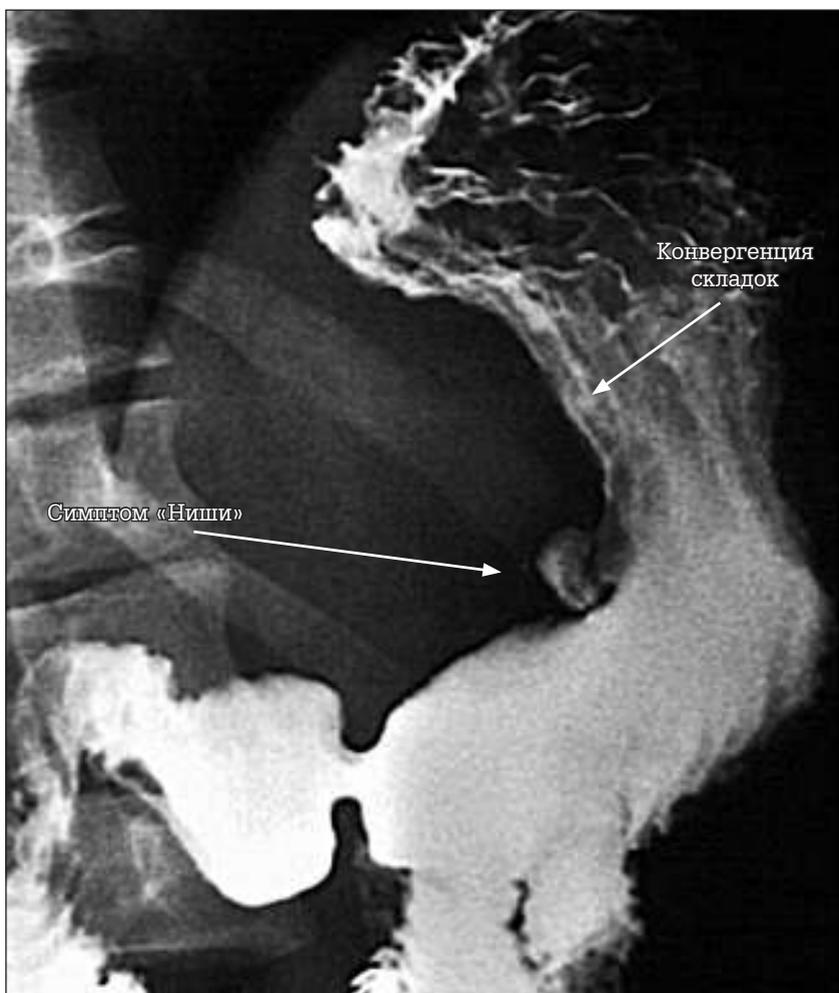


Рис. 11. Рентгенография при двойном контрастировании желудка (сульфат бария + воздух): определяется выраженная конвергенция складок слизистой оболочки, язвенный дефект по малой кривизне (симптом «ниши»)

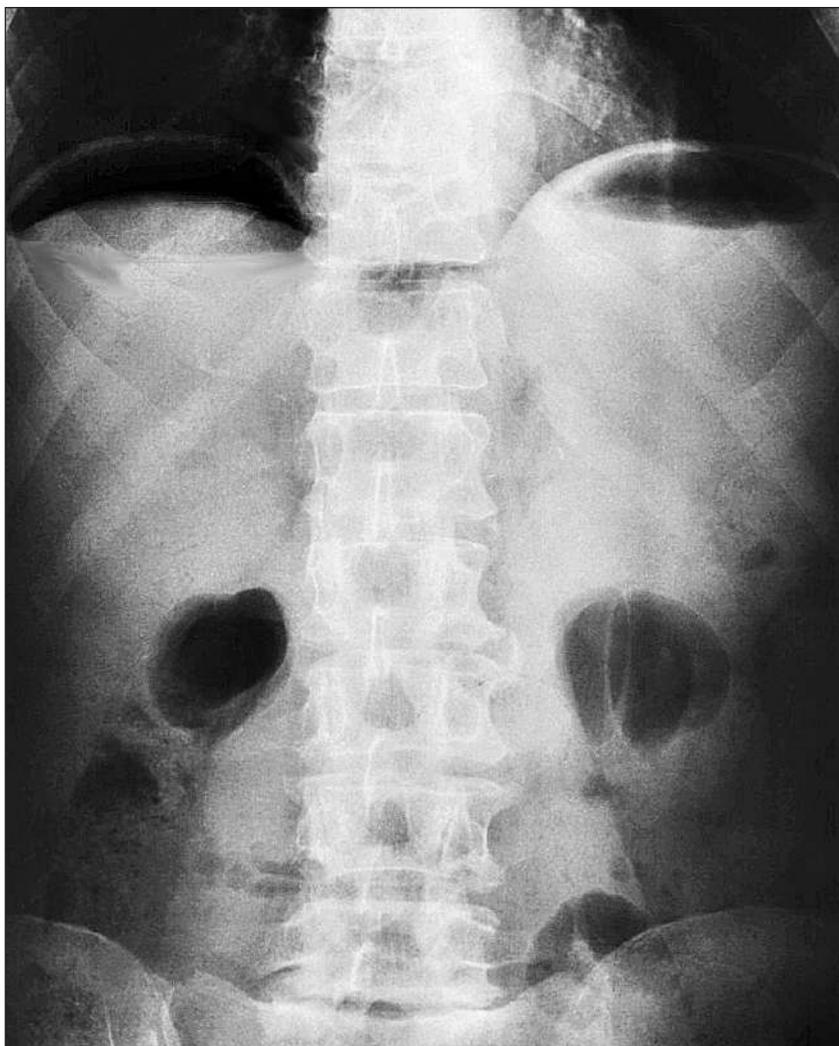


Рис. 12. Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
Под куполом диафрагмы справа полоска газа (симптом «серпа»).
Перфорация полого органа (желудка)



Рис. 13. Компьютерная томография печени. Абсцесс печени.



Рис. 14. Симптом «голова медузы» при портальной гипертензии



Рис. 15. Эзофагоскопия. Варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии



Рис. 16. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Гидропневмоторакс при острой эмпиеме плевры



Рис. 17. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Гидроторакс слева

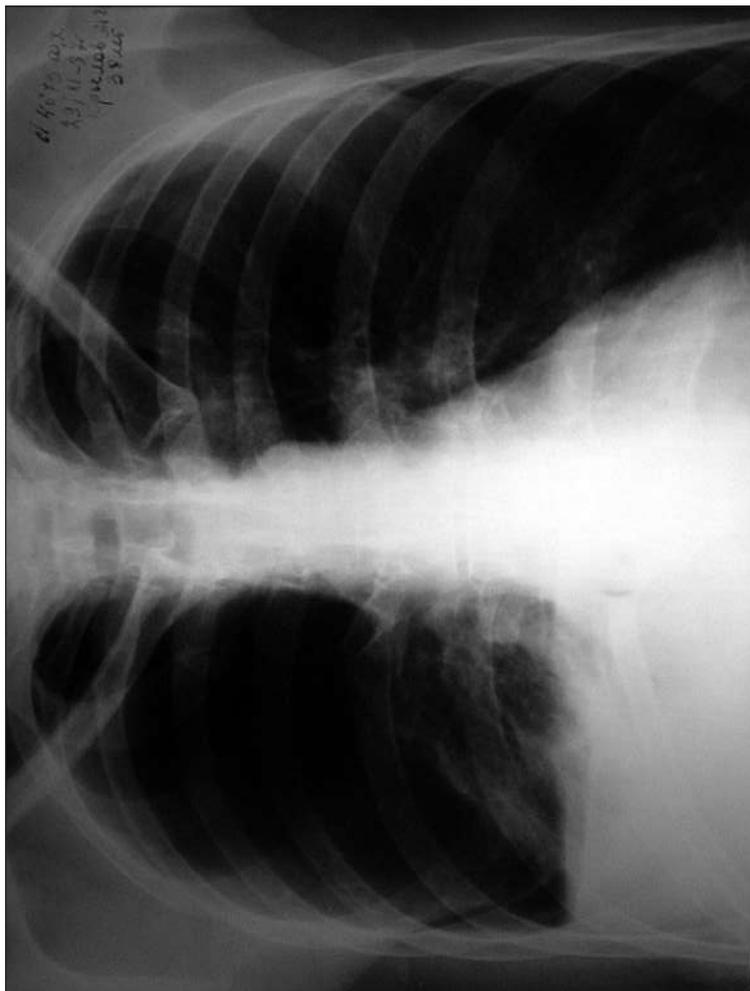


Рис. 18. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Гидропневмоторакс справа

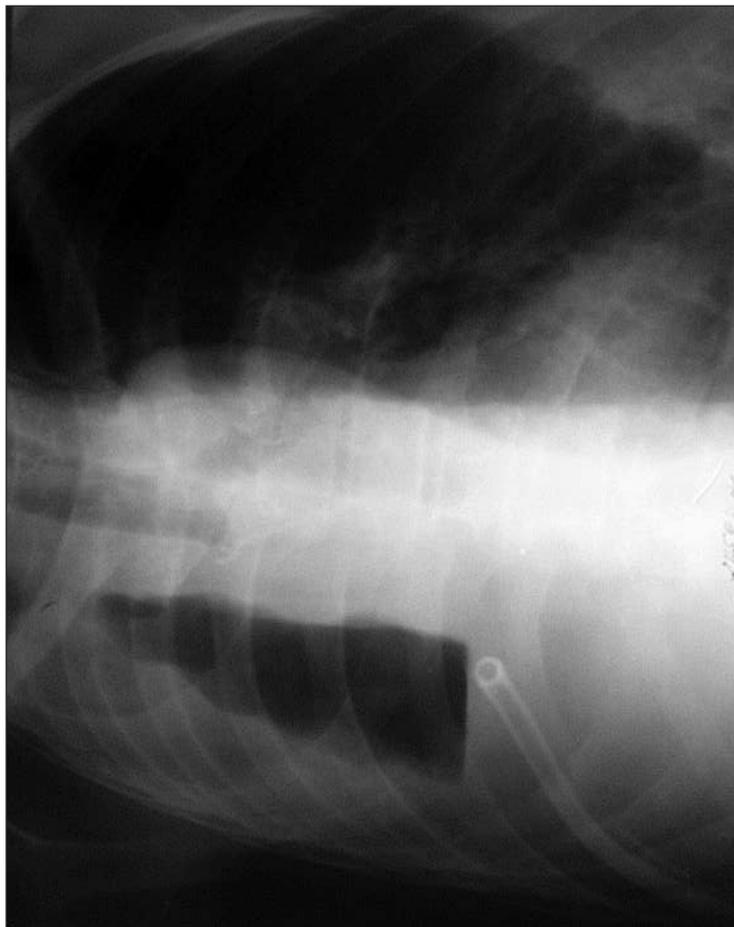


Рис. 19. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
Хроническая эмпиема справа (утолщенная висцеральная плевра, жидкость и воздух в плевральной полости, дренаж в плевральной полости справа)



Рис. 20. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
Пневмоторакс справа (отсутствие легочной ткани справа). Перелом 7 ребра справа

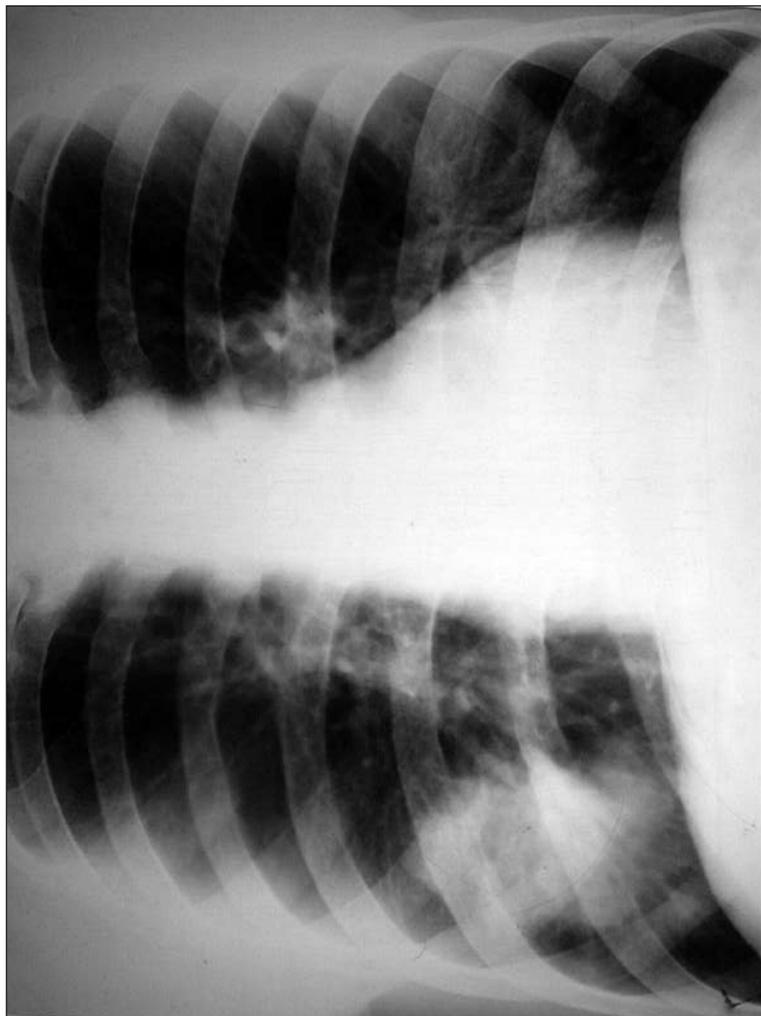


Рис. 21. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Острый абсцесс легкого справа. Стадия до прорыва в бронх

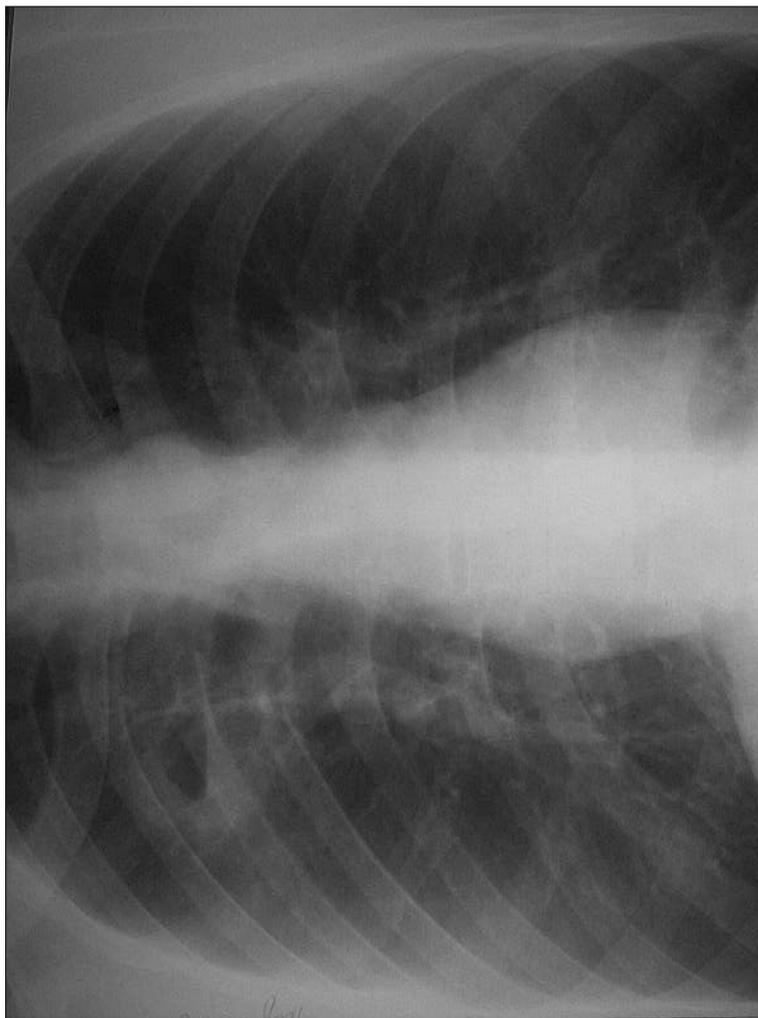


Рис. 22. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
Острый абсцесс правого легкого. Стадия после прорыва в бронх

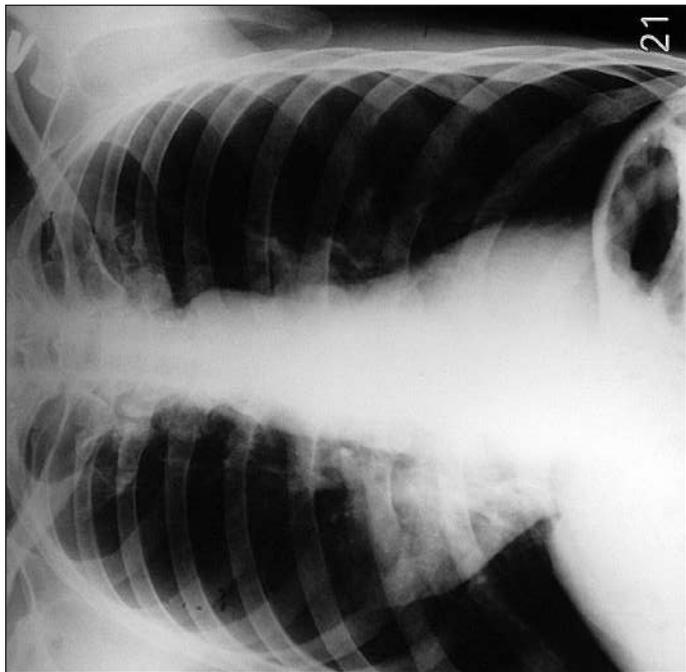


Рис. 23. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
Центральный рак легкого справа
(ателектаз доли правого лёгкого)

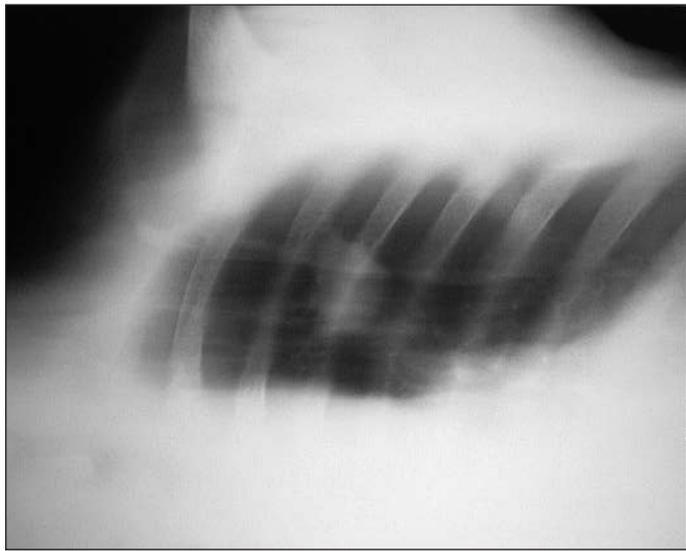


Рис. 24. Линейная томограмма грудной клетки.
Периферический рак легкого слева

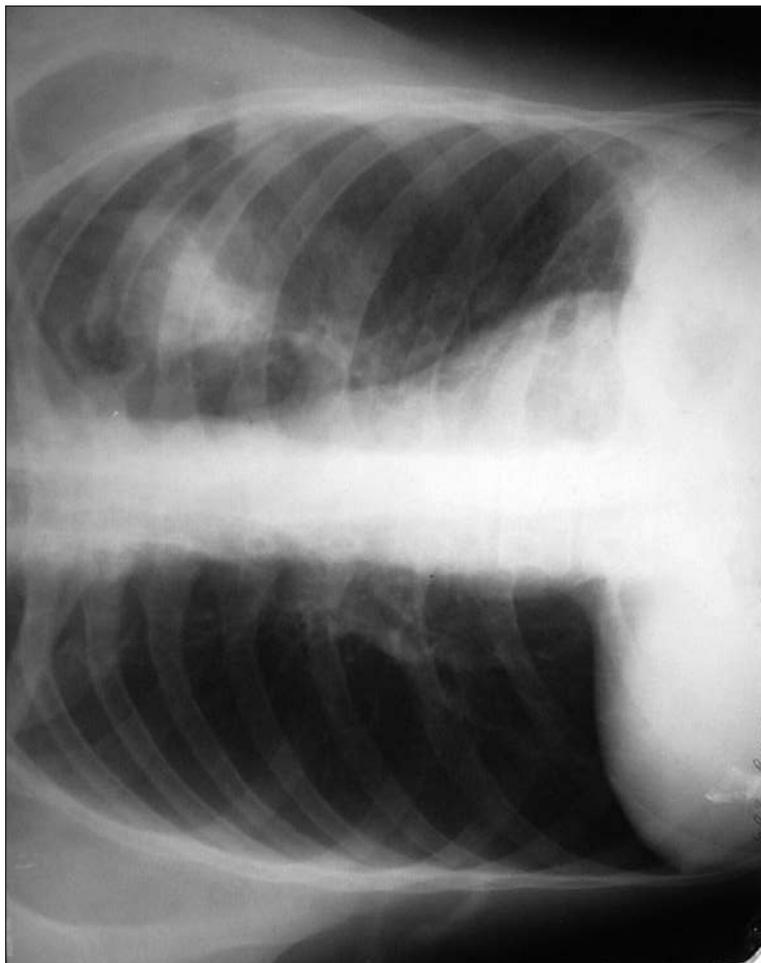


Рис. 25. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Периферический рак левого легкого

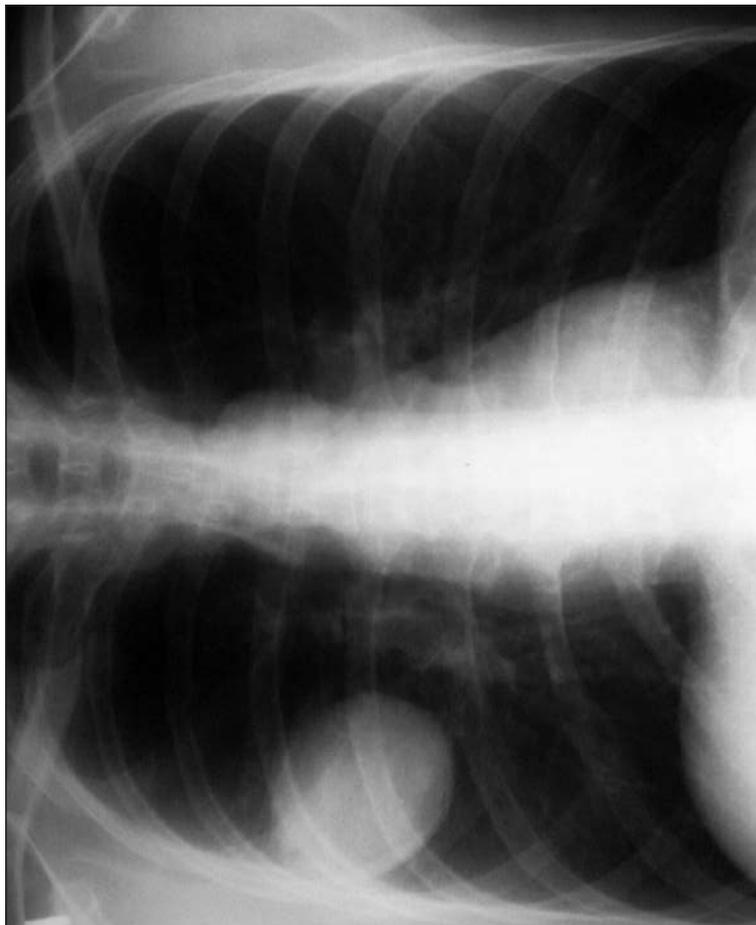


Рис. 26. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Окружное образование справа с четким контуром. Возможно эхинококк легкого

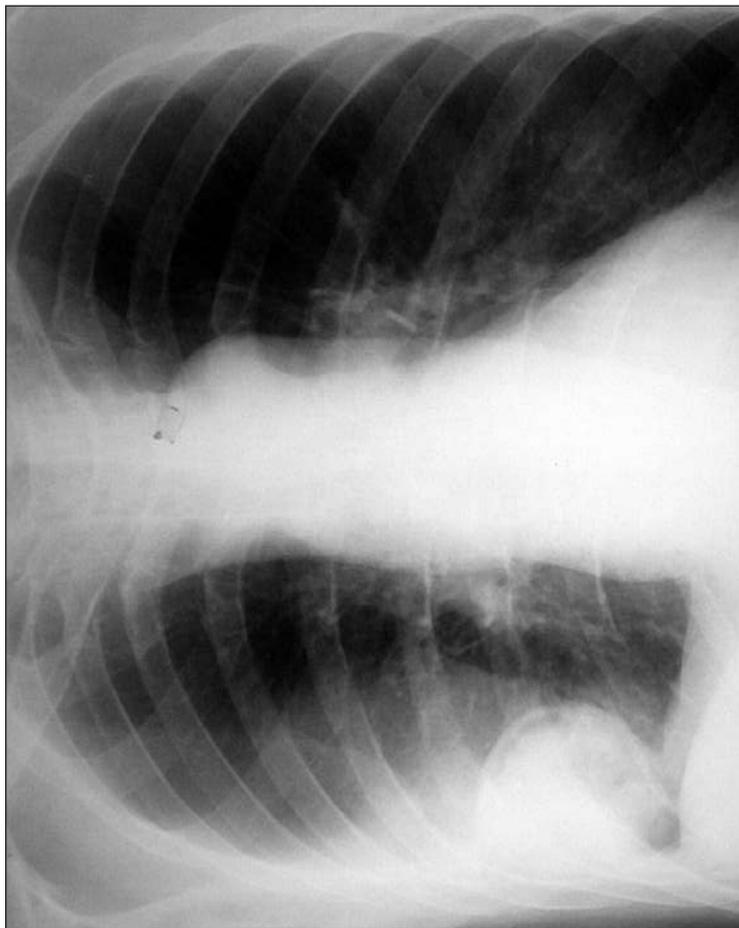


Рис. 27. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Окружное образование правого легкого. Эхинококковая киста легкого. Симптом отслоения (Штерна) – признак гибели паразита

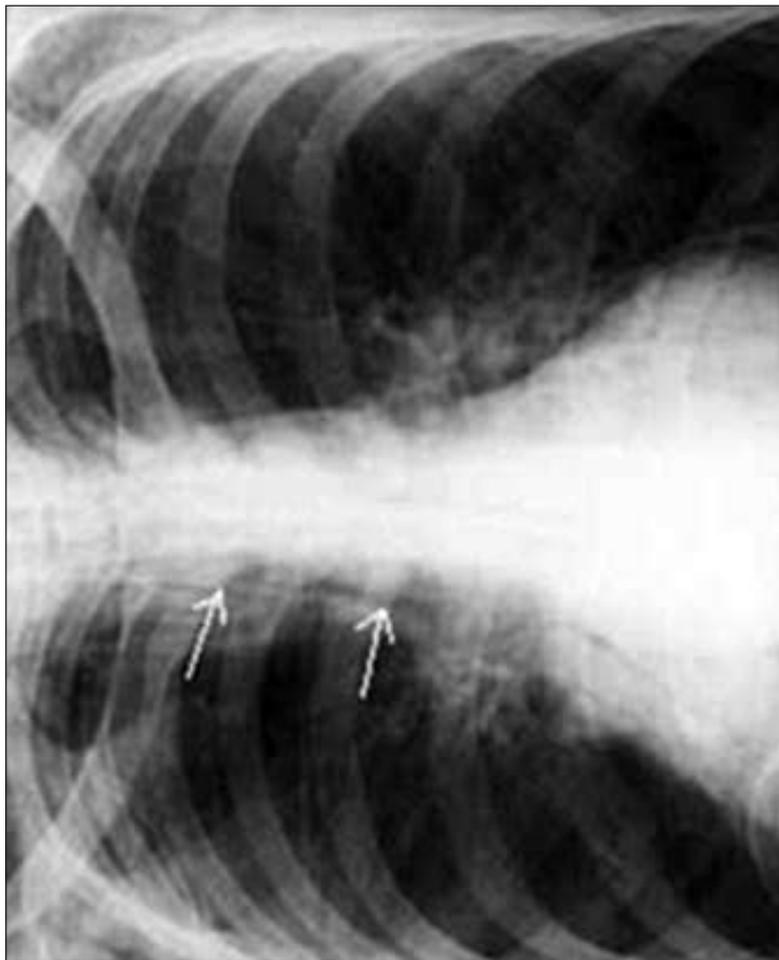


Рис. 28. Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Пневмомедиастинум



Рис. 29. Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария. Дефект наполнения с неровным внутренним контуром пищевода. Рак пищевода



Рис. 30. Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария. Дефект наполнения с неровным внутренним контуром пищевода. Рак пищевода

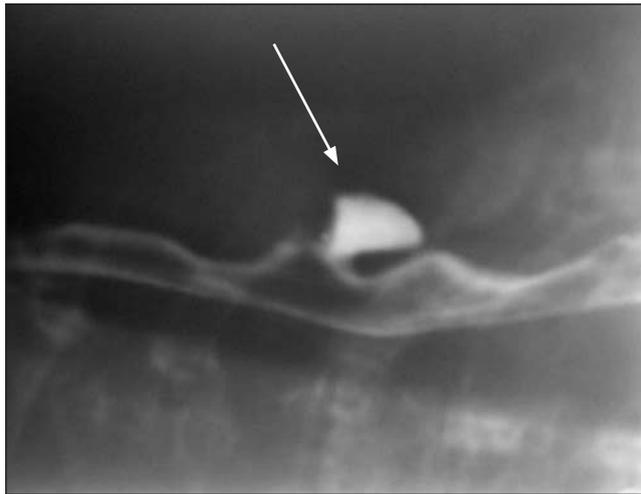


Рис. 31. Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария. Депо бария за контуром пищевода, связанное с просветом пищевода. Дивертикул пищевода

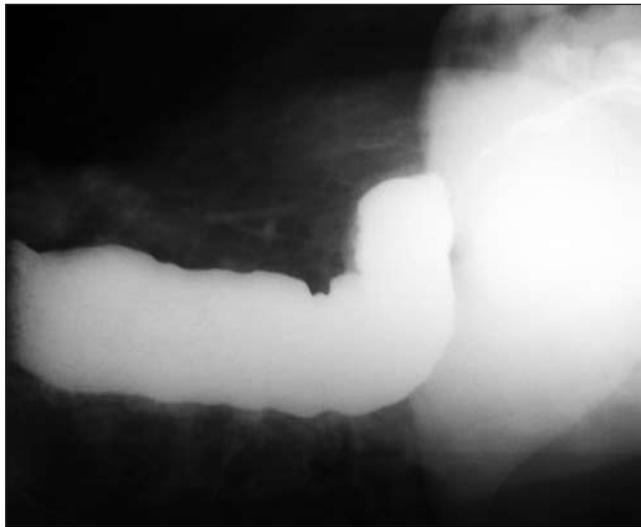


Рис. 32. Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария. Ахалазия кардии. Сужение пищевода в дистальном отделе – симптом «мышинного хвоста» («пламени перевернутой свечи»). Супракардиальное расширение пищевода. S-образный пищевод

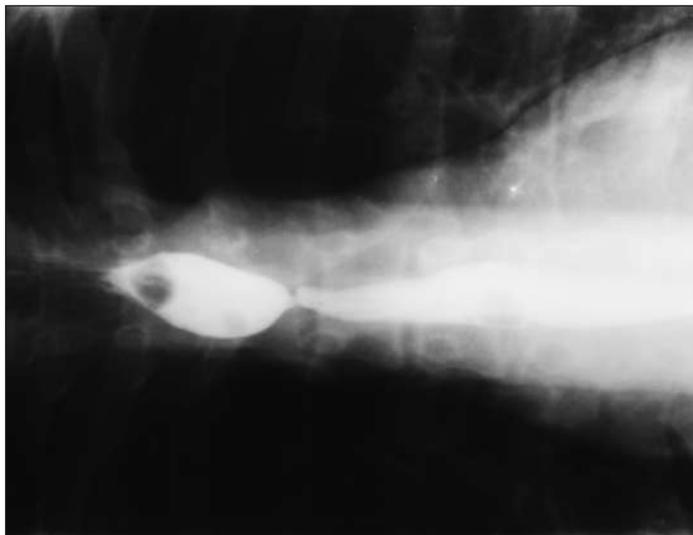


Рис. 33. Рентгеноконтрастное исследование пищевода с сульфатом бария. Дефект наполнения с ровным внутренним контуром.
Рубцовая стриктура пищевода

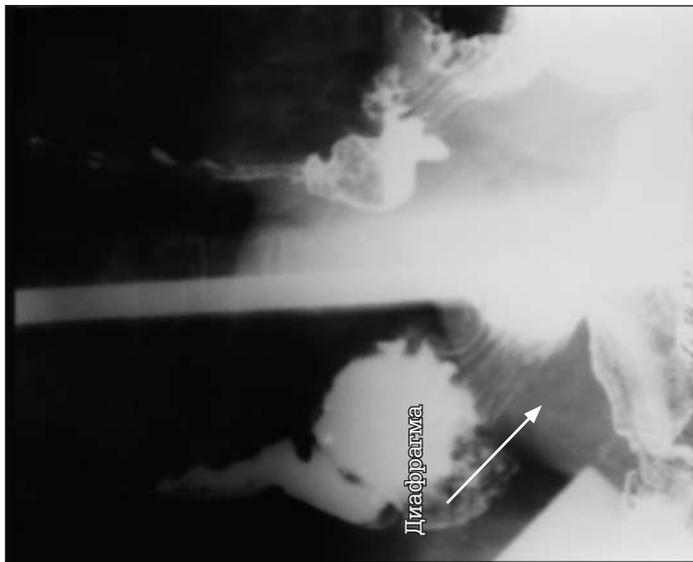


Рис. 34. Контрастная рентгенограмма пищевода и желудка. Делю сульфата бария над диафрагмой. Складки слизистой желудка над диафрагмой. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы



Рис. 35. Контрастная рентгенограмма пищевода и желудка. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Симвлом – «кольцо Сагурна»

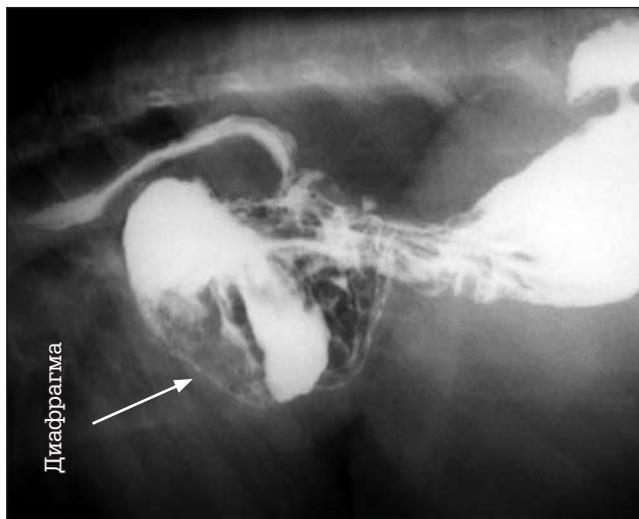


Рис. 36. Контрастная рентгенограмма пищевода и желудка. Дуго сульфата бария над диафрагмой. Складки слизистой желудка над диафрагмой. Дно желудка над диафрагмой. Кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

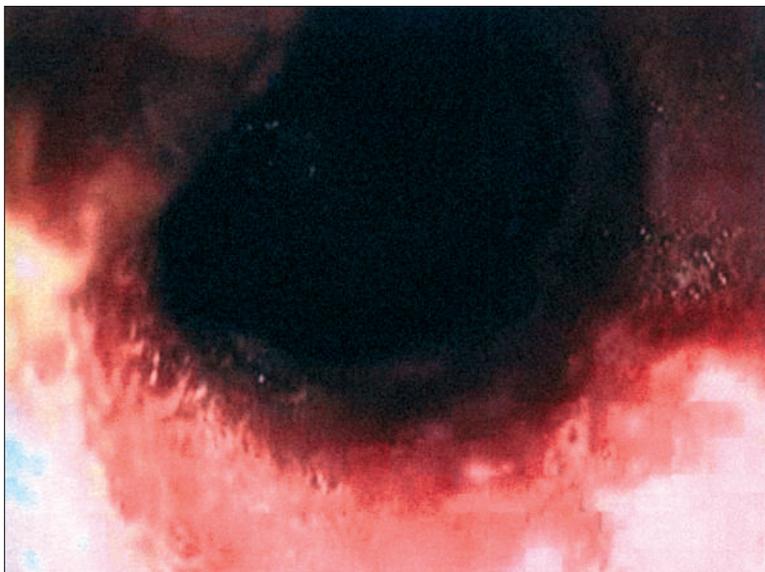


Рис. 37. Эзофагоскопия. Эзофагит тяжелой степени

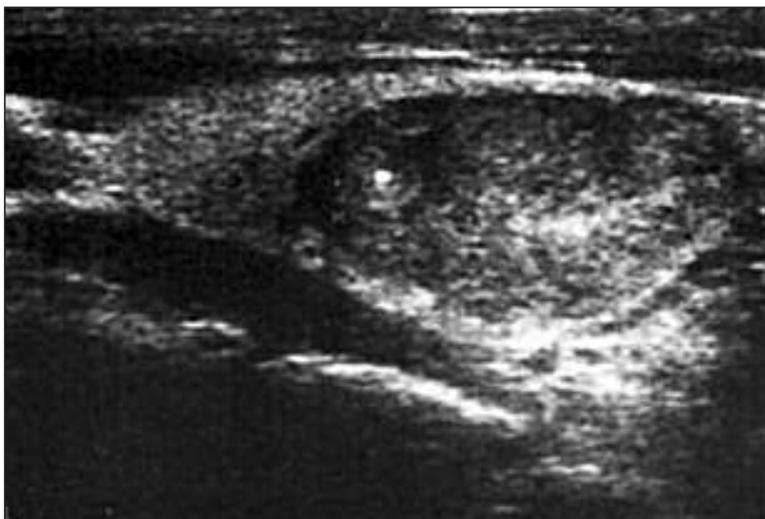


Рис. 38. Ультразвуковое исследование щитовидной железы.
Узел щитовидной железы с чёткими ровными контурами,
кальцинатом в толще узла

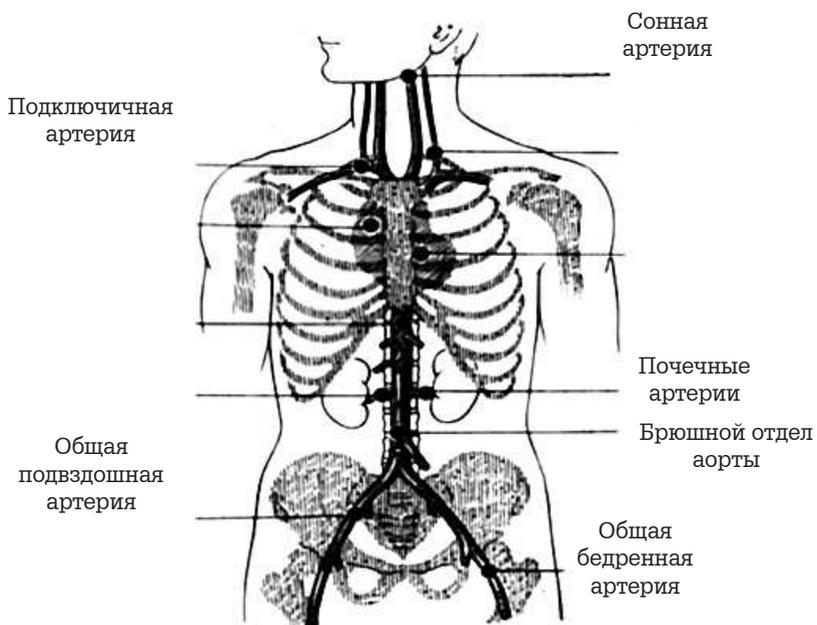
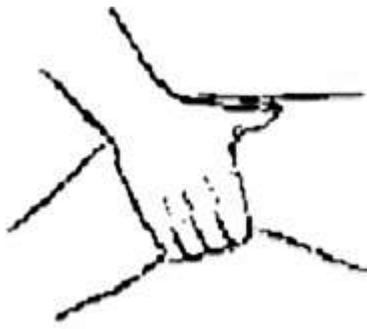


Рис. 39. Точки пальпации и аускультации аорты и магистральных артерий



Методика пальпации общей бедренной артерии



Методика пальпации подколенной артерии (бимануальная пальпация)



Методика пальпации артерии тыла стопы



Методика пальпации задней большеберцовой артерии



Методика пальпации подмышечной артерии



Методика пальпации плечевой артерии

Рис. 40. Методика пальпации артерий нижних и верхних конечностей

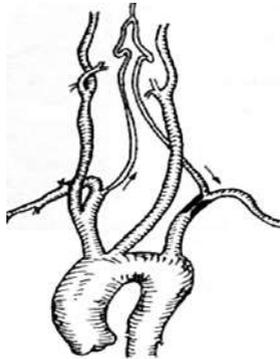


Рис. 41. Схема синдрома «позвоночно-подключичного обкрадывания» при окклюзии 1-го сегмента подключичной артерии (указан ретроградный (обратный) ток крови по позвоночной артерии)

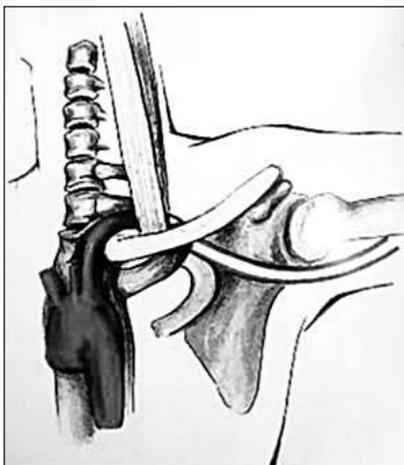
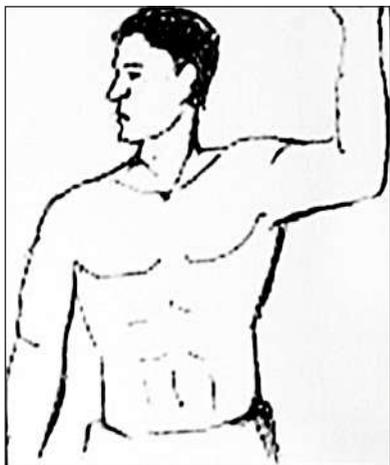


Рис. 42. Проба Эдсона (проба на скаленус – синдром (синдром передней лестничной мышцы))

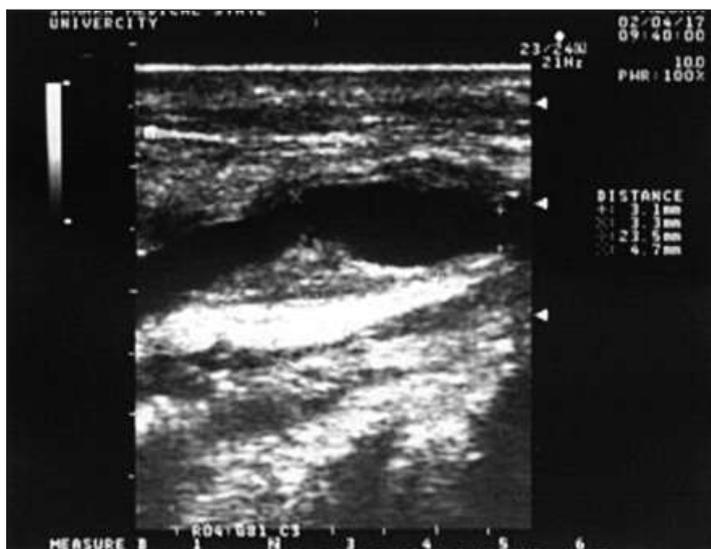


Рис. 43. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. Атеросклеротическая бляшка в бифуркации сонных артерий. Стеноз 70%

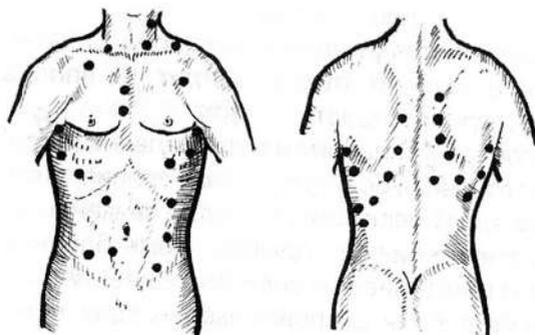


Рис. 44. Точки видимой пульсации артерий при коарктации аорты



Рис. 45. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
Симптом – узурация ребер при коарктации аорты

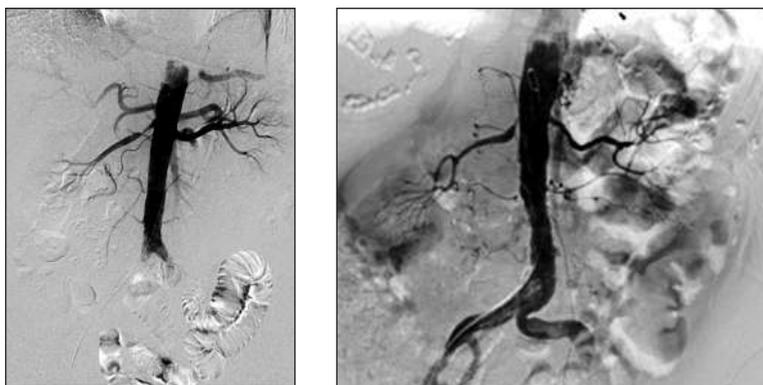


Рис. 46. Трансформальная ангиография аорты и почечных артерий.
Стеноз устья правой почечной артерии

V. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. Для острого аппендицита характерны симптомы: а) Бартомье-Михельсона; б) Кохера-Волковича; в) Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области; г) Мерфи; д) Глинчикова; е) Ровзинга; ж) Щёткина-Блюмберга в правом подреберье; з) Щёткина-Блюмберга во всех отделах живота.

2. Для ущемления грыжи характерны следующие признаки: а) резкие боли в области грыжевого выпячивания; б) внезапное развитие заболевания; в) свободное вправление грыжи в свободную брюшную полость; г) внезапное прекращение возможности вправиться в брюшную полость; д) появление симптомов кишечной непроходимости; е) наличие симптома «кашлевого толчка»; ж) исчезновение симптома «кашлевого толчка», з) невозможно проверить симптом вправимости и «кашлевого толчка».

3. Невправимость грыжи является следствием: а) спаечного процесса между содержимым грыжевого мешка и стенкой мешка; б) спаечного процесса между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника; в) спаечного процесса между грыжевым мешком и окружающими его тканями; г) несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот.

4. Для острого холецистита не характерно: а) симптом Кера; б) симптом Мерфи; в) напряжение мышц в правом подреберье и положительный симптом Щёткина-Блюмберга; г) симптом Курвуазье; д) симптом Мюсси-Гергиевского; е) симптом Ситковского.

5. Чем можно объяснить интермиттирующую желтуху? А) вклиненным камнем терминального отдела холедоха; б) опухолью холедоха; в) камнем пузырного протока; г) вентильным камнем холедоха.

6. Симптом Курвуазье характерен для: а) хронического калькулёзного холецистита; б) рака головки поджелудочной железы; в) острого панкреатита; г) цирроза печени; д) рака тела поджелудочной железы; е) холедохолитиаза; ж) водянки желчного пузыря.

7. Для механической желтухи при холедохолитиазе характерно: а) желтушность кожных покровов; б) увеличенный безболезненный желчный пузырь; в) потемнение кала; г) отсутствие стула; д) обесцв-

ченный кал; е) рост прямой фракции билирубина; ж) рост непрямой фракции билирубина; з) расширение холедоха более 10 мм.

8. Оптимальным методом диагностики холедохолитиаза в поликлинических условиях будет: а) ретроградная холедохопанкреатографии; б) УЗИ брюшной полости; в) обзорная рентгенография брюшной полости; г) чрескожная чреспечёночная холангиография; д) фиброгастродуоденоскопия.

9. Симптом Ортнера – это: а) появление боли при поколачивании правой поясничной области; б) болезненность при поколачивании ребром ладони по правой рёберной дуге; в) пальпация увеличенного безболезненного желчного пузыря; г) отсутствие перистальтики.

10. Интраоперационная холангиография используется для: а) исследования тонуса сфинктера Одди; б) исследования перистальтики общего желчного протока; в) ретроградного заполнения внутрипечёночных желчных протоков; г) исключения конкрементов во внепечёночных желчных протоках; д) выявлении холангита.

11. Симптом Воскресенского при остром панкреатите – это: а) пятна цианоза на боковых стенках живота; б) болезненность в левом рёберно-позвоночном углу; в) исчезновение пульсации брюшной аорты при сохранении пульса на бедренных артериях; г) исчезновение пульсации брюшной аорты и бедренных артерий; д) появление иктеричности склер.

12. Наличие болезненности при пальпации в рёберно-позвоночном углу слева расценивается как положительный симптом: а) Керте; б) Щёткина-Блюмберга; в) Воскресенского; г) Мейо-Робсона; д) Мюсси-Георгиевского.

13. Больному с клиническими проявлениями острого панкреатита выполнена диагностическая лапароскопия. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны при исследовании? а) кровь; б) гнойный выпот; в) геморрагический выпот; г) увеличенный желчный пузырь; д) бляшки стеатонекроза – «стеариновые» бляшки на висцеральной брюшине и большом сальнике.

14. Какие методы исследования Вы будете использовать у больного при подозрении на острый панкреатит? А) диагностический пневмоперитонеум; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) исследование амилазы крови и диастазы мочи; г) гастродуоденоскопия; д) лапароскопия; е) исследование щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы; ж) УЗИ брюшной полости.

15. Симптом Гобиа при обзорной рентгенографии брюшной полости характерен для: а) острой кишечной непроходимости; б) перфоративной язвы желудка; в) острого панкреатита; г) инвагинации кишечника; д) болезни Крона.

16. Симптом Склярова – это: а) многократная рвота; б) частый жидкий стул; в) « шум плеска» при баллотации передней брюшной стенки в области перерастянутой петли кишечника; г) «зияние» ануса; д) асимметрия живота.

17. Симптом Валя – это: а) наличие белка в моче; б) асимметрия живота из-за раздутой петли кишечника; в) исследование пассажа бария по кишечнику; г) наличие крови в кале; д) усиленная перистальтика с металлическим оттенком; е) схваткообразная боль на высоте перистальтической волны.

18. Характерными рентгенологическими признаками кишечной непроходимости являются: а) дефект наполнения; б) «симптом ниши»; в) чаши Клойбера; г) пневматоз кишечника; д) свободный газ под правым куполом диафрагмы; е) складки Керкринга; ж) с-м Цеге-Мантейфеля.

19. Динамическое рентгено-контрастное исследование ЖКТ с сульфатом бария носит название: а) проба Манту; б) проба Напалкова-Шварца; в) проба Штанге-Сообразе; г) проба «белого пятна»; д) проба Опделя.

20. При физикальном обследовании больного с разлитым перитонитом выявляются следующие клинические признаки: а) напряжение мышц живота; б) резкая болезненность при пальпации живота во всех отделах; в) симптом « нависания стенки прямой кишки» без признаков болезненности стенки кишки; г) отсутствие движений передней брюшной стенки при дыхании; д) резкое усиление перистальтики кишечника; е) положительный симптом «Ваньки-встаньки»; ж) положительный симптом Щёткина-Блумберга над всей поверхностью живота.

21. Что вызывает исчезновение печёночной тупости при прободной язве желудка? А) вздутие кишечника; б) высокое стояние диафрагмы; в) интерпозиция петель кишечника между печенью и брюшной стенкой; г) наличие свободного газа в брюшной полости; д) наличие свободной жидкости в брюшной полости.

22. При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является: а) рентгеноскопия желудка с сульфатом

бария; б) обзорная рентгенография брюшной полости; в) экстренная фиброгастроуденоскопия; г) ангиография; д) лапароскопия.

23. К характерным признакам стеноза привратника относят: а) желтуху; б) «шум плеска» натошак; в) исчезновение печёночной тупости; г) опущение нижней границы желудка; д) симптом Щёткина-Блумберга.

24. Для какого осложнения язвенной болезни желудка характерна рвота по типу «кофейной гущи»? а) пенетрация язвы в малый сальник; б) прикрытая перфорация; в) декомпенсированный стеноз пилородуоденального отдела; г) малигнизация язвы кардиального отдела желудка; д) кровотечение

25. К эндоскопическим признакам малигнизации язвы относят: а) исчезновение подрытости краёв язвы; б) формирование «круглой» язвы; в) фестончатость краёв язвы; г) усиление конвергенции складок вокруг язвы; д) исчезновение конвергенции складок вокруг язвы; е) повышенная контактная кровоточивость.

26. Под термином «метастаз Вирхова» подразумевается: а) метастаз в клетчатку малого таза; б) метастаз в яичники; в) метастаз в пупок; г) метастаз в левый надключичный лимфоузел; д) метастаз в лёгкие.

27. Видимая значительная венозная коллатеральная сеть на передней брюшной стенке в околопупочной области носит название: а) кольцо Сатурна; б) корона Венеры; в) голова Медузы; г) симптом Мондора.

28. Спленомегалия, «голова Медузы» и асцит проявляются при: а) вирусном гепатите В; б) перикардите; в) портальной гипертензии; г) хроническом панкреатите.

29. Наиболее информативным методом диагностики варикозного расширения вен пищевода является: а) ультразвуковая томография; б) эзофагоскопия; в) обзорная рентгенография пищевода; г) спленопортография.

30. Хирург поликлиники выявил у больного с хроническим абсцессом правого лёгкого явления пиопневмоторакса. Для этого осложнения на рентгенограмме грудной клетки характерно: а) симптом Дегио; б) тень коллабированного лёгкого с чёткой наружной границей; в) косящая линия уровня жидкости в плевральной полости; г) горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости; д) участок округлого затемнения с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха.

31. К признакам дыхательной недостаточности относят: а) частота дыхания больше 22 в минуту; б) частота дыхания менее 16 в мину-

ту; в) поверхностное дыхание; г) дыхание Чейн-Стокса; д) акроцианоз; е) бледность кожных покровов; ж) брадикардия; з) тахикардия.

32. На обзорной рентгенограмме грудной клетки Вы обнаружили круглую тень в лёгком с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха. Какой наиболее вероятный диагноз у больного? А) рак лёгкого; б) пневмония; в) туберкулёз; г) острый абсцесс лёгкого в стадии до прорыва в бронх; д) острый абсцесс лёгкого в стадии после прорыва в бронх; е) хронический абсцесс; ж) эхинококк лёгкого; з) бронхоэктатическая болезнь.

33. Рентгенологическим признаком центрального рака лёгкого является: а) округлое затемнение с нечёткими контурами; б) округлое затемнение с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха; в) округлое затемнение без уровня жидкости с воспалительным инфильтратом вокруг; г) треугольная тень с вершиной, обращённой к корню; д) тень поджатого лёгкого с чёткой наружной границей.

34. Рентгенологическим признаком периферического рака лёгкого является: а) округлое затемнение с нечёткими контурами; б) округлое затемнение с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха; в) ателектаз доли или лёгкого; г) тень поджатого лёгкого с чёткой наружной границей.

35. Парадоксальная дисфагия характерна для: а) рака пищевода; б) Ценкеровского дивертикула; в) ахалазии кардии; г) рубцовой стриктуры пищевода; д) медиастинита.

36. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является: а) эзофагоскопия; б) контрастное рентгеновское исследование пищевода; в) пневмомедиастинография; г) компьютерная томография; д) эзофагманометрия.

37. Дефект наполнения с неровным внутренним контуром при рентгеноконтрастном исследовании пищевода характерен для: а) рака пищевода; б) Ценкеровского дивертикула; в) ахалазии кардии; г) рубцовой стриктуры пищевода; д) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

38. Характерными признаками злокачественной опухоли молочной железы являются: а) неподвижность молочной железы по отношению к большой грудной мышце; б) опухоль мягкой консистенции; в) чёткие границы опухоли; г) наличие «лимонной корочки»; д) симптом Прибрама.

39. При обследовании больной с диффузно-токсическим зобом хирург поликлиники определил ряд симптомов. Какие из них не являются следствием тиреотоксикоза? А) симптомы Греффе и Мебиуса б) тахикардия в) синдром верхней полой вены г) тремор конечностей д) экзофтальм

40. У больной после струмэктомии появились судороги, симптомы Хвостека и Труссо. Ваш диагноз: а) гипотиреоз, б) тиреотоксический криз, в) травма гортанных нервов, г) гипопаратиреоз, д) остаточные явления тиреотоксикоза.

41. Синдром Лериша – это окклюзия: а) бедренной артерии; б) подколенной артерии; в) бифуркации аорты и подвздошных артерий; г) почечных артерий; д) лёгочной артерии; е) сонной артерии.

42. При хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей необходимо проведение: а) пальпации грудной клетки; б) пальпации и аускультации артерий конечности; в) сравнительной перкуссии; г) пробы «белого пятна»; д) пробы Штанге-Сообразе; е) холодовой пробы.

43. Какой главный признак отличает острую артериальную непроходимость от других заболеваний конечностей: а) боль; б) потеря чувствительности; в) отсутствие пульсации артерий; г) потеря движений; д) гиперемия; е) отек.

44. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (stilt-syndrom) развивается при: а) окклюзии 1-го сегмента позвоночной артерии; б) окклюзии 2-го сегмента позвоночной артерии; в) окклюзии 1-го сегмента подключичной артерии; г) окклюзии внутренней сонной артерии; д) окклюзии внутричерепной части позвоночной артерии; е) окклюзии лучевой артерии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до 37,5 градусов. Больная принимала анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние удовлетворительное. Язык суховат, обложен белым налётом. В правой подвздошной области пальпируется образование размером 12x8 см, плотно-эластической конси-

стенции, неподвижное, с чёткими границами, умеренно болезненное. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты в крови 11×10^9 /л. О каком заболевании можно думать?

2. Больной, 32 лет, обратился с жалобами на небольшие боли в правой подвздошной области, появившиеся 8 часов назад. Сначала появились сильные боли в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,6. Затем через 4 часа боли локализовались в правой подвздошной области и стали заметно меньше. Но не исчезли совсем. При осмотре – язык сухой, отмечается болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Положительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоцитоз 10×10^9 /л. Ваш диагноз?

3. Больной в возрасте 72 лет в течение последних 4 лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделялась вялой струёй, появились частые позывы на мочеиспускание. Год назад больной отметил в обеих паховых областях выпячивания округлой формы размером 5x5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Эти выпячивания безболезненные, мягкой консистенции. Сформулируйте диагноз.

4. Больная 46 лет в течение 3 лет страдает невправимой пупочной грыжей. В последние 3 дня у больной в области выпячивания появились гиперемия кожи, отёчность и резкая болезненность при пальпации. Поднялась температура до 38 градусов. При осмотре врач отметил, что пальпация живота безболезненная, симптомов раздражения брюшины нет. Какое возникло осложнение?

5. Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38. Состояние больной тяжёлое, число дыханий 30 в минуту, пульс 110 в минуту. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот напряжён и резко болезненный в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. В правом подреберье определяется симптом Щёткина-Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Лейкоцитоз – 18×10^9 /л. Ваш предварительный диагноз?

6. У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, повышение температуры, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита

не нарастали. Билирубин крови 80 мкмоль/л, повышение за счёт прямой фракции, лейкоцитоз до 18×10^9 /л. О каком осложнении можно думать? Какие диагностические исследования подтвердят Ваши предположения?

7. У больного 32 лет после погрешности в еде через 12 часов появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, слабость, была кратковременная потеря сознания. Известно, что пациент страдает желчно-каменной болезнью. Состояние больного тяжёлое, заторможен, склеры иктеричны. Пульс 110 в минуту, АД 70 и 40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота. Аускультативно перистальтика не определяется. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Диастаза мочи 512 Ед. Какой предварительный диагноз можно поставить? Какими специальными методами исследования диагноз можно уточнить?

8. У больной 68 лет через 4 часа после приёма жирной пищи появились сильные боли в животе с иррадиацией в спину, рвота с примесью желчи. Из анамнеза известно, что больная страдает хроническим калькулёзным холециститом. Состояние больной средней степени тяжести, стонет от боли в животе, пульс 98 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, пальпаторно определяется выраженная болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Положительный симптом Мейо-Робсона. Перистальтика ослаблена. Температура 37,1. Лейкоцитоз – 9×10^9 /л. Какое заболевание следует заподозрить? Какими исследованиями мочи и крови можно подтвердить диагноз?

9. Больному 59 лет, поступившему с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью произведена лапароскопия. При лапароскопии отмечено, что в брюшной полости имеется умеренное количество геморрагического выпота, на большом сальнике – пятна жирового некроза по типу «стеариновых бляшек». Область гепато-дуоденальной связки пропитана кровью. При исследовании – содержание амилазы в выпоте из брюшной полости повышено. Ваш диагноз?

10. У больной 28 лет вскоре после еды появились резкие боли в животе, которые приняли схваткообразный характер, была многократная рвота, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние сред-

ней степени тяжести, беспокойна, стонет. Пульс 80 в минуту, язык сухой, живот умеренно вздут. В правой подвздошной области старый рубец после аппендэктомии. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена. Определяется «шум плеска». При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечается повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости в мезогастральной области. Укажите характер заболевания и наиболее вероятную её причину.

11. У больного 70 лет ,страдающего запорами, за сутки до поступления в клинику появились умеренные боли в нижних отделах живота, которые приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние средней тяжести, пульс 90 в минуту. Язык обложен белым налётом, суховат. При осмотре- правая половина живота вздута, левая западает. Живот мягкий, болезненный в правой половине, где пальпируется плотно-эластической консистенции образование 15х20 см, над которым определяется тимпанит, положительный «шум плеска». Симптомов раздражения брюшины нет, перистальтические шумы ослаблены. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен пневматоз тонкой и толстой кишки ,чаши Клойбера в толстом кишечнике. Какой диагноз Вы поставите больному?

12. У больного 58 лет 3-е суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал грелку к животу, после чего боли стихали. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжёлое. Сознание спутанное. эйфоричен. Пульс 128 в минуту. АД 95 и 60 мм рт ст. Язык сухой. Живот напряжён и болезненный во всех отделах, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга определяется во всех отделах. Лейкоцитов крови 18×10^9 /л. Укажите наиболее вероятную причину данного состояния.

13. У больного 18 лет 2 часа назад внезапно появились «кинжальные» боли в эпигастрии, а затем боли по всему животу. Ранее беспокоила изжога, боли натошак, ночью. Состояние больного средней степени тяжести. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, напряжение мышц, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Печёночная

тупость отсутствует. Температура 36,6. Лейкоциты – $7,1 \times 10^9$ /л. Поставьте диагноз. Какие методы диагностики Вы будете использовать для подтверждения диагноза?

14. У больного 39 лет, страдающего в течение многих лет язвой ДПК, появилось чувство тяжести в желудке после еды, периодически возникает рвота съеденной накануне пищей. Состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий. Натощак определяется «шум плеска». При рентгеноскопии установлено, что желудок значительных размеров, начальная эвакуация замедлена, пилородуоденальный отдел сужен, через 12 часов часть бариевой взвеси остаётся в желудке. Поставьте диагноз.

15. У больного 26 лет 4 часа назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота по типу «кофейной гущи». Состояние больного тяжёлое. кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, пульс 110 в минуту, слабого наполнения. АД 90 и 60 мм рт.ст. При фиброгастроскопии выявлена кровь в просвете желудка, на задней стенке ДПК имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. При лабораторном исследовании Hb 70 г/л. Ваш диагноз?

16. Больной 58 лет длительное время страдает язвенной болезнью желудка. За последние месяцы отмечает уменьшение болевого симптома, но появились общее недомогание, утомляемость, повышенная потливость, отсутствие аппетита. Какое обследование надо выполнить больному для установления диагноза заболевания?

17. У больного с кровотечением в желудочно-кишечный тракт выявлено увеличение размеров печени, имеется асцит, расширены вены передней брюшной стенки. Поставьте диагноз. Ваши действия?

18. У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура тела до 39 градусов, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура сохранялась 8 дней, несмотря на консервативное лечение. затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом. Температура снизилась до субфебрильных цифр, больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабление дыхания. Какое заболевание Вы заподозрили у больного? Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

19. У больного 48 лет в течении трёх недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого лёгкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без чётких границ. На боковом снимке определяется ателектаз 3 сегмента. Ваш предварительный диагноз?

20. У больного 30 лет, считающего себя совершенно здоровым, при профилактическом осмотре в верхней доле правого лёгкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень с чёткими границами диаметром 6 см. При рентгеноскопии грудной клетки – при вдохе и выдохе изменяется форма кисты. Какое заболевание можно предположить?

21. На приём к хирургу обратился больной с жалобами на слабость и повышение температуры до 38 градусов. Из анамнеза выяснено, что в течение 3 недель он находился на лечении в стационаре по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. Выписан 6 суток назад. При рентгенологическом обследовании обнаружено затемнение в правом лёгком и горизонтальный уровень жидкости до угла лопатки. Ваш предварительный диагноз?

22. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после еды и в положении лёжа. В положении стоя боли и жжение уменьшаются. В анализах крови – умеренная гипохромная анемия. О каком заболевании Вы подумаете?

23. Больной 48 лет, у которого ранее был диагностирован дивертикул Ценкера, доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоковом состоянии, температура 39,5, лейкоцитоз $20,0 \times 10^9/\text{л}$. При обзорной рентгенографии грудной клетки – расширение средостения, скопление воздуха и жидкости в средостении и левой плевральной полости. Ваш предварительный диагноз?

24. Больная 39 лет обратилась в онкологический кабинет поликлиники с жалобами на наличие в верхне-наружном квадранте правой молочной железы уплотнения размером 5x4 см, без чётких границ, безболезненного, с симптомом «лимонной корочки» над ним. Положительный с-м Прибрама. В правой подмышечной области по краю большой грудной мышцы имеется плотный, ограниченно подвижный, лимфатический узел размером 2x1 см. О каком заболевании Вы подумаете?

25. Больная 32 лет предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость, утомляемость, похудание на 20 кг. Больна в течение года. При осмотре определяется увеличение передней поверхности шеи, щитовидная железа диффузно увеличена, плотной консистенции, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, выраженный экзофтальм. Какой диагноз Вы поставите?

26. У больной 32 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией, внезапно возникли резкие боли в левой голени и стопе. Больная осмотрена через 1 час на дому. Она стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, активные движения в голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульсация бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой отчётливая, пульсация на подколенной артерии и артериях голени и стопы не определяется. Что случилось с больной?

27. У больного 30 лет 3 месяца назад появилась перемежающаяся хромота – через каждые 300 метров он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в 1-ом пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные отделы стоп багрово-синюшного цвета. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях сохранен. На бедренной и подвздошных артериях пульс сохранён, шумов не выслушивается. Какое заболевание у больного?

28. У больного 65 лет стали появляться боли в икроножных мышцах справа при прохождении 50 метров, нога стала мёрзнуть даже в летнее время. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева. Пульс на правой конечности определяется только на бедренной артерии, резко ослаблен. На подвздошных артериях пульс не определяется, систолический шум при аускультации брюшного отдела аорты. Какой диагноз следует поставить больному?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1. а, б, в, е.	16. в.	31. а, в, д, з.
2. а, б, г, д, з.	17. б.	32. д, е.
3. в.	18. в, г, е.	33. г.
4. г, е.	19. б.	34. а.
5. г.	20. а, б, г, ж.	35. в.
6. б.	21. г.	36. б.
7. а, д, е, з.	22. б.	37. а.
8. б.	23. б, г.	38. а, г, д.
9. б.	24. д.	39. в.
10. г.	25. а, в, д, е.	40. г.
11. в.	26. г.	41. в.
12. г.	27. в.	42. б, г.
13. в, д.	28. в.	43. в.
14. в, д, ж.	29. б.	44. в.
15. в.	30. г.	

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Острый аппендицит.
3. Двусторонняя прямая паховая вправимая грыжа.
4. Воспаление грыжи.
5. Острый холецистит.
6. У больной с острым холециститом возник холедохолитиаз и развился гнойный холангит. Необходимо УЗИ брюшной полости – выявляется увеличение диаметра холедоха более 10 мм.
7. Острый панкреатит. Необходимо проведение УЗИ брюшной полости, при необходимости – лапароскопии.
8. Острый панкреатит. Исследование амилазы крови и диастазы мочи.
9. Острый панкреатит, геморрагический панкреонекроз.
10. Спаечная кишечная непроходимость.
11. Острая кишечная непроходимость. Возможно, заворот сигмовидной кишки.

12. Перитонит вследствие деструктивных изменений в червеобразном отростке.

13. Перфорация гастродуоденальной язвы. Обзорная рентгенография брюшной полости.

14. Язвенная болезнь желудка и ДПК, язва ДПК, осложнённая стенозом привратника, стадия субкомпенсации.

15. Кровотечение из язвы ДПК, FORREST IA.

16. Нельзя исключить малигнизацию язвы. Необходимо выполнить фиброгастроскопию с прицельной биопсией.

17. Цирроз печени с синдромом портальной гипертензии, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Необходимо выполнить эзофагоскопию. При признаках продолжающегося кровотечения использовать зонд Блекмора.

18. У больного острый абсцесс правого лёгкого в стадии прорыва в бронх. Необходимо исследовать лейкоциты крови, мокроту на ВК. Решающее значение имеет рентгенологическое исследование – обзорная рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекции. При этом отмечается неомогенное округлое затемнение с перифокальной зоной инфильтрации и с горизонтальным уровнем жидкости и воздуха. Придать больному положение постурального дренажа.

19. Центральный рак правого лёгкого.

20. Симптом Немирова. Свидетельствует о тонкостенном образовании в лёгком, возможно эхинококковая киста.

21. Возможно развитие острого абсцесса лёгкого, осложнённого пиопневмотораксом.

22. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита.

23. Перфорация дивертикула пищевода с развитием медиастинита.

24. Узловая форма рака молочной железы.

25. Диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз.

26. Эмболия сосудов нижних конечностей. Необходимо срочно направить пациентку в специализированное ангиохирургическое отделение.

27. Облитерирующий тромбангиит.

28. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Стеноз брюшного отдела аорты, окклюзия подвздошной артерии справа. хроническая ишемия нижних конечностей 2Б стадии.

Учебное издание

**СИМПТОМЫ,
КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ СТУДЕНТ,
ОКОНЧИВШИЙ КУРС
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

Учебно-методическое пособие для студентов

Составители:

*Вачёв А.Н., Калимуллин Х.А.,
Адъишин-Заде Э.Э., Фролова Е.В.,
Дмитриев О.В., Боклин А.А.,
Головин Е.А, Козлов А.А.*

Под редакцией проф. **Вачёва А.Н.**

Подписано в печать _____.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,99 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № _____.

Отпечатано в типографии ООО «Офорт».