

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
« СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ »
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА АНАТОМИИ С
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИЕЙ**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»
для студентов 4 курса по специальности
31.05.01 Лечебное дело (специалитет)**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
по дисциплине «ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»
для студентов 4 курса по специальности
31.05.01 Лечебное дело (специалитет)

Занятие 1.

Топографическая анатомия груди.

1-в. Больной Т., 29 лет, получил удар в правую половину груди тупым предметом на уровне VII ребра. Повреждение каких анатомических образований и слоев грудной стенки явилось причиной гемоторакса?

2-в. По скорой помощи доставлен П., 18 лет, с колото-резаной раной VI межреберья по передней подмышечной линии справа. На рентгенограмме определяются гемо- и пневмоторакс. Повреждение каких анатомических образований необходимо заподозрить в первую очередь?

3-в. Больной С., 19 лет, заболел гриппом. На 3 сутки у него появились сильные боли в лопаточных областях (при рентгеноскопии груди патологических изменений не обнаружено). С чем связаны эти боли?

4-в. У больной Ж., 44 лет, при маммографии обнаружен рак молочной железы. Какие дополнительные обследования необходимы для решения вопроса о возможности радикальной операции?

5-в. Почему осмотр и пальпацию пациентки при подозрении на рак молочной железы проводят при различных положениях туловища (вертикальное, горизонтальное, сидячее, коленно-локтевое) и верхней конечности (отведена в сторону, поднята вверх, ладонь на затылке и др.)?

6-в. У больной У., 35 лет, имеется ограничение смещаемости молочной железы по сравнению с противоположной. Назовите заболевания молочной железы, одним из симптомов которых является ограничение смещаемости этого органа.

7-в. У больного К., 33 лет, имеется проникающая резаная рана передней отдела грудной стенки на уровне III межреберья по средней ключичной линии слева. Перечислите слои, составляющие стенки раны.

8-в. У больной обнаружены переломы нижних ребер. Предъявляет жалобы на боли в верхнем отделе живота. Какие органы брюшной полости могут быть повреждены?

9-в. У больного имеются переломы правых нижних ребер в задних отделах и болезненность в верхней половине правой поясничной области. Какие органы брюшинного пространства могут быть повреждены?

10-в. Больная доставлена в больницу с диагнозом «мастит». Укажите локализации гнойных скоплений при воспалении молочной железы?

11-в. У больного выпотной плеврит. В каком плевральном синусе прежде всего скапливается жидкость?

12-в. Больному П., 53 лет, по поводу ХНЗЛ (хронического неспецифического заболевания легкого) выполняют правостороннюю пневмонэктомию. Какие кровеносные сосуды, прилегающие к правому главному бронху, могут быть повреждены при пневмонэктомии?

13-в. Больному З., 68 лет, по поводу бронхогенного рака левого легкого производят пневмонэктомию. Какие кровеносные сосуды могут быть повреждены при обработке левого главного бронха?

Занятие 2.

Топографическая анатомия груди.

1-в. У больного В., 57 лет, после удаления верхней доли левого легкого в плевральной полости при пункции обнаружена желтовато-молочная жидкость. С чем связано и как называется это осложнение?

2-в. У больного У., 63 лет, после операции на медиальной поверхности нижней доли правого легкого при пункции плевральной полости обнаружена желтовато-молочная жидкость. С чем это связано? Как называется это осложнение.

3-в. В поликлинику обратился больной А., 27 лет, с жалобами на охриплость голоса. Со стороны верхних дыхательных путей патологических изменений не обнаружено. Сделана рентгеноскопия груди. Укажите, какое образование может быть сдавлено опухолью (или воспалительным инфильтратом) с последующим изменением тембра голоса?

4-в. На рентгенограмме груди у больной М., 10 лет, обнаружено инородное тело в правом главном бронхе. Какие особенности объясняют наиболее частую (70%) локализацию инородного тела в правом главном бронхе?

5-в. У больного Л., 30 лет, проникающая рана груди в проекции сердца. От чего может погибнуть больной? Что значит «опасная» область груди?

6-в. При мобилизации задней стенки грудного отдела пищевода появилась желтовато-молочная жидкость. Какое образование повреждено? Как поступают в случае возникновения этого осложнения?

7-в. Больной Н., 18 лет, проглотил инородное тело и отмечает загрудинные боли. В каких отделах грудной части пищевода наиболее часто задерживаются инородные тела?

8-в. У больного Б., 40 лет, гидроперикард. В какой пазухе перикарда при положении больного на спине скапливается патологическая жидкость? Чем ограничена эта пазуха спереди, сзади, снизу и справа, слева и сверху?

15-9-в. Через какую пазуху перикарда во время операции на сердце накладывают турникет на восходящую часть аорты и легочный ствол? Чем ограничена эта пазуха спереди и сверху, сзади, снизу?

15-10-в. Маше З., 5 лет, необходимо выполнить оперативный доступ к открытому артериальному (Боталлову) протоку. Между какими нервами пересекают медиастинальную плевру?

11-в. У больного Ш., 10 лет, при рентгеноскопии груди в вертикальном положении диагностирован выпотной перикардит. В какой пазухе перикарда прежде всего скапливается патологическая жидкость?

12-в. Больному И., 17 лет производят контрастное исследование полостей сердца через катетер, введенный в подключичную вену. С какой стороны катетеризуют эту вену? Почему? Через какие вены пройдет катетер?

13-в. У пожилого больного нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Окклюзия каких ветвей дуги аорты может быть у этого пациента?

Занятие 3.

Операции на груди.

- 1-в. У больного З., 15 лет, рубцовый стеноз пищевода, неподдающийся бужированию. Какая восстановительная операция показана ему? Какие органы могут быть использованы с этой целью?
- 2-в. У больного В., 18 лет, слипчивый перикардит. Какую операцию необходимо выполнить? Какое грозное осложнение может возникнуть при отделении перикарда от предсердия?
- 3-в. Больному К., 42 лет, при рубцовом стенозе пищевода решено выполнить пластику тонкой кишкой. Назовите способы проведения участка тонкой кишки на шею.
- 4-в. У больного В., 14 лет, недостаточность митрального клапана. Какая операция показана больному?
- 5-в. У больного И., 55 лет, хроническая ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и покоя!). Коронарография позволила установить стеноз устья левой венечной артерии на 2/3 величины диаметра. Какой вид восстановления кровоснабжения миокарда показан больному?
- 6-в. У Тани М, 4 лет, незаращение артериального (Боталлова) протока. Какие виды оперативных вмешательств могут быть использованы при этом пороке развития?
- 7-в. У больного Т., 6 лет, диагностирован врожденный стеноз легочного ствола. Какие операции могут быть показаны этому больному?
- 8-в. У больного В., 23 лет, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Какая операция показана ему? Какой оперативный доступ применяют при этой операции?
- 9-в. Больному В., 23 года, планируется митральная комиссуротомия, через какой отдел сердца осуществляют доступ к левому атриовентрикулярному отверстию?
- 10-в. У больного В., 23 лет, после левосторонней передне-боковой торакотомии и перикардиотомии по поводу митрального стеноза обнаружено резко увеличенное левое предсердие розовой окраски и уменьшенный в объеме левый желудочек синего цвета. Назовите этот симптом.
- 11-в. У К., 20 лет, имеется ножевое ранение в «опасной» области груди (IV межреберье) по левой окологрудинной линии. Заподозрено ранение перикарда и сердца. Какой оперативный доступ показан больному? В каком направлении рассекают перикард?
- 12-в. Какими характеристиками стенки сердца определяется выбор метода ушивания раны? Какие швы чаще используют при ушивании ран стенки предсердий и желудочков?
- 13-в. У больного Д., 14 лет, выпотной гидроперикард с нарастающими явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. Какую операцию необходимо произвести?
- 14-в. У больной З., 20 лет, гнойный перикардит. Какая операция показана ей?
- 15-в. У больного М., 57 лет, диагностирован бронхогенный рак правого легкого. Какая операция показана ему? Какой оперативный доступ следует использовать?
- 16-в. У больного Н., 65 лет, бронхоэктатическая болезнь с локализацией бронхоэктазов в нижней доле правого легкого. Какая операция показана ему? Какой доступ предпочтителен при этом?
- 17-в. У больного открытый пневмоторакс. Что следует срочно предпринять в виде неотложной помощи? Какая операция должна быть выполнена в стационаре?
- 18-в. У больного диагностирована остаточная полость плевры с бронхиальным свищем. Какую операцию следует предпринять в подобной ситуации?
- 19-в. Во время операции по поводу абсцесса легкого спаяк между париетальной и висцеральной плеврой не обнаружено. Как можно вскрыть гнойник?

Занятие 4.

Топографическая анатомия живота (передняя боковая брюшная стенка).

Операции при наружных грыжах живота.

- 1-о. У Миши Н., 10 лет, после травмы (удар футбольным мячом в правую поясничную область) развился тромбоз печеночных вен (синдром Бадд-Хиари). При осмотре обнаружен один из симптомов портальной гипертензии - расширение вен передней брюшной стенки, наиболее выраженное в пупочной области («голова медузы»). Дайте анатомическое обоснование этому симптому.
- 2-о. У больного П., 21 года, при грыжесечении по поводу правосторонней косой паховой грыжи во время выделения грыжевого мешка была повреждена задняя стенка пахового канала медиально от шейки грыжевого мешка. Возникло артериальное кровотечение. Назовите источник кровотечения.
- 3-о. У больной М, 53 лет, во время выделения грыжевого мешка при левосторонней бедренной грыже паховым доступом возникло кровотечение. Какой кровеносный сосуд, образующий одну из стенок бедренного канала, был поврежден при выполнении этого этапа грыжесечения?
- 4-о. В хирургическое отделение доставлен больной с колото-резаной раной передней брюшной стенки. Рана длиной 2 см в проекции правой прямой мышцы живота на границе средней и латеральной трети ее ширины на 5 см книзу от пупка. При обследовании больного возникло подозрение, что рана может быть проникающей в полость живота. Для уточнения диагноза проведена первичная хирургическая обработка раны; при ревизии обнаружена обширная гематома вдоль задней стенки влагалища прямой мышцы живота. Брюшина не повреждена. Укажите источник кровотечения. Между какими слоями передней брюшной стенки локализуется гематома?
- 5-о. Больному З., 49 лет, с целью оперативного доступа к желудку выполнена верхняя срединная лапаротомия. Назовите слои, составляющие стенки лапаротомной раны.
- 6-о. Больному З., 67 лет, по поводу острого аппендицита произведен разрез по Леннандеру. После смещения прямой мышцы живота в медиальную сторону на задней стенке влагалища обнаружен сосудистый пучок. Какие кровеносные сосуды составляют этот пучок?

7-о. Больной Б., 48 лет, сделана холецистэктомия. Послеоперационный период осложнился нагноением раны (на глубину до брюшины), в связи с чем были сняты швы. Заживление раны вторичным натяжением. Спустя месяц у больного образовалось грыжевое выпячивание. Как называется этот вид грыжи? Объясните анатомические предпосылки к возникновению таких грыж.

8-о. Больному Т., 42 лет, по поводу прободной брюшнотифозной язвы подвздошной кишки сделана нижняя срединная лапаротомия. Язва ушита кистным швом с перитонизацией лоскутом большого сальника на «ножке». Лапаротомная рана нагноилась. На третьи сутки заподозрена несостоятельность швов подвздошной кишки. Релапаротомия выполнена правосторонним параректальным разрезом. После релапаротомии развился некроз брюшной стенки между двумя разрезами. Дайте анатомическое обоснование этого осложнения.

9-о. У больную Т., 23 лет, правосторонняя латеральная косая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

10-о. У больного К., 63 лет, правосторонняя прямая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

11-о. Объясните сущность герниопластики.

12-о. Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С. И. Спасокукоцкого-М. А. Кимбаровского. Какую стенку пахового канала укрепляют при этой грыже? Как накладывают швы по отношению к семенному канатику?

13-о. Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С.И. Спасокукоцкого - М.А. Кимбаровского. Опишите этапы пластики пахового канала.

Занятие 5.

Топографическая анатомия живота (верхний отдел брюшной полости).

1-о. У больного В., 44 лет, как осложнение прободной язвы задней стенки желудка развился правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Объясните механизм возникновения этого осложнения.

2-о. У больного Т., 26 лет, поступившего в хирургическое отделение с диагнозом: «Острый панкреатит», выявлены симптомы разлитого перитонита. Объясните путь распространения экссудата в нижней отдел (этаж) брюшной полости.

3-о. У больного В., 16 лет, на восьмые сутки после аппендэктомии появились интенсивные боли в правой половине груди и верхней половине живота, усиливающиеся при вдохе. Имеются симптомы острого воспаления: лихорадка, тахикардия, ознобы, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, анемия, значительное ухудшение общего состояния. При перкуссии правой половины груди и живота установлен симптом Берлоу (при перкуссии от верхушки легкого книзу следующее чередование перкуторного звука: 1) легочный звук, 2) укорочение (притупление), 3) тимпанит, 4) тупость).

Какое осложнение аппендэктомии у больного? Объясните различие оттенков звука перкуторного феномена Берлоу.

4-о. Объясните особенность анатомических взаимоотношений желудочно-ободочной связки и брыжейки поперечной ободочной кишки на протяжении пилорического отдела желудка и практическую значимость этих взаимоотношений.

5-о. У больного А., 20 лет, после прободной язвы передней стенки желудка (сопровождалось «кинжальными болями» в эпигастрии) боли уменьшились, что позволяет думать о прикрытии места перфорации. Какой орган брюшной полости чаще всего участвует в ограничении воспалительного процесса образованием спаек? Почему? Какое исследование позволит уточнить диагноз?

6-о. У больного Н., 57 лет, после перенесенного острого панкреатита при ультразвуковом исследовании обнаружено округлой формы образование 3,5x4,0 см, прилегающее к задней стенке желудка. Назовите этот патологический процесс и один из методов его оперативного лечения.

7-о. Какие ориентиры используют при холецистэктомии для выделения и перевязки желчнопузырной артерии? Назовите анатомические образования, составляющие границы ориентира, имеющего вид треугольника.

8-о. У больной Л., 43 лет, после холецистэктомии развилась острая печеночная недостаточность вследствие некроза правой доли печени. Какая ошибка, допущенная при холецистэктомии, привела к такому грозному осложнению? Каким образом можно избежать этого осложнения?

9-о. Больная Н., 45 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом: «механическая кишечная непроходимость». В анамнезе: калькулезный холецистит (13,5 лет). Во время операции установлено, что у больной желчнокаменная кишечная непроходимость. Объясните механизм механической кишечной непроходимости как осложнения калькулезного холецистита.

10-о. У больного З., 27 лет, язва задней стенки верхней части (ампулы, или луковицы) двенадцатиперстной кишки. Вследствие нарушения диеты язва осложнилась профузным кровотечением. Назовите источник кровотечения. Какие анатомические взаимоотношения имеет верхняя часть двенадцатиперстной кишки с этим кровеносным сосудом?

11-о. В хирургическое отделение поступила больная К., 35 лет, с картиной острой кишечной непроходимости. В анамнезе длительное голодание с целью похудения. Накануне больная приняла обильное количество грубой пищи. Какой вид кишечной непроходимости следует заподозрить у неё? Каким образом можно попытаться ликвидировать эту непроходимость без хирургического вмешательства?

12-о. В хирургическое отделение поступил больной И., 40 лет, с картиной «острого живота» после тупой травмы. При лапароскопии патологии не выявлено. Через 20 часов у больного появились симптомы перитонита. При лапаротомии обнаружена гематома забрюшинного пространства и некроз стенки одного из органов верхнего отдела брюшной полости. Стенка какого органа, прилежащего к забрюшинному пространству, подверглась некрозу? Каким способом можно произвести осмотр этого органа? Какая связь между гематомой забрюшинного пространства и некрозом стенки органа?

Занятие 6.

Топографическая анатомия живота (нижний отдел брюшной полости).

1-о. Больному И., 22 лет, по поводу «острого аппендицита» сделан разрез по Н. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. В брюшной полости обнаружено желудочное содержимое. Какое заболевание должен заподозрить хирург? Каким образом желудочное содержимое оказалось в правой подвздошной ямке?

2-о. У больного С, 18 лет, как осложнение острого аппендицита сформировался правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Объясните путь распространения гнойного экссудата. Назовите факторы, способствующие его распространению.

3-о. Больная М., 66 лет, доставлена в хирургическое отделение с диагнозом: «Острая тонкокишечная непроходимость». Консервативное лечение оказалось неэффективным. При лапаротомии обнаружено ущемление небольшого участка противобрыжеечного края стенки тощей кишки на уровне II поясничного позвонка в нижнем дуоденальном углублении. Дайте определение этому патологическому процессу. Какие острые хирургические заболевания органов верхнего отдела (этажа) брюшной полости может имитировать этот патологический процесс?

4-о. У больного Н., 35 лет, как осложнение деструктивного аппендицита в правой брыжеечной пазухе скопился экссудат. Назовите стенки этой пазухи. Может ли распространиться экссудат из этой пазухи в левую и полость малого таза?

5-о. У больного вследствие несостоятельности шва после ушивания рапы тонкой кишки сформировался межкишечный абсцесс, прорвавшийся в левую брыжеечную пазуху. Укажите возможные пути распространения гнойного экссудата.

3-6-о. У больного С, 67 лет, при лапаротомии по поводу «острого живота» обнаружен некроз части подвздошной кишки, илеоцекального угла, слепой и восходящей ободочной кишки. Тромбэмболия какой артерии и на каком уровне обусловила некроз кишечника в указанных пределах?

7-о. В хирургическое отделение поступил больной А., 70 лет. Диагноз «острый живот». При ревизии брюшной полости констатирован тромбоз нижней брыжеечной артерии. В каких отделах толстой кишки нарушено кровообращение?

8-о. При аппендэктомии после рассечения париетальной брюшины хирург обнаружил, что к ране прилежит кишка с большим количеством салниковых отростков, расположенных в два ряда. Какая кишка прилежит к ране? В каких случаях возможно такое положение органа?

9-о. У больного Ц., 16 лет, по поводу острого аппендицита сделан правосторонний косой переменный кулисный разрез. Возникли значительные трудности обнаружения червеобразного отростка. При каком положении этого органа могут иметь место такие трудности? Что следует сделать в такой ситуации для выделения червеобразного отростка?

10-о. Больному П., 17 лет, по поводу острого аппендицита сделан разрез по Н. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. При выделении в рану слепой кишки с червеобразным отростком последний оказался неизменным. Осмотрена подвздошная кишка на расстоянии до 1 м от илеоцекального угла. Какое заболевание следует исключить или подтвердить в этой ситуации?

11-о. У больного А., 47 лет, при операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружен тяж от противобрыжеечного края подвздошной кишки (50 см от илеоцекального угла) к пупку. Назовите один из видов неполного обратного развития желточного протока, ставшего причиной острой кишечной непроходимости. Какова тактика хирурга (нарушения кровоснабжения кишки нет)?

12-о. В хирургическое отделение поступил М., 32 лет, с проникающей колото-резаной раной живота по срединной линии, на 4 см книзу от пупка. С целью осмотра брюшной полости выполнена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено небольшое количество крови, а между петлями тонкой кишки - содержимое. Объясните последовательность ревизии брюшной полости. Какими ориентирами брюшной полости будет пользоваться хирург при ревизии?

Занятие 7.

Операции на органах брюшной полости. Кишечный шов.

1-о. В хирургическое отделение поступил больной спустя 30 минут после получения тупой травмы живота. Произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружен разрыв тонкой кишки на расстоянии 60 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба. Объясните тактику хирурга.

2-о. Больному С, 42 лет, с целью удаления инородного тела тонкой кишки произведена энтеротомия (разрез кишки в продольном направлении длиной 2,5 см). После извлечения инородного тела хирург приступил к ушиванию раны. В каком направлении должна быть ушита рана кишки? Какие швы будет использовать хирург?

3-о. При ушивании резаной раны тонкой кишки хирург использует шов В. П. Матешука. Что представляет собой этот кишечный шов?

4-о. В хирургическое отделение поступил Н., 42 лет, с проникающей колото-резаной раной живота в надчревной области. Произведена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена рана передней стенки желудка на границе кардиального и пилорического отделов размером 1,5х0,3 см. Какой вид оперативного приема показан больному? В чем состоит этот оперативный прием?

5-о. В хирургическое отделение поступил К., 25 лет, с проникающей ножевой раной живота через 1 час после ранения. Выполнена средне - срединная лапаротомия. При осмотре тонкой кишки на расстоянии 80 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба (связки Трейтца) обнаружена продольная резаная рана передней стенки кишки ближе к противобрыжеечному краю размером 2х0,5 см. Каков объем оперативного вмешательства?

6-о. В хирургическое отделение поступил больной В., 37 лет, с тупой травмой живота. Сделана лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество крови, отрыв брыжейки тонкой кишки на протяжении 15 см. Объясните действия хирурга.

7-о. Больному брюшным тифом по показаниям («острый живот») выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена язва (диаметр 0,3 см) терминального отдела подвздошной кишки (в 20 см от илеоцекального угла). Какова тактика хирурга и техника операции?

8-о. У больного М., 55 лет, после резекции тонкой кишки и наложения энтероэнтероанастомоза «конец в конец» развилась механическая кишечная непроходимость вследствие рубцового стеноза анастомоза. Проведена повторная операция. Объясните, каким образом можно избежать рубцового стеноза при наложении анастомоза «конец в конец»?

9-о. Больному К., 18 лет, выполняют аппендэктомию. Оперативный доступ - косой переменный кулисный разрез по П. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. К лапаротомной ране прилежит стенка толстой кишки. При осмотре этой кишки хирург обратил внимание на большое количество салниковых отростков. Салфеткой в зажиме Микулича он отвел эту часть толстой кишки

влево. Укажите, какой отдел ободочной кишки прилежит к лапаротомной ране? Где может располагаться слепая кишка с червеобразным отростком?

10-о. После «классической» аппендэктомии у больного обнаружен подвздошный отросток (дивертикул Меккеля). Что должен сделать хирург в подобной ситуации?

11-о. Больному Ц., 67 лет, произведена резекция поперечной ободочной кишки. Наложен межкишечный анастомоз. В послеоперационном периоде у больного возникло ущемление большого сальника в области анастомоза. Какой этап резекции кишки не выполнен?

12-о. Больному наложен противоестественный задний проход по способу Майдля. Какое назначение имеет «шпора»?

Занятие 8.

Операции на органах брюшной полости (желудке, печени, желчном пузыре, внепеченочных желчных путях и поджелудочной железе).

1-о. Больному Х., 56 лет, ушивают прободную язву передней стенки желудка. В каких случаях показан этот оперативный прием? Объясните необходимость перитонизации линии шва лоскутом большого сальника «на ножке». В какой ситуации показана резекция желудка?

2-о. При гастростомии хирург использует левосторонний трансректальный разрез. При рассечении париетальной брюшины в верхнем углу раны в плевральную полость стал поступать воздух (пневмоторакс). Каким образом осуществляют профилактику этого осложнения?

3-о. Одним из оперативных приемов на желудке является гастростомия - наружный свищ желудка. Назовите его виды и их различия.

4-о. Одним из этапов гастростомии, например по Витцелю в модификации по Гернезу и Хо-Дак-Ди, является гастропексия. Объясните сущность и цель этого технического приема.

5-о. Резко ослабленному больному (рубцовый стеноз привратника) хирург выполняет задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз по Гаккеру - Петерсену. Какой длины используется петля тощей кишки? В каком направлении накладывают этот анастомоз?

6-о. Больному С, 38 лет, при осложненной язве двенадцатиперстной кишки выполнена селективная ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией (по Финнею). Объясните цели этих оперативных вмешательств.

7-о. Во время холецистэктомии, вследствие разрыва печени, возникло кровотечение. Назовите приемы, позволяющие обеспечить временный гемостаз. На какое время может применяться временная остановка кровотечения с использованием этих приемов.

8-о. В стационаре у больного З., 43 лет, выявлена портальная гипертензия. Какое из внутрисосудистых исследований наиболее безопасно и информативно для установления уровня блокады портального кровотока и решения вопроса о методе хирургического лечения?

9-о. В отделение хирургии портальной гипертензии поступил больной с пищеводно-желудочным кровотечением (из подслизистого венозного сплетения пищеводно-желудочного соединения). Назовите один из консервативных методов остановки такого кровотечения.

10-о. У больного К., 54 лет, цирроз печени. На фоне консервативной терапии нарастают явления портальной гипертензии (кровотечение из подслизистого венозного сплетения пищеводно-желудочного соединения). Какое из оперативных вмешательств наиболее рационально и эффективно для снижения давления в воротной вене?

11-о. У больного Н., 44 лет, диагностирован острый деструктивный панкреатит с явлением перитонита. Какие цели преследует оперативное вмешательство при этом заболевании?

12-о. Больному Н., 44 лет, с острым панкреатитом выполнена верхняя срединная лапаротомия. Какой из доступов в сальниковую сумку является методом выбора при остром панкреатите? Каким образом можно обеспечить наружное дренирование и изоляцию сальниковой сумки от свободной брюшной полости?

13-о. У больной Д., 45 лет, острый холецистит. Выполнен оперативный доступ к желчному пузырю по С. П. Федорову. Обнаружен выраженный спаечный процесс в области желчного пузыря и печеночно-дуоденальной связки. Какой способ холецистэктомии будет использовать хирург? Почему? Какие недостатки имеет этот способ?

14-о. Одним из грозных осложнений после холецистэктомии является механическая желтуха. Назовите одну из технических ошибок, которая является причиной этого осложнения? Какие способы отведения желчи могут быть использованы для устранения желчной гипертензии в подобных случаях?

15-о. Интраоперационная холангиография после холецистэктомии позволила установить рубцовый стеноз терминального отдела общего желчного протока (печеночно-поджелудочной ампулы) протяженностью более 2 см. Назовите метод дренирования внепеченочных желчных путей, который следует использовать в этой ситуации. Какая операция показана при рубцовом стенозе меньшей протяженности?

16-о. Данные литературы свидетельствуют о том, что повторные операции на желчных путях после холецистэктомии в 8-10 раз чаще сопровождаются осложнениями (повреждение внепеченочных желчных протоков, кровеносных сосудов и прилежащих к зоне операции органов брюшной полости). Объясните, чем определяется риск повторных операций после холецистэктомии?

17-о. В хирургическое отделение поступила больная О., 66 лет, с механической желтухой и холангитом, осложненными печеночно-почечной недостаточностью. При пальпации живота определяется увеличенный, болезненный желчный пузырь. Какой метод дренирования желчных протоков показан этой больной?

18-о. У больного П., 11 лет, после спленопортографии констатирована бледность кожи, частый пульс, головокружение, падение артериального давления. На какое грозное осложнение указывают эти симптомы? Каким образом можно уменьшить риск его возникновения?

19-о. Маше К., 9 лет, по поводу болезни Верльгофа выполняют спленэктомию. Объясните, почему в воротах селезенки на селезеночную артерию и вену не целесообразно накладывать кровоостанавливающих зажимов.

Занятие 9.

Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства.

Операции на почках и мочеточниках.

1-о. У больного С, 13 лет, в процессе аппендэктомии (при ретроцекальном положении червеобразного отростка) обнаружена забрюшинная флегмона. В каком слое забрюшинной клетчатки локализуется гнойный очаг? Укажите возможные границы его распространения. Как объяснить выраженную сгибательную контрактуру бедра при забрюшинной флегмоне аппендикулярного происхождения?

2-о. У больного К., 27 лет, после лапаротомии и оперативного доступа в сальниковую сумку (через желудочно-ободочную связку) обнаружен некроз тела и хвоста поджелудочной железы, абсцессы забрюшинного пространства с образованием затека в боковое клетчаточное пространство подбрюшинной полости таза. Объясните путь гнойного затека у этого больного. Укажите возможный уровень распространения гнойного затека при некрозе головки поджелудочной железы.

3-о. Больному М, 52 лет, для устранения болевого синдрома при хроническом (рецидивирующем болевом) панкреатите производят паранефральную блокаду по А. В. Вишневскому. Какой критерий указывает хирургу на положение иглы в околопочечной клетчатке? Каким образом раствор новокаина достигает нервных сплетений по ходу брюшной части аорты?

4-о. Строгие показания к паранефральной новокаиновой блокаде обусловлены частотой возникновения грозных осложнений вследствие не соблюдения техники её выполнения. Перечислите возможные осложнения этой блокады по А. В. Вишневскому.

5-о. Больному М., 65 лет, с предположительным диагнозом «Гипернефрома левой почки» решено произвести рентгенологическое исследование забрюшинного пространства с наложением пневморетроперитонеума. В какой отдел забрюшинного пространства распространяется кислород (воздух)? Какие анатомические ориентиры используют для введения иглы с целью наложения пневморетроперитонеума? Какое положение показано больному при этом исследовании?

6-о. У больного Т., 21 года, при длительном течении спондилита туберкулезной этиологии обнаружен «холодный» абсцесс (гнойный натечник) передней области бедра книзу от паховой связки (у малого вертела). Объясните путь распространения гнойного затека у этого больного.

7-о. С целью уточнения диагноза при заболеваниях почек применяется селективная ангиография: рентгеноконтрастное вещество вводится через катетер, подведенный к устью почечной артерии. Как называется этот катетер? Каким путем он подводится к устью почечной артерии? На уровне каких позвонков находятся устья почечных артерий?

8-о. В урологическое отделение поступил больной К., 37 лет, с диагнозом: «Почечная колика». Жалобы на приступы сильных болей в поясничной области с иррадиацией в нижний отдел живота, паховую область, наружные половые органы и верхнемедиальную часть бедра. Какими топографо-анатомическими взаимоотношениями мочеточника и прилежащих к нему образований на протяжении большой поясничной мышцы можно объяснить иррадиацию болей?

9-о. У Ш., 19 лет, вследствие тупой травмы правой поясничной области имеется повреждение почки. Степень повреждения почки неизвестна. При обследовании больного отмечается болезненность при пальпации и перкуссии, напряжение мышц и припухлость правой поясничной области, микрогематурия. Учитывая характерную особенность травмы почек, несоответствие тяжести их повреждения клиническим проявлениям, решено произвести рентгенологическое исследование. Какое исследование чаще всего применяется у больных с закрытой травмой почки в качестве объективного метода дифференциальной диагностики?

10-о. У больной Ж., 36 лет, выявлен правосторонний нефроптоз с ортостатической артериальной гипертензией, исчезающей при горизонтальном положении. У больной предполагается функциональное стенозирование почечной артерии. Какие причины могут обусловить функциональное стенозирование почечной артерии?

11-о. У больных мочекаменной болезнью в 20% наблюдается двусторонний нефролитиаз, характеризующийся тяжелым течением и развитием почечной недостаточности. Почему при анурии, вследствие нарушения оттока мочи из почек, целесообразно в первую очередь удалять камни из той почки, в которой обтурация произошла позже?

12-о. У больных с большими неподвижными камнями в больших почечных чашечках, как правило, развивается прогрессирующая атрофия почечной паренхимы (гидронефротическая трансформация). В таких случаях нефролитотомия является методом выбора. Почему при коралловых камнях нефролитотомию целесообразно осуществлять «секционным» разрезом по линии «естественной делимости» почки (в зоне Гиртля-П. А. Куприянова - Зондека).

13-о. В урологической клинике у больного П., 50 лет, выявлен пионефроз с резким нарушением функции правой почки. Почка имеет вид многокамерного мешка, наполненного камнями. Почечная паренхима атрофирована. Больному показана нефрэктомия. В чем должен быть уверен хирург при необходимости нефрэктомии? Какова последовательность обработки элементов «ножки» почки в этой ситуации?

14-о. Больному М, 47 лет, выполняют левостороннюю нефрэктомию. При мобилизации верхнего конца (полюса) почки хирург проник в плевральную полость. Объясните анатомические предпосылки к возникновению этого осложнения, какими последствиями оно может сопровождаться. Какой симптом будет указывать на развитие пневмоторакса? Каким образом хирург должен его ликвидировать?

15-о. При нефрэктомии в процессе выделения почки из жировой капсулы возникло артериальное кровотечение. Почечные вена и артерия не повреждены. Объясните возможную причину этого кровотечения. Каким образом исключают подобное осложнение?

16-о. При хронической почечной недостаточности применяется гемодиализ (искусственная почка), имеющий существенные недостатки - паллиативное лечение в виде повторных "подключений аппарата искусственной почки. Какой метод хирургического лечения хронической почечной недостаточности является наиболее эффективным на современном этапе развития медицины?

Занятие 10.

Топографическая анатомия таза и промежности. Операции на органах малого таза.

1-о. У К., 26 лет, перелом лобковой кости с внебрюшинным повреждением стенки мочевого пузыря. Какие принципы должны быть положены в основу хирургической обработки раны в данной ситуации?

2-о. При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря возникает необходимость дренирования залобкового (предпузырного) пространства. Какие методы дренирования могут быть применены у больных при флегмонах этого пространства?

3-о. Уролог производит ушивание раны стенки мочевого пузыря. Какими анатомическими взаимоотношениями этого органа с брюшиной определяется различие техники ушивания раны его стенки? Сколько рядов швов следует наложить на стенку мочевого пузыря? Какие слои органа захватывают в шов?

4-о. У больной И., 26 лет, диагностирован параметрит. Из анамнеза: 1,5. мес. до обращения к гинекологу больная находилась на лечении по поводу цистита. Каким строением мочеиспускательного канала определяются частота цистита у женщин? Объясните взаимосвязь цистита и параметрита.

5-о. Больной З., 18 лет, для уточнения диагноза: «Нарушенная внематочная беременность» выполнена пункция заднего свода влагалища. В каком случае при этом исследовании будет подтвержден диагноз? Какова тактика при подтверждении диагноза?

6-о. У больной В., 65 лет, выпадение шейки матки. В анамнезе хронический бронхит, трое родов (первые роды были осложнены разрывом «акушерской промежности» III степени). Что значит «акушерская» промежность? Какие факторы объясняют причину выпадения шейки матки у больной В.?

7-о. Больной Ч., 27 лет. делают правостороннюю трансвагинальную уретеролитотомию (стенку мочеточника рассекают под визуальным контролем). В какой части тазового отдела мочеточника чаще всего локализуются конкременты, почему? Какое грозное осложнение следует исключить при уретеролитотомии у больной Ч.? С чем связана возможность такого осложнения?

8-о. В проктологической практике выделяют две формы геморроя: наружный и внутренний. Укажите источники возникновения этих форм геморроя. Почему геморроидальные узлы, как правило, локализуются на 3, 7, 11 часах (при положении больного на спине).

9-о. Первым этапом хирургического вмешательства при парапроктите является вскрытие и дренирование околопрямокишечного гнояника радиальным или полулунным разрезом. При какой форме парапроктита применяют радиальный разрез, при каких - иолулунные? Объясните сущность второго этапа хирургического вмешательства при парапроктите.

10-о. На приеме у хирурга больной З., 39 лет. Жалобы на острые, пульсирующие боли в промежности у заднего прохода, усиливающиеся при движении, юремене положения тела, напряжении брюшного пресса (кашель, дефекация). Отмечается задержка стула, дизурические расстройства. Температура тела по вечерам 38-39°. При осмотре установлено: кожа промежности у заднего прохода на 12 часах гиперемирована, радиальная складчатость сглажена. Какая форма парапроктита у больного З. Как часто она встречается? Почему у больного развились дизурические расстройства?

11-о. У больного К., 38 лет, подслизистый парапроктит. Каким доступом будет вскрыт гнойный очаг? В каком направлении производят разрез при вскрытии абсцесса?

12-о. Особенностью клинической картины позадипрямокишечного гнояника является выраженный болевой синдром с самого начала заболевания: боли локализуются в прямой кишке, и крестце, усиливаются при дефекации и положении сидя. Внешние признаки парапроктита появляются только в запущенных случаях (гной прорывается в кишку или на кожу промежности). Какие ценные диагностические сведения ретроректального парапроктита можно получить при пальпации копчика и пальцевом исследовании прямой кишки?

13-о. В проктологическое отделение поступил больной Б., 44 лет. Диагноз: «Тазово-прямокишечный парапроктит». Показана операция. Каким образом осуществляют подход к такому гноянику? Какой недостаток при тазово-прямокишечном парапроктите имеет чрезпрямокишечный доступ?

14-о. В проктологическое отделение поступила больная С, 47 лет. Диагноз: «Рак прямой кишки III-IV стадии. Опухоль локализуется в 10 см от заднепроходного отверстия». С какой целью следует произвести исследование печени (УЗИ, компьютерная томография и др.)? Укажите лимфогенные пути метастазирования рака прямой кишки.

15-о. Как отмечают В. Д. Федоров и Ю. В. Дульцев, геморроидэктомия по Миллигану - Моргану в модификации НИИ проктологии является более совершенной операцией, по сравнению с другими операциями (перевязка и отсечение геморроидальных узлов по Л. В. Мартынову - А. Н. Рыжих). В чем сущность геморроидэктомии по Миллигану - Моргану в модификациях НИИ проктологии?

16-о. Больной М., 53 лет, по поводу рака прямой кишки производят брюшно-промежностную экстирпацию. В ходе операции хирург встретился с трудностями мобилизации передней стенки прямой кишки. Какая особенность строения фасциальной капсулы прямой кишки объясняет трудности отделения передней стенки этого органа от влагалища?

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
« СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**КАФЕДРА АНАТОМИИ С
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИЕЙ**

**Ответы к ситуационным задачам
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»
для студентов 4 курса по специальности
31.05.01 Лечебное дело (специалитет)**

2018

Ответы к ситуационным задачам по дисциплине
«Топографическая анатомия и оперативная хирургия»

Занятие 1.

Топографическая анатомия груди.

1-в. Гемоторакс возник вследствие повреждения межреберных сосудов, разрыва внутригрудной фасции и реберной части париетальной плевры.

2-в. Гемо- и пневмоторакс у больного П., является следствием повреждения межреберных сосудов и легкого.

4-в. Для решения вопроса о возможности радикальной операции при раке молочной железы необходимо получить информацию о состоянии:

- подмышечных, загрудных и шейных лимфоузлов на стороне поражения,
- молочной железы и лимфоузлов на противоположной стороне (контралатеральное метастазирование),
- органов грудной полости (средостение),
- органов брюшной полости, в частности, лимфоузлов ворот печени,
- шейного и грудного отделов позвоночника, яичников.

5-в. Молочная железа располагается на мышцах грудной стенки. Обеспечение различного функционального состояния мышц (сокращение, расслабление) позволяет получить большую информацию о смещаемости железы и поражении подмышечных лимфоузлов.

6-в. Прорастание рака молочной железы в большую грудную мышцу, либо ретромаммарное расположение воспалительного инфильтрата.

7-в. Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, грудная фасция, большая грудная мышца, поверхностное субпекторальное пространство, поверхностная пластинка ключично-грудной фасции, глубокое субпекторальное пространство, наружная межреберная мышца, внутренняя межреберная мышца, внутригрудная фасция, предплевральная клетчатка, париетальная плевра.

8-в. При переломе нижних ребер существует опасность повреждения печени и селезенки.

9-в. Перелом нижних ребер в задних отделах может сопровождаться повреждением почки и надпочечника.

10-в. Возможны следующие формы локализации мастита (в соответствии с клинической классификацией): подкожный; интрамаммарный; субареолярный; ретромаммарный; тотальный.

11-в. В реберно-диафрагмальном плевральном синусе, представляющим собой наиболее глубокую часть плевральной полости.

12-в. При обработке правого; главного бронха имеется опасность повреждения непарной и нижней полой вен.

13-в. При обработке левого главного бронха существует опасность ранения восходящей части аорты и легочного ствола.

Занятие 2.

Топографическая анатомия груди.

1-в. Поврежден грудной (лимфатический) проток. Хилоторакс - наличие в плевральной полости лимфы.

2-в. Поврежден грудной (лимфатический) проток; хилоторакс.

3-в. Возвратный гортанный нерв.

4-в. Правый бронх короче и толще левого. Он является как бы продолжением трахеи и образует с ней угол равный примерно 155° . Левый бронх образует с трахеей угол 120° .

5-в. От кровопотери и тампонады сердца. "Опасная" область груди соответствует границе относительной сердечной тупости - проекции сердца на грудную стенку.

6-в. Грудной (лимфатический) проток. При повреждении этого протока необходимо выделить и перевязать его концы.

7-в. На уровне бифуркации трахеи (IV грудной позвонок) и прохождения пищевода через диафрагму (X грудной позвонок).

8-в. В косой пазухе перикарда, спереди она ограничена задней стенкой левого предсердия, сзади - задней стенкой перикарда, снизу и справа - нижней полой веной и устьевыми отделами правых легочных вен, сверху и слева - устьевыми отделами левых легочных вен.

9-в. Через поперечную пазуху перикарда; спереди и сверху она ограничена восходящей частью аорты и легочным стволом, сзади - задней стенкой перикарда и правой легочной артерией; снизу - бороздой между левым желудочком и предсердиями.

10 о-в. При выделении незаращенного артериального протока ориентируются на левые диафрагмальный и блуждающий нервы.

11-в. В передненижней пазухе перикарда.

12-в. Справа. Исключается возможность повреждения грудного (лимфатического) протока. Через правую плечеголовную и верхнюю полую вены.

13-в. Плечеголового ствола, левой общей сонной артерии, левой подключичной артерии.

Занятие 3.

Операции на груди.

1-в. Создание искусственного пищевода с использованием части большой кривизны желудка, участка тонкой или ободочной кишки.

2-в. Больному показана операция - иссечение перикарда - перикардэктомия. Грозным осложнением является разрыв предсердия, вследствие тонкости его стенки.

3-в. Антеторакальный способ (в тоннеле перед грудиной), ретростернальный (в переднем средостении), через заднее средостение, трансплевральный.

4-в. Больному показана имплантация искусственного клапана.

5-в. Аорто-коронарное шунтирование (АКШ) - шунт между левой полуокружностью восходящей части аорты и левой венечной артерией.

6-в. 1) по А. Н. Бакулеву проток рассекают между двумя зажимами, концы ушивают непрерывным сосудистым швом;

2) эндовазальная эмболизация артериального протока.

7-в. Межартериальные анастомозы (между левой подключичной артерией и левой легочной артерией по Блелоку-Тауссигу). Анастомозы в обход сердца (кавапульмональный анастомоз).

8-в. Митральная комиссуротомия. Левосторонняя передне-боковая торакотомия по IV межреберью (от окологрудинной до передней подмышечной линии).

9-в. Через ушко левого предсердия.

10-в. Симптом Кудаса.

11-в. Левосторонняя переднебоковая торакотомия. В продольном направлении, во избежание повреждения левого диафрагмального нерва.

12-в. Толщиной и состоянием предсердий и желудочков. Стенку предсердий чаще ушивают обвивным швом, желудочков - двухрядным обвивным или "П"-образным швом синтетической нитью в атравматической игле.

13-в. Пункцию перикарда (по способу Марфана или Ларрея).

14-в. Вскрытие перикарда (перикардиотомия) по В. М. Минцу или А. Н. Бакулеву.

15-в. Пневмонэктомия. Правостороннюю передне-боковую торакотомию.

16-в. Нижнедолевая лобэктомия. Правосторонняя задне-боковая торакотомия.

17-в. Необходимо наложить окклюзионную (герметичную) повязку. Первичная хирургическая обработка раны грудной стенки (при необходимости - ушить рану легкого) с ушиванием открытого пневмоторакса.

18-в. Поднадкостничную резекцию 1-2 ребер над остаточной полостью с удалением париетальной плевры, иссечением свища и ушиванием культи бронха матрачным швом. Тампонада полости в передних отделах лоскутом большой грудной мышцы, в задних отделах - широкой мышцы спины на "ножке"

19-в. При тяжелом состоянии больного абсцесс вскрывают одномоментно путем предварительного сшивания по периферии раны париетальной и висцеральной плевры.

Занятие 4.

Топографическая анатомия живота (передняя боковая брюшная стенка).

Операции при наружных грыжах живота.

1-о. При портальной гипертензии (повышение давления в воротной вене) формируются портокавальные анастомозы (передняя группа пристеночных анастомозов). Один из них по схеме: воротная вена — околопупочные вены — кавакавальные анастомозы передней брюшной стенки. Резкое расширение портокавальных анастомозов в пупочной области называют «головой медузы».

2-о. Кровотечение возникло вследствие ранения правой нижней надчревной артерии (ветвь наружной подвздошной).

3-о. При выделении грыжевого мешка при бедренной грыже, а также пластике бедренного кольца имеется опасность ранения бедренной вены, являющейся латеральной стенкой бедренного канала.

4-о. Правая нижняя надчревная артерия. Гематома локализуется между задней поверхностью прямой мышцы живота и поперечной фасцией.

5-о. Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, белая линия живота, внутрибрюшная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальная брюшина.

6-о. Нижние надчревные артерия и вена.

7-о. Послеоперационная грыжа. Послеоперационные рубцы передней боковой брюшной стенки - это «слабые места». Вследствие дегенеративных изменений рубца здесь могут образовываться грыжевые ворота.

8-о. Некроз брюшной стенки возник вследствие нарушения кровоснабжения, обусловленного параллельными разрезами. При параректальном разрезе были рассечены межреберные, а при продолжении его книзу - нижние надчревные артерия и вена, при срединной лапаротомии - анастомозы кровеносных сосудов правой и левой половин передней брюшной стенки.

9-о. Патогенетические: 1) повышенное внутрибрюшное давление; 2) «слабость соединительной ткани» (С.Я. Долецкий) - нарушение формирования соединительной ткани на различных этапах эмбриогенеза.

Анатомические: 1) высокий паховый промежуток; 2) латеральная паховая ямка; 3) глубокое паховое кольцо в задней стенке пахового канала (фиброзное кольцо в поперечной фасции у начала воронки поперечной фасции); 4) поверхностное паховое кольцо в передней стенке пахового канала (в апоневрозе наружной косой мышцы живота).

10-о. Патогенетические: см. п. 9-о (1,2).

Анатомические: 1) медиальная паховая ямка; 2) разрыв задней стенки пахового канала (поперечной фасции в связи с её дегенеративными изменениями).

11-о. Создание на месте грыжевых ворот из мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки (выполняет опорную функцию) послеоперационного рубца. При сохранении повышенного внутрибрюшного давления наличие рубца является одной из предпосылок к рецидиву грыжи.

12-о. Переднюю. Кпереди от семенного канатика.

13-о. Кпереди от семенного канатика отдельными узловыми швами к паховой связке (отступив 5 мм от её заднего края) подшивают верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижними краями внутренней косой и поперечной мышц, при выколе изнутри повторно захватывают край верхнего лоскута апоневроза и только после этого прошивают паховую связку (для обеспечения соединения однородных тканей: апоневроза и паховой связки). Путем введения кончика ногтевой фаланги мизинца во вновь сформированное отверстие убеждаются, как свободно располагается семенной канатик. Нижний лоскут апоневроза укладывают на верхний и фиксируют вторым рядом швов. Проверяют - не ущемлен ли семенной канатик. Рану ушивают.

Занятие 5.

Топографическая анатомия живота (верхний отдел брюшной полости).

1-о. Экссудат из сальниковой сумки через сальниковое (Винслово) отверстие распространился в печеночную сумку.

2-о. Из сальниковой сумки экссудат через сальниковое (Винслово) отверстие поступает в печеночную сумку, а из нее по правому латеральному каналу в нижний отдел (этаж) брюшной полости. Существует возможность распространения экссудата в брюшинную полость таза.

3-о. Правосторонний поддиафрагмальный (газовый) абсцесс с «содружественным» плевритом. Симптом Берлоу - чередование перкуторного звука при исследовании от верхушки легкого книзу: 1) перкуторный легочный тон (легкое), 2) укорочение перкуторного тона (выпот в плевральной полости), 3) тимпанит (газ в поддиафрагмальном абсцессе), 4) тупость (гной в поддиафрагмальном абсцессе).

4-о. На протяжении пилорического отдела желудка желудочно-ободочная связка соединена с брыжейкой поперечной ободочной кишки. При мобилизации большой кривизны желудка, в силу этой анатомической особенности, имеется опасность рассечения средней ободочной артерии с последующей гангреной части поперечной ободочной кишки.

5-о. Большой сальник. Он характеризуется значительной подвижностью, наличием большого количества нервных рецепторов, лимфатических и кровеносных сосудов, а также клеток гистиоцитарного ряда. Показана лапароскопия.

6-о. Киста поджелудочной железы. Внутреннее дренирование кисты в полость желудка (цистогастростомия).

7-о. 1) шейка желчного пузыря; 2) угол, образованный общим печеночным и пузырным протоками; 3) треугольник Кало (имеется в 40% случаев). Его основанием является правая печеночная артерия, медиальной стороной - общий печеночный проток, латеральной - пузырный проток.

8-о. При холецистэктомии вследствие чрезмерного подтягивания желчного пузыря в рану была перевязана правая печеночная артерия. При выделении и перевязке желчнопузырной артерии следует ориентироваться на шейку желчного пузыря, угол между общим печеночным и пузырным протоками и треугольник Кало. Кроме того, ассистенты обеспечивают натяжение печеночно-дуоденальной связки

9-о. При калькулезном холецистите дно желчного пузыря может участвовать в спайке с двенадцатиперстной кишкой с последующим образованием свища. Камень из желчного пузыря мигрирует в 12-перстную кишку, затем тощую и подвздошную. Поскольку ширина подвздошной кишки меньше тощей, имеется вероятность желчнокаменной кишечной непроходимости на уровне подвздошной кишки.

10-о. Аррозивное профузное кровотечение из гастродуоденальной артерии, прилежащей к задней стенке верхней части двенадцатиперстной кишки.

11-о. Артериомезентериальная (высокая тонкокишечная) непроходимость в результате нарушения эвакуации содержимого из двенадцатиперстной кишки в тощую (атония 12-перстной кишки, как результат голодания; сдавление 12-перстной кишки стволом верхней брыжеечной артерии - спереди и брюшной частью аорты - сзади). Придать больной коленно-локтевое положение во время возбуждения рвотного рефлекса.

12-о. Некроз задней стенки 12-перстной кишки в результате нарушения кровоснабжения, обусловленного разрывом верхней панкреатодуоденальной артерии. Осмотр задней стенки 12-перстной кишки и задней поверхности головки поджелудочной железы производят путем мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру.

Занятие 6.

Топографическая анатомия живота (нижний отдел брюшной полости).

1-о. Прободную язву передней стенки пилорического отдела желудка. Желудочное содержимое по правому латеральному каналу распространилось из верхнего отдела (этажа) брюшной полости в нижний (в правую подвздошную ямку).

2-о. По правому латеральному каналу. Факторы, способствующие распространению экссудата в поддиафрагмальное пространство:

1) изменение давления в полости живота (насосывающее воздействие диафрагмы);

2) при горизонтальном положении больного подвздошная ямка выше уровня печеночной сумки (экссудат стекает в поддиафрагмальное пространство);

3) перистальтика восходящей ободочной кишки.

3-о. Внутренняя ущемленная грыжа живота нижнего дуоденального углубления (грыжа Трейтца). Содержимым грыжевого мешка является небольшой участок противобрыжеечного края кишки с пристеночным (Литреевским) ущемлением. Грыжа может имитировать прободную язву желудка, острый холецистит, острый панкреатит, инфаркт кишечника.

4-о. Стенками правой брыжеечной пазухи являются: латерально - восходящая ободочная кишка, медиально и снизу - брыжейка тонкой кишки, сверху - брыжейка поперечной ободочной кишки, сзади - париетальная брюшина, спереди - большой сальник. Да, между корнем брыжейки поперечной ободочной кишки и начальной частью тощей кишки.

5-о. В прямокишечно-пузырное углубление малого таза (у мужчин) и в правую брыжеечную пазуху между корнем брыжейки поперечной ободочной кишки и начальной частью тощей кишки.

6-о. Тромбэмболия верхней брыжеечной артерии на уровне подвздошно-ободочнокишечной артерии (52,8 % по М. П. Беляеву).

7-о. В части левого изгиба поперечной, нисходящей и сигмовидной ободочной кишках, а также в верхнем отделе прямой кишки.

8-о. Сигмовидная ободочная кишка. При наличии длинной её брыжейки, либо обратного («зеркального») положения органов (*situs viscerum inversus*).

9-о. При ретроперитонеальном положении червеобразного отростка. Рассечь париетальную брюшину по правому латеральному каналу, отступив 2-3 см от слепой кишки. Мобилизовать слепую кишку для доступа к её задней стенке.

10-о. Дивертикулит - воспаление подвздошного отростка (дивертикула Меккеля, который встречается в 1-2% случаев).

11-о. Тяж на месте кишечного-пупочного (желточного) протока. Рассечение тяжа с перевязкой его концов.

12-о. При наличии тонкокишечного содержимого в брюшной полости ревизию начинают с тонкой кишки, затем осматривают все органы брюшной полости, прилежащие органы забрюшинного пространства и малого таза. Ориентиры при осмотре органов нижнего отдела (этажа) брюшной полости:

1) латеральные каналы;

2) корни брыжеек кишок: тонкой, поперечной ободочной, сигмовидной ободочной;

3) фиксированные отделы тонкой кишки (двенадцатиперстно-тощий изгиб - ориентир начальной части тощей кишки,

илеоцекальный угол - ориентир терминальной части подвздошной кишки;

4) фиксированные отделы ободочной кишки (правый, или печеночный; левый, или селезеночный изгибы).

Занятие 7.

Операции на органах брюшной полости (кишечный шов).

1-о. Произвести резекцию концов тонкой кишки, восстановить непрерывность органа созданием анастомоза «конец в конец» (либо «бок в бок»).

2-о. Рану кишки (во избежание стеноза) ушивают в поперечном направлении классическим двухрядным швом: первый ряд - вворачивающий шов Шмидена (скорняжный) рассасывающимся материалом (полисорб, викрил, дексон, максон, PDS, кетгут); второй ряд - узловой серозно-мышечный шов Ламбера нерассасывающимся материалом (полипропилен, монофиламентный полиамид, шелк).

3-о. Краевой однорядный узловой серозно-мышечно-подслизистый шов с узелками вовнутрь кишки. Края кишечной раны прошивают со стороны подслизистого слоя, затем серозной оболочкой, с выколом в полость кишки.

4-о. Ушивание раны желудка (гастрорафия) с применением классического двухрядного шва Альберта:

о первый ряд - вворачивающий шов Шмидена (скорняжный),

о второй - асептический узловой серозно-мышечный шов Ламбера.

5-о. С помощью держалок рану кишки переводят в поперечную и ушивают классическим двухрядным швом.

6-о. Хирург должен произвести резекцию тонкой кишки на протяжении дефекта брыжейки и наложить энтероэнтероанастомоз «бок в бок».

7-о. Прободную брюшнотифозную язву необходимо ушить. Накладывают кисетный серозно-мышечный шов, который перитонизирует лоскутом большого сальника на «ножке».

8-о. Формируют анастомоз в косом направлении, либо с использованием разрезов концов в виде ракетки (боковой расщеп концов кишки по противобрыжеечному краю на величину ширины кишки).

9-о. Сигмовидная ободочная кишка на длинной брыжейке. Слепая кишка с червеобразным отростком может быть смещена либо кверху, либо латерально.

10-о. Подвздошный отросток (дивертикул Меккеля) необходимо удалить. Его иссекают у основания под углом в 45° (в косоперечном направлении) с последующим ушиванием поперечной кишечной раны двухрядным швом. При дивертикулите с вовлечением стенки подвздошной кишки производят клиновидную резекцию этого органа с последующим ушиванием раны.

11-о. Не ушита брыжейка поперечной ободочной кишки в области анастомоза, что повлекло к образованию внутренней грыжи живота.

12-0. «Шпора» - складка задней стенки сигмовидной ободочной кишки - препятствует поступлению каловых масс из приводящего отдела в отводящий.

Занятие 8.

Операции на органах брюшной полости (желудке, печени, желчном пузыре, внепеченочных желчных путях и поджелудочной железе).

1-о. Прободную язву желудка ушивают: 1) в случае её осложнения перитонитом (более 6 часов после перфорации); 2) у пациентов молодого возраста; 3) при тяжелом состоянии больного вследствие сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность). Язву ушивают в поперечном направлении 2-х рядным швом: 1-й ряд - 2-4 шва синтетической рассасывающейся нитью (дексон, полигликолид) через все слои стенки; 2-ой - серозно-мышечный синтетической нерассасывающейся нитью (капрон, лавсан). Поверх линии швов дексоновой нитью фиксируют сальник. Если края язвы очень плотны, их экономно иссекают для обеспечения лучшего заживления. Перитонизацию линии шва осуществляют в целях профилактики его несостоятельности (наличие перифокального воспаления вокруг язвы, а при перитоните - воспаление серозной оболочки - обуславливают хрупкость стенки желудка). Тампонада прободного отверстия сальником на «ножке» по П. Н. Поликарпову состоит в следующем: кетгутовой нитью с двумя иглами на концах прошивают край сальника. Затем, каждой иглой прокалывают стенку желудка через перфоративное отверстие изнутри наружу. Выкол производят на расстоянии 2 см от края отверстия. При подтягивании лигатур лоскут сальника входит в отверстие, закрывая его наподобие пробки. Нити связывают в узел. Небольшой складкой сальника прикрывают сквозной шов и закрытое отверстие. Складку сальника фиксируют к «здоровому» участку стенки узловыми кетгутовыми швами. При отсутствии признаков перитонита (менее 6 часов после перфорации) выполняется резекция желудка.

2-о. Левосторонний трансректальный разрез целесообразно начинать на 2 - 2,5 см книзу от реберной дуги.

3-о. Наружный свищ желудка; может быть временным, либо постоянным. Различия этих видов оперативного приема представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика наружного свища желудка (гастростомии).

Временный	Постоянный
-----------	------------

Трубчатый	Губовидный
-----------	------------

Канал для трубки образован серозной оболочкой.	Канал для трубки образован слизистой оболочкой
--	--

При выскальзывании трубки, её повторно можно ввести оперативным путем. Трубка вводится перед кормлением больного.

Для предупреждения вытекания пищи на протяжении канала формируют «замыкательный аппарат».

После удаления трубки свищ закрывается самостоятельно (эпителизируется). Закрывают дополнительным оперативным вмешательством

4-о. Гастропексия - фиксация передней стенки желудка по периметру свища к париетальной брюшине и апоневрозу передней брюшной стенки. Между стенкой желудка и брюшной стенкой образуется спайка, исключая подтекание желудочного содержимого в брюшную полость между наружной поверхностью дренажной трубки и каналом для трубки, ограниченным серозной оболочкой стенки желудка. Кроме того, обеспечивается надежная фиксация стенки органа, исключая его отрыв при вздутии либо переполнении пищей.

5-о. Короткая петля (10-15 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба). В вертикальном (поперечно к оси желудка) направлении.

6-о. Селективная ваготомия (по Летарже) - пересечение ветвей блуждающих стволов, идущих к телу желудка - позволяет выключить первую сложнорефлекторную фазу желудочного пищеварения и, следовательно, уменьшить секрецию желудочного сока. Вследствие нарушения иннервации желудка происходит снижение его тонуса, возникает спазм привратника, что затрудняет эвакуацию содержимого в двенадцатиперстную кишку. Это диктует необходимость операции, способствующей опорожнению желудка, то есть дренирующей операции.

7-о. Пальцевое сдавление печеночно-дуоденальной связки (собственной печеночной артерии и воротной вены) между большим и введенным в сальниковое отверстие указательным пальцами левой руки, либо при наложении на связку эластичного зажима. Продолжительность сдавления печеночно-дуоденальной связки не более 15 минут.

8-о. Трансумбиликальная портогепатография, позволяющая контрастировать внутripеченочные вены 3-го порядка и мельче. Для спленопортографии производят чрескожную пункцию селезенки, при которой существует опасность разрыва этого органа и внутреннего кровотечения.

9-о. Применение зонда Блекмора, который обеспечивает сдавление изнутри подслизистого венозного сплетения пищеводно-желудочного соединения.

10-о. Сплено-ренальный венозный анастомоз.

11-о. 1) прекращение активации протеолитических ферментов и дальнейшего разрушения железы созданием условий для оттока поджелудочного сока;

2) обеспечение условий для отхождения секвестрировавшихся участков железы и экссудата;

3) устранение воспаления в желчных путях.

12-о. Через желудочно-ободочную связку (этот доступ исключает распространение экссудата в нижний отдел брюшной полости). Для изоляции сальниковой сумки от свободной брюшной полости края желудочно-ободочной связки подшивают к краям лапаротомной раны (оментобурсостомия).

13-о. Холецистэктомия «от дна» (антеградную), поскольку при спаечном процессе затруднены выделение и верификация внепеченочных желчных протоков и кровеносных сосудов в печеночно-дуоденальной связке и воротах печени. Недостатками холецистэктомии «от дна» являются:

1) возможность миграции камней из желчного пузыря в общий желчный проток;

2) большая травматичность и кровопотеря;

3) опасность инфицирования брюшной полости при повреждении полых органов, участвующих в спайках с желчным пузырем (двенадцатиперстная кишка, правый изгиб ободочной кишки).

14-о. Во время холецистэктомии был ошибочно перевязан общий желчный проток. Операции наружного или внутреннего дренирования внепеченочных желчных путей.

15-о. Один из видов внутреннего дренирования внепеченочных желчных путей (билиодигестивный анастомоз, в частности, супрадуоденальную холедоходуоденостомию). При рубцовом стенозе меньшей протяженности показана эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

16-о. 1) после холецистэктомии нарушаются нормальные топографо-анатомические взаимоотношения органов; 2) между органами образуются спайки.

17-о. При механической желтухе методом выбора является эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией; эндоскопическое удаление конкрементов и трансанальное дренирование общего желчного протока. При невозможности выполнения этих операций целесообразно осуществить чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря.

18-о. Внутреннее кровотечение вследствие разрыва селезенки. Обеспечить задержку дыхания при пункции селезенки.

19-о. Во избежание раздавливания хвоста поджелудочной железы и развития посттравматического панкреатита, а также кровотечения вследствие разрушения хрупкой стенки селезеночных сосудов.

Занятие 9.

Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства.

Операции на почках и мочеточниках.

1-о. В клетчатке позади восходящей ободочной кишки (в правом околоободочном пространстве). Распространение флегмоны определяется границами этого слоя забрюшинной клетчатки: сверху - до корня брыжейки поперечной ободочной кишки; снизу - до слепой кишки; латерально - до брюшинно-фасциального узла правого латерального канала (места соединения париетальной брюшины с забрюшинной фасцией); медиально - до корня брыжейки тонкой кишки. Вовлечение в гнойный процесс большой поясничной мышцы.

2-о. При некрозе тела и хвоста поджелудочной железы гной затекает по левому околоободочному пространству в подбрюшинную полость (боковое клетчаточное пространство) малого таза; при некрозе головки - до слепой кишки.

3-о. При попадании иглы в околопеченочную клетчатку из неё прекращается обратное вытекание раствора новокаина; игла «дышит». Раствор новокаина по клетчатке сосудистой «ножки» почки достигает брюшной части аорты, где располагаются чревное, верхнее брыжеечное, почечные, межбрыжеечное и нижнее брыжеечное нервные сплетения.

4-о. 1) Кровотечение вследствие повреждения почки (околопочечная гематома);

2) введение раствора новокаина под собственную капсулу почки (резкое повышение внутрпечечного давления);

3) повреждение почечной и нижней полой вен (справа);

4) повреждение восходящей (справа) и нисходящей (слева) ободочной кишки.

5-о. При наложении пневморетроперитонеума кислород (воздух) из предкрестцового (позадипрямокишечного) пространства поступает в собственный слой забрюшинного пространства. Вкол иглы производят на середине расстояния между вершиной копчика и задним проходом. Больному придают коленно-локтевое положение.

6-о. По фасциальному футляру большой поясничной мышцы через мышечную лакуну до места прикрепления этой мышцы к бедренной кости.

7-о. Катетер (зонд) Сельдингера. Посредством пункции и катетеризации бедренной артерии по Сельдингеру. На уровне I-II поясничного позвонка.

8-о. На большой поясничной мышце мочеточник имеет место пересечения (располагается кпереди) с бедренно-половым нервом. При миграции камня по мочеточнику в патологический процесс вовлекается этот нерв с последующей иррадиацией болей в области его распределения.

9-о. Экскреторная урография.

10- о. Натяжение или перегиб (перекручивание) почечной артерии при ортостатическом положении больной.

11-о. Патоморфологические и функциональные изменения в этой почке выражены в меньшей степени, по сравнению с почкой, в которой обтурация развилась раньше.

12-о. Это «малососудистая» зона почки во фронтальной плоскости. Во избежание кровотечения из ветвей передней ветви почечной артерии и обеспечения надежного гемостаза при ушивании раны почки (как паренхиматозного органа).

13-о. При нефрэктомии хирург должен убедиться в наличии второй почки и её функциональной состоятельности. Вначале выделяют и пересекают мочеточник, потом почечную артерию, затем - вену.

14-о. Реберно-диафрагмальный плевральный синус находится кзади от верхнего конца (полюса) почки. Повреждение диафрагмы и плевры приводит к пневмотораксу и инфицированию плевральной полости. Одним из симптомов пневмоторакса является поступление воздуха в плевральную полость. Дефект плевры и диафрагмы ушивают кетгуттовым швом.

15-о. Повреждение добавочной почечной артерии (наблюдаются в 1/3 случаев); поэтому любой сомнительный тяж, идущий к почке с медиальной стороны (от брюшной части аорты и нижней полой вены) рассекают между кровоостанавливающими зажимами и лигируют.

16-о. Трансплантация почки.

Занятие 10.

Топографическая анатомия таза и промежности. Операции на органах малого таза.

1-о. 1) Ушить рану мочевого пузыря (если имеется такая возможность) двухрядным швом без захватывания слизистой оболочки;

2) обеспечить отведение мочи из мочевого пузыря (цистостомия);

3) обеспечить дренирование (лобково-бедренная или лобково- промежностная методика проведения дренажа) залобкового (предпузырного) пространства.

2-о. 1) Брюшностеночный - через переднюю брюшную стенку (поперечный или продольный внебрюшной доступ);

2) доступ к подбрюшинной полости таза через запирающее отверстие (в стороне от запирающего канала) со стороны медиальной поверхности бедра (ложка приводящих мышц) по И. В. Буяльскому - Мак-Уортеру;

3) выведение дренажа на промежность по П. А. Куприянову;

4) выведение дренажа параректально через седалищно - анальную ямку (при сочетанных повреждениях мочевого пузыря и прямой кишки).

3-о. В опорожненном состоянии мочевой пузырь располагается подбрюшинно (серозной оболочкой покрыт частично спереди, с боков, и сзади), при наполнении - мезоперитонеально. Поэтому различают брюшинный и внебрюшинный отделы этого органа. Рану брюшинного отдела ушивают двухрядным швом: 1-й ряд - нитью из рассасывающегося материала с захватыванием мышечной оболочки (слизистая оболочка не захватывается!); 2-ой ряд - тонкой нерассасывающейся нитью серозно-мышечный. В мочевой пузырь на несколько дней вводят постоянный катетер. При ранениях внебрюшинного отдела на доступные отделы мочевого пузыря накладывают двухрядный шов. Во второй ряд захватывают висцеральную (предпузырную) фасцию и мышечную оболочку. Операцию завершают наложением мочевого свища.

4-о. У женщин мочеиспускательный канал короткий, прямой, широкий. Лимфатические сосуды и вены мочевого пузыря имеют прямые связи с сосудами матки и влагалища (в основании широкой связки и внутренних подвздошных лимфоузлах).

5-о. Нарушенная внематочная беременность подтверждается наличием крови из брюшной полости, а не из кровеносного сосуда (полученную кровь осматривают на белом фоне: кровь из брюшной полости темного цвета с мелкой зернистостью (свертывание вне сосудистого русла); кровь из сосуда (свежая) зернистости не должна иметь. При получении крови из брюшной полости предпринимается лапаротомия.

6-о. «Акушерская» промежность - часть тазового дна между задней спайкой больших половых губ и передним краем заднепроходного отверстия. В положении *anteflexio - anteversio* матка опирается с одной стороны на мочевой пузырь и лобковые кости, с другой - на тазовое дно (мочеполовую диафрагму). У большой В. имеется недостаточность тазового дна вследствие рубцовых и возрастных изменений с утратой его опорной функции. При несостоятельности тазового дна происходит значительное расширение *hiatus genitalis*, что можно уподобить «грыжевым воротам» (Р. Р. Макаров, А. А. Габелов).

7-о. Околопузырная (юкставезикальная) часть мочеточника (до места прободения им под острым углом стенки мочевого пузыря) является самой узкой. При трансвагинальной уретеролитотомии существует опасность ранения маточной артерии. В толще основания широкой связки матки (в боковом параметрии) мочеточник пересекает маточную артерию, располагаясь книзу от неё (место перекреста находится на 1,5 - 2 см от внутреннего зева шейки матки).

8-о. На 7-8 неделе эмбрионального развития в подслизистом слое прямой кишки на уровне столбов Морганьи и под кожей вокруг заднепроходного отверстия закладывается кавернозная ткань. При наружном геморрое узлы развиваются из венозно-артериального сплетения нижних прямокишечных сосудов, равномерно распределяющихся под перианальной кожей. Внутренние узлы происходят из кавернозной ткани подслизистого слоя на уровне столбов Морганьи. В 2/3 случаев кавернозные тельца образуют группы, локализующиеся на 3,7,11 часах. Между внутренними и наружными узлами находится фиброзная перемычка.

9-о. Радиальный - при подслизистой форме парапроктита, когда свищевой ход находится кнутри от сфинктера (при рассечении свищевой ходы не травмируются волокна сфинктера заднего прохода); полулунные - при подкожной, седалищно-прямокишечной, тазово- прямокишечной, позадипрямокишечной формах. Сущностью второго этапа операции при парапроктите является ликвидация внутреннего отверстия (свища) гнойника, находящегося в прямой кишке.

10-о. Подкожный парапроктит. 50% из всех форм парапроктита. Сдавление мочеиспускательного канала воспалительным инфильтратом.

11-о. При подслизистом парапроктите гнойник можно вскрыть со стороны просвета прямой кишки разрезом в продольном направлении.

12-о. При надавливании на копчик боли резко усиливаются. Пальцевое исследование прямой кишки позволит обнаружить выбухание задней стенки органа, характер которого определяется стадией процесса и сроками от начала заболевания.

13-о. Целесообразен полулунный разрез на 3-4 см кнаружи от заднего прохода, поскольку чрепрямокишечный доступ к пельвиоректальному абсцессу не обеспечивает адекватного дренирования.

14-о. Для исключения метастазов в печень гематогенным путем (верхняя прямокишечная - нижняя брыжеечная - воротная вена - ветви воротной вены в печени) и решения вопроса о возможности радикальной операции. У больной С. метастазы в первую очередь могут быть в нижних брыжеечных лимфоузлах. В условиях атипичных путей оттока лимфы от прямой кишки метастазирование происходит во внутренние подвздошные, крестцовые и паховые лимфоузлы, поскольку эти группы являются регионарными для прямой кишки.

15-о. 1-я модификация: геморроидальные узлы на 3,7, 11 часах иссекают снаружи внутрь, прошивают и отсекают. Три раневые поверхности перианальной кожи и стенок заднепроходного канала частично ушивают; в шов захватывают один край перианальной кожи и слизистой оболочки и подшивают его к середине дна каждой раны. При этом раневая поверхность уменьшается при сохранении открытого участка по всей длине каждой раны для оттока раневого отделяемого.

2-я модификация: на ложе каждого узла в радиальном направлении накладывают зажим Бильрота, концы браншей которого доходят до сосудистой «ножки». Над зажимом узел иссекают снаружи вовнутрь до основания сосудистой «ножки», которую прошивают и перевязывают хромированным кетгутом, узел отсекают. Под зажимом ложе узла прошивают тонким кетгутом, захватывая края слизистой оболочки и дно раны. Наружные геморроидальные узлы иссекают в виде лепестков, кожную часть раны ушивают узловыми швами кетгутом.

16-о. Фасциальная капсула (капсула Амюсса) образована фасцией прямой кишки. В формировании переднего отдела этой капсулы участвует прямокишечно-влагалищная перегородка (брюшинно-промежностная фасция или апоневроз Денонвильер - Э. Г. Салищева), которая является общей для задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки (разделяя и) соединяя стенки этих органов.