medfsh.ru

Билет 1.

1. Понятие о грыжах. Этиология, патогенез, классификация, общая симптоматика, принципы хирургического лечения.

Грыжей живота называют выпячивание органов брюшной полости за ее пределы вместе с париетальным листком брюшины.

Она имеет в своем составе грыжевые ворота (дефект, через который произошло выпячивание), тело (выпячивание париетальной брюшины) грыжевое содержимое (это органы брюшной полости ,как правило это мобильный орган например матка ,аппендикс).

Скользящая грыжа - это грыжа стенкой которой является полый орган например мочевой пузырь.

Этиология

Различают общие и местные факторы образования грыж.

1) Общие факторы делятся на две группы:

а) предрасполагающие факторы — наследственная предрасположенность (особенности анатомического строения брюшной стенки); особенности конституции человека (астенический тип предрасположен к развитию косых паховых, пупочных и бедренных грыж); половые (мужчины более предрасположены к развитию паховых грыж, остальные грыжи чаще возникают у женщин); возрастные различия в строении тела (у детей неокрепшая передняя брюшная стенка); беременность;

б) производящие факторы, которые повышают внутрибрюшное давление и снижают биомеханические свойства брюшной стенки (тяжелый физический труд, трудные роды, хронический кашель, длительные запоры, рвота, затруднение мочеиспускания.

2) Местные факторы — это места выхода грыж, которые, несмотря на равномерность воздействия внутрибрюшного давления на брюшную стенку, выходят только в определенных местах (см. грыжевые ворота).

Патогенез

— основная причина развития грыж — нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать

Классификация:

А) наружная грыжа (это выпячивание при сохранении целостности кожных покровов) и внутренняя (к ним относятся например диафрагмальные грыжи аорты , пищеводного отверстия)

medfsh.ru

Б) по локализации — паховые, бедренные, пупочные, грыжи белой линии живота и грыжи редкой локализации (спигелевой линии, боковые, поясничные, седалищные, мечевидного отростка, запирательного отверстия, промежностные и др.);

В) по этиологии: врожденные — паховые и пупочные приобретенные, которые делятся на предуготовленные, возникающие в «слабых местах» брюшной стенки; послеоперационные, возникающие в области послеоперационных рубцов после операций на органах брюшной полости; травматические — возникают после травмы брюшной стенки в различных ее участках без нарушения целостности кожных покровов, но с повреждением других анатомических слоев, кроме брюшины;

Г) неосложненные, к которым относятся вправимые грыжи — грыжевое содержимое свободно перемещается и вправляется в брюшную полость; частично вправимая и невправимая и осложненные — к основным осложнениям относят: ущемление, копростаз, воспаление грыжевого мешка, оболочек или содержимого с исходом в флегмону грыжевого мешка;

Д) по степени развития: 1 ст. — начинающаяся только ворота; 2 ст. — неполная грыжа имеет все составные части и не выходит; 3 ст. — полная, 4 ст. — большая, 5 ст. — огромная или гигантская

Клиника: опухолевидное выпячивание, увеличивающееся при напряжении, в положении стоя, боли различного характера в области грыжи, усиливающиеся при физической нагрузке, при выхождении внутренностей и вечером. По мере постепенного увеличения грыжи, жалобы становятся более выраженными, грыжа ограничивает нормальную жизнедеятельность и перемещение.

Диагностика: внешний осмотр, при котором определяем форму и размеры грыжевого выпячивания в положении стоя, осмотр лежа-определяем вправляемость грыжи путем вправления грыжи через грыжевые ворота. После вправления пальпаторно определяем локализацию и диаметр грыжевых ворот. При небольших размерах грыжи, она вправляется самостоятельно в покое, либо появляется только при натуживании. Выслушивание перистальтики в грыжевом мешке при аускультации и определение тимпанита при перкуссии, свидетельствует о присутствии петель кишечника в грыжевом мешке и, напротив, притупление перкуторного звука – о наличии в мешке большого сальника. Компьютерная томография- определения соотношения объема брюшной полости к объему грыжевого мешка

Лечение

возможен консервативный метод лечения, который заключается в ношении бандажа, но излечивания не наступает. Основным методом является плановое грыжесечение. Противопоказаниями к нему являются беременность, декомпенсированная стадии заболевания сердечно-сосудистой системы, возраст до 6 месяцев, новообразования, асцит.

Основными этапами грыжесечения являются:

medfsh.ru

1) операционный доступ , разрез ,который обычно делается над живым мешком 2) обработка грыжевого мешка ,которая включает в себя выделениие, вскрытие мешка, вправление грыжевого содержимого , перевязка или прошивания мишка у шейки

3) пластика грыжевых ворот (фасциально-апоневротическа, мышечно-апоневротическая, мышечная пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических материалов, комбинированная)

4) восстановлением целостности кожных покровов

2. Заболевания ободочной кишки. Методика обследования больных. Фиброколоноскопия.Ирригография.

Все заболевания ободочной кишки в зависимости от причин возникновения разделяются на ряд групп.

1. Пороки развития - связанные с нарушением формирования кишечной трубки и аномальным ее расположением (атрезии, мегаколон, обратное расположение, подвижная слепая кишка, недостаточность баугиниевой заслонки).

2. Воспалительно-дегенеративные заболевания, связанные с развитием неспецифического или специфического воспалительного процесса и в результате дегенеративными изменениями кишечной стенки (флегмона кишки, туберкулез, сифилис, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона).

3. Опухоли ободочной кишки:

а) доброкачественные опухоли (полипы, невриномы, липомы, фибромы);

б) предраковые заболевания толстой кишки (распространенныйполипоз);

в) рак толстой кишки.

4. Повреждения ободочной кишки.

5. Кишечная непроходимость.

Наружный осмотр-- Детальный осмотр промежностно-анальной области. Осмотр лучше проводить в коленно-локтевом положении больного, обращая

внимание на состояние кожи, наличие или отсутствие припухлости, покраснения, мацерации или повреждений кожи и окружности заднего прохода, наличие наружных геморроидальных узлов, выпадения слизистой или всех слоев прямой кишки, опухолей, параректальных свищей.

Пальцевое исследование.

medfsh.ru

Это самый простой, доступный и безопасный метод, который следует применять к каждому больному, предъявляющему жалобы на боли, патологические выделения из прямой кишки или нарушения функции этого органа.

Осмотр с помощью ректальных зеркал.

Больного обследуют в коленно-локтевом положении на спине с поднятыми ногами или на боку с приведенными к животу бедрами. Можно визуально исследовать анальный и нижний отделы прямой кишки, увидеть трещины заднего прохода, внутренние геморроидальные узлы, полипы, опухоли, язвы, раны, инородные тела, ректовагинальные свищи, изменения слизистой оболочки и другие патологические процессы на глубине 8 – 10 см.

Ирригоскопия (ретроградное контрастирование) применяют для определения положения кишки, формы и длины ее, величины просвета, гаустрации, состояния рельефа слизистой оболочки, эластичности стенок, а также для выяснения взаимоотношения ободочной кишки с окружающими органами.

При ирригоскопии в значительном числе случаев удается поставить правильный диагноз органической патологии толстой кишки: опухолей, полипов, колита, дивертикулеза, пневматоза и других заболеваний.

Для подробного осмотра рельефа слизистой оболочки кишки применяют тугое заполнение кишки с последующим опорожнением ее, а также двойное контрастирование, когда после опорожнения от взвеси бария в кишку вводят воздух.

Фиброколоноскопия (ФКС) инструментальная методика исследования.

Суть метода заключается в визуальном осмотре слизистой толстой кишки, начиная с анального отверстия и заканчивая слепым ее отделом. В случае необходимости предусмотрено взятие микроскопических образцов слизистой кишки («биопсия») для лабораторного исследования. Для этого в просвет кишки вводится специальный врачебный аппарат – колоноскоп.

Колоноскоп во время процедуры проходит по всей толстой кишке, абсолютно точно повторяя все её изгибы. Колоноскопия кишечника в среднем проводится 30 минут.

Ректороманоскопию проводят при болях в области прямой кишки, кровотечениях из анального отверстия, подозрении на злокачественное или доброкачественное новообразование, запорах и поносах (особенно с кровью и слизью), стриктурах, язвах, прямокишечно-влагалищных, мочепузырно-прямокишечных свищах и других показаниях, а также при отсутствии каких-либо жалоб

3. Острый гнойный мастит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Острый гнойный мастит - это инфекционно-воспалительные заболевания молочных желез, с поражением железистой и интерстициальной ткани

Классификация
.– Гнойный:
- абсцедирующий;

medfsh.ru

– инфильтративнио-абсцедирующий;
– флегмонозный;
– гангренозный
.– По локализации гнойника:
субареолярный;
- подкожный;
- интрамаммарный;
- ретромаммарный.

По распространѐнности процесса:
ограниченный (один квадрант железы);
- диффузный (два-три квадранта железы);
- тотальный (четыре квадранта железы)

Возбудителем является стафилококк, стрептококк, реже гонококк и пневмококк

Предрасполагающие факторы: трещины сосков, лактостаз, неправильный уход

Клиника:

Абсцедирующий мастит проявляется ухудшением самочувствия больных, нарастанием интоксикации, температура тела выше 38°С, гиперемия кожи усиливается, появляется се отечность, пальпируется резко болезненный инфильтрат, занимает более одного квадранта. Часто в центре инфильтрата определяется размягчение, а в его зоне — симптом флюктуации. У многих больных лейкоцитоз составляет более 10-108 /л.

Инфильтративно-абсцедирующий мастит протекает более тяжело, чем абсцедирующая форма заболевания, выраженность гиперемии кожи, отѐка тканей, самостоятельной и пальпаторной болезненности соответствует, характеризуется наличием плотного инфильтрата в тканях молочной железы, состоящего из множества мелких абсцессов различной величины по типу «пчелиных сот

При флегмонозном мастите выражены признаки интоксикации, самочувствие и общее состояние больных значительно ухудшаются. Усиливаются боли в молочной железе и головная боль, нарастает слабость, снижается аппетит, отмечается бледность кожных покровов. температура тела выше 38 резко увеличена в объѐме, ткани еѐ отѐчны кожа интенсивно гиперемирована, напряжена, местами с цианотичным оттенком. Сосок железы часто втянут. При пальпации определяются резкая болезненность и пастозность тканей.

Гангренозная форма мастита характеризуется очень тяжѐлым состоянием больных и обширным некрозом кожи и глублежащих тканей. Процесс протекает злокачественно, с быстрым гнойным расплавлением тканей и распространением на клетчаточные пространства грудной клетки, сопровождается выраженной системной воспалительной реакцией, температура тела поднимается выше 39 °С. В воспалительный процесс вовлечены все квадранты молочной железы. Кожа еѐ с участками синюшно-багрового цвета и отслоившегося эпидермиса с образованием пузырей, заполненных геморрагической жидкостью, имеются очаги некроза. У всех больных значительно увеличено количество лейкоцитов крови и снижено содержание гемоглобина до 80–90 г/л.

medfsh.ru

В общем анализе мочи всех пациенток имеются белок и повышенное количество эритроцитов, а в 75% случаев — гиалиновые и зернистые цилиндры.

Диагностика: Пальпация молочных желез. В зависимости от фазы воспалительного процесса грудь может быть напряженной или инфильтрированной. О гнойном характере заболевания свидетельствует выявление в тканях грудной железы размягченных флюктуирующих участков.

Общий анализ крови. Для гнойного мастита характерны выраженные воспалительные изменения. Обычно отмечается значительный лейкоцитоз, лейкоцитарная формула сдвинута влево, СОЭ повышена. Возможна токсическая зернистость нейтрофилов.

УЗИ молочной железы. Эхогенность снижена. Млечные протоки расширены, ткани инфильтрированы. Места скопления гноя выглядят гипоэхогенными. Исследование позволяет определить количество и размеры гнойных очагов, а также масштаб распространения процесса.

Лечение:

При абсцедирующем мастите: разрез 5-6 СМ проводят вместе флюктуации или наибольшей болезненности в радиальном направлении, не доходя до ареолы по крайней мере на 1 см. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и вскрывают полость гнойника. Введённым в полость гнойника пальцами следует разделить все имеющиеся тяжи и перемычки. После освобождения от гноя в полости следует вести резиновый дренаж, тампон.

При флегмонозном: разрезы выполняют по тем же правилам, но дополнительно выполняет широкую некрэктомию

При гангренозном: показаны широкая гангренозный некрэктомия

Хирургическое лечение гнойного мастита.

Операцию следует выполнить в стационаре под общим обезболиванием.

Основные принципы хирургического лечения острых гнойных лактационных маститов на современном этапе следующие:

1) выбор рационального доступа к гнойному очагу с учѐтом необходимости максимального сохранения функции и эстетики молочной железы;

2) радикальная хирургическая обработка гнойного очага;

3) адекватное дренирование гнойного очага, в том числе с применением дренажно-промывной системы;

4) закрытие раны первичным швом, а при противопоказаниях — наложение вторичных швов и применение кожной пластики;

medfsh.ru

5) длительное капельное промывание раны через дренажно-промывную систему в послеоперационном периоде растворами антисептиков.

Доступы:

При локализации гнойного очага под ареолой наиболее рациональным является **параареолярный** доступ: разрез делают параллельно и отступя от края ареолы на 1–2 мм.

При локализации воспалительного процесса в нижних квадрантах молочной железы (или одном из них) наилучшим доступом служит разрез, который выполняют на 1–2 см выше и параллельно нижней переходной складке молочной железы.

Тотальное поражение молочной железы или **ретромаммарное** расположение гнойника делает необходимым выполнение разреза по ходу нижней переходной складки молочной железы.

Для вскрытия гнойного очага, расположенного на границе наружных квадрантов или занимающего оба наружных квадранта, выполняют **разрез дугообразно** по наружному основанию молочной железы. При глубокой и узкой межмаммарной складке для вскрытия гнойника во внутренних квадрантах предпочтительней дугообразный разрез по наружному основанию молочной желез.

При некрозе кожи следует иссечь его двумя **полуовальными разрезами** и из этого доступа выполнить хирургическую обработку гнойного очага. Радиальный разрез является универсальным и применяется при любой локализации гнойного очага, кроме субареолярного его расположения.

Швы накладывают только на подкожную клетчатку и кожу. В результате образуется замкнутая полость на месте имевшегося гнойного очага, которая сообщается с внешним пространством через дренажи. В послеоперационном периоде через оба конца ирригатора постоянно капельно промывают полости водным раствором хлоргексидина с интенсивностью 10–15 капель в минуту.

Задача. При операции больному Е., 65 лет по поводу левосторонней ущемленной пахово-мошоночной грыжи обнаружено…..

Ответ:Признаки жизнеспособности: Признаки жизнеспособности: нормальный розовый цвет кишечной стенки, наличие перистальтики, Объём резекции-30-40 см приводящей кишки отдел до грыжи и 15-20 см отводящей кишки после, анастомозы бок в бок. Методы пластики пахового канала: 1) пластика местными тканями (Бассини, Кукуджанов, и др., Шоулдайс). 2) открытые протезирующие (ненатяжная пластика по Лихтенштейну) 3) лапароскопические — без использования и с использова-нием аллотрансплантатов

Билет 2.

1.Паховые грыжи. Этиология, клиника , методы лечения.

medfsh.ru

Паховая грыжа представляет собой расширение пахового канала, вследствие чего внутренние органы частично выпячиваются за пределы брюшной полости. Паховый канал – щель между широкими мышцами живота, в котором у мужчин проходит семенной канатик, а у женщин — круглая связка матки. Наиболее склонными к образованию паховых грыж паховые промежутки.(расположенные между верхней и нижней стенками пахового канала).

Различают след.виды пах.грыж:

1)-косую (проходит через лат.пах.ямку и через внутр.пах.кольцо,т.е. идет вовнутрь пахового канала совместно с элементами семенного канатика).

По степени продвижения наружных косых грыж различают:

1) канальные,

2) постканальные,

3) пахово-мошоночные.

Вариантом косых паховых грыж являются врожденные грыжи.

2)-прямую (выходит из брюшной полости через медиальную ямку, выпячивая поперечную фасцию кпереди (заднюю стенку пахового канала) и она не опускается в мошонку).

Этиология: после опущения яичек в мошонку у мальчиков происходит заращение влагалищного отростка брюшины. Если этого не происходит, его полость свободно сообщается с брюшной полостью, создавая возможность для беспрепятственного выхождения органов в полость влагалищного отростка в мошонку.

Клиника :

КОСАЯ ГРЫЖА: при осмотре выпячивание имеет продолговатую форму, расположено по ходу пахового канала и при длительном течении опускается в мошонку. При больших паховых грыжах у мужчин половина мошонки со стороны грыжи резко увеличена, кожа ее растянута, половой член уклоняется в противоположную сторону.

ПРЯМАЯ ГРЫЖА : При осмотре определяется округлое или овальное образование у корня мошонки над медиальной частью паховой связкой, рядом с наружным краем лона, которое постепенно увеличивается в диаметре.

ОСМОТР начинается с инвагинации мошонки II или III пальцем в положении стоя и лежа, пальпируется лонный бугорок, далее палец продвигается вперед и кзади к наружному отверстию пахового канала.

В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца. При грыже диаметр отверстия расширяется до 2-3 см и более, пропуская 2-3 пальца, а при гигантских грыжах и всю кисть.

Не извлекая пальцы, хирург предлагает больному потужиться или покашлять. При этом он ощущает толчкообразное давление на верхушку пальца — СИМПТОМ КАШЛЕВОГО ТОЛЧКА.

Затем хирург другой рукой захватывает у корня мошонки и слегка подтягивает семенной канатик, а больного опять просит потужиться. Если имеется косая грыжа, то выпячивание проявляется кнаружи от семенного канатика, а если прямая, — кнутри от него. При резком расширении пахового кольца палец легко продвигается по ходу грыжи. Если грыжа косая, то расширенный ход повторяет направление семенного канатика, а если прямая, то палец направляется прямо, проникая в паховый промежуток.

Лечение-хирургическое:

ХОД :

medfsh.ru

1)разрез кожи параллельно или выше на 2 см паховой связки от повздошной кости до лонного симфиза,далее рассекают п\к клетчатку и апоневроз наруж.кос.мышцы живота.
2) выделение и обработка грыжевого мешка.
При прямой паховой грыже семенной канатик берут на держалку и отводят в латеральную сторону. **При косой грыже** вначале расслаивают оболочку семенного канатика, и среди его элементов обнаруживается грыжевой мешок.
3)После рассечения органы, находящиеся в нем, вправляют в брюшную полость. Прошивают и перевязывают шейку мешка. **При прямой паховой** грыже допустимо погрузить грыжевой мешок в брюшную полость, не вскрывая его.
4)пластика пахового канала.
а) пластика местными тканями (Бассини, Кукуджанов).
Способ Бассини: принцип данной операции заключается в ушивании пахового промежутка путем сшивания верхней и нижней стенок пахового канала.
Способ Кукуджанова. Тоже, что Бассини, но сшивают еще и бедренное кольцо. Накладывают узловые швы на паховую, гребенчатую, лакунарную связки, затем сшивают паховую связку с нижним краем внутренней косой мышцы живота.
НЕДОСТАТОК: высокий уровень рецидивов, выраженный болевой синдром после операции.
б) открытые протезирующие (ненатяжная пластика по Лихтенштейну).
по Лихтенштейну: после выделения семенного канатика на заднюю стенку пахового канала фиксируется раскроенный сетчатый трансплантат из полипропилена.
ПРЕИМУЩЕСТВО: уменьшает количество рецидивов.
в) лапароскопические — с протезирующей пластикой.
Протезирующая сетка устанавливается непосредственно в месте начала грыжи в предбрюшинном пространстве.

2.Периаппендикулярный абсцесс. Клиника , диагностика, лечение.

Периаппендикулярный инфильтрат трудно отличить от абсцесса, физическое обследование часто не дает возможности поставить диагноз.
Диагностика:
Признаками абсцедирования аппендикулярного инфильтрата являются: усиление болей в правой подвздошной области, появление признаков интоксикации (лейкоцитоз, повышение температуры, принимающий гектический характер.)
На УЗИ определяется полостное образование округлой формы с однородным гипо- или анэхогенным содержимым (жидкость) с плотной пиогенной капсулой от 5 до 8 мм толщиной.
Клиника:
При этом осложнении в области правой подвздошной ямки прощупывается резистентность величиной от грецкого ореха до кулака, которая спонтанно и при пальпации болезненна.У худощавых больных иногда видно выпячивание.+признаки интоксикации (лейкоцитоз, повышение температуры, принимающий гектический характер).
Лечение:
1)Неотложное оперативное вмешательство доступом *по Волковичу-Дьяконову* с общим обезболиванием:

medfsh.ru

Стенки инфильтрата осторожно тупо разделяют до получения гноя. Образовавшееся отверстие в полости гнойника расширяют, эвакуируют гной, который берется на бактериальное исследование и на чувствительность к антибиотикам, выделяют полость, промывают раствором антисептика, устанавливают в ней один или два перчаточно-марлевых тампона и трубчатый дренаж.
Если аппендикс идентифицируется и имеются технические условия, то выполняется аппендэктомия. Манипуляции в гнойной полости среди инфильтрированных и легкоранимых кишечных петель могут привести к разрушению тканевого барьера, отграничивающего полость, кровотечению, повреждению стенок кишки с образованием кишечного свища.
В послеоперационном периоде больным проводится массивная дезинтоксикационная и рациональная антибактериальная терапия, перевязки с антисептическими мазями.

2)При расположении гнойника вблизи операционного доступа производят его вскрытие через этот разрез, а при латеральных и ретроцекальных локализациях доступ осуществляется *внебрюшинным доступом Пирогова (латеральнее разреза Волковича-Дьяконова)*.
После вскрытия апоневроза и тупого разведения мышц также тупо отодвигают брюшину кнутри вместе с пальпируемым инфильтратом. При появлении под пальцами участка флюктуации в этом месте осторожно вскрывают гнойник. После аппендэктомии может возникнуть такое гнойное осложнение как абсцесс культи червеобразного отростка. (Профилактика: раздавливание мышечной и слизистой оболочек зажимом перед наложением лигатуры на культю).

3)Долихоколон. Этиология, клиника, диагностика, лечение

Долихоколон — наиболее распространенный порок развития толстого кишечника, выявляемый более чем у трети новорожденных

Этиология

- **Инфекционные заболевания-**токсоплазмы, бледные трепонемы, возбудители краснухи, герпетической и цитомегаловирусной инфекции.
- **Токсические вещества**- алкоголь и наркотические вещества, производственные яды— солей лития, свинца и ртути.
- **Ионизирующая радиация**.

Клиника

Задержка стула более 3 дней,изменение внешнего вида каловых масс, чувство неполного опорожнения кишечника или ощущение препятствия в прямой кишке. Запоры могут сопровождаться болевыми ощущениями без четкой локализации, вздутием живота и затруднением отхождения газов. При пальпации обнаруживается местная болезненность в районе пупка и в левой половине живота, симптомы астении.

medfsh.ru

Диагностика

- **Рентгенография толстого кишечника**. Проведение ирригоскопии после перорального введения контрастного вещества с барием - удлиненную ободочную кишку, выявляет значительное замедление пассажа рентгеноконтрастного вещества по кишечнику.
- **Эндоскопическое исследование.** Колоноскопия необходима для оценки длины и ширины различных участков толстой кишки, тонус кишечной стенки, количество и выраженность гаустр, контактная кровоточивость слизистой оболочки.
- **Обзорная рентгенография брюшной полости**. Для исключения осложнений долихоколона
- **Биопсия стенки кишечника**. для дифференциального диагноза с врожденными аномалиями кишечной иннервации.

Лечение

Регулярная двигательная активность, употребление хорошо сбалансированной пищи и достаточного количества воды, отказ от подавления позывов к дефекации.
Средства для увеличения объема кала:
Осмотические слабительные средства-солевые препараты-повысить осмотическое давление в просвете кишки, стимулировать процессы гидратации.
Прокинетики. Для усиления моторики толстого кишечника используют фитопрепараты, серотонинергические средства и миотропные регуляторы сократительной активности гладкомышечных волокон.

Контактными слабительными в виде свечей и клизм. Болевой синдром- селективные спазмолитики, ненаркотические анальгетики. Для уменьшения вздутия применяют пеногасители.
Оперативные методы — субтотальная резекция толстого кишечника, колэктомия с созданием илеоректального анастомоза. При завороте кишки с сохранением жизнеспособности кишечной стенки выполняется эндоскопическая или лапаротомическая деторсия, при стойком нарушении кровоснабжения — резекция.

4)Во время операции резекции тонкой кишки по поводу ее ущемления, хирург недостаточно четко определил объем резекции пораженного органа, наложив анастомоз на отечную, сине-багровой окраски кишку.

О каком осложнении нужно помнить при операциях, связанных с резекцией органов и их анастомозированием?

Ответ:

Неправильное определение границ резекции кишки одна из частых причин развития несостоятельности швов межкишечного анастомоза, приводящей к развитию перитонита и гибели больных. Признаки жизнеспособности: Признаки жизнеспособности: нормальный розовый цвет кишечной стенки, наличие перистальтики, Объём резекции-30-40 см приводящей кишки отдел до грыжи и 15-20 см отводящей кишки после, анастомозы бок в бок

medfsh.ru

Билет 3

1.Хирургическая тактика при ущемленной грыже. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки.

Ущемленная грыжа подлежит экстренному оперативному вмешательству, более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа во избежание ускользания его в брюшную полость при последующих манипуляциях в области грыжевых ворот и ликвидации ущемления.

1)Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи.

2) Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и, не выделяя полностью грыжевой мешок, рассекают его дно. Обычно при этом изливается желтоватого или темнобурого цвета грыжевая вода. В связи с этим перед вскрытием грыжевого мешка необходимо изолировать рану марлевыми салфетками. Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране. После этого можно продолжить операцию и рассечь ущемляющее кольцо, то есть грыжевые ворота.

Делают это в наиболее безопасном направлении по отношению к окружающим органам и тканям. Освободить ущемленный орган можно двояким способом: рассечение апоневроза начинают либо непосредственно со стороны грыжевых ворот, либо идут в противоположном направлении от неизмененного апоневроза к рубцовыми тканям ущемляющего кольца.

Освободив ущемленную кишку, оценивают еѐ жизнеспособность по следующим признакам:

1) нормальный розовый цвет кишечной стенки;
2) наличие перистальтики;
3) определение пульсации сосудов брыжейки, вовлеченной в странгуляцию.

Если все указанные признаки налицо, то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость. В сомнительных случаях в брыжейку кишки вводят 100–150 мл 0,25 % раствора новокаина и согревают ущемленный участок в течение 10–15 мин салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Если же после этого отсутствует хотя бы один из перечисленных выше признаков и остаются сомнения в жизнеспособности кишки, то это служит показанием к резекции еѐ в пределах здоровых тканей.

Кроме ущемленной петли подлежат удалению 30–40 см приводящего отдела кишки (выше странгуляции) и 15–20 см отводящего (ниже еѐ).

Резекцию ущемленной тонкой кишки производят согласно общим хирургическим правилам, вначале поэтапно рассекают брыжейку и накладывают лигатуры на ее сосуды, а затем иссекают мобилизованную часть кишки. Анастомоз между приводящим и отводящим отделами предпочти-тельнее накладывать «конец в конец». При резком несоответствии диаметров приводящего и отводящего отделов кишки прибегают к наложению анастомоза «бок в бок». В зависимости от разновидности грыжи приступают к пластике грыжевых ворот.

medfsh.ru

2. Особенности клиники и хирургической тактики в зависимости от варианта положения червеобразного отростка

1**. Ретроцекальный аппендицит**. В этом случае червеобразный отросток расположен забрюшинно, в правом парокольном клетчаточном пространстве. В связи с этим, такое расположение отростка вызывает минимальные проявления при исследовании передней брюшной стенки, при этом максимальная симптоматика выявляется при исследовании правой поясничной области. Болевой синдром при ретроцекальной локализации отростка укладывается в проявления симптома Кохера-Волковича, однако, в конце концов, боль локализуется в правой поясничной области. Возможна иррадиация боли в паховую область. Для диспепсического синдрома характерна более частая дефекация кашицеобразным калом. Интоксикационный синдром неспецифичен и не имеет отличий от типичных проявлений острого аппендицита. Возможно появление дизурического синдрома в виде учащенного мочеиспускания с макрогематурией вследствие раздражения правого мочеточника. При объективном исследовании проявления со стороны передней брюшной стенки минимальны, типичные симптомы острого аппендицита и перитонеального раздражения не характерны. Определяется болезненность в правом мезогастрии и правой поясничной области. Специфическим симптомом является симптом Габая – болезненность в треугольнике Пти (треугольник в правой поясничной области над подвздошной костью, ограниченный медиально широчайшей мышцей спины, а латерально – косыми мышцами живота). Методы дополнительной диагностики: 1. Общий анализ крови – проявления неспецифического воспаления. 2. Общий анализ мочи – появление лейкоцитов, макрогематурия 3. Диагностическая лапароскопия неинформативна, так как отросток расположен вне брюшной полости. Единственным косвенным признаком может являться гиперемия брюшины правого бокового канала. 4. УЗИ, внутривенная урография используются для дифференциальной диагностики с урологической патологией.

2. Тазовый острый аппендицит. При этой локализации отросток имеет нисходящее направление и локализуется в малом тазу на диафрагме таза у мужчин в пузырнопрямокишечном, а у женщин – в маточно-прямокишечном пространстве. Такое расположение чаще всего встречается у лиц астенической конституции. Своеобразие клинических проявлений тазового аппендицита обусловлено развитием реактивного проктита и цистита. Болевой синдром начинается с эпигастрия, затем смещаясь в надлобковую область. Характерна иррадиация боли в промежность, правое бедро. Для диспепсического синдрома характерны проявления реактивного проктита в виде частой дефекации жидким калом с примесью крови и слизи, а также тенезмы. Наличие диарейного синдрома требует дифференциальной диагностики с инфекционным энтероколитом. Интоксикационный синдром неспецифичен и не имеет отличий от типичных проявлений острого аппендицита. Вследствие реактивного цистита, как правило, появляется дизурический синдром (учащенное болезненное мочеиспускание, макрогематурия). При объективном исследовании отмечается болезненность и мышечная резистентность над лоном, там же возможны перитонеальные симптомы. При ректальном исследовании определяется болезненность и инфильтрация дугласового пространства. Специфические симптомы тазового аппендицита: Симптом Образцова - усиление боли в правой подвздошной области при опускании выпрямленной правой нижней конечности.

medfsh.ru

Симптом Коупа – боль при отведении правой нижней конечности, согнутой в тазобедренном и коленном суставах. Методы дополнительной диагностики аналогичны стандартным.

3. Подпеченочный острый аппендицит. Подпечѐночное расположение червеобразного отростка является следствием незавершенного поворота ободочной кишки. В этом случае купол слепой кишки с червеобразным отростком локализуется в правом подреберье. Как правило, необходим дифференциальный диагноз с острым холециститом. Характерна локализация болевого синдрома в правом подреберье, при этом отсутствует характерная для острого холецистита иррадиация боли в правый плечевой пояс. Диспепсический и интоксикационный синдром не отличаются от таковых при типичной локализации отростка. При объективном исследовании выявляют отставание в дыхании правого подреберья, наличие в этой области мышечного напряжения и болезненности. Положительны симптомы раздражения брюшины. Окончательным методом диагностики является лапароскопия.

4.Левосторонний острый аппендицит. Левостороннее расположение червеобразного отростка является проявлением situs viscerum inversus, «зеркального расположения» внутрениих органов. У больного наблюдается декстрапозиция сердца, печень обнаруживается преимущественно в левом подреберье. При развитии у такого пациента острого аппендицита клинические проявления и специфические симптомы наблюдаются в левой подвздошной области.

3.Зоб Хошимото, зоб Риделя. Клиника, диагностика, лечение.

Тиреоидит Хашимото – это хроническое аутоиммунное воспаление щитовидной железы с лимфоцитарной инфильтрацией. Характерны безболезненное увеличение железы и симптомы гипотиреоза

безболезненное увеличение щитовидной железы или «ком в горле». Пальпируется безболезненный гладкий или узловатый зоб, более плотный, чем нормальная щитовидная железа. У многих пациентов имеются симптомы гипотиреоза, хотя у некоторых наблюдается гипертиреоз, что может быть связано с тиреоидитом.

Диагностика тиреоидита Хашимото

- Определение уровня тироксина (Т4)
- Определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ)
- Определение тиреоидных аутоантител
- Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Анализ заключается в измерении концентрации Т4, ТТГ и тиреоидных аутоантител.

Лечение препараты гормонов щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин, тиреоидин, L-тироксин)

Тиреоидит Риделя (*Riedel's thyroiditis*) — это очень редкое хроническое воспалительное заболевание щитовидной железы. Оно проявляется фиброзом, при котором соединительная ткань разрастается и замещает ткани щитовидной железы.

medfsh.ru

Клиника:ощущение кома в горле, дискомфорт в области шеи и её увеличение, першение, слабость и сонливость.

Диагностика: маркером тиреоидита Риделя является уровень IgG4, кровь на гормоны: тиреотропный гормон (ТТГ); трийодтиронин (Т3 свободный); тироксин (Т4 свободный). Общий анализ крови.- повышен уровень лейкоцитов и умеренно увеличена скорость оседания эритроцитов (СОЭ) , уровень антител к микросомальной тиреопероксидазе (АТ-ТПО) — при тиреоидите Риделя он чаще всего повышен. К дополнительным анализам относится исследование уровня паратгормона (ПТГ) и кальция

(УЗИ) — это безболезненное исследование, с помощью которого оценивают размер железы, её объём, форму, структуру и кровоснабжение.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) — метод визуализации, который позволяет выявить сдавление органов шеи.

Магнитно-резонансная томография (МРТ)- гипоинтенсивным, т. е. плохо окрашенным изображением.

Лечение:

- глюкокортикоиды — уменьшают воспаление;
- антиэстрогены (Тамоксифен) — подавляют рост фиброзной ткани [2];
- тиреоидные гормоны — назначаются при сниженной функции щитовидной железы.

При развитии зоба, сдавлении трахеи или пищевода единственным эффективным методом лечения является тотальная **тиреоидэктомия** — полное удаление щитовидной железы [2].

Задача Больная Е., 68 лет, госпитализирована в хирургическое отделение через 3 суток после ущемления пупочной грыжи. При поступлении состояние тяжелое. Температура 37,8…
Ответ: ущемление тонкой кишки.
1)Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи.
2) Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране.
3) Резекцию ущемленной тонкой кишки производят согласно общим хирургическим правилам, вначале поэтапно рассекают брыжейку и накладывают лигатуры на ее сосуды, а затем иссекают мобилизованную часть кишки
4)Пластика грыжевых ворот

Билет 4

1.Ущемленные грыжи. Диагностика и дифференциальная диагностика. Мнимое вправление. Ложное ущемление.

medfsh.ru

Ущемленная грыжа.Под ущемлением грыжи понимают внезапное сдавление содержимого грыжи в грыжевых воротах. Ущемлению может подвергнуться любой орган, находящийся в грыжевом мешке. Обычно оно наступает при значительном напряжении брюшного пресса (после поднятия тяжести, при сильном натуживании, кашле и т. д.).

При ущемлении в грыже любого органа всегда нарушаются его кровообращение и функция, в зависимости от важности ущемленного органа возникают и общие явления.

Различают следующие **виды ущемления**: эластическое, каловое, и то и другое одновременно.

При эластическомущемлении повышается внутрибрюшное давление. Под влиянием этого и внезапного сокращения брюшных мышц внутренности быстро проходят через грыжевые ворота в мешок и ущемляются в грыжевом кольце после нормализации внутрибрюшного давления.

При каловом Вследствие скопления большого количества кишечного содержимого в приводящей петле кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление отводящей петли этой кишки, давление грыжевых ворот на содержимое грыжи усиливается и к каловому ущемлению присоединяется эластическое. Так возникает смешанная форма ущемления.

*Клиническая картина и диагностика.*Основными симптомами ущемленной грыжи являются боль в области грыжи и невправимость свободно вправлявшейся ранее грыжи.

Местными признаками ущемления грыжи являются резкая болезненность при пальпации, уплотнение, напряжение грыжевого выпячивания. Симптом кашлевого толчка отрицательный. При перкуссии определяют притупление в тех случаях, когда грыжевой мешок содержит сальник, мочевой пузырь, грыжевую воду. Если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ, то определяют тим-панический перкуторный звук

При ущемлении кишки присоединяются признаки кишечной непроходимости. На фоне постоянной острой боли в животе, возникают схваткообразные боли, связанные с усилением перистальтики, отмечается задержка отхождения стула и газов, возможна рвота.

+дифференциальный диагноз :ущемленная грыжа от водянки яичка и семенного канатика, лимфаденита и натечного абсцесса паховой области. Общим для этих заболеваний является то, что они развиваются более или менее постепенно, в то время как ущемление грыжи наступает внезапно. Водянку яичка (и семенного канатика) можно также исключить при помощи перкуссии. Симулировать ущемление бедренной грыжи может тромбоз варикозного узла большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную. При его тромбозе у больного возникает боль и определяется болезненное уплотнение под паховой связкой. Наряду с этим часто имеется варикозное расширение вен голени. При тромбозе варикозного узла, как и при ущемлении грыжи, показана экстренная операция.

Мнимым называют такое насильственное вправление, при котором, хотя наружные признаки грыжи уменьшаются или исчезают, ущемление остается, так как внутренние органы иногда вместе с грыжевым мешком или только с ущемляющей шейкой мешка вследствие отрыва перемещаются из пахового канала вглубь, и в последующем все явления нарастают. К сожалению, до сих пор еще встречаются случаи, когда некоторые лица среди населения и даже отдельные медицинские работники, очевидно, плохо

medfsh.ru

осведомленные о тяжелых последствиях, иногда очень настойчиво пытаются насильственно вправить грыжу.

Ложное ущемление - это патологическое состояние у пациентов, имеющих наружные брюшные грыжи. Оно проявляется симптомами, которые напоминают картину ущемления, но вызваны другим острым заболеванием органов брюшной полости.

2.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез заболевания. Классификация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) — это хроническое, склонное к рецидивам заболевание, с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным проявлением которого является наличие дефекта (язвы) в стенке желудка или ДПК начиная со слизистой оболочки.

К внешним (экзогенным) факторам язвообразования

Алкоголь раздражает слизистую и стимулирует желудочную секрецию, никотин ухудшает кровоснабжение желудка, подавляет секрецию бикарбоната ПЖ и стимулиру ет секрецию кислоты, что ускоряет опорожнение желудка. Нарушение барьерных свойств слизистой из-за агрессивного воздействия аспирина и нестероидов ведет к образованию острых т.н. «нестероидных язв» в основном, в желудке. Ингибиторы синтеза простагландинов приводят к увеличению продукции желудочного сока и пониженной секреции слизи.

Helicobacter pylori поселяется только на поврежденную, метаплазированную слизистую, вызывая ее воспаление . Продукты жизнедеятельности — токсины, уреаза, аммиак, ферменты уменьшают продукцию защитной слизи, ослабляют слизистый барьер, вызывают сосудистый спазм и выброс гистаминоподобных веществ, что вызывает образование язвы.

и 4 группы факторов, имеющих значение в возникновении и развитии ЯБ:

1) расстройства регулирующих механизмов — нервных и гуморальных;

2) местные нарушения пищеварения и изменения структуры слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;

3) конституция и наследственность;

4) условия внешней среды.

medfsh.ru

В основе патогенеза язвообразования лежит нарушение взаимодействия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки гастродуоденальной

К факторам агрессии относятся: соляная кислота, пепсин, дуоденогастральный рефлюкс — желчные кислоты и лизолецитин, нарушение эвакуации желудка, инфекция Helicobacter pylori

Соляная кислота — основной повреждающий фактор при ЯБ , приводит к возникновению местного тканевого ацидоза, ведет к воспалению, нарушению микроциркуляции, ишемии слизистой, снижению регенеративных свойств эпителия, выделению гистамина. Париетальная клетка слизистой оболочки желудка действует по принципу калиево-натриевого насоса, в котором ионы К+ обмениваются на ионы Н+, а ионы Na+ на ионы Cl-.

Факторы защиты слизистой оболочки:

1) механизм обратной регуляции секреции соляной кислоты;

2) слой защитной слизи - нейтрализующая способность бикарбонатной щелочности и замедление обратной диффузии ионов Н ;

3) регенеративная способность эпителия слизистой оболочки;

4) кровообращение.

сочетание нескольких предрасполагающих факторов создает условия для возникновения язвы.

Сосудистая теория Вирхова объясняла возникновение язвы местными нарушениями кровообращения в желудке в результате тромбоза, эмболии и атеросклероза, а основным повреждающим фактором является соляная кислота.

Согласно пептической теории язва желудка возникает в результате повышенного пептического действия соляной кислоты и пепсина.

Механическая теория объясняет, возникновение язвы по желудочной дорожке по малой кривизне в результате механических, химических и термических травм слизистой желудка.

Согласно кортико-висцеральной теории- нарушение условно-рефлекторной деятельности коры больших полушарий головного мозга.

Неврогенная (спазмогенная) теория происхождения язвы, которые являются следствием спастических сокращений мышечной стенки желудка и 12-п.к., что ведет к ущемлению сосудов — ишемии и некрозу слизистой, возбуждение блуждающего либо угнетение симпатичесёкого нерва.

Теория стресса Selye рассматривает язвенную болезнь как адаптационный синдром и считает, что любой раздражитель — стресс , ведет к повышению выделения гормонов передней доли гипофиза и коры надпочечников, что усиливает желудочную секрецию и является причиной образования язвы

Классификация.

По локализации язвы бывают:

medfsh.ru

1) двенадцатиперстной кишки – луковицы 12-п. кишки и постбульбарные;

2) пилороантрального отдела желудка;

3) малой кривизны;

4) кардиального отдела желудка;

5) других локализаций (большой кривизны желудка, пищевода, тонкой кишки);

6) пептические язвы анастомоза и тонкого кишечника.

По характеру желудочной секреции:

1) с пониженной секрецией в обеих фазах;

2) с нормальной секрецией в обеих фазах;

3) с нормальной секрецией в первой фазе и повышенной секрецией во второй;

4) с повышенной секрецией в первой фазе и нормальной во второй;

5) в обеих фазах повышенная секреция.

По течению: 1) неосложненные; 2) осложненные: а) каллезные язвы, б) пенетрацией, в) перфорацией, г) кровотечением, д) малигнизацией е) стенозированием привратника и деформациями желудка с нарушением эвакуации, ж) перивисцерит.

3. Особенности острого аппендицита у беременных.

В первой половине беременности клиника аппендицита обычно типичная. По мере увеличения матки, происходит нарушение кровоснабжения и лимфооттока в органах брюшной полости, изменяются топографоанатомические соотношения в брюшной полости, что может быть причиной возникновения острого аппендицита за счет трофических нарушений и механических деформаций отростка. Сальник не оказывает защитной функции, поэтому беременным свойственно быстрое развитие деструктивных форм и распространение воспалительного процесса по брюшной полости.

Существует ряд особенностей клинического течения, которые существенно затрудняют постановку правильного диагноза, к которым относятся:

1) смещение слепой кишки и отростка кверху в подреберье, что вызывает боль в правом подреберье, симулируя клинику острого холецистита или колита;

2) происхождение болей можно объяснить физиологическим растяжением связочного аппарата матки и ее гипертонусом и не связать их с развитием ОА;

3) диспепсические явления (тошнота, рвота, нарушения стула) можно также связать с беременностью;

4) матка, закрывая слепую кишку спереди, вызывает стертую симптоматику, в связи с перерастяжением передней брюшной стенки может не быть напряжения мышц передней брюшной стенки, соответственно не будет перитонеальных знаков;

medfsh.ru

5) беременным свойственен физиологический лейкоцитоз, сдвиг в лейкоформуле, анемия и сниженная иммунологическая реактивность и при их определении,

6) атипичные расположения отростка можно связать с течением беременности — тазовое расположение аппендикса можно расценить как начало родовой деятельности, ретроцекальное расположение аппендикса с болями в пояснице — как часто отмечающийся на поздних сроках беременности гестационный пиелонефрит или почечная колика.

Диагностика основывается на тщательном сборе анамнеза, использовании УЗИ, в т.ч. и для исключения почечной патологии и угрозы прерывания беременности. К диагностическим трудностям относится и невозможность выполнения лапароскопии на поздних сроках беременности. Из особенностей осмотра брюшной полости отмечается усиление боли в правой половине живота в положении на правом боку, когда матка давит на воспалительный аппендикс (Симптом Михельсона). Также характерна болезненность при надавливании на матку слева направо. Поздняя диагностика и развитие вследствие этого перитонита приводит к осложнениям и летальности у матери, превышающую общую при остром аппендиците в 3–4 раза, прерыванию беременности и гибели плода Необходимо совместное наблюдение хирурга и акушера-гинеколога с мониторингом акушерского статуса, изменений болевого синдрома, состояния живота и островоспалительных показателей.

Задача. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течении 3-х лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась.

Ответ: Ущемленная косая паховомошоночная грыжа. Некроз ущемленной петли тонкой кишки с её перфорацией. Разлитой гнойный перитонит, реактивная стадия.
Врач совершил грубейшую ошибку. Больной после насильственного или самопроизвольного вправления длительно ущемленной грыжи должен находиться в стационаре под наблюдением хирурга.
Если вправилась нежизнеспособная кишка, как это было у данного больного, то при первых признаках неблагополучия со стороны брюшной полости (возможно проведение лапароскопии) больного следует оперировать из срединного доступа. Если же после вправления грыжи признаков катастрофы в животе нет, его следует оперировать по поводу грыжи в плановом порядке, не выписывая из стационара.

Билет 5

1. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез заболевания. Классификация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) — это хроническое, склонное к рецидивам заболевание, с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным проявлением которого является наличие дефекта (язвы) в стенке желудка или ДПК начиная со слизистой оболочки.

К внешним (экзогенным) факторам язвообразования

medfsh.ru

Алкоголь раздражает слизистую и стимулирует желудочную секрецию, никотин ухудшает кровоснабжение желудка, подавляет секрецию бикарбоната ПЖ и стимулиру ет секрецию кислоты, что ускоряет опорожнение желудка. Нарушение барьерных свойств слизистой из-за агрессивного воздействия аспирина и нестероидов ведет к образованию острых т.н. «нестероидных язв» в основном, в желудке. Ингибиторы синтеза простагландинов приводят к увеличению продукции желудочного сока и пониженной секреции слизи.

Helicobacter pylori поселяется только на поврежденную, метаплазированную слизистую, вызывая ее воспаление . Продукты жизнедеятельности — токсины, уреаза, аммиак, ферменты уменьшают продукцию защитной слизи, ослабляют слизистый барьер, вызывают сосудистый спазм и выброс гистаминоподобных веществ, что вызывает образование язвы.

и 4 группы факторов, имеющих значение в возникновении и развитии ЯБ:

1) расстройства регулирующих механизмов — нервных и гуморальных;

2) местные нарушения пищеварения и изменения структуры слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;

3) конституция и наследственность;

4) условия внешней среды.

В основе патогенеза язвообразования лежит нарушение взаимодействия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки гастродуоденальной

К факторам агрессии относятся: соляная кислота, пепсин, дуоденогастральный рефлюкс — желчные кислоты и лизолецитин, нарушение эвакуации желудка, инфекция Helicobacter pylori

Соляная кислота — основной повреждающий фактор при ЯБ , приводит к возникновению местного тканевого ацидоза, ведет к воспалению, нарушению микроциркуляции, ишемии слизистой, снижению регенеративных свойств эпителия, выделению гистамина. Париетальная клетка слизистой оболочки желудка действует по принципу калиево-натриевого насоса, в котором ионы К+ обмениваются на ионы Н+, а ионы Na+ на ионы Cl-.

Факторы защиты слизистой оболочки:

1) механизм обратной регуляции секреции соляной кислоты;

2) слой защитной слизи - нейтрализующая способность бикарбонатной щелочности и замедление обратной диффузии ионов Н ;

3) регенеративная способность эпителия слизистой оболочки;

4) кровообращение.

medfsh.ru

сочетание нескольких предрасполагающих факторов создает условия для возникновения язвы.

Сосудистая теория Вирхова объясняла возникновение язвы местными нарушениями кровообращения в желудке в результате тромбоза, эмболии и атеросклероза, а основным повреждающим фактором является соляная кислота.

Согласно пептической теории язва желудка возникает в результате повышенного пептического действия соляной кислоты и пепсина.

Механическая теория объясняет, возникновение язвы по желудочной дорожке по малой кривизне в результате механических, химических и термических травм слизистой желудка.

Согласно кортико-висцеральной теории- нарушение условно-рефлекторной деятельности коры больших полушарий головного мозга.

Неврогенная (спазмогенная) теория происхождения язвы, которые являются следствием спастических сокращений мышечной стенки желудка и 12-п.к., что ведет к ущемлению сосудов — ишемии и некрозу слизистой, возбуждение блуждающего либо угнетение симпатичесёкого нерва.

Теория стресса Selye рассматривает язвенную болезнь как адаптационный синдром и считает, что любой раздражитель — стресс , ведет к повышению выделения гормонов передней доли гипофиза и коры надпочечников, что усиливает желудочную секрецию и является причиной образования язвы

Классификация.

По локализации язвы бывают:

1) двенадцатиперстной кишки – луковицы 12-п. кишки и постбульбарные;

2) пилороантрального отдела желудка;

3) малой кривизны;

4) кардиального отдела желудка;

5) других локализаций (большой кривизны желудка, пищевода, тонкой кишки);

6) пептические язвы анастомоза и тонкого кишечника.

По характеру желудочной секреции:

1) с пониженной секрецией в обеих фазах;

2) с нормальной секрецией в обеих фазах;

3) с нормальной секрецией в первой фазе и повышенной секрецией во второй;

4) с повышенной секрецией в первой фазе и нормальной во второй;

5) в обеих фазах повышенная секреция.

medfsh.ru

По течению: 1) неосложненные; 2) осложненные: а) каллезные язвы, б) пенетрацией, в) перфорацией, г) кровотечением, д) малигнизацией е) стенозированием привратника и деформациями желудка с нарушением эвакуации, ж) перивисцерит

2.Болезнь Крона. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Осложнения заболевания.

Болезнь Крона – хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. При болезни Крона воспалительный процесс развивается во внутренней слизистой оболочке и подслизистых слоях стенки желудочно-кишечного тракта. Поражаться может слизистая на любых участках: от пищевода до прямой кишки, но наиболее часто встречается воспаление стенок конечных отделов тонкого кишечника (подвздошная кишка).

Патологическая реакция иммунитета на кишечную флору, пишу, поступающую в кишечник, другие субстанции. Иммунная система отмечает эти факторы как чужеродные и насыщает стенку кишечника лейкоцитами, в результате чего возникает воспалительная реакция, эрозия и язвенное поражение слизистой.

Кишечные проявления заболевания: диарея, боль в животе, расстройство аппетита и снижение веса. При выраженном изъязвлении стенки кишечника возможно кровотечение и обнаружение крови в кале. В зависимости от локализации и интенсивности кровь может обнаруживаться ярко-алыми прожилками и темными сгустками.
Внекишечные проявления болезни Крона: воспалительные заболевания суставов, глаз (эписклерит, увеит), кожи (пиодермия, узловатая эритема), печени и желчевыводящих путей
.

Осложнения

Изъязвление слизистой, прободение кишечной стенки, кровотечение, выход каловых масс в брюшную полость.

- Развитие свищей в соседние органы, брюшную полость, на поверхность кожи. Развитие абсцессов в стенке кишечника, просветах свищей.
- Анальная трещина.
- Рак толстой кишки.
- Похудание вплоть до истощения, нарушения обмена вследствие недостаточности всасывания питательных веществ.

Диагностика

На томограмме можно обнаружить свищи и абсцессы, а колоноскопия дает представление о состоянии слизистой (наличие воспаленных участков, эрозий, изъязвлений стенки кишечника) и позволяет при необходимости взять биопсию. Дополнительные методы диагностики – рентгенография кишечника с бариевой смесью. Можно получить снимки как тонкого, так и толстого кишечника – контрастная бариевая смесь заполняет полость кишки и выявляет сужения просвета и язвенные дефекты стенки, свищи.

medfsh.ru

Лабораторные методы исследования:общий анализ крови, в котором отмечаются воспалительные изменения, возможна анемия,.

Лечение болезни Крона

Лечение болезни Крона – консервативное, проводится врачом-гастроэнтерологом или проктологом.

К хирургическому вмешательству прибегают только в случае угрожающих жизни осложнений.

Всем больным прописана диетотерапия. Назначают диету №4. Диета помогает уменьшить выраженность симптоматики – диареи, болевого синдрома, а также корректирует пищеварительные процессы. нарушения всасывания жирных кислот-развитию стеатореи (жирный стул).

Основная группа препаратов – противовоспалительные средства :5-аминосалицилаты (сульфазалин, месазалин) и препараты группы кортикостероидных гормонов (преднизолон, гидрокортизон). Для подавления патологических иммунных реакций применяют иммунодепрессанты (азатиоприн, циклоспорин, метотрексат). В качестве антицитокинового средства при болезни Крона применяют инфликсимаб. При развитии абсцессов применяют общую антибактериальную терапию – антибиотики широкого спектра действия (метронидазол, ципрофлоксацин).

Симптоматическое лечение осуществляют антидиарейными, слабительными, обезболивающими, кровоостанавливающими препаратами, для коррекции обмена больным назначают витамины и минералы. Хирургическое лечение показано при развитии свищей и абсцессов (вскрытие абсцессов и их санация, ликвидация свищей), образовании глубоких дефектов стенки с продолжительными обильными кровотечениями, не поддающемся консервативной терапии тяжелом течении заболевания (резекция пораженного участка кишечника).

3.Инвагинация, заворот, узлообразование кишечника. Виды. Частота, клиника, лечение.

Завороту сигмовидной кишки способствует принятие ею лирообразной формы с узким основанием.

Клинически проявляется болями в животе, отсутствием стула и газов, рвотой и метеоризмом. Больной принимает коленно-локтевое положение, ложится на левый бок, с приведенными ногами к животу, положительные симптомы Шимана

Рг исследование демонстрирует резко раздутую в виде гигантской шпильки или двустволки или «автомобильной камеры» сигмовидную и слепую кишку. В обоих коленах кишки наблюдаются горизонтальные уровни жидкости. При контрастировании через клизму заполняются прямая кишка и дистальный отдел сигмовидной кишки до места странгуляции, при этом создается фигура «клюква», по направлению которой можно определить направление заворота. Ось баллоннообразно раздутой кишки направлена от левой подвздошной области к правому подреберью при завороте сигмовидной и от правой подвздошной области к левому подреберью при завороте слепой кишки.

При небольшом сроке заболевания, отсутствии признаков некроза кишки возможно проведение консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости (сифонная клизма, лечебная колоноскопия) эндоскопическая деторсия (при завороте сигмовидной кишки). При заворотах сигмовидной кишки без некроза производится: резекция по типу Микулича, деторсия заворота с мезосигмопластикой и ретроградной интубацией сигмовидной кишки газоотводной трубкой. При наличии некроза кишки

medfsh.ru

выполняется резекция по типу Гартмана с выведением одноствольной сигмостомы. При заворотах слепой кишки без некроза:

1) резекция кишки с анастомозом;

2) деторсия заворота и цекопексия.

При некрозе слепой кишки: резекция с илеотрасверзоанастомозом; при выраженной непроходимости, перитоните — резекция с илеостомой. В случаях заворота поперечно-ободочной кишки, независимо от наличия или отсутствия некроза: сегментарная резекция поперечно-ободочной кишки или расширенная гемиколэктомия с выведением колостомы. При правосторонней гемиколэктомии допустимо наложение илеотрасверзоанастомоза.

Узлообразование — редкая и тяжелая форма странгуляционной непроходимости. В основном в образовании принимают участие петли тонкого кишечника и сигмовидная кишка, которые быстро подвергаются некробиотическим изменениям с развитием тяжелых гемодинамических и системных нарушений. Клинически проявляется симптомами шока, интоксикации, обезвоживания, признаками КН. Лечение — хирургическое. При некрозе петель кишки, формировавших узел, проводится резекция. Расправление узла производится редко при небольшом сроке заболевания (до 4 ч) и явной жизнеспособности органа.

Инвагинация.

развивается при врожденных анатомических особенностях строения кишки или наличии органической патологии — эпителиальных или подслизистых образований, воспалительных изменений, язв кишки.

Образование инвагината происходит вследствие нарушения моторной функции и нарушения координации перистальтики различных отделов кишки на фоне провоцирующих факторов — погрешности в диете, травмы и др. Происходит внедрение одного отдела кишки в другой, образуется цилиндр, состоящий из 3-х кишечных трубок, переходящих одна в другую.

В зависимости от направления внедрения инвагинация бывает нисходящей и восходящей. По локализации различают илеоцекальную , тонкокишечную, толстокишечную инвагинацию. Проявляется клиникой ОКН, в брюшной полости пальпируется мягкоэластическое опухолевидное образование, кровянистые выделения из прямой кишки. Лечение инвагинации у взрослых хирургическое. Производится дезинвагинация путем острожного проталкивания головки инвагина-та в проксимальном направлении. Нельзя вытягивать внедрившейся участок кишки. При неудачной попытке дезинвагинации, некрозе кишки или

medfsh.ru

органической причине инвагинации выполняется резекция кишки

Задача

Больной Д.52 года, поступил с ущемленной грыжей

Ответ: ретроградное ущемление

Герниолапаротомия сначала
1)Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи.
2) Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган (наиболее часто петлю тонкой кишки) и удерживает его в ране.
3) Резекцию ущемленной тонкой кишки производят согласно общим хирургическим правилам, вначале поэтапно рассекают брыжейку и накладывают лигатуры на ее сосуды, а затем иссекают мобилизованную часть кишки
Фиксация ущемления в полости
4)Пластика грыжевых ворот

Билет 6

1) Перитонит - острое воспаление брюшины, сопровождающееся как местными, так и общими симптомами заболевания, серьезными нарушениями функций важнейших органов и систем организма. Под термином "перитонит" понимают острый разлитой процесс, вызванный микробной флорой.

Классификация перитонита

По характеру проникновения микрофлоры в брюшную полость различают:

1) первичные перитониты - микрофлора попадает в брюшную полость гематогенным, лимфогенным путем или через маточные трубы. Встречаются редко;

2) вторичные перитониты - обусловлены проникновением микрофлоры из воспалительно измененных органов брюшной полости, при перфорации полых органов, проникающих ранениях живота и при несостоятельности швов анастомозов. Встречаются в подавляющем большинстве случаев.

3) Третичный перитонит («персистирующий» или «возвратный») — возникает в послеоперационном периоде у больных на фоне выраженного подавления механизмов противоинфекционной защиты. отличается стертой клинической картиной, возможной полиорганной дисфункцией, резистентностью к большинству используемых антибиотиков. «Третичная микрофлора», как правило, после первичного курса антибиотикотерапии обычно представлена мультирезистентными штаммами стафилококков, энтеробактерий, псевдомонад, грибами Candida. Главное отличие в неспособности защитных сил организма больного сформировать адекватную реакцию на

medfsh.ru

системном, и локальном уровне на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости.

* По характеру клинического течения различают:

1) острый перитонит - наиболее частая форма;

2) подострый перитонит;

3) хронический перитонит.

По этиологическому фактору:

1) перитониты, вызванные микрофлорой желудочно-кишечного тракта - кишечной палочкой, стафилококками, стрептококками, энтерококками, анаэробами и др. При этом из перитонеального экссудата высевают смешанную микрофлору;

2) перитониты, вызванные микофлорой, не имеющей отношения к желудочно-кишечному тракту, - гонококками, пневмококками и др. При этом высевается монокультура;

3) асептические (абактериальные) перитониты, вызванные попаданием в брюшную полость различных агрессивных агентов неинфекционного происхождения - крови, мочи, желчи, панкреатического сока.

* По характеру выпота в брюшной полости:

серозно-фибринозный;

фибринозногнойный;

гнойный;

каловый; - развивается при попадании в брюшную полость содержимого ободочной или подвздошной кишки. Тяжелое клиническое течение обосновано обильным поступлением анаэробной и грамотрицательной микрофлоры в экссудат, который представляет собой питательную белковую среду.

желчный; - происходит кратковременное химическое раздражающее действие на брюшину желчи, после адаптации к которому воспалительный процесс в брюшной полости может долго (до нескольких недель) не прогрессировать, пока не произойдет инфицирование желчи.

геморрагический - при попадании крови в брюшную полость после травм, послеоперационных осложнений. Клиническая картина развивается постепенно, по мере размножение микроорганизмов на обогащенной питательной среде (крови) и развития воспалительного процесса

medfsh.ru

и химический перитонит. - при ранних стадиях неинфицированного панкреонекроза и язвенных перфорациях. Такой перитонит характеризуется агрессивным действием пищеварительных соков на брюшину, это выражается ранней и бурной клинической

По распространенности воспалительного процесса на поверхности брюшины:

делят на местный и распространенный (ранее разлитой).

Местный перитонит (когда процесс локализуется только в одном из карманов брюшины) подразделяется на отграниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс), и неотграниченный). Главная цель данного разделения — определение тактики лечения. При местном перитоните выполняется локальное вскрытие инфекционного очага, а при распространенном перитоните производится санация всей брюшной полости и системное медикаментозное лечение.

по тяжести клинического течения.

1) реактивную (первые 24 часа),
2) токсическую (24–48 часов)
3) и терминальную (48–72 часа) фазы.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ: Перитонит — типичное бактериальное воспаление, возбудителем которого являются E. Coli, патогенные кокки и условно-патогенная флора (необлигатные анаэробы, бактероиды). Местная воспалительная реакция в зоне инфицирования зависит главным образом от концентрации фактора некроза опухоли — продукта фагоцитарной активности макрофагов. ФНО стимулирует высвобождение провоспалителъных интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6 ИЛ-8 и др). ; стимулирует формирование кортикоадреналового гормонального каскада, который способствует возрастанию интенсивности местной воспалительной реакции.

повреждение полых органов живота. В этом случае возникает несколько очагов травматической деструкции тканей с образованием некроза одновременно в нескольких анатомических областях. Мертвые и погибающие ткани в разных областях тела становятся «чужими» для организма, и индуцируют системную воспалительную реакцию. Важная роль в патогенезе перитонита отводится образованию ограничительного грануляционного вала, фибринозных наложений и спаечного процесса, препятствующих распространению инфекционного процесса в брюшной полости. За эти процессы отвечает местный иммунитет: IgA, лизоцим, макрофаги. В ответ на воспаление нарушается моторная функция кишечника - снижение перистальтики осуществляется за счет гипертонуса симпатической нервной системы, затем из-за переполнения кишечных петель содержимым развивается гипоксия кишечной стенки, и как следствие, блокада автономной интрамуральной иннервации кишки. Развивается парез кишечника. Микроорганизмы в просвете кишечника гибнут, выделяя эндо и экзотоксины. Экзотоксины бактерий также способствуют нарушению сократительной функции гладкой

medfsh.ru

мускулатуры кишечника. В результате гипоксии кишечной стенки нарушается процесс реабсорбции жидкости (в просвет кишки в норме выделяется до 7 литров жидкости в сутки, которая реабсорбируется по мере продвижения по кишечнику и остается в каловых массах лишь в размере 200 мл) – диарея

. В результате нарастающего перерастяжения кишечной стенки и гипоксии нарушается барьерная функция кишечной стенки, токсические продукты распада попадают в брюшную полость и всасываются в кровь. Ситуация усугубляется тем, что токсины бактерий (индикан, гистамин) способны увеличивать проницаемость капилляров, это приводит к скоплению в брюшной полости еще большего количества экссудата — до 7–8 литров в сутки. Организм не способен восполнить потерю такого количества жидкости из-за постоянной рвоты. Развивается дегидратация организма с расстройством электролитного обмена.

2.Современные методы обследования больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к.

Исследование кислотности желудочного сока — pH-метрия осуществляется специальными аппаратами, имеющими зонд, на котором установлены датчики на различной глубине, в соответствии с отделами желудка и 12-п.к., далее зонд соединяется с анализирующим устройством, которое обрабатывает полученную информацию. При дуоденальной язве кислотность повышена, а при желудочной — снижена.

Атропиновый тест применялся ранее для определения снижения секреции после ваготомии — если после введения атропина базальная секреция снизится, то ваготомия будет эффективна.

Гистаминовая проба (проба Кея) — применяется для определения максимального выделения соляной кислоты за час, после п/к введения 0,04 мг/кг массы пациента которая при дуоденальной язве повышена, а при желудочной — снижена.

Рентгенологическое исследование достоверно определяет синтопию, размеры желудка, диаметр и протяженность сужений выходного отдела и ряд других параметров. Применяется методика с контрастированием желудка (peros контрастное вещество) в режиме реального времени. Основной симптом ЯБ — симптом ниши — депо бариевой массы в области язвы виде выпячивания рельефа слизистой наружу. Также определяется конвергенция складок к язвенному кратеру, спазм привратника, циркулярный спазм желудка (симптом указывающего перста — сужение желудка на

стороне, противоположной язве). На рентгеноскопии при ЯБ желудка определяется длительная задержка бария в желудке (до 6 ч), при ЯБ ДПК усиление перистальтики.

Эндоскопическое исследование — фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) — в настоящее время наиболее достоверный способ диагностики ЯБЖ и ДПК, без которого диагноз устанавливается только предположительно. При этом мы получаем увеличенное в десятки раз изображение, можем взять биопсию и провести лечебные мероприятия. Основные характеристики, получаемые при ФЭГДС — локализация, размер, глубина

medfsh.ru

язвы, состояние краев и окружающих тканей. Также при исследовании определяются относительные размеры желудка, его содержимое, характер изменения слизистой оболочки желудка (гиперемия, атрофия, эрозии), наличие патологических сужений и деформаций.

В свете современный представлений об этиопатогенезе заболевания, обязательным исследованием при ЯБЖДПК является определение Helicobacterpyloriуреазным тестом, бактериоскопическим или серологическим методами.

3. Доброкачественные опухоли толстой кишки. Этиология, клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика

К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся полипы, липомы, миомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, невриномы и т. д. Большая их часть бессимптомна, выявляются они случайно при ректороманоскопии, фиброколоноскопии. Опасны данные опухоли лишь при малигнизации, кровотечении, непроходимости. Наибольшее практическое значение имеют полипы, т. к. они встречаются чаще всего, до 92 % всех доброкачественных опухолей

Этиология: генетически обусловленные синдромы, предрасполагающие к развитию семейного полипоза, колоректального рака; факторы внешней среды – физические (климат, широта и высота местности, загрязнение воздуха) и связанные с цивилизацией (неправильное питание, курение, употребление алкоголя, несоблюдение личной гигиены и др.).

Клиническая картина. (при достижении размеров опухолей 1,5–2 см в диаметре, особенно при ворсинчатых опухолях).

- тянущие боли в животе,

при локализации полипа в ректосигмоидном отделе — тенезмы.

выделения крови и слизи с калом.

При крупных доброкачественных опухолях могут возникнуть явления кишечной непроходимости.

Классификация.

1. Опухоли эпителиальной природы (полипы), встречающиеся чаще всего (92 % наблюдений) и представляющие значительную опасность роста и малигнизации.

Полип —опухоль, растущую на слизистой оболочке. Различают аденоматозные полипы (растут из железистого эпителия), аденопапиллому (аденома, покрытая нежными ворсинками-сосочками), ворсинчатую, или виллезную, аденому. Выделяют также гиперпластические полипы, которые предшествуют возникновению железистых, а затем ворсинчатых полипов. Наиболее склонны к малигнизации ворсинчатые аденомы (от 5 до 50 % пациентов).

medfsh.ru

2. Опухоли неэпителиальной природы, частота отдельных форм которых колеблется от 0,2 до 3,5 %. Вероятность малигнизации большинства из них очень мала (кроме лейомиомы и карциноида).

К ним относятся: – лейомиома;

– липома;

– фиброма;

– сосудистые опухоли (гемангиома, лимфангиома);

– нейрофибромы;

– лимфома;

– гамартома (полип Пейтца–Егерса, ювенильные полипы.

-по величине (чем больше опухоль, тем больше вероятность малигнизации),

-наличию или отсутствию ножки (опухоли на широком основании, а тем более стелющегося характера, трудно или вовсе невозможно удалить через эндоскоп) и

-фактор множественности (одиночные полипы имеют более благоприятный прогноз в отношении излечения и в несколько раз реже малигнизируются по сравнению с множественными). Множественные полипы могут располагаться в одном из отделов толстой кишки вблизи друг от друга (групповые) или обнаруживаться по одному-два и более в каждом отделе.

Диагностика.

-пальцевое исследование прямой кишки,

-ректороманоскопия,

-фиброколоноскопия,

- ирригоскопия.

-При рентгенологическом исследовании полипы диаметром до 0,5 см не выявляются, диаметром от 0,5 до 1 см обнаруживаются в 60–70 % случаев, и лишь надежно определяются полипы диаметром более 1 см.

-сигмоидоскопии. - Следует помнить, что почти в 50 % случаев полипы расположены в прямой и сигмовидной кишке

medfsh.ru

- Эндоскопические методы позволяют выявить опухоли, в том числе и менее 0,5 см в диаметре, до 96 % случаев. Обязательной является верификация заболевания, для чего используется биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Лечение.

В современных условиях удаление доброкачественных опухолей проводится через эндоскоп или хирургическим путем. Большинство полипов удаляется через ректоскоп или фиброколоноскоп (до 90 % полипов).

Различают следующие способы удаления доброкачественных опухолей:

– эктомия через ректоскоп или фиброколоноскоп с электрокоагуляцией;

– трансанальное иссечение опухоли с наложением швов на рану слизистой оболочки. Метод возможен при расположении опухоли в пределах до 10 см от края заднего прохода;

– удаление опухоли путем колотомии или резекции кишки чрезбрюшинным доступом. При удалении опухолей прямой кишки используются также возможности трансанальной эндохирургии.

- лапароскопически ассистированная колоноскопическая полипэктомия.- При крупных, технически сложных для эндоскопического удаления полипах ободочной кишки. Методика позволяет при необходимости мобилизовывать сегмент кишки, маркировать место полипа, накладывать серозно-мышечные швы на кишку для профилактики перфорации. Частота рецидивов возрастает соответственно увеличению размеров опухолей и степени ворсинчатой трансформации полипов, а также при множественных полипах.

У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размером 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

1) Ваш диагноз? Диагноз: Правосторонняя ущемленная паховая грыжа

2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? С копростазом и ложным ущемлением.
3) Лечебная тактика? Лечение. При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Ее проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Операцию проводят в несколько этапов.
1 этап — послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка.

medfsh.ru

2 этап — вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Для предупреждения соскальзывания в брюшную полость ущемленных органов ассистент хирурга удерживает их при помощи марлевой салфетки. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка.
3этап — рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы.
4 этап — определение жизнеспособности ущемленных органов. Критериями являются восстановление нормального цвета кишки, сохранение пульсации сосудов брыжейки, отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом, восстановление перистальтических сокращений кишки. Бесспорными признаками нежизнеспособности кишки являются темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишки.
5 этап — резекция нежизнеспособной петли кишки. От видимой со стороны серозного покрова границы некроза резецируют не менее 30—4 0 см приводящего отрезка кишки и 10 см отводящего отрезка. Резекцию кишки производят при обнаружении в ее стенке странгуляционной борозды, субсерозных гематом, отека, инфильтрации и гематомы брыжейки кишки. При ущемлении скользящей грыжи необходимо определить жизнеспособность части органа, не покрытой брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверсоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция измененной части пузыря с наложением эпицистостомы.
6 этап — пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдать предпочтение наиболее простому.
При ущемленной грыже, осложненной флегмоной, операцию начинают со срединной лапаротомии (1этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей и накладывают меяскишечный анастомоз. Затем производят грыжесечение (2 этап) — удаляют ущемленную кишку и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не делают, а производят хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершают ее дренированием. Необходимым компонентом комплексного лечения больных является общая и местная антибиотикотерапия.

Билет 7

1. **Хирургические методы лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Резекция желудка. Ваготомия. Виды дополнительных операций.**

Хирургические методы при ЯБ делятся на радикальные и органосохраняющие.
1) К радикальным методам относится резекция желудка — удаление части желудка вместе с язвой.
Немаловажным аспектом операции
является снижение кислотности желудочного сока посредством удаления кислотопродуцирующей зоны желудка, антрального отдела, где секретируется гастрин, частичной денервации органа (пересечение блуждающего
нерва), что, должно обеспечить профилактику рецидивов ЯБ.Поэтому

medfsh.ru

классический объем резекции составляет 2/3 желудка. При язвах желудка,при пониженной или неизмененной секреции можно ограничиться меньшим объемом резекции (1/2) или экономными резекциями (антрумрезекция), т.к. при этом нет необходимости снижать секреторную активность желудка.
По уровню и объему резекции различают дистальные, проксимальные, клиновидные и сегментарные резекции.

2) Органосохраняющие операции. Ваготомия.
Ваготомией называется иссечение
обоих блуждающих нервов на протяжении нескольких сантиметров с целью подавления секреции соляной кислоты и показана при ЯБ 12-п. кишки. Первоначально ее выполняли на уровне пищевода (стволовая ваготомия), что приводило к длительной задержке желудочного содержимого из-за пареза желудка с последующим возникновением язв. Поэтому ваготомию сочетали с дренирующей операцией, или резекцией.
В дальнейшем была предложена селективная желудочная ваготомия, с пересечением нервов на уровне пищеводно-желудочного перехода, при которой сохранялись моторные и секреторные ветви, идущие к печени, поджелудочной железе, желчному пузырю и тонкой кишки. Третий вариант ваготомии — селективная проксимальная (СПВ) ваготомия. При этом производят избирательное выделение и пересечение сосудисто-нервных пучков на передней и задней стенке малой кривизны желудка с сохранением конечной ветви блуждающего нерва — нерва Латарже («гусиная лапка»), идущего к привратнику и отвечающего за двигательную активность желудка. Данная операция особенно показана в лапароскопическом варианте

3)Одним из вариантов хирургического лечения является сочетание
разных типов операций.
Сюда относится и упомянутая выше ваготомия в
сочетании с дренирующей операцией. Ряд авторов при язве выходного отдела желудка «золотым стандартом» считают ваготомию в сочетании с
экономной резекцией желудка — антрумэктомией. При этом устраняются
оба механизма желудочной секреции, а при ваготомии с дренирующей
операцией — устраняется вагусный механизм и снижается активность
гормонального механизма желудочной секреции.
Пилоропластика выполняется с целью облегчения эвакуации содержимого из желудка при отсутствии воспалительных изменений 12-п. кишки, т.е. дренирующая операция.
Наиболее простой вариант — по ГейнекеМикуличу, когда разрез в области привратника делается продольно, а зашивается поперечно. Из множества других вариантов дренирующих операций можно отметить варианты по Финней проводится поперечный разрез от привратника до нисходящей части 12-п. кишки и сшивается в виде гастродуоденоанастомоза, проводится разрез как по Финнею, но не непрерывный, а 2 параллельных на привратнике и 12-п. кишке, которые соединяются между собой. При необходимости, особенно первый вариант можно дополнить иссечением язвы, а модификация по Финнею позволяет иссечь язву на задней стенке или выключить язву из просвета кишки. Последние два варианта являются довольно травматическими, существенно изменяющими взаиморасположение органов, поэтому применяются весьма нечасто.

medfsh.ru

2. Особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения паховой врожденной и скользящей грыжи.

Врожденная паховая грыжа – явление не такое уж редкое. Встречается она чаще у мальчиков, так как у девочек паховый канал укреплен лучше. Часто эта патология сочетается с водянкой яичка или семенного канатика. Единственным радикальным методом лечения врожденной паховой грыжи является операция.

1) особенности этиопатогенеза врожденной паховой грыжи

У мальчиков грыжа образуется в процессе опущения яичка из брюшной полости в малый таз и мошонку, у девочек – опущения яичника. Их покрывает брюшина, отверстие в которой в норме зарастает, а если не зарастает, то через это отверстие вслед за яичком (яичником) могут выходить внутренние органы, у мальчиков это обычно часть кишечника. При этом полость брюшины непосредственно сообщается с полостью мошонки – необходимое условие для развития врожденной грыжи. Опасностью в данном случае является ущемление грыжи, сдавливание петли кишки и ее омертвение (некроз).

Врожденная паховая грыжа часто сочетается с водянкой яичка или семенного канатика, а также с кистами семенного канатика.

2) особенности диагностики паховой грыжи

Врожденная паховая грыжа может проявляться в виде припухлости продолговатой формы по ходу пахового канала с одной стороны, которая становится особенно заметной при чихании, смехе, плаче и кашле ребенка. Эта припухлость на ощупь мягкая, в положении лежа уменьшается, а при вдавливании в брюшную полость быстро исчезает. У девочек припухлость может распространяться на половые губы с одной или с двух сторон.

После снижения внутрибрюшного давления припухлость может исчезать, но затем она появляется вновь. В момент исчезновения грыжи у мальчиков при внимательном осмотре можно обнаружить уплотнение семенного канатика. Этот признак получил название симптома шелковой перчатки.

Для подтверждения диагноза проверяется симптом кашлевого толчка: если кончиком пальца провести от мошонки к наружному отверстию пахового канала, ребенок напрягается, что проявляется в виде кашля, плача, смеха и так далее

Если врожденная паховая грыжа ущемляется, то при прощупывании выпячивания ребенок кричит, грыжа при этом не вправляется. Ущемление грыжи может сопровождаться сначала срыгиванием, затем рвотой, вздутием живота и задержкой стула. У мальчиков чаще ущемляется кишечная петля, у девочек – яичник.

Так как левое яичко у мальчиков обычно опускается в область мошонки раньше правого, справа паховые грыжи встречаются гораздо чаще, чем слева. Встречаются и двусторонние паховые врожденные грыжи, но реже.

3) лечение врожденной паховой грыжи

medfsh.ru

В зависимости от состояния ребенка лечение врожденной паховой грыжи может быть проведено сразу после рождения или отложено на неопределенное время. За ребенком в таком случае осуществляется постоянное наблюдение хирурга.

У детей от рождения до 5 лет целью грыжесечения является ликвидация сообщения между не зараще нным влагалищным отростком брюшины и брюшной полостью Оптимальным возрастом для проведения операции является возраст 6-8 месяцев. Врожденная паховая грыжа оперируется без вскрытия пахового канала, так как причиной развития грыжи является наличие врожденного грыжевого мешка, а не слабость соответствующих мышц. В процессе операции выделяют грыжевой мешок, рассекают его, содержимое вправляют в брюшную полость, отделяя при этом семенной канатик и яичко вместе с покрывающей их брюшиной грыжевого мешка. После этого грыжевые ворота аккуратно ушивают и проводят пластику передней стенки пахового канала.

При ущемленной паховой грыже у детей в течение первых 12 часов обычно проводится консервативное лечение, рассчитанное на самовправление грыжи. Это связано с тем, что ущемление у детей протекает легче, чем у взрослых. Если консервативное лечение в виде теплой ванны, спазмолитиков (лекарственных препаратов, вызывающих расслабление гладкой мускулатуры внутренних органов), приподнятого положения таза не помогает, то проводится экстренная операция.

Скользящая паховая грыжа

Скользящая грыжа является разновидностью паховых грыж. При этом виде грыж в образовании грыжевого мешка кроме париетальной брюшины принимает участие и висцеральная. Наиболее часто встречаются скользящие грыжи мочевого пузыря, слепой кишки, матки и яичников, гораздо реже - сигмовидной и нисходящей кишки, мочеточников и почек.

1) Этиопатогенез

При скользящих грыжах одна из стенок грыжевого мешка образуется прилегающим к мешку органом, расположенным забрюшинно . Этими органами чаще всего являются слепая кишка, восходящий и нисходящий отделы (colon iliacum) толстой кишки, реже -- мочевой пузырь. Мочеточники, почки, матка и ее придатки также могут спускаться, скользить и выходить через слабые участки передней брюшной стенки, преимущественно в паховой области, реже -- под паховой связкой через бедренный канал.

2) Диагностика

Скользящую грыжу стоит предполагать при:

1) при длительно существующих грыжах больших размеров с широкими грыжевыми воротами;

2) при многократно рецидивирующих грыжах, когда нередко происходит разрушение задней стенки пахового канала;

3) при наличии жалоб больного, характерных для соскальзывания того или иного органа;

medfsh.ru

4)при частичной или полной невправимости грыжи;

5) когда при пальпации грыжевого мешка (после вправления содержимого) определяется тестоватость консистенции; иногда грыжевое выпячивание состоит как бы из двух частей, одна из которых более утолщена;

6) когда наблюдается мочеиспускание в два приёма (при скользящих грыжах мочевого пузыря вначале больной опорожняет мочевой пузырь, а затем, после вправления грыжи, у него появляется позыв на мочеиспускание).

При подозрении на наличие скользящей грыжи целесообразно применять дополнительные методы исследования: ирригоскопию, цистографию, цистоскопию, бимануальное гинекологическое исследование. Если возникла мысль о вовлечении в процесс мочеточника или почки, необходимо произвести инфузионную урографию.

3) Лечение

Операция скользящей паховой грыжи. Наложение внутреннего кисетного шва: При скользящих грыжах стенкой грыжевого мешка на большем или меньшем протяжении является орган, частично не покрытый брюшиной (слепая кишка, мочевой пузырь). Во избежание повреждения такого органа при выделении грыжевого мешка следует обращать внимание на толщину его стенок, особенно боковых.При скользящих грыжах слепой кишки обнаруживают небольшое утолщение наружной стенки грыжевого мешка. Чтобы не ранить стенку слепой кишки, грыжевой мешок в таких случаях следует вскрывать по передне-внутренней поверхности. При скользящих грыжах мочевого пузыря обнаруживают утолщение внутренней стенки грыжевого мешка. Выделять шейку грыжевого мешка при этом следует осторожно с медиальной и задней стороны, а вскрывать мешок необходимо по передне-наружной поверхности. Когда грыжевой мешок выделен и вскрыт, осматривают его внутреннюю поверхность, чтобы установить границы и степень участия скользящего органа в образовании грыжевого мешка.

Максимально выделив брюшинную часть грыжевого мешка, подтягивают ее в рану и накладывают изнутри кисетный шелковый шов на расстоянии 1 см от места перехода брюшины на орган. Ниже кисетного шва мешок отсекают, а стенку органа, участвующего в образовании грыжевого мешка, вправляют в брюшную полость. Н. И. Кукуджанов при скользящих грыжах мочевого пузыря рекомендует не ограничиваться частичной резекцией брюшинной части грыжевого мешка, а отделять мочевой пузырь на некотором протяжении от брюшины, чтобы исключить подтягивание его при перевязывании шейки грыжевого мешка, которое впоследствии может привести к образованию рецидива пузырной грыжи.

3. Врожденные аномалии развития молочной железы. Классификация, клиника, лечение.

Молочная железа — парный мягкотканый орган, состоящий из железистой, соединительной и жировой ткани, расположенный на передней грудной стенке от места соединения грудины и ребер до средней аксиллярной линии, со II по VI ребро.

КЛАССИФИКАЦИЯ

medfsh.ru

1) Первую группу составляют истинные пороки. Они развиваются на фоне наследственных заболеваний и патологий, возникших в эмбриональном периоде.
2) Ко второй группе относятся патологии, вызванные с гормональными нарушениями, травмами, инфекцией и так далее.

ВИДЫ АНОМАЛИЙ

1) Аномалии количества.

1)Мономастия - это одностороннее отсутствие молочной железы.

2)Полимастия характеризуется наличием добавочных молочных желез.

3)Полителия отличается от полимастии тем, что при данной патологии имеется только добавочный сосок без тканей молочной железы.

4)Ателия - это отсутствие сосков.

Аномалия встречается даже при нормально развитых молочных железах.

2) Аномалии положения и формы

1)Эктопия молочной железы или ее смещение.

При этом она может быть полноценной или недоразвитой

2)Микромастия, или гипомастия, характеризуется небольшими размерами молочных желез.

Данная патология также может наблюдаться либо с одной стороны, либо с двух. Выраженность симптомов зависит от различных факторов. Как правило, асимметрия молочных желез в той или иной степени наблюдается у большинства женщин. Но в некоторых случаях является особенно выраженной, что заставляет пациентов обращаться за помощью к специалисту.

3)Макромастия, напротив, сопровождается выраженным ростом железы.

3) Что касается сосков, то чаще всего аномалия связана с их формой.

Это может быть втянутость или плоская форма соска. Также встречается расширение границ альвеолы.

ЛЕЧЕНИЕ

Как правило, большая часть аномалий диагностируется сразу после рождения, но не исключено появление патологии только в период полового созревания. Лечение всех аномалий только хирургическое. В первую очередь проводится полное обследование. Оно включает в себя консультацию гинеколога, маммолога и эндокринолога. После сдачи анализов, в том числе и на гормоны, инструментального обследования железы проводится соответствующая операция.

Необходимость в хирургическом лечении возникает, как правило, при выраженных эстетических недостатках. В то же время такие патологии, как втянутый сосок, могут негативно сказаться не только на эстетике, но и на кормлении ребенка.

4. .

medfsh.ru

В хирургическое отделение доставлен больной И.,48 лет с жалобами на боли, наличие выпячивания в правой паховой области, тошноту, неоднократную рвоту. Боли в животе возникли после подъема тяжести, вначале они носили постоянный, ноющий характер, а в дальнейшем стали схваткообразными.

Вопросы к задаче: Ваш диагноз? План лечения? Порядок оказания медицинской помощи? Объем оперативного вмешательства?

ОТВЕТЫ

1) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.
2) Экстренное грыжесечение
3) Экстренно госпитализировать в хирургический стационар, транспортировать на носилках;

   Категорически запрещены попытки вправления грыжи;

   Подготовка к экстренной операции;
4) Начинают операцию под местной анестезией.

   Надежно фиксируют ущемленный орган после вскрытия грыжевого мешка и только после этого рассекают ущемленное кольцо под визуальным контролем.

   Проверяют ущемленную кишку (орган) на жизнедеятельность. если жизнедеятельность под сомнением, в брыжейку кишки вводят 100-150 мл 0,25% р-ра новокаина и согревают ущемленный участок в течение 10-15 минут салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия. если после этого отсутствует хотя бы 1 признак жизнедеятельности кишки, проводят резекцию ее в пределах здоровых тканей (удаляют 30-40 см приводящего отдела кишки и 15-20 отводящего)

   Анастомозируют приводящий и отводящий отделы кишки. “Конец в конец”, если диаметры отделов совпадают; “бок в бок” если не совпадают.

   Пластика грыжевых ворот местными тканями или с использованием полипропиленовой сетки.

Билет 8.

1. Кровоточащая гастродуоденальная язва. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, классификация.

Кровотечение является одним из наиболее частых осложнений Язвенной Болезни. (10–15%).

Этиопатогенез.

Провоцирующие факторы: нервные потрясения, физическая перегрузка, нарушение режима питания. Кровотечение возникает в результате аррозии сосудов в язве, венозного

medfsh.ru

стаза и тромбоза вен. Различают артериальные, венозные и капиллярные кровотечения. К основным звеньям патогенеза развивающихся при кровотечениях относятся нарушения циркуляторного гомеостаза и микроциркуляции.

Клиника.

1) рвота алой (свежей) кровью (гематемезис) характерна для профузных, интенсивных артериальных кровотечений;
2) рвота цвета «кофейной гущи», при невысокой активности кровотечения, проходит 1–3 ч от начала кровотечения до появления рвоты, и за это время кровь в желудке смешивается с соляной кислотой с образованием солянокислого гематина.
3) мелена
4) боль в эпигастрии, как правило, усиливается за 2–3 дня до кровотечения и потом исчезает после начала язвенного кровотечения (симптом Бергмана)
5) неспецифические признаки кровопотери: слабость, головокружение, холодный липкий пот, шум в ушах, «мушки» перед глазами, сердцебиение, жажда

Классификация.

1) При легкой степени (стадия клинического благополучия — I стадия — компенсированной кровопотери): общее состояние удовлетворительное, цвет кожи обычной окраски, показатели красной крови в пределах нормы, пульс до 90 уд. в мин, АД умеренно понижено.
2) При средней тяжести (состояние больных тяжелое — кровопотеря тяжелой степени — геморрагический шок — II стадия тяжелых гемодинамических нарушений), бледность, пульс 110–120 уд. АД 80–90, эр. 3х10/12 /л, гемоглобин <83 г/л> 100 Систол. АД >100,.
3) При тяжелой степени больной находится в состоянии геморрагического шока: заторможенность, резкая бледность, холодный липкий пот, эритроцитов менее 2,5х10/12, нитевидный пульс 140–160 уд. или не сосчитывается. АД мах не определяется.

Для оценки эндоскопической картины язвенных кровотечений, общепризнанной в мире является классификация по J.A. Forrest, которая различает:

I. Продолжающееся кровотечение:

a) массивное (струйное артериальное из крупного сосуда);

b) умеренное (венозное или малое артериальное);

c) слабое (капиллярное).

II. Состоявшееся кровотечение, т.е. есть признаки кровотечения (в желудке кровь, сгустки, «кофейная гуща»), но самого кровотечения на момент осмотра нет:

a) тромбированный сосуд, прикрытый рыхлым сгустком;

b) видимый сосуд с тромбом;

c) мелкие точечные тромбированные капилляры.

III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.

Диагностика.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия, рентген ангиография чревного ствола.

2. Осложнения грыж.

medfsh.ru

1) Невправимость проявляется в постоянном нахождении грыжевого содержимого в грыжевом мешке, которое не ущемляется, но в покое в брюшную полость не вправляется.
2) Воспаление грыжи — редкое осложнение. Инфекция попадает через повреждения кожи, при воспалении внутренних органов в грыже.
   Лечение — вскрытие гнойника, аппендэктомия или дивертикулэктомия в грыже.Операция Замтера через средне-срединную лапаротомию резецируют кишку, находящуюся в грыжевом мешке и формируют межкишечный анастомоз.
3) Копростаз — осложнение, встречающееся в основном у пожилых пациентов. При этом внутри грыжевого мешка происходит скопление каловых масс в кишечной петле. Лечение — очистительные и сифонные клизмы
4) Ущемление — сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах.
   - эластический, который возникает из-за внезапного резкого повышения внутрибрюшного давления (кашель, поднятие тяжестей и т.д.), при котором происходит кратковременное увеличение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше чем обычно внутренностей. После того, как грыжевые ворота сокращаются до обычных размеров, внутренности не успевают вернуться в брюшную полость.
   - пристеночном ущемлении в грыжевой мешок попадает не вся петля кишки, а лишь часть ее стенки по противобрыжеечному краю.
   - при ретроградном ущемлении ущемляется не только брыжейка находящейся в грыжевом мешке, но, что особенно важно, брыжейка кишки, находящейся в брюшной полости.

Лечение: ущемленные грыжи подлежат экстренной операции, при которой имеется особенности: Сразу же по вскрытии грыжевого мешка ассистент берет ущемленный орган и удерживает его в ране. После этого можно продолжить операцию и рассечь ущемляющее кольцо, то есть грыжевые ворота.
Освободив ущемленную кишку, оценивают еѐ жизнеспособность по следующим признакам: 1) нормальный розовый цвет кишечной стенки; 2) наличие перистальтики; 3) определение пульсации сосудов брыжейки, вовлеченной в странгуляцию. Если все эти признаки имеется, то вправляем орган и ушиваем с последующей пластикой. Если данные признаки не наблюдаются, то резецируем кишку , причем 30-40 см приводящей петли и 10-15 см отводящей петли, затем межкишечный анастомоз.

3. **Острый аппендицит у пожилых людей**

1) Отмечаются слабоинтенсивные боли в правой половине живота.
2) Общее состояние страдает незначительно, признаки интоксикации проявляются умеренно — тошнота и рвота возникают редко, температура повышается незначительно, лейкоцитоз умеренный или отсутствует, хотя имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
3) Парез кишечника вследствие перитонита может быть расценен как хронический метеоризм.
4) При осмотре брюшной полости может отсутствовать напряжение мышц брюшной стенки из-за возрастной релаксации мышц передней брюшной стенки, но перкуторно и пальпаторно определяется болезненность в правой подвздошной области, классические авторские симптомы острого аппендицита выражены нечетко, но все же определяются.

medfsh.ru

5) В связи с тем, что у пожилых пациентов наиболее часто наступает склероз стенок и сосудов, отмечается склонность к быстрому развитию некроза аппендикса и перфорации. Вторым вариантом при превалировании склеротических процессов является образование инфильтратов, что требует дифференциальной диагностики с опухолью толстой кишки.

Таким образом, острый аппендицит у данной категории протекает атипично, больные очень часто поступают поздно, с преобладанием осложненных форм заболевания, в результате чего послеоперационные осложнения и летальность у этих больных гораздо выше.

У больного К., 45 лет, при физической работе на приусадебном участке появились боли и выпячивание…..

1) не стоит греть грыжу
2) деж. врач не назначил консультацию хирурга
3) вправление недопустимо, так как может привести к мнимому вправлению
4) удаление некротизированного участка тонкой кишки с наложение межкишечного анастомоза
5) критерии жизнеспособности тонкой кишки : цвет - розовый, наличие пульсации сосудов брыжейки, наличие перистальтики.

Билет 9

1.Общие принципы диагностики и лечения локальных абсцессов брюшной полости.

- это Локализованное скопление гноя в брюшной полости

Основные диагностические признаки: Скопление жидкости, создающее эффект объемного образования ± пузыри газа или уровень газ-жидкость

Типичными местами формирования абсцесса в полости брюшины являются: дугласово пространство, карман Морисона и поддиафрагмальные пространства

Диагностика (в основном УЗИ, КТ и МРТ):

Основными методами диагностики являются УЗИ и КТ. Последняя позволяет не только установить наличие внутрибрюшного абсцесса, но и определить его точную локализацию и взаимоотношения с прилежащими органами.

1) УЗИ при абсцессе брюшной полости:

- Гипоэхогенное или анэхогенное скопление жидкости ± перегородки и детрит
- Серошкальное исследование: Сложное скопление жидкости, содержащее источники низкоинтенсивных сигналов, мембраны или перегородки. Прилегающая к абсцессу воспаленная жировая клетчатка отображается как эхогенное образование
- Цветовая допплерография: Интенсивно васкуляризованная периферия, бессосудистый центр абсцесса; возможна гиперемия прилегающей воспаленной жировой клетчатки

2) Рентгенография

medfsh.ru

Поддиафрагмальный абсцесс: ателектаз нижней доли легкого и плевральный выпот

3) Рентгеноскопия при абсцессе брюшной полости

Информативна после выполнения чрескожного дренирования, позволяет выявить остаточную полость

4) КТ при абсцессе брюшной полости:

• Скопление жидкости с низким коэффициентом ослабления и периферическим контрастным ободком

• ± газ/эффект объемного образования/исчерченность жировой клетчатки

5) МРТ при абсцессе брюшной полости: • Т2-яркое скопление жидкости с ярким ободком в постконтрастную фазу • Интенсивный сигнал указывает на геморрагическое, белковое или муцинозное содержимое

6) Внесосудистые инвазивные методы исследования: • Диагностическая или терапевтическая аспирация и чрескожное дренирование абсцесса под контролем УЗИ

Принципы лечения:

При плотном инфильтрате проводится консервативная терапия – противовоспалительная, антибактериальная.

При неэффективности, нарастании симптомов системной воспалительной реакции, пареза кишечника, гектической температуре проводится оперативное лечение. Операционные доступы выбираются в зависимости от локализации абсцесса. При использовании открытого разреза применяется наикратчайший к месту наружного дренирования доступ, чтобы не допустить распространения гнойного процесса. При использовании лапароскопии используются стандартные лапароскопические доступы. Наименее инвазивным (травматичным) является пункционный метод, который выполняется при ряде локализаций абсцессов под контролем УЗИ или другой визуализирующей техники (рентгенологическая стойка, КТ). Эффективность метода составляет 60–70%.

При отсутствии в течение 2 суток после пункции положительной динамики проводится традиционное лечение. При этой методике существует определенный риск повреждения внутренних органов.

2. Странгуляционная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, диагностика, лечение.

Странгуляционная кишечная непроходимость составляет 40—50% от всех наблюдений острой непроходимости. Она может протекать в виде заворотов, узлообразований и инвагинации кишечника.

Странгуляционная непроходимость кишечника возникает при завороте кишечной петли вокруг своей оси, образовании узла между несколькими петлями кишки, ущемлении

medfsh.ru

кишечных петель, их брыжеек и сосудов в грыжевых воротах при наружных и внутренних грыжах, сдавлении кишки с

брыжейкой спайками или Рубцовыми тяжами.

При странгуляционной непроходимости сдавления сосудов и нервов в ущемленной петле кишки нарушается кровообразование, что и отличает этот вид непроходимости от обтурационной.

Завороты кишечника (volvulus) представляют собой закручивание кишки с ее брыжейкой вокруг продольной оси (рис. 144) и составляют 4—5% всех видов кишечной непроходимости.

Различают завороты тонкой, сигмовидной и слепой кишки.

Причины:

К предрасполагающим причинам относят:

а) врожденную или приобретенную чрезмерно длинную брыжейку кишки, мальротацию,
б) рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера,

в) резкое похудание с исчезновением жировых прослоек между листками брыжейки.

К производящим причинам относят:

а) внезапное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к резкому перемещению кишечных петель,

б) алиментарные факторы: нерегулярное питание, длительное голодание с последующей перегрузкой кишки большим количеством грубой пищи.

В нормальных условиях петли кишечника совершают значительные по объему движения и нередко делают повороты до 180°С, не вызывая каких-либо патологических нарушений. При перекручивании кишки более чем на 180° происходит перекрытие ее просвета и сдавление сосудов брыжейки. Возникают кровоизлияния и некроз стенки кишки. Впоследствии развивается перитонит.

Заворот слепой кишки возможен в тех случаях, когда кишка имеет собственную брыжейку или общую с брыжейкой тонкой кишки. Наиболее часто бывает заворот сигмовидной кишки. Помимо значительной длины брыжейки завороту способствует рубцовое сморщивание корня брыжейки сигмовидной кишки при мезосигмоидите. Следствием этого является сближение петель кишки, которые располагаются почти параллельно (по типу «двустволки»). При усилении перистальтических сокращений или переполнения плотным и газообразным содержимым кишка легко закручивается вокруг своей оси, что приводит к непроходимости.

Основные симптомы заворота кишечника

medfsh.ru

Завороты тонкой кишки начинаются остро. Заболевание протекает с тяжелыми общими и местными клиническими симптомами, характерными для острой высокой странгуляционной непроходимости кишечника.

Ведущим симптомом являются резкие боли. Характерна постоянная острая боль в глубине живота и в превертебральной области. В первые часы заболевания на фоне постоянной боли периодически возникают схваткообразные боли, интенсивность которых нарастает синхронно с перистальтикой, достигая характера нестерпимых. Часто больные кричат от болей, становятся беспокойными, принимают вынужденное положение с приведенными к животу ногами.

Рвота с самого начала многократная и не приносит облегчения. Сначала она рефлекторная, неизмененным желудочным содержимым и желчью, а затем принимает фекалоидный характер. Задержка стула и газов бывает не всегда. Часто в начале заболевания бывает однократный стул за счет опорожнения нижних отделов кишечника, не приносящий облегчения.

Общее состояние крайне тяжелое. Быстро появляются и нарастают нарушения водно-солевого, белкового и углеводного обмена, микроциркуляторные и гемодинамические расстройства, интоксикация, сокращается диурез. Живот умеренно вздут. Иногда вздутие проявляется лишь сглаженностью подреберных областей.

В первые часы заболевания нередко обнаруживают положительный симптом Валя. В более поздние сроки над растянутой странгулированной петлей тонкой кишки определяют «шум плеска» (положительный симптом Склярова).

При обзорной рентгеноскопии живота обнаруживают чаши Клойбера, которые появляются через 1—2 ч от начала заболевания.

Прогноз: при заворотах тонкой кишки плохой. Летальность достигает 30%.

При завороте слепой кишки симптомы выражены так же остро, как и при завороте тонкой кишки.

Боли (как постоянные, так и схваткообразные) локализуются в правой половине живота и в околопупочной области. Рвота появляется в начале заболевания, но редко бывает фекалоидной. Задержка стула и газов имеется у большинства больных.

При осмотре выявляют асимметрию живота за счет вздутия в околопупочной области. Одновременно нередко происходит западение правой подвздошной области (положительный симптом Шимана — Данса). При пальпации живота часто обнаруживается ригидность мышц брюшной стенки.

При выслушивании живота отмечают характерные звонкие с металлическим оттенком перистальтические шумы. В дальнейшем, по мере развития перитонита, перистальтические шумы ослабевают. На обзорной рентгенограмме живота видна шаровидно раздутая слепая кишка, которая локализуется в правой половине живота или смещена кнутри и кверху. В зоне проекции кишки виден большой (длиной до 20 см) горизонтальный уровень жидкости.

medfsh.ru

Заворот сигмовидной кишки возникает чаще у пожилых людей, длительно страдающих запорами.

Боли носят такой же характер, как и при других формах странгуляционной непроходимости. Они возникают внезапно, интенсивные, локализуются обычно в нижних отделах живота и в области крестца. Рвота одно- и двукратная. Фекалоидной рвоты, как правило, не бывает. Она появляется лишь с развитием перитонита. Ведущим симптомом является задержка стула и газов. Живот резко вздут. Асимметрия проявляется выбуханием верхних отделов правой его половины. При этом живот приобретает характерный «перекошенный» вид.

Вследствие сильного вздутия ободочной кишки все внутренние органы и диафрагма оттесняются кверху. В связи с этим у больных затрудненное дыхание и нарушается сердечная деятельность.

При рентгеноскопии видна резко раздутая газами сигмовидная кишка, которая занимает почти всю брюшную полость и дает характерный симптом «светлого живота», на фоне которого видны 1—2 чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости.

Лечение при заворотах кишечника

При заворотах кишечника необходима экстренная операция, так как консервативные методы лечения не эффективны. Хирургическое лечение состоит в расправлении завернувшихся петель кишки (деторсия) и опорожнении кишки от содержимого (декомпрессия). При омертвении кишки показана ее резекция. Резекцию производят по общим правилам, принятым при хирургическом лечении острой непроходимости кишечника (см. выше). С целью профилактики рецидива заболевания при заворотах слепой и сигмовидной кишки необходима их фиксация к брюшной стенке.

3.Пилефлебит. Этиопатогенез, методы диагностики и профилактики.

Этиология:

Наиболее частой причиной является аппендицит. Пилефлебит чаще возникает при ретроперитонеальном и ретроцекальном расположениях отростка, а также у больных с деструктивными формами острого аппендицита.

Патогенез:

Пилефлебит начинается остро и наблюдается как до, так и после операции. Чаще всего воспалительный процесс червеобразного отростка переходит на вены его брыжейки, в которых образуются инфицированные тромбы. В дальнейшем заболевание развивается по типу восходящего гнойного флебита и тромбофлебита, последовательно распространяющегося на v. ileocolica, v. mesenterica sup. и, наконец, на v. portae и ее разветвления в печени. Весьма редко острый гнойный процесс распространяется помимо брыжеечных вен на селезеночную вену или вены желудка.

Клиника и диагностика:

Самым ранним симптомом является повторные потрясающие ознобы, характерна бурно развивающаяся картина системной воспалительной реакции.

medfsh.ru

Температура гектическая, пульс частый слабый, дыхание затруднено, живот мягкий, иногда вздут. Печень почти всегда увеличена, чувствительна при переходе процесса на печеночные вены, возникает желтуха.
Далее очень быстро (через 5-6 дней) развивается печеночно-почечная недостаточность и больные погибают.

1. Общий анализ крови.
В большинстве случаев обнаруживаются лабораторные признаки острой бактериальной инфекции.

2. Биохимия.
Наиболее устойчивым выявляемым признаком является повышение ЩФ и ГГТП. Отмечается умеренная гипербилирубинемия за счет общего и прямого билирубина, выявляемая не у всех пациентов.

До введения в повседневную практику УЗДГ, КТ и МРТ, в большинстве случаев диагноз "пилефлебит" устанавливался в основном посмертно. С внедрением методов визуализации точность диагностики значительно повысилась. Все указанные выше методы визуализации выявляют характерные признаки портального тромбоза.
"Золотым стандартом" диагностики считается КТ, которая позволяет выявить не только поражение вены, но и первичный очаг инфекции. УЗДГ является дополнительным методом обследования.

Профилактика:

Если в брыжейке отростка есть признаки начинающегося пилефлебита (серонекротический вид брыжеечки отростка, тусклая сероза, сквозь которую просвечивают зеленоватые тромбированные вены), то необходимо удалять всю брыжейку вплоть до ее корня, который находится позади конечного отдела подвздошной кишки.

Задача. У больного 45 лет, при физической работе на приусадебном участке появились боли и выпячивание выше пупка.

1) не стоит греть грыжу
2) деж. врач не назначил консультацию хирурга
3) вправление недопустимо, так как может привести к мнимому вправлению
4) удаление некротизированного участка тонкой кишки с наложение межкишечного анастомоза
5) критерии жизнеспособности тонкой кишки : цвет - розовый, наличие пульсации сосудов брыжейки, наличие перистальтики.

Билет 10.

1. Рубцово-язвенная деформация желудка и 12-перстной кишки. Пилородуоденальный стеноз. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

Стеноз пилорического отдела желудка и луковицы 12-п. кишки — это постепенное формирование сужения в результате развития рубцовой соединительной ткани в области закрывшейся язвы выходного отдела желудка или 12-п. кишки и периязвенного воспалительного инфильтрата. При хроническом течении ЯБ с частыми рецидивами

medfsh.ru

каждая язва после своего заживления оставляет на своем месте рубец, которые сливаются в единый ригидный рубцовый процесс, суживающий просвет и вызывающий в итоге непроходимость желудка.

Классификация. Различают (Ю.М. Панцырев, 1977)

1) формирующийся, частичный - диаметр стеноза не менее 5 мм:
   A. компенсированный
   B. субкомпенсированный (затруднение в прохождении твердой пищи)
2) полный (декомпенсированный, когда просвет менее 5 мм).

Кроме данных ФЭГДС, которая визуально определяет диаметр сужения, условно отмечают при субкомпенсации — затруднение в прохождении твердой пищи, а при декомпенсации — и жидкой тоже.

Клиника

- чувство полноты и тяжести в эпигастрии после еды, периодическая рвота
- отрыжка
- рвота с признаками гнилостного брожения
- “шум плеска” в эпигастрии
- кожные покровы сухие, землинистой окраски
- диурез снижен, тахикардия

Диагностика

Рентгенконтрастное исследование определяет степень стеноза и его протяженность. При этом определяется сужение с ровными контурами, желудок увеличен. В фазе компенсации определяется незначительное увеличение желудка на фоне сужения до 1 см, эвакуация контраста не более 8–12 часов, при субкомпенсации — до 24 часов, сужение до 5 мм. Декомпенсация — значительное расширение желудка, стенки желудка гипотоничны, истончены, контрастная масса опускается на дно, образуя фигуру чаши с горизонтальным уровнем. Эвакуация контрастного содержимого не происходит или в сроки более 24 часов.

ФГДС — хотя и не позволяет объективно оценить размеры и синтопию желудка, устанавливает факт наличия стеноза, его локализацию, степень (диаметр), а также дифференцировать от других причин, вызывающих сужение (воспалительный инфильтрат, опухоль, сдавление извне).

Лабораторные методы исследования демонстрируют анемию, нарушения вводно-электролитного и метаболического гомеостаза.

Лечение — независимо от степени компенсации — оперативное. Предоперационная подготовка проводится в режиме интенсивной терапии и направлена на восстановление тонуса желудка, снятия воспаления путем регулярного промывания желудка, нормализацию вводно-электролитных и метаболических нарушений — путем внутривенных инфузий белковых препаратов, полиионных растворов, содержащих хлорид калия, кальция, натрия, переливание крови и кровезаменителей, проведения противоязвенной терапии, парентеральное или если возможно зондовое питание.

Методы оперативного лечения

- Резекции желудка
- Экономная резекция с ваготомией
- Гастроэнтероанастомоз с ваготомией или без нее

2. Пупочные грыжи. Этиология, клиника, методы лечения.

medfsh.ru

Этиология. Пупочные грыжи у детей возникают в первые 6 мес после рождения, когда еще не сформировалось пупочное кольцо. Расширению пупочного кольца и образованию грыжи способствуют различные заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления (коклюш, фимоз, дизентерия). Грыжи у детей чаще бывают небольших размеров.
Пупочные грыжи у взрослых составляют около 5 % всех наружных грыж живота. Причинами развития их являются врожденные дефекты пупочной области, повторные беременности, протекавшие без соблюдения необходимого режима, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.
Клиническая картина. Характерны появление постепенно увеличивающегося в размерах выпячивания в области пупка, боли в животе при физической нагрузке и кашле. Диагностика пупочных грыж несложна, так как симптомы ее типичны для грыж. Однако следует иметь в виду, что уплотнение (узел) в области пупка может оказаться метастазом рака желудка в пупок. Всем больным с пупочными грыжами необходимо проводить рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки или гастродуоденоскопию с целью выявления заболеваний, сопутствующих грыже и вызывающих боль в верхней половине живота.
Лечение - только хирургическое.
Пупочное грыжесечение по способу Мейо. Производят окаймляющий пупок поперечный разрез, выделяют грыжевой мешок. Обрабатывается грыжевой мешок. Выделяют грыжевые ворота (пупочное кольцо). Грыжевой дефект закрывается узловыми П-образными швами в поперечном направлении с созданием дупликатуры, у которой нижний лоскут находится под верхним.
Пупочное грыжесечение по способу Сапежко. Разрез кожи и подкожной клетчатки выполняется продольно, по средней линии, огибая пупок слева. После обработки грыжевого мешка пупочное кольцо сшивают в продольном направлении с формированием дупликатуры апоневроза.
Также существует *способ Лексера*, который предполагает наложение кисетного шва на пупочное кольцо и применяется в основном у детей.

3. Мастопатия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Одно из самых распространенных заболеваний женщин: забол-сть составляет 30-43%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями-58%. Частота мастопатии достигает максимума к 45г.

По определению ВОЗ (1984), мастопатия — фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов.

В этиологии огромная роль отводится состоянию гипоталамо-гипофизарной системы. прогестерон дефицитным состояниям(при которых избыток эстрогенов вызывает пролиферацию всех тканей железы),

Меньше влияют заболевания печени (Заболевания гепатобилиарного комплекса чаще всего инициируют развитие хронической гиперэстрогении вследствие замедленной утилизации эстрогенов в печени). Гормоны щитовидной железы (тироксин,

medfsh.ru

трийодтиронин) играют важную роль в морфогенезе и функциональной дифференцировке эпителиальных клеток молочной железы.У 64% пациенток с различными формами мастопатии выявлена патология щитовидной железы.

Классификация.

1.Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия(ФКМ):

1) с преобладанием железистого компонента (аденоз);

2) с преобладанием фиброзного компонента;

3) с преобладанием кистозного компонента;

4) смешанная форма I

2.Узловая фиброзно-кистозная мастопатия

Диффузная и узловая ФКМ могут иметь как пролиферирующую так и непролиферирующую форму. При пролиферации в эпителии развиваются папилломы.

Выделяют особую форму патологии молочной железы в предменструальном периоде мастодинию или масталгию циклического нагрубания железы, обусловленную венозным застоем и отечностью стромы; молочная железа увеличивается в объеме более чем не 15%,

Клиника. Основной жалобой является боль, как правило, усиливающаяся в предменструальном периоде, иногда со второй половины менструального цикла. Боль может иметь локальный характер
и иррадиировать в руку или лопатку. Женщины отмечают также болезненные уплотнения в железе. Выделяют три клинические фазы мастопатии:
1— возраст 20-30 лет, менструальный цикл регулярный, но часто укорочен до 21-24 дней; за неделю до mens появляется нагрубание, болезненность молочной железы,
2- 30-40 лет боль носит постоянный х-р, длится 2-3 нед до mens в железе пальпируются отдельные болезненные уплотненные дольки
3 – возраст старше 40-45 лет, боль менее интенсивная и непостоянная, пальпир-ся множественные кистозные обр-я, при надавливании выдел-ся коричневато-зеленый секрет.
У 10-15%женщин боли нет, но изменения есть

Лечение. Женщинам, у которых ФКМ обнаружена случайно как сопутствующая патология без выраженных жалоб специальное лечение не требуется. Таких пациенток необходимо обследовать (ультразвуковое исследование и/или маммография и диагностическая пункция) и дальнейшее наблюдение можно продолжать при контрольных осмотрах у гинеколога или хирурга не реже, чем один раз в год.
Женщинам с умеренной циклической или постоянной формой мастодинии и диффузными фиброзно-кистозными изменениями структуры молочной железы проводят консервативную терапию с использованием как гормональной терапии, так и негормональных

medfsh.ru

методов лечения. Наиболее часто это относится к молодым практически здоровым женщинам.

1.Методы негормональной терапии

Коррекция диеты. ограничение содержащих метилксантины продуктов (кофе, чай, шоколад, какао, кола) или полный отказ от них.

Как ФКМ, так и рак молочной железы, имеют связь с вялой деятельностью кишечника, хроническими запорами, измененной кишечной микрофлорой и недостаточным количеством клетчатки в ежедневном рационе. При этом происходит реабсорбция из кишечника уже выведенных с желчью эстрогенов -> употребление пищи, богатой клетчаткой и адекватное употребление жидкости (не менее 1,5-2 л в день). Так как утилизация эстрогенов происходит в печени, любые нарушения диеты, затрудняющие или ограничивающие нормальную деятельность печени (холестаз, богатая жиром пища, алкоголь, другие гепатотоксические вещества) со временем могут оказывать влияние на клиренс эстрогенов в организме. В свою очередь, для облегчения и нормализации функции печени желателен дополнительный прием витаминов В (особенно - Вб), А, С и Б - как пищевых добавок или даже в терапевтических дозах.

Мочегонные средства. Циклическую мастопатию, как одно из проявлений предменструального синдрома, особенно, если он сопровождается отечностью кистей и стоп незадолго до менструации можно купировать легкими потогонными.

НПВС при боли

Средства, улучшающие кровообращение Аскорутин

(употреблять черноплодную рябину, вишню, малину, цитрусовые)

Успокаивающие средства. Молочные железы - очень чутко реагирующий на психоэмоциональный стресс орган. (настойка пустырника, валерианы и т. д.).

Выбор бюстгальтера. не игнорировать, не носить маленький

2. Гормональная терапия

Гормонотерапия направлена на уменьшение стимулирующего воздействия эстрогенов на молочные железы

Антиэстрогены. (тамоксифен, торемифен) блокирует эстроген рецепторы в тканях-мишенях

Средства оральной контрацепции. Правильно выбранная и используемая оральная контрацепция обеспечивает постоянное подавление стероидогенеза и овуляции, подавление синтеза овариальных андрогенов, а также эстрогенрецепторов в эндометрии, выравнивание чрезмерных колебаний циклических гормонов, длительную защиту от развития рака яичников и эндометрия.

Гестагены угнетают функциональные гипофизарно-яичниковых связи и уменьшают стимулирующее пролиферацию действие эстрогенов на ткани молочной железы.

Андрогены (даназол) как антагонисты эстрогенов используются для лечения мастопатии. В основе действия даназола лежит его способность угнетать синтез гонадотропного гормона

Ингибиторы секреции пролактина. Эти препараты (бромокриптин) назначают только больным с гиперпролактинемией.

Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона существенно уменьшают уровень циркулирующих эстрогенов и тестостерона.

Консервативная терапия ФКМ требует длительных курсов (3-6 мес). Однако уже через 1 год после окончания лечения в 60% случаев возникает рецидив заболевания.

medfsh.ru

Хирургическое секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием узла. В тех случаях, когда при цитологическом исследовании обнаруживается пролиферирующий фиброаденоматоз, методом выбора является простая мастэктомия. Эту форму мастопатии следует рассматривать, как облигатный предрак.

Оперируя больную Л., 68 лет по поводу ущемленной паховой грыжи, хирург после вскрытия грыжевого мешка…..

1) Ретроградное ущемление
2) Две петли тонкой кишки, находящиеся в грыжевом мешке.
3) Хирург должен был произвести рассечение грыжевых ворот, осмотреть связующую петлю и при признаках нежизнеспособности удалить ее, отступя 40 см от со стороны приводящего отдела и 10-15 см со стороны отводящего отдела тонкой кишки.
4) Задней стенки.

Билет 11

1. Послеоперационное ведение больных гастродуоденальными язвами. Роль профилактической противоязвенной терапии у оперированных больных.

Послеоперационное ведение больного требует пристального внимания для исключения возможности повторного кровотечения (контроль за количеством отделяемого из назогарстрального зонда), адекватного возмещения потерь крови и жидкостей организма. После гиповолемического шока контролируют через каждые шесть часов количество мочи (пузырь катетеризуется). В связи с возможностью развития синдрома ДВС проводятся профилактические мероприятия. Исходы повторных чревосечений не очень благоприятны, особенно в случаях кровотечений из дуоденальных язв.

Особенности ведения ближайшего послеоперационного периода и возникновение послеоперационных осложнений зависят от тяжести состояния больных, а также от характера произведенного оперативного вмешательства: резекция желудка (антрумэктомия) с восстановлением непрерывности пищеварительного тракта одним из видов желудочнокишечного анастомоза или органосохраняющие операции (остановка кровотечения с ваготомией и дренированием желудка). После прошивания кровоточащей язвы без выполнения ваготомии или с ней, в ближайшем послеоперационном периоде назначается курс противоязвенной терапии, включающий в себя ингибиторы протонной помпы, либо последнее поколение Н2-блокаторов, а также комплекс антихеликобактерной терапии. После органосберегающих операций с ваготомиейособенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперированного желудка (препараты группы прокинетиков). После выписки из стационара пациенты должны быть непременно переданы терапевту/гастроэнтерологу.

В послеоперационном периоде важное место должна занимать профилактика пневмоний, тромбозов и эмболий, легочно-сердечной недостаточности, которые являются наиболее частыми осложнениями, достигая 40,5%.

Обращает на себя внимание несколько иная структура послеоперационных хирургических осложнений. На первом месте среди причин, приводящих к повторным вмешательствам и

medfsh.ru

летальным исходам, стоит кровотечение из области анастомоза или в свободную брюшную полость. Поэтому при выполнении резекции желудка у лиц старше 60 лет особое внимание должно быть обращено на тщательное выполнение гемостаза, так как даже из мелких склерозированных артерий возникают профузные кровотечения.

2. Грыжи белой линии живота. Этиология, патогенез, клиника, методы лечения.

Грыжи белой линии живота могут быть надпупочными, околопупочными и подпупочными. Последние встречаются крайне редко.

Этиология и патогенез

К группе предрасполагающих причин относятся наследственность, возраст, пол, степень упитанности, особенности телосложения. Производящие причины — повышение внутрибрюшного давления (вследствие запоров, кашля, затруднения мочеиспускания, трудных родов, поднятия тяжестей и другие) и ослабление брюшной стенки в результате её растяжения и истончения при повторных беременностях, травмах, снижение мышечного тонуса при параличах, в старческом возрасте и так далее. К местным предрасполагающим причинам относятся особенности анатомического строения той области, где появляется грыжи.

Основным патогенетическим фактором, способствующим развитию Грыжи живота, следует считать слабость мышечного и связочного аппарата брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления.

Клиническая картина. Характерно наличие боли в эпигастральной области, усиливающейся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. При обследовании больного обнаруживают типичные для грыж симптомы. Необходимо провести исследования для выявления заболеваний, сопровождающихся болями в эпигастральной области.

Лечение. Операция заключается в закрытии отверстия в апоневрозе кисетным швом или отдельными узловыми швами. При сопутствующем грыже расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова — рассекают влагалища прямых мышц живота вдоль по внутреннему краю и сшивают сначала внутренние, а затем наружные края листков рассеченных влагалищ. Таким образом создают удвоение белой линии живота.

3. Абсцесс Дугласова пространства. Клиника, диагностика, лечение.

Абсцесс полости малого таза (дугласова пространства) сравнительно часто является осложнением местного перитонита при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости или следствием диффузного распространенного перитонита.

Клиническая картина и диагностика.

Больные предъявляют жалобы на постоянные боли, тяжесть в нижней части живота, тенезмы, жидкий стул со слизью, частые позывы на мочеиспускание. Температура тела может быть повышенной. В тяжелых случаях, как при всяком тяжелом гнойном заболевании, развивается синдром системной реакции на воспаление. Температура тела повышается до 38— 39°С с суточным колебанием в 2 — 3° С. Возникает тахикардия, тахипноэ, лейкоцитоз свыше 12 000.

При пальпации живота, как правило, не удается выявить защитного напряжения мышц передней брюшной стенки и перитонеальных симптомов. Лишь при распространении воспаления по брюшине в проксимальном направлении за пределы малого таза появляется

medfsh.ru

мышечная защита. При пальцевом исследовании прямой кишки определяют нависание ее передней стенки, плотное образование (инфильтрат, нижний полюс абсцесса), болезненное при ощупывании. У женщин это плотное образование пальпируется при исследовании через влагалище. Отмечается резкая болезненность при надавливании на шейку матки и смещении ее в стороны. Наиболее точную информацию о наличии абсцесса дает УЗИ и компьютерная томография. Достоверные данные можно получить при пункции заднего свода влагалища или передней стенки прямой кишки у мужчин в месте наибольшего размягчения инфильтрата.

Лечение. Основной метод лечения — дренирование абсцесса и адекватная антибиотикотерапия. Дренирование может быть произведено малоинвазивным способом под контролем УЗИ или хирургическим методом. Операцию выполняют под наркозом. Для доступа к абсцессу осуществляют насильственное расширение ануса. Через переднюю стенку прямой кишки, в месте наибольшего размягчения, абсцесс пунктируют и вскрывают по игле. Образовавшееся отверстие расширяют корнцангом, в полость абсцесса вводят дренажную трубку. Для антибиотикотерапии используют препараты широкого спектра действия, чтобы подавить развитие анаэробной и аэробной микрофлоры.

4. . Больной К., 23 лет поступил в хирургическое отделение клиники через 16 часов с момента заболевания с жалобами на боли в правой поясничной...

Ретроцекальный аппендицит

Симптом Образцова (псоас-симптом): болезненное напряжение правой подвздошно-поясничной мышцы (в положении лежа поднимают кверху вытянутую правую ногу, а затем самостоятельно опускает ногу. При этом больной ощущает глубокую боль в поясничной области справа. Может наблюдаться сгибание правого бедра за счет инфильтрации большой круглой поясничной мышцы, затруднения в активной гиперэкстензии правого бедра. При ходьбе по этой же причине возникает резкая болезненность в глубине поясничной области.

Билет 12

(1)Острый аппендицит. Классификация, патологоанатомические формы.

Острый аппендицит- это острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка, начинающееся с его слизистой.

Клиникоморфологическая классификация В.И. Колесова (1972):

1) слабо выраженный (актуальный термин — аппендикулярная колика). Диагноз выставляется: а) после многочасового (не менее 12 часов) наблюдения пациента, при стихании острых болей в правой подвздошной области и нормализации показателей крови; б) на операционном столе при достоверном отсутствии островоспалительных изменений в аппендиксе и при лапароскопии;

2) простой (катаральный) поверхностный — 6–12 часов с момента заболевания;

3) деструктивный:

а) флегмонозный — 12–24 часа (простой, флегмонозно-язвенный (на слизистой), эмпиема)

б) гангренозный (ишемический некроз или следствие дальнейшего развития процесса) — 24–48 ч,

в) перфоративный — более 48 часов с момента заболевания;

4) осложненный:

medfsh.ru

а) аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный, прогрессирующий),
б) аппендикулярный абсцесс,
в) распространенный перитонит
г) прочие осложнения (пилефлебит, забрюшинная флегмона, сепсис и др.)

Паталогоанатомические формы:

1) При аппендикулярной колике морфологические изменения не выражены. В просвете отростка может определяться каловый камень. При микроскопическом исследовании определяется умеренная гиперемия слизистой оболочки и гипертрофия фолликулов.

2)При катаральном аппендиците макроскопически аппендикс утолщен, слегка напряжен, серозная оболочка тусклая, гиперемирована, сосуды инъецированы. Слизистая ярко или серо-красная с кровоизлияниями, в просвете геморрагическая (сукровичная) жидкость. В брюшной полости определяется прозрачный серозный выпот. При микроскопии имеется дефект слизистой, покрытый фибрином и лейкоцитами (клиновидный первичный аффект Ашоффа), отмечается лейкоцитарная инфильтрация подслизистого слоя при сохранении мышечной оболочки

3)При флегмонозной форме макроскопически: аппендикс значительно утолщен, напряжен, стенки его ригидные (плотные), серозная оболочка отечна, гиперемирована, с фибринными наложениями. В просвете отростка содержится жидкий, зеленовато-серого цвета гной со зловонным запахом. Чаще страдает дистальная часть. Может быть граница между здоровой и флегмонозно измененным отделами. В брюшной полости мутный выпот, который может быть инфицированным. Вследствие вовлечения в воспаление брюшины, налет фибрина может определяться на слепой кишке, париетальной брюшине и прилегающих петлях тонкой кишки. Микроскопически определяется поражение всех слоев, массивная лейкоцитарная инфильтрация, покровный эпителий слизистой слущен, в брыжейке полнокровие и лейкоцитарные инфильтраты.

4)Эмпиема червеобразного отростка, при которой в результате закупорки выходного отдела отростка, в просвете образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Аппендикс при этом колбовидно вздут, резко напряжен, определяется флюктуация. При вскрытии изливается большое количество гноя под давлением

5)При гангренозной форме отросток грязно-зеленого цвета, рыхлый, с фибринными наложениями, легко рвется. В просвете отростка содержится гной со зловонным запахом. В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом (неспорообразующие анаэробы). При микроскопии определяется картина тяжелого гнойного воспаления с воспалительной инфильтрацией всех слоев и некрозом стенки отростка, где слои не удается дифференцировать

6)При перфоративном аппендиците в червеобразном отростке имеется отверстие различного диаметра, в просвете гной, каловые камни. Слизистая оболочка частично некротизирована.

(2)Невправимыегрыжи.Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи.

Невправимость проявляется в постоянном нахождении грыжевого содержимого в грыжевом мешке, которое не ущемляется, но в покое в брюшную полость не вправляется. Основной причиной этого является сращение содержимого с грыжевым мешком и

medfsh.ru

грыжевого мешка с окружающими тканями. Возникает в результате длительного существования грыжи
Дифф. д-ка
-безболезненна
-характеризуется невозможностью как пассивного, так и активного вправления грыжевого содержимого в брюшную полость.
-не меняет размеры в горизонтальном положнении.
Важным симптомом, отличающим невправимую грыжу от ущемленной- положительный симптом кашлевого толчка (Врач вводит, после вправления грыжи, палец в грыжевые ворота и просит больного покашлять, при этом палец ощущает толчок внутренностей, устремляющихся в грыжевые ворота при повышении внутрибрюшного давления)
Лечебная тактика:
1)при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи
Самопроизвольно вправившаяся ранее ущемленная кишка может стать источником перитонита или внутрикишечного кровотечения.
Если при обследовании больного в момент поступления в хирургический стационар диагностируют перитонит или внутрикишечное кровотечение, то больного необходимо срочно оперировать. Если при поступлении в приемное отделение не выявлено признаков перитонита, внутрикишечного кровотечения, то больной должен быть госпитализирован в хирургический стационар для динамического наблюдения. Больному, у которого при динамическом наблюдении не выявлены признаки перитонита или внутрикишечного кровотечения, показано грыжесечение в плановом порядке.
2)при насильственном вправлении
Насильственное вправление ущемленной грыжи, производимое самим больным, в настоящее время наблюдается редко. В лечебных учреждениях насильственное вправление грыжи запрещено, так как при этом могут произойти повреждения грыжевого мешка и содержимого грыжи вплоть до разрыва кишки и ее брыжейки с развитием перитонита и внутрибрюшного кровотечения. При насильственном вправлении грыжевой мешок может быть смещен в предбрюшинное пространство вместе с содержимым, ущемленным в области шейки грыжевого мешка (мнимое вправление). При отрыве париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка может произойти погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство.
Важно своевременно распознать мнимое вправление грыжи, потому что в этом случае могут быстро развиться непроходимость кишечника и перитонит. Анамнестические данные (насильственное вправление грыжи), боль в животе, признаки непроходимости кишечника, резкая болезненность при пальпации мягких тканей в области грыжевых ворот, подкожные кровоизлияния позволяют предположить мнимое вправление грыжи и экстренно оперировать больного. Поздние осложнения, наблюдаемые после самопроизвольного вправления ущемленных грыж, характеризуются признаками хронической непроходимости кишечника (боль в животе, метеоризм, урчание, шум плеска). Они возникают в результате образования спаек и Рубцовых стриктур кишки на месте отторжения некротизированной слизистой оболочки.
(3)Механическаякишечная непроходимость. Классификация клиника диагностика лечение
Клпссиф.:

medfsh.ru

Механическая непроходимость делится по механизму развития:
обтурационная — это нарушение пассажа по кишечнику без нарушения кровоснабжения органа за счет сдавления просвета кишки;
странгуляционная — это нарушение пассажа по кишке со сдавлением ее брыжейки, что приводит к нарушению кровоснабжения кишки в этом месте и в последующем — к некрозу кишки.
Можно выделить еще смешанную форму (инвагинационная, спаечная)
Клиника:
-боли в животе (обтурац- медленное, постепенное развитие
странгуляц- резкие, распирающие боли.)
-вздутие
-рвота(чем выше уровень непроходимости тем чаще)
сначала содержимое желудка, затем рвотные массы с каловым видом и запахом
-задержка стула и газов(чем ниже уровень непроходимоститем чаще)
Д-ка:
Вынужденное положение на спине
симптом токсичесихножниц(тахикардия, низкая температура тела)
с-м Шланге перистальтика на передней поверхности брюшной стенки.
с-м Валя- ранний с-м- локальное вздутие при пальпируемом в этой зоне раздутой петли к-ки, над которой высокий тимпанит
с-м Шимана- при завороте сигмовидной к-ки- вздутие ближе к правому подреберью, в левой подвздошной обл западение живота.
если обтурация камнем-притупление над ним
Лаб.иссл-е:
оак:увеличение гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов
бх:гипоальбуминемия, гипопротеинемия, гипокалиемия, гипохлоремия, гипонатриемия.
олигурия
Рентген:
Чаши Клойбера: горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением(газом над ними)
при странгуляц. появляются через 1ч, при обтурац через 3-5ч
Кишечные арки
С-м перистости
Рентген с введением контрастного в-ва(сульфат бария)
смотрят через 2ч, 4ч, 6ч
Ирригоскопия
Колоноскопия
Узи
КТ, МРТ
Лечение: только хирургическое
Операция:
1.анестезия
2.хир доступ(срединная широкая лапаротомия)
3.ревизия брюшной полости для для обнаружения причины
4. ликвидация причины
5. оценка жизнеспособности к-ки(цвет розовый, пульсация сосудов, перистальтика)

medfsh.ru

6.восстановление пассажа кишечного содержимого
7.предотвращение рецидива КН
8.санация и дренирование
9. закрытие операционной раны
еще нужно взять экссудат на бактериальное исследование

4. В хирургическое отделение стационара был доставлен больной С., 52 лет, с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, общую слабость, недомогание.

1)Аппендикулярный абсцесс
2)применяется неотложное оперативное вмешательство доступом по Волковичу-Дьяконову с общим обезболиванием. Стенки инфильтрата (петли кишок, сальник) осторожно тупо разделяют до получения гноя. Образовавшееся отверстие в полости гнойника расширяют, эвакуируют гной, который берется на бактериальное исследование и на чувствительность к антибиотикам, выделяют полость, промывают раствором антисептика, устанавливают в ней один или два перчаточно-марлевых тампона и трубчатый дренаж. При вскрытии абсцесса не следует стремиться к обязательной аппендэктомии. Если аппендикс идентифицируется и имеются технические условия, то выполняется аппендэктомия.

БИЛЕТ 13

1.Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Авторские симптомы.

По течению выделяют и хронический аппендицит, диагноз, который устанавливается редко, при исключении всех возможных других причин заболевания и характеризуется склерозом и атрофией в стенке аппендикса, не нуждается в экстренной операции и всегда является результатом перенесенного ОА и будет изучаться на старших курсах.
Клиника. ОА с одной стороны, считается простым в диагностике заболеванием («студенческий случай»), с другой, его называют «обезьяной всех болезней» в связи с многообразием клинических симптомов, выраженность которых зависит от:
1) места расположения аппендикса;
2) формы морфологического процесса в отростке, периода болезни;
3) реактивности организма (зависит от возраста, сопутствующих заболеваний);
4) осложнений. Острый аппендицит приходится дифференцировать почти от всех острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
Рационально выделить три группы симптомов:
1) обусловленные воспалением аппендикса и указывающие на основной диагноз (местные симптомы — боль, осмотр правой подвздошной области);
2) обусловленные вовлечением в воспаление близлежащих органов и тканей. Указывают на локализацию аппендикса и облегчают дифференциальную диагностику: симптомы раздражения брюшины (перитонит), частый жидкий стул (вторичный энтерит), позывы на дефекацию — тенезмы (вторичный проктит), частое мочеиспускание с резями (вторичный цистит) и др.;
3) обусловленные выраженностью синдрома интоксикации и указывающие на форму воспаления аппендикса (уровень лихорадки, тахикардии, лейкоцитоз и его особенности и др.).

medfsh.ru

Разберем клинику заболевания в зависимости от морфологической стадии воспалительного процесса, хотя это деление весьма условно и зависит от индивидуальных особенностей, как самого больного, так и местных факторов заболевания.
Катаральный аппендицит. Наиболее постоянным начальным симптомом являются боли в животе, что заставляет больного обратиться к врачу. Боли возникают чаще всего вечером или ночью, что связано с активностью блуждающего нерва в это время суток.
Боли умеренные, тупые, особенно при покашливании, движении, дыхании и пальпации, как правило, возникают в эпигастральной области или имеют блуждающий характер по всему животу без какой-либо определенной локализации. Через 2–3 часа боли усиливаются и перемещаются в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Это объясняется общностью симпатической иннервации от чревного сплетения. В первые часы заболевания может наблюдаться рефлекторная, чаще однократная рвота, волнообразная тошнота. В день заболевания чаще отмечается отсутствие стула, реже — жидкий стул. При объективном исследовании общее состояние больного страдает мало. Кожные покровы обычные, язык влажный, обложен налетом. Живот не вздут, участвует в дыхании. При поверхностной пальпации у большинства больных отмечается зона гиперстезии (повышенной чувствительности) в правой подвздошной области. При глубокой пальпации здесь же определяется значительная болезненность. Признаками острого воспаления являются субфебрильное повышение температуры тела (37–37,5˚С), умеренный лейкоцитоз (10–12х1012/л), незначительная тахикардия.
В связи с отсутствием поражения брюшины, при катаральной форме не определяются симптомы раздражения брюшины. Специфичными авторскими симптомами являются:
Симптом Ровзинга — возникновение болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на брюшную стенку в месте расположения нисходящей ободочной кишки. По объяснению автора, при этом происходит перемещение газов по толстой кишке в слепую, растяжение которой и вызывает боль. Приблизительно у половины больных отмечается усиление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку (симптом Ситковского); и при пальпации в этом положении (симптом Бартомье-Михельсона), которое объясняется тем, что петли тонких кишок смещаются влево, червеобразный отросток приближается к брюшной стенке и натягивается его воспаленная брыжейка.
Симптом Жендринского применяется для дифференциальной диагностики с острым сальпингитом у женщин: в положении больной лежа на спине пальцем нажимают на живот в точке Кюмеля (на 2 см ниже и вправо от пупка) и, не отнимая пальца, просят больную сесть. Усиление боли свидетельствует об ОА, уменьшение — об остром сальпингоофорите.
Флегмонозный аппендицит отличается довольно интенсивными и постоянными болями. Они четко локализуются в правой подвздошной области и нередко принимают пульсирующий характер. Больные жалуются на постоянное чувство тошноты. Пульс учащен до 80–90 ударов в минуту. Температура может достигать 38–38,5˚С, число лейкоцитов 12–20х1012/л. Язык обложен, суховат. При осмотре живота присоединяется умеренное отставание при дыхании правой подвздошной области, а при поверхностной пальпации определяется защитное напряжение мышц брюшной стенки (defensemusculaire) — симптом раздражения брюшины, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс всех слоев червеобразного отростка, включая его брюшинный покров, а глубокая

medfsh.ru

пальпация может быть весьма болезненной и даже невыполнимой. Выявляются и другие симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, когда при быстром снятии руки после надавливания на брюшную стенку больной ощущает резкое усиление боли вследствие сотрясения брюшной стенки. Симптом Воскресенского (симптом «рубашки») определяют через рубашку больного во время вдоха (когда брюшная стенка расслаблена) скользящими движениями рукой вдоль передней брюшной стенки от реберной дуги до паховой связки и обратно кончиками 2, 3, 4 пальцев вначале слева, а затем справа. При этом происходит значительное усиление болезненности в правой подвздошной области. Признаками воспаления брюшины также являются болезненность в правой подвздошной области при перкуссии (симптом Раздольского) и при легком постукивании кончиками пальцев (симптом Менделя). В ряде случаев удается определить симптом Крымова — появление значительной болезненности при введении пальца в правый паховый канал, что объясняется легкой доступностью париетальной брюшины при этой манипуляции. Симптомы Ровзинга, Ситковского, БартомьеМихельсона сохраняют свое значение.
Гангренозный аппендицит характеризуется субъективным ощущением значительного снижения или даже исчезновения боли вследствие воздействия эндорфинов, некроза нервных окончаний в аппендиксе. На первый план выходят признаки интоксикации и перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) вследствие всасывания из брюшной полости токсинов экзо- и эндогенного происхождения: бледность и сухость кожных покровов, адинамия, эйфория, значительная тахикардия (до 100–120), частая рвота. Температура тела может быть нормальной или даже сниженной, лейкоцитоз незначительный (10–12х1012/л) с сдвигом формулы влево — «токсические ножницы» (несоответствие тахикардии температуре на фоне тяжелого воспаления).
Язык сухой, обложен. Весь живот чаще умеренно вздут, перистальтика ослаблена или отсутствует. Выражены симптомы раздражения брюшины. Из инструментальных методов применяется УЗИ, которое определяет утолщение аппендикса, локальное нарушение слоистости стенки (потеря эхогенного подслизистого слоя в зоне воспаления), признаки разрушения стенки (размытость контуров), наличие жидкости в брюшной полости, расширение петель кишечника, свидетельствующая о развитии перитонита. Выполнение УЗИ при подозрении на ОА не является рутинным методом диагностики и зависит от опыта специалиста. Обзорная рентгенография брюшной полости не имеет самостоятельного значения и при развитии перитонита может определить признаки паралитической кишечной непроходимости. В очень редких случаях определяется копролит в проекции аппендикса.
Компьютерная томография высокоэффективный метод, но не имеет широкого распространения вследствие дороговизны, организационных сложностей и длительности исследования. Может помочь в сложных диагностических случаях, когда нежелательно выполнять инвазивную диагностику (лапароскопию), определяет диаметр отростка, наличие скоплений жидкости и воспалительных инфильтратов.
Лапароскопия хотя и является инвазивным методом, позволяющим визуально осмотреть состояние червеобразного отростка, применяется наиболее часто. Именно благодаря широкому использованию лапароскопии удалось значительно снизить количество выполненных аппендэктомий, снизить частоту «напрасных» аппендэктомий. Самое главное преимущество лапароскопии — это возможность выполнить лечебное пособие — лапароскопическую аппендэктомию без перехода на открытую операцию.

medfsh.ru

Для более точной диагностики предложены интегрированные шкалы оценки различных показателей при подозрении на ОА. Наибольшую известность в мире получила система балльной оценки — шкала A.Alvarado:

К факторам, учитываемым при диагностике, были отнесены:

1) наличие жалоб больного: миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера), отсутствие аппетита, тошнота, рвота;

2) данные объективного исследования: напряжение в правой подвздошной области (2 балла), симптом Щеткина-Блюмберга, повышение температуры тела свыше 37,3˚С;

3) лабораторные данные: лейкоцитоз свыше 10х109 /л (2 балла), сдвиг лейкоформулы влево (>75% нейтрофилов).

Все факторы, кроме отмеченных отдельно, оцениваются в 1 балл. Затем полученные баллы суммируются. При получении менее 4 баллов, диагноз ОА маловероятен и рекомендуется амбулаторный контрольный осмотр через 24 часа, при сумме 5-6 баллов, рекомендуется госпитализация и динамическое наблюдение с оценкой показателей каждые 2-3 часа – осмотр врача, желательно того же самого, исследование крови через 4-8 часов, проведение УЗИ или КТ. Сумма баллов более 7 — диагноз не вызывает сомнений и не требует дополнительных методов исследования. В этой группе исключение составляют женщины репродуктивного возраста, дети до 6–7 лет и пациенты старше 60 лет которым рекомендуется проведение диагностической лапароскопии или УЗИ, КТ. Надо отметить, что данные шкалы ввиду наличия цифрового компонента, безусловно конкретизируют диагностическую программу, но основой правильного решения все же является клинический опыт — либо исключается диагноз ОА (эквивалент менее 4 баллов), в сомнительных случаях проводится динамическое наблюдение (как 5–6 баллов), либо диагноз не вызывает сомнение (более 7 баллов).

Несмотря на достаточно низкие показатели летальности от острого аппендицита в целом, у отдельных групп населения эти показатели могут значительно увеличиваться. Одним из основополагающих факторов, определяющих исходы заболевания независимо от всех других причин, является сроки поступления пациентов с момента заболевания. У больных с высоким операционным риском летальность может достигать 30 % и выше. Поэтому, необходимо разобрать отдельные группы больных, у которых в силу различных причин, заболевание может протекать нестандартно, вызывая диагностические либо лечебные трудности.

Дифференциальный диагноз острого аппендицита. Острый аппендицит приходится дифференцировать почти от всех острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Этому, с одной стороны, способствует вариабельность расположения червеобразного отростка, а с другой-нередкое отсутствие специфической симптоматики заболевания. Сейчас остановимся далеко не на всех заболеваниях, так как это в первую очередь затруднительно по времени.

Острый холецистит (примерно 4% всех симулирующих острый аппендицит причин) чаще всего начинается с приступообразных болей в области правого подреберья с характерной иррадиацией в правое плечо и лопатку. При пальпации живот напряжен и болезнен в правом подреберье, болезненно поколачивание по краю правой реберной дуги, выявляется симптом Мерфи, может пальпироваться увеличенный желчный пузырь, у ряда больных удается отметить различной степени интенсивности желтуху.

Острый панкреатит (около 3,5%) в отличие от острого аппендицита сопровождается болью в верхнем отделе живота, чаще опоясывающего характера, сопровождающийся

medfsh.ru

изнуряющей, неукротимой рвотой; сосудистыми проявлениями в виде коллапса; появлением кожных симптомов (изменение окраски). Решающим фактором в диагностике является установление повышенного содержания количества диастазы в моче.
Прободная язва желудка и 12п. кишки (около 2,5%) характеризуется в большинстве случаев появлением острой «кинжальной» боли в подложечной области. Стекая по правому боковому каналу, излившаяся из прободного отверстия желудочное содержимое вызывает раздражение брюшины и в правой подвздошной области, что и является основной причиной трудностей диагностики и возникающих вследствие этого диагностических и тактических ошибок. Внешний вид больного — бледные, холодные кожные покровы, страдальческое выражение лица, «доскообразное» напряжение мышц брюшной полости, исчезновение печеночной тупости, резкая болезненность в эпигастрии.
Острая кишечная непроходимость отличается от острого аппендицита более резко выраженным схваткообразным характером болей, с последующим возникновением частых приступов рвоты, вздутием живота, задержкой отхождения газов и стула. В первые часы заболевания появляется усиленная перистальтика кишечника, потом развивается парез. При ректальном исследовании, что является обязательным при любой острой патологии органов брюшной полости, удается выявить симптом обуховской больницы. Ценные сведения (чаши Клойбера, арки, раздутые петли кишечника) дает рентгенологическое исследование брюшной полости.
Правосторонняя почечная колика, обусловленная прохождением камня по мочеточнику, и пиелит в стадии обострения дают сходную во многих отношениях с острым аппендицитом клиническую картину. Однако, оба эти урологические заболевания в большинстве случаев характеризуются соответствующим анамнезом. В типичных случаях почечная колика характеризуется сильной схваткообразной болью, иррадиирующей в пах, бедро, половые органы. Боль сопровождается учащенным мочеиспусканием. Характерно поведение больного, который мечется, пытаясь найти положение, в котором уменьшилась бы боль.
Прервавшаяся внематочная беременность (около 6%). На фоне симптомов беременности остро возникают боли внизу живота. При мягком животе резко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга (симптом Куленкамфа). Сильнейшая невыносимая боль при надавливании на мягкий податливый свод при вагинальном исследовании — крик Дугласа. Ключ в пункции заднего свода. Полезен симптом иррадиирующих болей в правое подреберье и плечо. Анемический синдром.
Острый мезаденит (около 30%). Чаще у детей и подростков. Ему предшествует простуда, острая респираторная инфекция. Боли неопределенные, по всему животу, меняют локализацию при изменении положении тела и в процессе течения болезни. Живот вздут при отсутствии напряжения передней брюшной стенки, Может быть значительный лейкоцитоз. При интраоперационном исследовании выявляется наличие в животе серозного выпота, увеличенные лимфоузлы в брыжейке, вторичные изменения аппендикса.
Дивертикулитмеккеля. Клиника аппендицита, но частый жидкий стул, может быть примесь крови.
Болезнь крона. Тенезмы, частый жидкий стул с примесью крови и слизи, интоксикация. Возможен длительный анамнез.
Пельвиоперитониты генитального происхождения (около 25%). Особое место занимают гонококковые. Брюшина более устойчива к гонококку, чем к кишечной палочке, поэтому, а также из-за различия мионевротомов, может выпадать симптом напряжения мышц

medfsh.ru

передней брюшной стенки. Начало внезапное с резким утяжелением состояния, через 1–2 дня сменяется улучшением. Смертность после операций выше, чем при консервативном лечении. Исследование выделений влагалища! Её слизистая красная, отечная, гнойная. Нестерпимая боль при давлении на матку, боль под уретрой и болезненное мочеиспускание. При гонорейном пельвиоперитонитеMondor описал характерное лицо со своеобразным цианозом — синие губы, синяя окраска скул и лба.
Первичный (пневмококковый) перитонит. У девочек подросткового возраста. Боли в животе (локальные или диффузные) на фоне выраженной интоксикации: фебрильная лихорадка, рвота, понос. Вздутие живота при умеренном напряжении передней брюшной стенки. Несоответствие общего тяжелого состояния менее выраженной симптоматике со стороны живота.
Перекрут кисты яичника (около 7%). Сильные схваткообразные боли с иррадиацией в ягодицы. Частые позывы на мочеиспускание. Обмороки. Рвота. Живот вздут. Пальпируется опухоль в животе (не обязательно в нижних отделах). По мере развития некроза в кисте боли становятся постоянными и возникает клиника перитонита.
Лечение
Консервативное лечение

- При диагностировании аппендикулярного инфильтрата (без признаков абсцедирования) до операции или при подтвержденном неосложнённом аппендиците и категорическом отказе пациента от операции рекомендовано проведение консервативной антибактериальной терапии, кроме случаев наличия калового камня в просвете аппендикса и у беременных. Консервативную терапию рекомендовано начинать с внутривенного введения антибиотиков с последующим переводом на пероральный приём (следующие схемы лечения: амоксициллин/клавулонат с метронидазолом или цефотаксим с метронидазолом, при аллергии на бета-лактамы – ципрофлоксацин с метронидазолом либо моксифлоксацин, при риске продуцирования БЛРС – эртапенем или тигециклин. В настоящее время ведутся рандомизированные исследования, сравнивающие пероральное и внутривенное введение антибиотиков. Курс инфузионной антибактериальной терапии по данным исследований должен составлять 48 часов, а общий – 7 – 10 дней)

Хирургическое лечение

2.Бедренные грыжи. Этиология, клиника, методы лечения

Бедренная грыжа — выхождение внутренностей живота через бедренный канал. Бедренные грыжи встречается чаще у женщин, имеют высокую склонность к ущемлению.
Этиология: При повышении внутрибрюшинного давления чаще всего петля тонкой кишки начинает выдавливать впереди себя париетальную брюшину, а та, в свою очередь, — участок поперечной фасции в области бедренного кольца.
. Пространство, расположенное между паховой связкой, подвздошной и лобковой костями содержит два отдела — латеральный — мышечная лакуна и медиальный — сосудистая лакуна. Теоретически бедренная грыжа может выйти в любом участке сосудистой и мышечной лакун, но наиболее вероятными грыжевыми воротами является бедренное кольцо, которое ограничено латерально бедренной веной, медиально — лакунарной связкой, сзади — гребенчатой связкой, спереди — паховой связкой. Ширина у женщин — 18 мм, у мужчин — 12.
Клиника: Проявляется наличием мешковидного выпячивания в области бедренного треугольника в вертикальном положении тела, болью.
Лечение:

medfsh.ru

Пластика бедренного канала производится методом подшивания гребешковой фасции к пупартовой связке:

1) Бедренный способ оперативного лечения по Бассини. Разрез 8–10 см производят параллельно и ниже паховой связки. Выделяют грыжевой мешок, который определяется ниже паховой связки, проводят его обработку. Узловыми швами сшивают паховую, гребенчатую и лакунарную связки, отводя в сторону бедренную вену.

2) доступ паховый – операция Руджи – Парлавеччио -доступ к бедренному отверстию осуществляется через паховой канал. . После вскрытия пахового канала грыжевой мешок бедренной грыжи переводят в паховый канал. Грыжевой мешок выделяют, вскрывают, прошивают, перевязывают у шейки и отсекают. Захватывая двумя-тремя узловыми швами куперову и пупартову связки, закрывают отверстие бедренной грыжи. Отверстие бедренного канала закрывается наложением 2 - 3 узловых швов, захватывая внутреннюю косую и поперечную мышцы живота ,куперову связку и пупартову связку.

Способ Парлавеччо имеет то преимущество, что при нем закрывается не только внутреннее отверстие бедренного канала, но и паховой промежуток; благодаря этому устраняется возможность образования в будущем паховой грыжи, что наблюдается при способе Руджи.

<u>3.Динамическая кишечная непроходимость. Этиология. Клиника, методы лечения.</u>

Динамическая непроходимость кишечника характеризуется стойким парезом или параличом кишечника или стойким спазмом. Функциональные расстройства, ведущие к паралитической динамической непроходимости, бывают обусловлены острыми воспалительными процессами в брюшной полости (холецистит, панкреатит, аппендицит, перитонит) или забрюшинной клетчатке (паранефрит и др.), травмами и травматичными операциями, интоксикацией, острыми нарушениями кровообращения в органах брюшной полости (тромбоз брыжеечных сосудов, инфаркт селезенки), забрюшинными гематомами и др. Метаболические нарушения (диабетическая, уремическая кома), интоксикация, гипокалиемия также могут привести к развитию паралитической непроходимости кишечника. Спастическая динамическая непроходимость чаще вызывается аскаридами, отравлением свинцом, плоскостными спайками в брюшной полости, печеночной порфирией.

II. Динамическая непроходимость: 1) паралитическая; 2) спастическая.

1.Паралитическая непроходимость кишечника обусловлена значительным угнетением или даже полным прекращением перистальтической активности кишечника, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки.

Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обусловливает застой содержимого в кишечнике. Наиболее часто паралитический илеус наблюдается у больных с перитонитом.

Основной причиной является воспаление, ишемия стенки кишки, нарушение функции ауэрбахова и мейснерова нервных сплетений в стенке кишки.

Клиническая картина и диагностика. Основными симптомами являются тупые, распирающие боли, рвота, стойкая задержка стула и отхождения га¬зов, вздутие живота. Боли, постоянные, не имеют четкой локализации и иррадиации, схваткообразный компонент обычно отсутствует.

По сравнению с механической кишечной непроходимостью рвота при динамической непроходимости наблюдается реже, хотя при развитии перитонита она может быть многократной. Живот равномерно вздут, пальпаторно определяют резистентность

medfsh.ru

брюшной стенки. При аускультации перистальтические шумы ослаблены или отсутствуют.
Отдельную тяжелую группу составляют те виды паралитической непроходимости, которые возникают в связи с острыми нарушениями кровообращения в мезентериальных сосудах. При обзорной рентгеноскопии живота наблюдается равномерное вздутие всех отделов кишечника, преобладание в раздутой кишке газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости как в тонкой, так и в толстой кишке одновременно.
Лечение. В первую очередь необходимо устранить патологический процесс, приведший к развитию паралитической непроходимости кишечника. Для восстановления моторной функции кишечника и устранения его пареза применяют аминазин, снижающий угнетающее действие на перистальтику симпатической нервной системы, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), активирующие перистальтику путем усиления влияния парасимпатической нервной системы на контрактильную функцию кишечника, клизму через 30—40 мин после введения препаратов.
Необходима определенная последовательность в использовании этих препаратов. Вначале вводят аминазин или аналогичные ему лекарственные средства, через 45—50 мин — прозерин, затем назначают очистительную клизму. Эффективна также электростимуляция кишечника. В последние годы появились новые препараты — прокинетики (цисаприд и его производ¬ные), применяемые для стимуляции моторной деятельности кишечника.
Больным проводят постоянную декомпрессию желудка и кишечника путем аспирации с помощью назоеюнального зонда, устанавливаемого в просвет тощей кишки с помощью эндоскопа.
Хирургическое лечение при паралитической непроходимости кишечника показано лишь в случаях возникновения ее на фоне перитонита, тромбоза или эмболии брыжеечных сосудов.

2.Спастическая непроходимость кишечника
Спастическую КН вызывают поражения ГМ или СМ, отравления со-лями тяжелых металлов (Pb), истерия. Затруднение или полное прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки. Длительность спазма может быть различная — от нескольких минут до нескольких часов.
Клиническая картина и диагностика. Сильные схваткообразные висцеральные боли без определенной локализации. В период схваток больной мечется по кровати, кричит. Диспепсические расстройства нехарактерны. Задержка стула и газов наблюдается не у всех больных, она редко бывает стойкой. Общее состояние больного нарушается незначительно. Живот имеет чаще обычную конфигурацию, если же брюшная стенка втянута, то он принимает ладьевидную форму.
При обзорной рентгеноскопии живота выявляют спастически атоническое состояние кишечника. Иногда по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой по ходу брыжейки тонкой кишки. При контрастном исследовании пищеварительного тракта с барием определяют замедленный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке, четкообразные участки вздутия кишечника.

medfsh.ru

Лечение. Обычно применяют только консервативное лечение. Больным назначают спазмолитические средства, физиотерапевтические процедуры, тепло на живот; проводят лечение основного заболевания.

ЗАДАЧА

Аппендикулярный инфильтрат

Это смещение болей является характерным для острого аппендицита — симптом Кохера–Волковича. Он объясняется наличием тесной связи висцеральной иннервации отростка с нервными узлами корня брыжейки и чревным сплетением, расположенным в эпигастральной области. Н

Билет 14

1. ***Аппендектомия. Показания, техника операции при различных видах острого аппендицита.***

При ОА рекомендовано выполнить аппендэктомию (АЭ). Аппендэктомия является стандартом лечения острого аппендицита, она может быть выполнена открыто или, что предпочтительнее, лапароскопически.

Показания:

- острый аппендицит

Противопоказания к аппендэктомии:

1. Аппендикулярный инфильтрат, выявленный до операции (показано консервативное лечение).
2. Плотный неразделимый инфильтрат, выявленный интраоперационно (показано консервативное лечение).
3. Периаппендикулярный абсцесс, выявленный до операции без признаков прорыва в брюшную полость (показано перкутанное дренирование полости абсцесса, при отсутствии технической возможности – вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом).
4. Периаппендикулярный абсцесс, выявленный интраоперпационно, при наличии плотного неразделимого аппендикулярного инфильтрата.
5. Некорригированная органная дисфункция.

В качестве метода первого выбора АЭ рекомендована лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ), т.к. ЛАЭ в сравнении с открытой АЭ дает лучшие косметические результаты, уменьшение боли, меньшее количество раневых осложнений, уменьшает срок госпитализации пациента и ускоряет возврат к трудовой деятельности, а также сводит к минимуму количество напрасных аппендэктомий.

Предоперационная подготовка. Предоперационная подготовка предусматривает приём гигиенической ванны, бритьё, установку зонда в желудок. Инфузионная терапия требуется для устранения водно-электролитных расстройств при перитоните. Образец премедикации: S. Promedoli2%-1,0 + S. Dimedroli 1%-2,0 + S. Atropini 0,1%- 1,0. Антибактериальная терапия (профилактическая) начинается одновременно с премедикацией.

Обезболивание. Всегда должна быть в/в комбинированная анестезия с/без ИВЛ, которая позволяет адекватно обследовать и санировать брюшную полость. В виде исключения – местная анестезия по А.В.Вишневскому. Больной лежит на операционном столе на спине с разведёнными руками и поднятым головным концом стола. В ходе операции стол можно повернуть на левый бок.

medfsh.ru

Доступы. На сегодняшний день доступом выбора при аппендэктомии – является лапароскопический доступ, после которого оценивается возможность выполнения лапароскопической аппендэктомии. Выраженные деструктивные изменения червеобразного отростка, тифлит или выраженный спаечный процесс, препятствующий выделению основания отростка и его оценки, вынуждает хирурга перейти к традиционным доступам. Косой переменный доступ по Волковичу-Мак-Бурнею и парамедианный по Леннандеру (Рис. 7), используются при любой степени деструкции червеобразного отростка без явлений распространённого перитонита. Нижняя срединная лапаротомия необходима в случае обнаружения общего воспаления брюшины.

Ревизия и диагностика во время операции. После вскрытия брюшной полости оценивают состояние париетальной брюшины, наличие выпота (серозного, серозно-гнойного, гнойного), который обязательно берут на посев, и морфологические изменения червеобразного отростка и его брыжеечки (гиперемия, напряжение, утолщение, изменения цвета, фибринозные наложения, омертвение, перфорация, перипроцесс). Кроме того, оценивают изменения других органов (гениталий, кишечника). Интраоперационный диагноз предусматривает выставление катарального или одной из форм деструктивного острого аппендицита. Простой (катаральный) острый аппендицит выявляется у 30% оперированных, деструктивный – у 70%, осложнения острого аппендицита – у 1%.
При простом, или поверхностном аппендиците экссудат в брюшной полости бывает не всегда. Серозная оболочка отростка с расширенными сосудами или гиперемирована (Рис. 8). При пальпации консистенция отростка не изменена или слабо напряжена, иногда в просвете прощупываются каловые камни. На разрезе все слои отростка отчётливо дифференцируются.
Слизистая гиперемирована, набухшая, может иметь много мелких кровоизлияний. Изменения слизистой выражены не на всём протяжении, а занимают лишь ограниченный участок. Микроскопическая картина выявляет небольшие дефекты слизистой, прикрытые фибрином и лейкоцитами. Иногда эти дефекты так малы, что обнаруживаются только при серийном исследовании препарата. В подслизистом слое отмечается лейкоцитарная инфильтрация. Гнойного расплавления тканей нет.
При флегмонозном аппендиците в брюшной полости часто обнаруживают экссудат серозного, серозно-гнойного или гнойного характера. Сам отросток изменён либо на всём протяжении, либо в какой-то части. Он утолщён, увеличен. Серозная оболочка резко гиперемирована и вся или местами покрыта фибрином. Иногда отросток раздут и напряжён за счёт скопления в его просвете гноя (эмпиема отростка). Микроскопические изменения характеризуются лейкоцитарной инфильтрацией всех слоёв отростка.
В случае гангренозного аппендицита экссудат в брюшной полости обнаруживается у 60-70% больных. При некрозе только слизистой оболочки отросток выглядит увеличенным в объёме и гиперемированным. Если омертвевают все слои, отросток имеет чёрно-зелёный цвет. Некротические изменения могут занимать не весь отросток, а только его часть. Микроскопически выявляется некроз стенки, отёк, кровоизлияния, стаз и лейкоцитарная инфильтрация.
При прободном аппендиците величина дефекта колеблется от едва видимого глазом до значительного, почти равного диаметру отростка. Микроскопическое исследование отростка никаких новых изменений по сравнению с описанной выше картиной гангренозного и флегмонозного аппендицита выявить не удаётся.

medfsh.ru

Оценивать макроскопические изменения нужно внимательно и осторожно. Они могут увеличиваться в послеоперационном периоде. Важно помнить, что воспаление червеобразного отростка начинается со слизистой оболочки. Патологоанатомические изменения складываются из макроскопической и микроскопической картины.

Виды операций, их объём

Аппендэктомия является единственной операцией, выполняемой у больных с острым аппендицитом. Она может быть дополнена санацией и дренированием брюшной полости. На сегодняшний день операцией выбора считается лапароскопическое удаление аппендикса. Лапароскопическая аппендэктомия впервые была проведена чуть более 30 лет назад, а накопленный к сегодняшнему дню опыт показывает несомненные преимущества удаления отростка именно таким способом. Основным преимуществом такого метода является минимальная травматичность, при которой восстановительный период стал короче, пациент получает минимум дискомфорта и боли. Из-за того, что ткани передней брюшной стенки мало повреждены, у человека уменьшаются шансы на возникновение осложнений со стороны послеоперационной раны. Лапароскопия аппендицита не оставляет следов и шрамов, прокол заживает и швы со временем бесследно исчезают

Оперативная техника, положение больного

Лапароскопию начинают в горизонтальном положении. В случае принятия решения о ЛА создают позицию Тренделенбурга на левом боку (30°), что позволяет отвести петли кишечника и большой сальник от правой подвздошной ямки. Монитор располагают справа от операционного стола. Операциионная бригада располагается слева от операционного стола. Операцию производят под общим внутривенным или эндотрахеальным наркозом. Последний предпочтительнее, так как обеспечивает релаксацию и более безопасен на этапах электрохирургического воздействия. После завершения диагностического этапа лапароскопии принимают окончательное решение об объёме вмешательства. В норме червеобразный отросток легко перемещается инструментом, изменяет свою форму, что говорит об отсутствии напряжения, брюшина его бледная, сосудистый рисунок не нарушен. Как и при открытой аппендэктомии, принципиальное значение имеет способ обработки брыжейки и культи червеобразного отростка. Существуют три способа выполнения лапароскопической аппендэктомии – экстракорпоральный, комбинированный и интракорпоральный.

Экстракорпоральный способ состоит в том, что лапароскопически уточняют диагноз, находят и захватывают зажимом дистальный конец аппендикса, а затем вместе с брыжейкой извлекают его наружу через доступ в правой подвздошной области. Далее выполняют обычную аппендэктомию с наложением кисетного и Zобразного швов. Брюшную полость промывают, осушают и дренируют. Способ выполним при подвижной слепой кишке, небольшом диаметре аппендикса и отсутствии инфильтративных изменений в брыжейке. Этот вариант может быть рекомендован на этапе освоения техники лапароскопической аппендэктомии.

Комбинированный способ применяют при короткой инфильтрированной брыжейке, которую коагулируют внутри брюшной полости. Мобилизованный аппендикс извлекают наружу и обрабатывают традиционно.

Интракорпоральный способ — общепринятый способ выполнения лапароскопической аппендэктомии, когда все этапы вмешательства осуществляют лапароскопически внутри брюшной полости.

medfsh.ru

Этапы операции:
1. Тракция. Дистальный конец аппендикса захватывают зажимом, введённым через доступ в правой мезогастральной области и приподнимают по направлению к передней брюшной стенке. Червеобразный отросток освобождают от спаек и сращений, а затем располагают таким образом, чтобы брыжейка находилась во фронтальной плоскости.
2. Пересечение брыжейки проводят одним из 4 способов: 1. Через доступ в левой подвздошной области вводят электрохирургический монополярный зажим или диссектор Мелкими порциями по 2—3 мм захватывают ткань брыжейки и коагулируют её, продвигаясь по направлению к основанию аппендикса. Особая осторожность необходима вблизи купола слепой кишки. Строго соблюдают следующую последовательность действий: небольшую порцию ткани захватывают диссектором, отводят её от кишки и только затем коагулируют. Обращают внимание на близость к инструменту петель кишечника. Этот способ наиболее прост, обеспечивает надёжный гемостаз и занимает немного времени. Необходимо полностью выделить основание аппендикса по всей окружности, подготовив его к наложению лигатуры. 2. Для обработки брыжейки можно использовать биполярную коагуляцию, что более безопасно, но требует специального инструмента и несколько продолжительнее по времени.
3. Перевязка брыжейки лигатурой: у основания аппендикса в брыжейке формируют окно, проводят через него лигатуру, оба конца которой извлекают наружу через троакар. Узел, сформированный экстракорпорально, опускают в брюшную полость. Брыжейку пересекают ножницами. Наложение отдельных титановых клипс достаточно дорого и ненадёжно, особенно в инфильтрированных тканях. 4. Брыжейку пересекают сшивающим аппаратом Формирование культи аппендикса производят одним из 3 способов:
1. Лигатурный способ наиболее распространён в лапароскопии. Отечественными и зарубежными хирургами он признан безопасным. После пересечения брыжейки, через доступ в правой мезогастральной области, вводят эндопетлю, накидывают её на аппендикс и опускают до основания, используя зажим. Петлю затягивают, лигатуру срезают. Обычно на культе червеобразного отростка оставляют одну или две лигатуры, наложенные друг на друга (одну из них можно заменить 8-миллиметровой клипсой). На дистальную культю аппендикса также накладывают лигатуру, клипсу или хирургический зажим, за который препарат после отсечения немедленно извлекают наружу. Размер культи над лигатурой равен 2 – 3 мм. После отсечения червеобразного отростка слизистую оболочку культи поверхностно коагулируют шарообразным электродом, введённым через доступ в левой подвздошной области.
Напоминаем, что коагуляция вблизи металлических клипс недопустима. При достаточном опыте продолжительность лапароскопической аппендэктомии не превышает по времени открытую операцию, составляя 20–30 мин.
2. Аппаратный способ. Через 12-миллиметровый троакар, из доступа в правой мезогастральной области, вводят эндохирургический сшивающий аппарат, который накладывают раздельно на аппендикс и его брыжейку, пересекая последовательно. При небольшой толщине тканей обе структуры прошивают одномоментно (Рис. 16). Аппаратная аппендэктомия сокращает время операции и позволяет при необходимости асептично выполнить резекцию купола слепой кишки. Единственный недостаток метода — высокая стоимость сшивающего аппарата.

medfsh.ru

3. Погружение культи в купол слепой кишки наложением интракорпорального кисетного и Z-образного кисетного швов. Методика требует достаточно кропотливой работы и совершенного владения техникой эндохирургического шва.
Извлечение препарата — ответственный момент операции. Во избежание распространения внутрибрюшной инфекции препарат извлекают наружу немедленно после отсечения. Необходимо предотвратить контакт воспалённого аппендикса с тканями передней брюшной стенки, в противном случае инфицирование тканей с большой вероятностью приведёт к развитию гнойных осложнений. Для этого используют один из следующих приёмов: 1 . При диаметре аппендикса и брыжейки менее 10 мм препарат можно беспрепятственно извлечь через троакар в правой мезогастральной области.
2. При большем диаметре препарата применяют переходную гильзу 10/20 мм.
3. Аппендикс перед извлечением помещают в контейнер.
Окончание операции. Зону вмешательства тщательно промывают раствором антисептика. Пациента возвращают в исходное положение, аспирируют промывные воды. В брюшной полости устанавливают дренаж. Раны ушивают.
При невозможности выполнить лапароскопичекую аппендэктомию (тяжелые сопутствующие заболевания почек, печени, сердца; большие сроки беременности; тяжелые коагулопатии и нарушения свертываемости крови), а также наличие местных противопоказаний (плотный воспалительный инфильтрат в отростке и вокруг него, массивный спаечный процесс в брюшной полости, абсцедирующийпериаппендикулярный процесс), являются показанием к выполнению традиционной аппендэктомии.
Существует два способа удаления червеобразного отростка – антеградный (удалить отросток, затем обработать его культю) и ретроградный (пересечь отросток и обработать его культю, затем удалить аппендикс). Брыжеечку отростка необходимо всегда прошить и перевязать.
Известны два метода обработки культи червеобразного отростка - погружной способ, когда культю перевязывают кетгутом, а затем перитонизируют кисетным и Z-образным швами (Рис. 20); и лигатурный способ, без перитонизации культи, но с перевязкой её мононитью. Закрытие полого органа, законченное перитонизацией стенки, является более надёжной.
Ретроградное удаление червеобразного отростка производят в тех случаях, когда его не удается вывести в рану, что иногда бывает при ретроцекальном положении отростка или при наличии сращений его с окружающими органами и тканями. При выделении отростка из сращений брюшную полость следует тщательно отгородить марлевыми салфетками во избежание ее инфицирования. Для удаления червеобразного отростка ретроградным путем кишку максимально подтягивают в рану и отыскивают его основание, руководствуясь местом схождения taeniae. Червеобразный отросток пережимают, перевязывают и отсекают у основания. Культю червеобразного отростка погружают кисетным швом. Затем пересекают сращения и брыжейку червеобразного отростка между кровоостанавливающими зажимами, с последующей перевязкой и отсечением.
Аппендэктомия при забрюшинном положении отростка. Если сращений в брюшной полости нет и отростка не находят, то следует думать о его ретроперитонеальном положении. Червеобразный отросток при этом располагается позади восходящей ободочной кишки и своей верхушкой может достигать нижнего полюса почки. При забрюшинном положении червеобразного отростка для его обнажения рассекают париетальную брюшину на протяжении 10 – 15 см, отступя на 1 см кнаружи от слепой и

medfsh.ru

восходящей ободочной кишок. Находят основание червеобразного отростка, берут его на держалку. Отросток перевязывают у основания, отсекают, культя его погружается кисетным швом. После удаления отростка слепую кишку укладывают на место и края рассеченной брюшины сшивают редкими кетгутовыми швами.
После выполненной аппендэктомии брюшную полость осушают с помощью тупферов или электроотсоса. В большинстве случаев послеоперационную рану ушивают наглухо без оставления в ней дренажей. Дренирование брюшной полости производят в следующих случаях:
• При перитоните • Нет уверенности в том, что отросток удален полностью • При неуверенности в гемостазе • Наличие периаппендикулярного абсцесса • Распространение воспаления на забрюшинную клетчатку • При неуверенности в надежности погружения культи отростка
Дренирование осуществляется через отдельный разрез с помощью трубки с несколькими отверстиями на конце. В случае перитонита устанавливается два дренажа. Один – в область удаленного отростка и малый таз, второй – по правому боковому каналу. В остальных случаях устанавливается один дренаж в область удаленного отростка и малый таз. После срединной лапаротомии дренажную трубку можно вывести через заднюю кольпотомию.

2)Межкишечные абсцессы. Клиника, диагностика, лечение.
в формировании такого абсцесса участвуют петли тонких кишок, располагающиеся в нижней половине живота, а непосредственной причиной его возникновения служит соответствующая локализация деструктивно-измененного червеобразного отростка, а также осумкованный инфицированный выпот.
Межкишечный абсцесс нередко сочетается с абсцессом дугласова пространства, аппендикулярным абсцессом.
По количеству сформировавшихся гнойных полостей межкишечные абсцессы часто бывают множественными.
Межкишечные абсцессы возникают при распространенном перитоните, при острых хирургических, гинекологических заболеваниях органов брюшной полости.
Клиника и диагностика: тупые боли в животе умеренной интенсивности, без четкой локализации, периодическое вздутие живота. температура повышается до 38 гр и выше. Живот мягкий, признаков раздражения брюшины нет, и лишь при близкой локализации гнойника к передней брюшной стенке и при его больших размерах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.
В анализах крови умеренный лейкоцитоз, ускорение соэ. При больших абсцессах на R-снимках выявляется очаг затемнения, иногда с уровнем жидкости и газа. Применяют также КТ и УЗИ.
Лечение.
В начальных стадиях, при воспалительном инфильтрате, проводится консервативно-выжидательная тактика: покой, холод на инфильтрат, антибиотики, исследований динамики крови и температуры.
При появлении признаков системной воспалительной реакции показано вскрытие абсцесса под общей анестезией. Над инфильтратом делают разрез длиной 6–8 см. В брюшной полости изолируют рану влажными марлевыми салфетками, тупым путем, раздвигают слипшиеся между собой петли кишок, вскрывают гнойник и эвакуируют гной.

medfsh.ru

Полость абсцесса промывают и оставляют в ней перчаточномарлевый тампон и дренаж для введения антисептиков. В брюшную полость (если она была вскрыта) вводят отграничивающие тампоны. Операционную рану зашивают частично, до дренажей и тампонов. Если гнойник вскрыт без попадания в свободную брюшную полость, устанавливают промывную систему, которая работает до полного прекращения гнойной экссудации (обычно не менее 5 суток). После этого введение жидкости прекращают, а дренаж оставляют еще на несколько дней.

3.Методы обследования больных с заболеваниями молочной железы.

Расспрос. В анамнезе обращают внимание на перенесенные заболевания молочной железы, на такие симптомы, как боль, уплотнение отдельных частей молочной железы, выделения из сосков, изменения кожи и др., возникающие в связи с менструальным циклом, беременностью, лактацией. Выясняют характер менструального цикла, в каком возрасте появились менструации и в каком закончились, когда были первые роды; течение беременностей, родов, характер лактации. Уточняют наличие гинекологических заболеваний, операций на половых органах, число абортов.

Физикальные методы исследования. Осмотр молочных желез проводят в светлом помещении (женщина должна быть раздета до пояса) в положении пациентки — стоя с опущенными руками, стоя с поднятыми руками и в положении лежа на спине и на боку. Подобная методика позволяет выявить малозаметные симптомы. Обращают внимание на развитие молочных желез, их размер, форму, уровень стояния молочных желез и ареол (симметричность), а также на состояние кожи, сосков, ареол. Известно, что сосудистый рисунок, окраска кожи, втяжения ее, деформация контуров, изъязвление соска и ареолы могут быть очень важными признаками рака и других заболеваний молочной железы. Пальпацию производят в положении стоя, лежа на спине и боку. При поверхностной пальпации кончиками пальцев исследуют область ареолы, затем периферические отделы железы — последовательно, начиная от верхненаружного квадранта к верхневнутреннему, а затем — от нижневнутреннего к нижненаружному квадранту. В такой же последовательности производят глубокую пальпацию. Сначала пальпируют здоровую молочную железу. При выявлении опухолевидного образования определяют его размеры, консистенцию, характер поверхности, подвижность по отношению к коже. Затем пальпируют подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы. Больная должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего. При пальпации надключичных лимфатических узлов лучше стоять позади больной; она должна слегка наклонить голову в сторону обследования для расслабления грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Определяют величину, консистенцию, количество, подвижность, болезненность лимфатических узлов.

Методика самообследования молочных желез. Для раннего выявления предопухолевых изменений и опухолей молочных желез всем женщинам старше 25 лет следует рекомендовать самим следить за состоянием молочных желез

Осмотр начинается с белья, особенно в тех местах, где оно соприкасалось с сосками. Наличие пятен (кровянистых, бурых или бесцветных) указывает на выделения из соска. Они появляются при заболеваниях молочной железы.

medfsh.ru

Затем проводят осмотр молочных желез перед зеркалом, сначала в положении с опущенными, а затем с поднятыми на затылок руками. При этом нужно медленно поворачиваться вправо, потом влево.

Пальпация молочных желез и подмышечных впадин облегчается в положении лежа на спине. При обследовании наружной половины правой молочной железы под правую лопатку следует положить подушечку или небольшой валик из полотенца, правую руку вытянуть вдоль туловища, кончиками пальцев левой руки, мягкими круговыми движениями, слегка надавливая на молочную железу, ощупывают все ее отделы. Сначала обследуют центр молочной железы (область соска), а затем пальпируют всю железу, следуя от соска по направлению к наружному ее краю по радиусу кверху, затем кнаружи, вниз. При ощупывании внутренней половины правой молочной железы правую руку кладут под голову, а обследование выполняют левой рукой в такой же последовательности — от центра к внутреннему краю молочной железы по радиусу кверху, затем кнутри, вниз. Все эти приемы повторяют при обследовании левой молочной железы.

Специальные методы исследования.

Маммография — рентгенологическое исследование молочных желез без применения контрастного вещества. На специальном аппарате выполняют рентгенограммы молочных желез в двух проекциях. При необходимости делают прицельные рентгенограммы с увеличением. Метод позволяет установить изменения структуры ткани молочной железы, выявить опухоль диаметром менее 10 мм, т. е. опухоль такого размера, которую врач, как правило, не может определить при пальпации (непальпируемые опухоли), особенно если она расположена в глубоких отделах молочной железы большого размера. Маммограмма дает одинаковое изображение злокачественного и доброкачественного узла и даже вариации нормальной архитектуры железы. Поэтому исследование целесообразно сочетать с ультразвуковым, позволяющим отличить кистозный узел от солидного, и другими методами.

Дуктография молочной железы — рентгенографическое исследование протоков молочной железы после введения в них контрастного вещества. Показанием являются выделения из сосков. Область ареолы и соска обрабатывают спиртом. По капле секрета отыскивают наружное отверстие сецернирующего млечного протока. В него на глубину 5 — 8 мм вводят тонкую иглу с тупым концом. Через иглу под небольшим давлением в проток вводят 0,3—1 мл 60% раствора верографина или урографина до появления чувства небольшого распирания или легкой болезненности. Анализ снимков позволяет судить о форме, очертаниях, дефектах наполнения протоков.

Ультразвуковое исследование в настоящее время является одним из основных методов инструментального исследования молочных желез. УЗИ дает возможность определить изменения структуры молочной железы, выявить узелки опухоли, провести дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными опухолями молочной железы, выявить образования небольших размеров (кисты выявляются от 0,5 см в диаметре). Пунк-ционная тонкоигольная биопсия, проводимая под контролем УЗИ, позволяет получить материал для цитологического исследования и верификации диагноза быстрее и точнее, чем при маммографии. Непосредственно перед операцией УЗИ позволяет точно указать локализацию опухоли и более приемлемый доступ к ней. В последние годы появились специальные аппараты для ультразвуковой стереотаксической биопсии молочных желез. Стереотаксический метод позволяет производить не только

medfsh.ru

тонкоигольную биопсию для цитологического исследования, но и биопсию для получения столбика ткани и последующего гистологического изучения препарата. Аппаратура для подобного исследования молочных желез пока доступна только крупным онкологическим учреждениям. В связи с отсутствием лучевой нагрузки УЗИ можно использовать многократно в любой возрастной группе.
Магнитно-резонансная томография (МР-томография) позволяет не только визуализировать патологический очаг в молочной железе, но и дать характеристику его (киста, опухоль, содержащая мало жидкости), а также изменениям в окружающей ткани. Этот дорогостоящий метод следует применять по специальным показаниям.
Морфологическое исследование является основным методом дифференциальной диагностики. Для этой цели используют тонкоигольную биопсию опухоли под контролем УЗИ. Полученный материал, так же как выделения из соска, подлежит цитологическому исследованию. Отрицательный ответ не исключает наличия злокачественной опухоли. Только обнаружение опухолевых клеток дает уверенность в диагнозе и позволяет наметить план лечения больной до операции. Окончательный ответ в сомнительных случаях может быть получен только после гистологического исследования удаленного сектора, содержащего опухоль. Биопсию следует производить только в тех лечебных учреждениях, где возможно затем выполнить срочную радикальную операцию.
Задача
У больного клиническая картина абсцесса дугласова пространства. Необходимо вскрыть и дренировать гнойник, назначить противовоспалительную терапию.

БИЛЕТ15

1.Желчнокаменная болезнь. Этиология и патогенез, влияние факторов внешней среды. Методы диагностики.

Этиология
Причиной образования камней служит избыточная концентрация желчи. Различают камни двух основных видов
1) Холестериновые. Содержание холестерина (ХС) в них >50%.
2) Пигментные. Содержание холестерина в них <20%, они состоят преимущественно из кальция билирубината и полимероподобных комплексов кальция и гликопротеинов слизи.
Пигментные камни, в свою очередь, разделяют на 2 подтипа:
a. Черные (состоящие преимущественно из кальция билирубината)
b. Коричневые (состоящие из кальциевых солей неконъюгированного билирубина.
По современным представлениям, первой ступенью образования ХС-камней служит билиарныйсладж.
Холестерин (ХС) – один из основных компонентов желчи; в водной фазе он находится во взвешенном состоянии - в виде смешанных мицелл или пузырьков включающих ХС, фосфолипиды (ФЛ), желчные кислоты (ЖК). ХС и ФЛ секретируются гепатоцитами в желчь в виде однослойных пузырьков, которые затем превращаются в смешанные мицеллы.

Патогенез:

medfsh.ru

В условиях относительного избытка ХС («литогенная желчь») образуются нестабильные, обогащенные ХС пузырьки, которые сливаются в более крупные многопластинчатые структуры - преципитаты кристаллов.

Образование литогенной желчи - важнейший этап камнеобразования. Непосредственные причины образования литогенной желчи:
1) повышенное образование ХС:
- вследствие повышенной активности гидроксиметилглутарил-коэнзима А (HMG-CoA) редуктазы – фермента, определяющего скорость синтеза холестерина в печени
- вследствие повышенного захвата холестерина клетками печени из кровотока и его переноса в желчь (в частности, на фоне употребления высококалорийной пищи, богатой углеводами и ХС);

2) измененное соотношение ХС, ФЛ, ЖК:
- вследствие наследственных особенностей активности ферментов, контролирующих синтез и перенос этих составляющих
- вследствие снижения синтеза ЖК в печени и нарушения их энтеро-гепатической циркуляции.

Главным фактором, определяющим скорость захвата ЖК из кровотока и их перенос в желчь, служит активность транспортеров ЖК на каналикулярной мембране гепатоцита - обращенной в сторону желчного канальца.
Необходимые условия формирования камней
1. Перенасыщение желчи ХС. Это необходимое, но не достаточное условие камнеобразования. В большинстве случаев время нахождения желчи в ЖП недостаточно велико для осаждения и роста кристаллов ХС и роста.
2. Нуклеация кристаллов моногидрата ХС, которая может происходить при наличии провоцирующих факторов и/или недостатке препятствующих факторов
3. Снижение моторики ЖП – вследствие снижения чувствительности к холецистокинину и/или автономной нейропатии. Если ЖП полностью «выбрасывает» перенасыщенную желчь, камни не смогут расти. У многих пациентов с ЖКБ моторика ЖП понижена.

Основные факторы риска развития ЖКБ:
1) возраст. Заболеваемость ЖКБ четко коррелирует с возрастом. Максимальная частота клинических проявлений ЖКБ регистрируется в возрасте 40-69 лет.
2) женский пол. Риск развития ЖКБ у женщин выше примерно в 2-3 раза, что связывают с влиянием эстрогенов на литогенный потенциал.
3) беременность. Риск развития ЖКБ повышается на фоне беременности, особенно при повторных беременностях
4) заместительная гормональная терапия в постменопаузе
5) прием эстрогенов – у лиц обоих полов.
6) отягощенная наследственность по ЖКБ (риск повышен в 4-5 раз).
7) ожирение, гипертриглицеридемия. Среди лиц с метаболическим синдромом ЖКБ выявляется ≈ в 20 % случаев.
8) сахарный диабет (риск повышен в 3 раза).
9) цирроз печени (риск повышен в 10 раз).

medfsh.ru

10) применение лекарственных средств, влияющих на концентрацию холестерина в желчи, моторику желчных путей или способных к кристаллизации в желчи (соматостатина, фибратов, цефтриаксона).
11) быстрое похудание, бариатрические вмешательства (вероятность развития ЖКБ >30%).
12) поражение терминальных отделов подвздошной кишки.

Диагностика:
УЗИ печени и желчных путей (УЗИ) – метод выбора в диагностике ЖКБ в силу высокой чувствительности в выявлении камней ЖП, безопасности и широкой доступности. УЗИ не обладает достаточной чувствительностью в диагностике холедохолитиаза, что во многом обусловлено глубиной залегания терминального отдела холедоха. Косвенный признак холедохолитиаза – расширение холедоха – наблюдается не всегда.
При УЗИ может определяться так называемый «нефункционирующий» ЖП –содержащий минимальное количество желчи (сморщенный) или, напротив, растянутый, и не сокращающийся в ответ на желчегонный завтрак.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет обнаруживать желчные камни при достаточном содержании в них кальция.
Холецистография с пероральным контрастированием применяется в настоящее время очень редко, обычно для оценки проходимости пузырного протока и сократимости ЖП.
Холангиография с внутривенным контрастированием также практически не применяется в силу недостаточно четкого контрастирования желчных путей.
Чрескожнаячреспеченочнаяхолангиография (ЧЧХГ) представляет собой альтернативный метод контрастирования билиарного дерева в случаях, когда другие способы (МР-ХПГ, ЭРХГ) не применимы. Пункция билиарного дерева, как правило, проводится в 10-м или 11-м межреберьях (есть риск повреждения плевры). Чреспузырный доступ несет более высокий риск утечки желчи. Общая частота тяжелых осложнений процедуры составляет 2-4%.
Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) – инвазивный метод, в процессе которого проводится канюлирование большого сосочка с контрастированием холедоха. При выявлении конкремента/ов в холедохе возможно одновременное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией. ЭРХГ в силу своей технической сложности и травматичности сегодня не применяется только с диагностической целью (при подозрении на холедохолитиаз).
Магнитнорезонаснаяхолангиопанкреатография (МР-ХПГ) обладает высокой диагностической ценностью в распознавании холедохолитиаза (порядка 90- 95%), однако камни размером <3 мм могут не обнаруживаться. Это исследование нельзя проводить пациентам с кардиостимуляторами/дефибрилляторами, несовместимыми с проведением МРТ, что служит существенным препятствием, особенно в когорте пожилых больных.
Эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндоУЗИ) панкреато-билиарной зоны обладает даже несколько более высокой диагностической ценностью в распознавании холедохолитиаза (порядка 98%), чем МР-ХПГ, так как позволяет выявлять очень мелкие камни, сладж, стриктуры терминальной части холедоха. Ограничения применения этого метода – его инвазивность и возможность оценивать протоковую систему только в области впадения в 12-п.кишку.

medfsh.ru

Компьютерная томография не позволяет с достаточной достоверностью судить о наличии камней в желчных путях, т.к. обнаруживает камни, содержащие достаточное количество кальция и поглощающие рентгеновские лучи (не более 50%).
Лапароскопия применяется с целью оценки состояния ЖП (цвет, стенки, размер, наличие фибрина), органов брюшной полости, брюшины, наличие, объем и характер выпота и перейти при необходимости к лечебным процедурам.

3. Заболевания щитовидной железы. Факторы внешней среды, способствующие заболеванию. Классификация, методы исследования.

Наличие патологических процессов в щитовидной железе встречается практически у каждого второго человека на Земле. И чаще заболеваниями щитовидной железы страдают женщины.
К основным причинам заболеваний щитовидной железы относят:
• дефицит йода (главная причина) или его избыток (встречается значительно реже);
• воздействие радиации, токсинов, других неблагоприятных экологических факторов;
• генетический фактор;
• аутоиммунные процессы;
• хирургическое вмешательство;
• негативное воздействие медикаментов.
Этиологическая классификация заболеваний ЩЖ:
I. Аутоиммунные тиреопатии:
1. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб)
1.1. Изолированная тиреопатия
1.2. С экстратиреоидными проявлениями (эндокринная офтальмопатия)
2. Аутоиммунный тиреоидит
2.1. Хронический.
2.2. Транзиторный.
2.2.1. Безболевой («молчащий»)
2.2.2. Послеродовый
2.2.3. Цитокин-индуцированный
II. Коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб (доброкачественные гиперпластические процессы в ЩЖ)
1. Диффузный эутиреоидный зоб
2. Узловой и многоузловойэутиреоидный зоб
2.1. Без функциональной автономии
2.2. С функциональной автономией
III. Инфекционные тиреопатии
1. Подострый тиреоидит
2. Острый гнойный тиреоидит
3. Специфические тиреоидиты
IV. Опухоли
1. Доброкачественные
2. Злокачественные
V. Врожденные (наследственные) тиреопатии
VI. Заболевания щитовидной железы при патологии других органов и систем

medfsh.ru

Диагностика:
1. Клинический анализ крови и мочи без существенных изменений.
2. Поглощение 131Iщитовидной железой увеличено через 24 ч (более 50%), это является следствием дефицита йода в щитовидной железе.
3. Экскреция йода с мочой: показатели снижены, как правило, менее 50 мкг/сут.
В норме медиана (среднегеометрическое значение) содержания йода в моче у взрослых и школьников превышает 100 мкг/л.
4. Определение содержания в крови Т3, Т4, тиреотропина. У клинически эутиреодных больных содержание в крови Т3 и Т4 в пределах нормы либо может отмечаться некоторое возрастание Т3 при тенденции к снижению уровня Т4 при нормальном уровне тиреотропина. У субгипотиреоидных больных содержание в крови Т4 снижается или находится на нижней границе нормы, а уровень Т3 — на верхней границе нормы, содержание тиреотропина — или повышено или близко к верхней границе нормы. При развитии гипотиреоза содержание в крови Т3, Т4 снижено, повышен уровень тиреотропина.
5. Определение содержания в крови тиреоглобулина. Концентрация тиреоглобулина в крови во всех возрастных группах изменяется обратно пропорционально поступлению йода, особенно у новорожденных.
6. Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы. При диффузной форме выявляется диффузное увеличение щитовидной железы различной степени, возможно обнаружение участков фиброза. Тиреоидная ткань чаще неоднородна, нередко эхогенность её снижена.
Злокачественные узлы имеют следующие характеристики:
- нечёткие контуры;
- со́лидная структура;
- повышенная эхогенность;
- наличие микрокальцификатов (в 37-40% тиреоидных карцином);
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

Верхние границы нормы объёма щитовидной железы у взрослых:
- мужчины — 25 мл (см3);
- женщины — 18 мл (см3).

7. Радиоизотопное сканирование щитовидной железы выявляет равномерное распределение изотопа и диффузное увеличение размеров железы различных степеней (при диффузной форме) или наличие «холодных» или «тёплых» узлов при узловой форме. При развитии гипотиреоза накопление изотопа железой резко снижено.
8. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы под контролем УЗИ выявляет следующие характерные изменения в пунктате:
- при коллоидном зобе — большое количество гомогенных масс коллоида, клеток тиреоидного эпителия мало;
- при паренхиматозном зобе — отсутствие коллоида, много клеток тиреоидного эпителия (кубического, уплощённого), значительная примесь крови из-за обильной васкуляризации железы;
- при узловом зобе (он чаще всего коллоидный) — наличие коллоида, возможен геморрагический характер пунктата с примесью свежих или изменённых эритроцитов, макрофагов, дистрофические изменения тиреоцитов, лимфоидных элементов.

medfsh.ru

15 задача. У больного имеется аппендикулярный инфильтрат. Поскольку признаки абсцедирования отсутствуют, больного следует лечить консервативно. Назначения: постельный режим, легкоусвояемое полужидкое питание, холод на живот, антибиотики. После стихания воспалительных явлений (нормализация температуры, показателей анализа крови), можно применять рассасывающую терапию: местно тепло и физиотерапевтические процедуры. Через 3-4 месяца после рассасывания инфильтрата больному рекомендуют в обязательном порядке явиться на плановую операцию аппендэктомию

БИЛЕТ 16

1. Острый холецистит. Определение понятия, классификация, клиника, диагностика.

Острый холецистит — воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока.

Классификация и клиническая картина:

Различают следующие клинико-морфологические формы острого холецистита: катаральный, флегмонозный и гангренозный, гангренозно-перфоративный.

Катаральный холецистит характеризуют интенсивные постоянные боли в правом подреберье, эпигастральной области с иррадиацией в правую лопатку, плечо, правую половину шеи. Часто возникает рвота желудочным, а затем дуоденальным содержимым, не приносящая пациенту облегчения. Температура тела повышается до субфебрильных цифр (37-37,5). Развивается умеренная тахикардия до 80—90 ударов в 1 мин, иногда наблюдается некоторое повышение артериального давления. Язык влажный, может быть с беловатым налетом. При пальпации и перкуссии живота возникает резкая болезненность в области проекции желчного пузыря. Напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского—Мюсси положительные. В анализе крови умеренный лейкоцитоз.

Флегмонозный холецистит : боли значительно интенсивнее, усиливаются при дыхании, кашле, перемене положения тела. Чаще возникают тошнота и многократная рвота, ухудшается общее состояние больного, температура тела достигает фебрильных цифр (38-39), тахикардия возрастает до 100 ударов в 1 мин и более. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника.. При пальпации и перкуссии живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, здесь же отмечается выраженная мышечная защита; нередко можно определить воспалительный инфильтрат или увеличенный болезненный желчный пузырь. При исследовании определяются положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом верхнем квадранте живота, симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского—Мюсси, лейкоцитоз до 12—18 • 109/л со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ. Отличительным признаком флегмонозного процесса является переход воспаления на париетальную брюшину.

Гангренозный холецистит обычно является продолжением флегмонозной стадии воспаления, когда естественные защитные механизмы организма не в состоянии ограничить распространение вирулентной микрофлоры.

В этом типе симптомы выраженной интоксикации с явлениями местного или общего гнойного перитонита, что особенно выражено при перфорации стенки желчного пузыря. При переходе воспалительного процесса в эту форму может наступить уменьшение болевых ощущений и улучшение общего состояния больного. Это связано с гибелью

medfsh.ru

чувствительных нервных окончаний в желчном пузыре. Но этот период быстро сменяется на нарастающую интоксикация и симптомы распространенного перитонита. Состояние больных становится тяжелым, выявляются симптомы раздражения брюшины.
При перфорации желчного пузыря (гангренозно-перфоративная форма) наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины (с. Менделя, с. Воскресенского, с. Раздольского, с. Щеткина — Блюмберга), вздутие живота и выраженный интоксикационный синдром.
Диагностика основывается на совокупности анамнеза, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований. При сборе анамнеза пациенты могут указывать на наличие желчнокаменной болезни, нарушение диеты в виде употребления жирной, жареной или острой пищи.
Из инструментальных методов :
-Ультразвуковое исследование. При этом оцениваются размеры желчного пузыря, его содержимое, состояние стенки, окружающих тканей, внутри- и внепечёночных желчных протоков, наличие свободной жидкости в брюшной полости. При остром холецистите стенка желчного пузыря утолщается (более 3 мм).
-Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография — желчевыводящие пути контрастируются ретроградно через фатеров сосочек при проведении дуоденоскопии;
-чрескожнаячреспечёночнаяхолецистохолангиография — антеградное контрастирование путём чрескожной пункции внутрипечёночного протока.
Если постановка диагноза и проведение дифференциальной диагностики затруднены, выполняется компьютерная томография живота.
-Лабораторная диагностика заключается в выполнении общего анализа крови, где выявляется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ. Степень выраженности этих изменений будет зависеть от выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре

На всякий случай Лечение. В последние годы для лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском успешно применяют пункции и наружное дренирование желчного пузыря. Под контролем лапароскопа или УЗИ пунктируют желчный пузырь, эвакуируют его инфици¬рованное содержимое (желчь, гной), после чего в просвете пузыря устанав¬ливают катетер для аспирации содержимого и местного введения антибиотиков. Это позволяет остановить развитие воспалительного процесса, деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, быстро добиться положительного клинического эффекта, избежать оперативного вмешательства без надлежащей предоперационной подготовки.
Холецистэктомия — основное оперативное вмешательство, выполняемое при остром холецистите. Удаление желчного пузыря может представлять значительные трудности в связи с выраженными воспалительными изменениями в окружающих его тканях. Поэтому рекомендуют удалять пузырь "от дна". Холецистэктомия при наличии показаний должна быть дополнена интраоперационным исследованием внепеченочных желчных протоков (холангиографией). При обнаружении холедохолитиаза или стеноза терминального отдела общего желчного протока производят те же манипуляции, которые принято делать в аналогичных случаях при плановых операциях у больных хроническим калькулезным холециститом (холедохотомия, Т-образный дренаж и др.). В брюшной полости оставляют дренаж для контроля за крово- и желчеистечением.

medfsh.ru

2. Осложнения острого аппендицита . Классификация. Клиника, диагностика.

Принято осложнения после операции подразделять на несколько групп, к ним относят:

Осложнения, выявленные со стороны ушитой раны. Это гематома, инфильтрат, нагноение, расхождение краев раны, кровотечение, свищ.

Острые воспалительные реакции со стороны брюшной полости. Чаще всего это инфильтраты и абсцессы, образующиеся в разных частях брюшной полости. Также после хирургического вмешательства может развиться местный или общий перитонит.

Осложнения, затрагивающие органы ЖКТ. Аппендэктомия может привести к кишечной непроходимости, к кровотечениям, образованию свищей в разных отделах кишечника.

Осложнения со стороны сердца, сосудов и дыхательной системы. В послеоперационный период у части больных возникают тромбофлебиты, пилефлебит, эмболия легочной артерии, пневмония, абсцессы в легких.

Осложнения со стороны мочевыделительной системы – острый цистит и нефрит, задержка мочи.

Осложнения острого аппендицита со стороны раны считаются самыми частыми, но при этом и самыми безопасными. О развитии патологии судят по появлению уплотнения в области раны, повышению общей и местной температуры, выходом гноя из шва. Лечение заключается в повторной обработке раны, во введении дренажа, применении антибиотиков.

К самым тяжелым осложнениям после хирургического вмешательства относят пилефлебит(тромбоз воротной вены) и кишечные свищи.

3. Предоперационное обследование и подготовка больных с острой кишечной непроходимостью.

Пациент с непроходимостью должен быть тщательно подготовлен к операции. Лечебные мероприятия направлены на ликвидацию водно-электролитных и белковых расстройств, купирование явлений эндотоксикоза, декомпрессию кишечника. Обязательно получение информированного согласия пациента на выполнение операции, маркировка места выведения стомы. Должна быть проведена антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений.

Информированное согласие.

В соответствии с Законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», получение добровольного информированного согласия является обязательной и необходимой процедурой, которая отражает соблюдение юридических и этических прав человека принимать самостоятельное решение, касающееся его здоровья. Условиями возможности получения информированного согласия являются способность больного принимать обдуманные решения относительно лечебных мероприятий, доступное предоставление всей необходимой для принятия решения информации. Основными вопросами являются: польза и риск предлагаемого лечения, предполагаемый объём лечебных мероприятий, последствия отказа от лечения. Все пациенты, которым планируется провести хирургическую манипуляцию по поводу колоректального рака, должны дать информированное согласие. Оно подразумевает под собой то, что больному представлена информация о возможной пользе и гипотетических рисках лечения, а также о наличии

medfsh.ru

каких-либо альтернативных методов лечения. По возможности, информированное согласие должно быть получено непосредственно оперирующим хирургом.

Профилактика тромбоэмболических осложнений.

Пациенты, которым выполняется оперативное вмешательство по поводу колоректального рака, относятся к группе высокого риска возникновения тромбоэмболических осложнений. При наличии кишечной непроходимости риск подобных осложнений расценивается как крайне высокий. Применение низкомолекулярных гепаринов может существенно снизить вероятность возникновения тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА. Использование обычных гепаринов не отличается по эффективности, однако сопряжено с большим числом геморрагических осложнений и развитием гепарининдуцированной тромбоцитопении. Дополнительно используются компрессионные чулки, а также приборы прерывистой пневматической компрессии. В тоже время, раннее прекращение постельного режима является одним из условий успешной профилактики венозного тромбоза и практикуется во всех случаях, когда это возможно. У больных, перенесших обширные оперативные вмешательства по поводу онкологических операций целесообразно проводить профилактические мероприятия, сочетающиеся с введением низкомолекулярных гепаринов, как минимум, в течение 4 недель.

Пациентам, которым проведена операция по поводу колоректального рака, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений следует назначать инъекции препаратов гепарина и использование компрессионных чулок.

Антибиотикопрофилактика.

Назначение антибактериальных препаратов может уменьшать частоту развития инфекционных осложнений, укорачивать сроки пребывания больного в стационаре, снижать затраты на лечение осложнений после хирургических операций. Приемлемым считается профилактическое интраоперационное внутривенное введение цефалоспоринов или фторхинолонов в сочетании с метронидазолом. Эффективность профилактики нагноения послеоперационной раны при однократном внутривенном введении цефалоспоринов в сочетании с метронидазолом не уступает таковой при трёхкратном их применении после операции.

Все пациенты, оперированные по поводу колоректального рака, должны получать профилактическую антибактериальную терапию. На сегодняшний день нельзя сказать, какая схема является наиболее оптимальной, однако, достаточно эффективным считается однократное введение антибактериального препарата широкого спектра действия непосредственно перед операцией, а при длительности хирургического вмешательства более 3-х часов – его повторное введение.

Подготовка кишечника.

Необходимость подготовки кишечника к оперативному вмешательству зависит от степени нарушения пассажа кишечного содержимого, уровня кишечной непроходимости, клинического течения (острое или хроническое). При нарушении кишечной проходимости за счёт частичного нарушения пассажа назначается бесшлаковая диета в сочетании с приёмом вазелинового масла, 15% раствора сернокислой агнезии и механической очисткой толстой кишки.

При острой декомпенсированной кишечной непроходимости не рекомендуется применение слабительных препаратов, стимуляция перистальтики кишечника, постановка очистительных клизм.

medfsh.ru

Подготовка к формированию стомы.
Если пациенту предполагается формирование стомы, то ход самой процедуры и её последствия должны быть тщательно разъяснены. Необходимо выполнить маркировку области, где предполагается сформировать стому. Наиболее оптимальным является направление больного перед выполнением операции на консультацию специалиста по реабилитации стомированных больных. В экстренных ситуациях не всегда возможно соблюдение вышеуказанных рекомендаций, в таких случаях разметка области предполагаемого выведения стомы должна проводиться оперирующим хирургом. Разметка производится в положении больного стоя, лёжа и сидя, с учётом его индивидуальных и конституциональных особенностей.
Всем больным, у которых не исключена вероятность формирования стомы, перед операцией выполняется маркировка области предполагаемой стомысходит на 3—4-е сутки.

4 Через 1 час с момента заболевания с жалобами на боли в эпигастральной области обратился больной М 18 лет

1.Острый аппендицит.
2.Симптом Кохера - Волковича.
3.Перфоративная язва, острый панкреатит, холецистит.
4.Больного необходимо госпитализировать для динамического наблюдения.
5.Экстренная операция - аппендектомия доступом по Волковичу - Дьяконову.

БИЛЕТ 17

1.Холедохолитиаз и механическая желтуха. Клиника, дифференциальная диагностика. Методы оперативного лечения.

1. Холедохолитиаз —попадание или образование конкрементов в желчных протоках (холедохолитиаз – в холедохе). Наиболее ярким проявлением холангиолитиаза является механическая желтуха, которая является следствием обтурации общего желчного протока чаще в области БДС.
2. Основная причина холедохолитиаза – миграция камней небольшого размера из желчного пузыря в протоки (85%), непосредственно в холедохе камни образуются приблизительно у 10-15%.
3. Клиника:
⎫ «молчащие камни», которые никак себя не проявляют при неполном закрытии просвета протока
⎫ «вентильный камень» периодически закрывает просвет, а затем вновь его открывает при обратном токе желчи в ЖП вызывает ремитирующую (преходящую) желтуху.
⎫ Резидуальныйхолангиолитиаз отмечается после операций на желчевыводящей системе, при оставлении камней в протоках при холецистэктомии (25–30%).
⎫ Рецидивный —это повторное образование камней в протоках после операции (3–6%)
⎫ Боль в эпигастрии или в правом подреберье (камень опускается в область фатерова сосочка - опоясывающий характер) + симптомы механической желтухи - кожным зудом, пожелтением кожных покровов, иктеричностью склер, слизистых оболочек, увеличением

medfsh.ru

размеров печени и ЖП, обесцвечиванием кала, потемнением мочи (цвета пива, крепкого чая).

3. Диф. Диагностика:

Кишечная непроходимость - схваткообразный характер боли, нехарактерная для холецистита локализация, усиление перистальтики, «Шум плеска», положительный симптом Валя

Перфорация пептической язвы Язвенный анамнез
Острейшее начало с «кинжальной» боли
Отсутствие рвоты

Острый панкреатит Более тяжелое общее состояние
Опоясывающий характер боли
Резкая болезненность в эпигастральной области и менее выраженная – в правом подреберье

Аппендицит Общее состояние обычно менее
тяжелое
Боль менее интенсивная
Нет иррадиации в правые надплечье, плечо и лопатку
Рвота однократная

Пиелонефрит, паранефрит Дизурия
Симптом Пастернацкого
Урологический анамнез

5. Хирургическое лечение

⎫ Холедохотомии при расширении диаметра холедоха более 13–15 мм; пальпируемые или выявленные ранее конкременты в желчных протоках; холангит. Разрез длиной около 1 см делают в супрадуоденальном отделе холедоха, проверяют проксимальную и дистальную часть холедоха на проходимость специальными зондами различного диаметра и удаляют конкременты инструментом —«ложкой». Операцию заканчивают наружным или внутренним дренированием. Дренаж холедоха функционирует 11-14 дней, в ходе которых фиксируется объем ежедневного поступления желчи (дебет) по дренажу.

⎫ Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) —рассечение большого дуоденального сосочка при ФЭГДС специальным аппаратом —папиллотомом длиной до 2 см. При этом через расширенную папиллу камень может выйти в просвет 12-п.кишки, можно выполнить ретроградную литоэкстракцию — удаление камня из холедоха специальным приспособлением (Корзина Дормиа), которая в закрытом виде проводится за камень, потом расправляется в виде зонтика, захватывается камень и тянется в просвет 12-п.кишки. Затем при купировании желтухи, убеждаемся на рентгенологическом исследовании в отсутствии конкрементов в протоках, больной выписывается и приглашается через 2–3 недели на плановую холецистэктомию.

⎫ Лапароскопическая холедохотомия. Для осмотра полости желчных протоков используется холедохоскоп — гибкая оптическая система небольшого диаметра (менее 4 мм), которая проецирует изображение на монитор. Таким образом, на этой операции используется 2 эндоскопические стойки и 2 монитора. После обнаружения конкремента в полости холедоха, он удаляется с помощью различных приспособлений: корзины Дормиа, катетера Фоллея. Далее выполняется дренирование холедоха и холецистэктомия.

medfsh.ru

задача

1 Внематочная беременность.

2. Вагинальное исследование, пункция заднего свода влагалища.

3 Анемия носит вторичный характер. Причиной анемии является кровотечение в брюшную полость из маточной трубы.

4. Экстренная операция- лапаротомия

БИЛЕТ 18

1.***Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Основные этапы холецистэктомии***.

Хронический холецистит - хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание ЖП.

Этиология :
бак инфекция - кишечная палочка, стафилококки, стрептококки
Вирусы гепА,В,С
смешанная микрофлора
паразитарная инвазия
роль НР

Предрасполагающие факторы:
1. Застой желчи : из-за нарушения питания, гиподинамия, ожирение, беременность, роды, нарушения путей оттока желчи
2. Дисбиоз кишечника
3. Нарушение обмена веществ (СД, ожирение, гиперлипидемия)

Клиническая картина:
Болевой синдром: боль локализуется в правом подреберье, иррадиирует в правую лопатку, плечо. Возникает при нарушении диеты.
Обострение: тошнота, рвота, изменения в показателях крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение печеночных ферментов, субфибритилет, мб повышение СРБ.
Диспепсия: отрыжка, тошнота, метеоризм, вздутие живота.
Холестатический синдром: кожный зуд, желтуха.

ЗАДАЧА

1.Аппендикулярныйинфильтрат

2. учитывая возраст пациента следует исключить опухоль слепой кишки. 3.Экстренная опреация не показана.

4. Лечение аппендикулярного инфильтрата консервативное: механически щадящая диета,

medfsh.ru

холод на живот, антибиотики широкого спектра действия, метронидазол. Через 3-6 мес (за этот срок происходит полное рассасывание инфильтрата) показана плановая аппендэктомия, которую целесообразно проводить под общим обезболиванием, так как часто она сопровождается значительными техническими трудностями.

При нагноении аппендикулярного инфильтрата образуется периаппендикулярный абсцесс. Аппендикулярные абсцессы подлежат оперативному лечению.

Обследование: обзорная R графия органов брюшной полости, УЗИ, КТ, колоноскопия-исключение рак

Билет 19

1.Язвенный колит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника.

Неспецифический язвенный колит (или просто язвенный колит) — хроническое воспаление толстой кишки аутоиммунного характера.

Этиология

1. Язвенный колит возникает под действием определённых экзогенных (внешних) факторов, которые не известны. Предположительной причиной является инфекция.
2. Заболевание имеет аутоиммунный характер. Существует наследственная предрасположенность к развитию болезни. Под воздействием определённых факторов запускаются иммунные реакции, вырабатываются антитела, направленные на клетки толстого кишечника.
3. Язвенный колит развивается вследствие реакции организма на определённые продукты питания, при этом воспаляется кишечная стенка.

Патогенез

При язвенном колите происходит каскад воспалительных реакций. В результате воздействия триггерного (инициирующего) фактора стимулируются Т- и В-лимфоциты, что, в свою очередь, приводит к образованию иммуноглобулинов М и G. Дефицит Т-супрессоров усиливает аутоиммунный ответ. Образование иммуноглобулинов М и G приводит к появлению иммунных комплексов и активации системы комплемента, который обладает цитотоксическим действием. В очаг воспаления проникают нейтрофилы и фагоциты, при этом высвобождаются медиаторы воспаления.

Классификация

По распространённости процесса различают:

- проктит (с вовлечением прямой кишки);

medfsh.ru

- левосторонний колит (поражение прямой сигмовидной и нисходящей ободочной кишки);
- тотальный колит (поражение всех отделов толстого кишечника).

По степени тяжести течения:[3]

- лёгкое течение;
- среднетяжёлое течение;
- тяжёлое течение.

По характеру течения:

- острое течение (менее 6 месяцев от начала болезни);
- фульминантное (быстро развивающееся);
- постепенное;
- хронический язвенный колит непрерывного течения (периоды ремиссии (ослабления симптомов) менее 6 месяцев при правильном лечении);
- хронический язвенный колит рецидивирующего течения (периоды ремиссии более 6 месяцев): редко рецидивирующее (один раз в год или меньше) или часто рецидивирующее (более 2 раз в год).

Клиника.

Первые признаки заболевания: кровь и слизь в стуле, диарея, боли в животе, повышение температуры тела.

Основными симптомами неспецифического язвенного колита кишечника являются:

- кишечные кровотечения;
- диарея;
- запор;
- боль в животе;
- тенезмы (ощущение постоянных режущих, тянущих, жгучих болей в толстой кишке — позывов к дефекации, однако при этом выделение кала не происходит);
- лихорадка;
- снижение массы тела;
- тошнота, рвота;
- слабость;
- внекишечные симптомы (артрит, узловатая эритема, увеит и другие)

2.**Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Виды дренирования общего желчного протока.**

1. Предоперационная подготовка:

- Для уточнения диагноза и исключения противопоказаний к операции выполняются основные исследования (общий и биохимический анализ крови, ЭКГ, анализы мочи и кала, при необходимости – взятие пробы желчи из двенадцатиперстной кишки и ее анализ).

medfsh.ru

- отказ от приема пищи и воды peros, в область правого подреберья кладут **пузырь со льдом** для уменьшения кровенаполнения воспаленного органа (при ОХ)
- рекомендовано проведение консервативной терапии в качестве предоперационной подготовки (внутривенное введение жидкости и антибактериальная терапия, для купирования болевого синдрома возможно применение НПВС, спазмолитиков (атропин, платифиллин)

2. Виды дренирования:

1) Наружное:

✓ По Керу — Т-образный дренаж через холедохотомическую ран на 11-14 дней, что связано с необходимостью сформировать за это время отграниченного сальником и другими органами свищевого хода, который после удаления дренажа, легко закрывается.
✓ по Вишневскому и Холстеду-Пиковскому — через культю пузырного протока, если не было манипуляций на холедохе.

2) **Внутреннее дренирование –** нежелательно, показания к этой операции очень узкие — это стриктуры и стенозы дистального отдела желчных путей. Холедох соединяют с 12-п.кишкой (холедоходуоденоанастомоз), реже — с тонкой кишкой (холедохоеюноанастомоз).

3. Послеоперационное ведение:

Диета (стол №5), ранняя активизация.

3.Рецидивы грыжи. Причины, методы хирургического лечения. Ненатяжные и лапроскопические методы лечения грыж передней брюшной стенки.

Рецидивы грыж – это крайне неприятное осложнение оперативного лечения грыжи, так как кроме затраченного времени и сил на устранение первичной патологии, человек повторно подвергается риску возникновения различных осложнений со стороны самого заболевания, так и повторного оперативного лечения.

Причины появления рецидивных грыж:

- ошибки, относящиеся к оперативной технике
- дряблость тканей или рубцовые изменения их в области грыжи
- инфицирование раны вовремя или после операции
- чрезмерные физические напряжения, особенно вскоре после операции.

При оперативном лечении рецидивирующих грыж основной задачей является восстановление нормальных анатомических взаимоотношений тканей, используемых для закрытия грыжевых ворот. Атрофические или рубцово-изменённые ткани иссекают, после чего выделяют грыжевой мешок. Производят пластику грыжевых ворот, выбор способа пластики зависит от вида рецидивной грыжи, а также от анатомических особенностей тканей.

В некоторых случаях, при застаревшем рецидиве грыжи, содержимое грыжевого мешка бывает настолько спаено, что разъединить сращения не представляется возможным; в таких случаях приходится производить резекцию спаянных между собой внутренних органов, что в свою очередь осложняет как технику операции, так и ведение послеоперационного периода.

medfsh.ru

Используют только современные методы лечения. Применяются как классические методы хирургического лечения, так и лапароскопические методики герниопластики.
Пластика тканей с использованием синтетических протезов называется **"ненатяжной"**. При помещении его в тканях организма происходит образование соединительной ткани и прорастание элементов сетки собственными тканями организма. При этом образуется прочное укрепление задней стенки на пути возможного рецидива грыжи. Отличить протез от собственных тканей организма в отдаленном послеоперационном периоде практически невозможно.
Ненатяжнаягерниопластика отличается малой травматичностью и высокой эффективностью.
Лапароскопическая герниопластика - ненатяжной метод. Грыжевой дефект укрывается синтетическим протезом, введенным через небольшие проколы в передней брюшной стенке с использованием видеохирургического оборудования.
Операция выполняется под наркозом, всего лишь через три прокола передней брюшной стенки. Сетчатый протез, после постановки прикрывает все слабые места, через которые есть вероятность рецидивов грыж, тем самым снижает возможность рецидивов, практически до нуля. Также преимуществом операции является наличие небольших рубцов на коже и короткий период выздоровления. Фактически большинство людей уже могут приступить к труду на следующий день.

Задача

1.Острый флегмонозный аппендицит. Аппендэктомия.

Осложнение: Абсцесс остатка.

2.Методы УЗИ, КТ, per rectum

3.Неосушили выпад. Абсцессом.

4.Вскрытие абсцесса через прямую кишку и дренирование, АБ.

Билет 20

1.Язвенный колит. Осложнение, лечение

Местные осложнения

К местным осложнениям относятся:

- перфорация;
- токсическая дилатация (расширение) толстого кишечника;
- обильное кишечное кровотечение;
- колоректальный рак.

medfsh.ru

Системные осложнения

Проявляются внекишечными симптомами, причина которых до сих пор не изучена. Чаще поражаются ротовая полость, кожа, суставы.

К системным осложнениям относятся:

- узловатая эритема (поражение кожи и подкожной клетчатки);
- гангренозная пиодермия (поражение кожи крупными болезненными язвами);
- эписклерит (поражение эписклеральной ткани глаза);
- артропатия (поражение суставов);
- анкилозирующий спондилит (воспаление суставов позвоночника);
- поражения печени (повышение трансаминаз крови, гепатомегалия);
- первичный склерозирующий холангит (сужение просвета желчных протоков в результате воспаления).

К консервативной терапии относятся:

1. аминосалицилаты, препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК, месалазин);
2. кортикостероиды;
3. иммунодепрессанты;
4. билогическая терапия.

Способом радикального хирургического лечения язвенного колита является колпроктэктомия, то есть удаление всей толстой кишки. Основными показаниями к хирургическому лечению являются:

- отсутствие эффекта от консервативного лечения;
- развитие осложнений язвенного колита (кровотечение, перфорация, рак, токсическая дилатация толстого кишечника).

medfsh.ru

2. Периаппендикулярный абсцесс. Клиника, диагностика, лечение.

Периаппендикулярный инфильтрат трудно отличить от абсцесса, физическое обследование часто не дает возможности поставить диагноз.

Диагностика:

Признаками абсцедирования аппендикулярного инфильтрата являются: усиление болей в правой подвздошной области, появление признаков интоксикации (лейкоцитоз, повышение температуры, принимающий гектический характер.)

На УЗИ определяется полостное образование округлой формы с однородным гипо- или анэхогенным содержимым (жидкость) с плотной пиогенной капсулой от 5 до 8 мм толщиной.

Клиника:

При этом осложнении в области правой подвздошной ямки прощупывается резистентность величиной от грецкого ореха до кулака, которая спонтанно и при пальпации болезненна.У худощавых больных иногда видно выпячивание.+признаки интоксикации (лейкоцитоз, повышение температуры, принимающий гектический характер).

Лечение:

1)Неотложное оперативное вмешательство доступом *по Волковичу-Дьяконову* с общим обезболиванием:

Стенки инфильтрата осторожно тупо разделяют до получения гноя. Образовавшееся отверстие в полости гнойника расширяют, эвакуируют гной, который берется на бактериальное исследование и на чувствительность к антибиотикам, выделяют полость, промывают раствором антисептика, устанавливают в ней один или два перчаточно-марлевых тампона и трубчатый дренаж.

Если аппендикс идентифицируется и имеются технические условия, то выполняется аппендэктомия. Манипуляции в гнойной полости среди инфильтрированных и легкоранимых кишечных петель могут привести к разрушению тканевого барьера, отграничивающего полость, кровотечению, повреждению стенок кишки с образованием кишечного свища.

В послеоперационном периоде больным проводится массивная дезинтоксикационная и рациональная антибактериальная терапия, перевязки с антисептическими мазями.

2)При расположении гнойника вблизи операционного доступа производят его вскрытие через этот разрез, а при латеральных и ретроцекальных локализациях доступ осуществляется *внебрюшинным доступом Пирогова (латеральнее разреза Волковича-Дьяконова)*.

После вскрытия апоневроза и тупого разведения мышц также тупо отодвигают брюшину кнутри вместе с пальпируемым инфильтратом. При появлении под пальцами участка флюктуации в этом месте осторожно вскрывают гнойник. После аппендэктомии может возникнуть такое гнойное осложнение как абсцесс культи червеобразного отростка. (Профилактика: раздавливание мышечной и слизистой оболочек зажимом перед наложением лигатуры на культю).

medfsh.ru

3. Основные положения лечения острого панкреатита. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению.

1. Основные положения:

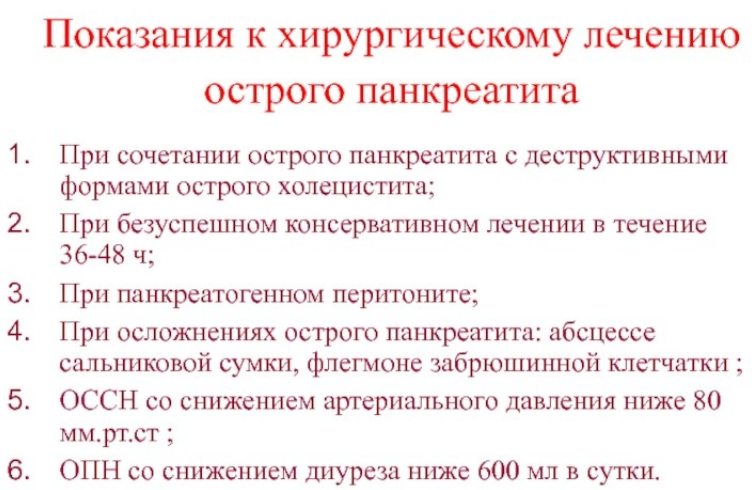
- ✓ Для легкой формы - нуждаются в консервативной терапии, тяжелой – консервативной и оперативной.
- ✓ **Лечение отечной формы ОП** проводится в хирургическом отделении, **панкреонекроза** —в отделении реанимации и ИТ.
- ✓ Продолжительность комплексной терапии должна составлять около 7–10 дней при средней тяжести и не менее 3 недель при панкреатите тяжелого течения!
- ✓ Приоритет - активная консервативная терапия с отсроченными операциями (детоксикация на уровне кровеносной и лимфатической систем, антибактериальную терапию, лечение синдрома кишечной недостаточности, коррекцию недостаточности органов и систем.

2. Консервативная терапия:

- ✓ **обеспечение функционального покоя ПЖ** (голод, аспирация желудочного содержимого, местная гипотермия (холод на живот), инъекция 0,1% раствора атропина по 0,5 мл 2 раза в сутки (атропин не применяют у лиц старше 60 лет);
- ✓ **противорвотные препараты** (диметпрамид, торекан, метоклопрамид, церукал, реглан)
- ✓ **ингибиторы секреции ПЖ с момента заболевания в течение 5 суток** (сандостатин 100мкг 3 р/д п/к, октреотид 0,01 —3р/д п/к,фамотидин 40–80 мл/сут.);
- ✓ **антиферментативная терапия** (контри-кал (в/в или в/а), гордокс (в/в или в/а);
- ✓ **устранение болевого синдрома** (блокада круглой связки печени 0,25% раствором новокаина, введение спазмолитиков для купирования спазма и снятия внутрипротоковой гипертензии и вазоконстрикции (2% р-р папаверина 1–2 мл или 2% р-р но-шпы), и 50% раствор анальгина в/м 4 раза в сутки, трамал, в/в инфузия глюкозо-новокаиновой смеси 400 мл). В третьей стадии назначаются наркотики.
- ✓ **антигистаминные** (1% р-р димедрола, 2,5% р-р пипольфена 2 мл) — прометазин 2,5% раствор по 2 мл 2 раза в сутки или хлоропирамин 2% по 1 мл, дифенгридамин 1% по 1 мл 4–5 раз;–коррекция центральной гемодинамики и периферического кровообращения (введение растворов альбумина, протеина, желатиноля, свеже-замороженной плазмы, реополиглюкина, трентала под контролем показателей центрального венозного давления и диуреза, АД, ЧСС; коррекция гиповолемии (коллоиды, кристаллоиды, инфукол);
- ✓ **дезинтоксикация —**гемодез, инфузионная терапия (40 мл на 1 кг массы тела с форсированным диурезом), глюкозоновокаиновая смесь (25 мл 2% раствора новокаина в 400 мл 5% раствора глюкозы); гемофиль-трация, энтеросорбция, плазмаферез вплоть до гемодиализа**;**
- ✓ **антибактериальная**
- ✓ **лечение динамической кишечной непроходимости и внутрибрюшной гипертензии:** эпидуральная блокада Th7-9 (ропивокаин 0,2%, 6–10 мл/ч постоянно);

medfsh.ru

лекарственная стимуляция ЖКТ; назоэнтеральное введение зонда на расстоянии 40 см



ЗАДАЧА

Послеоперационный период осложнился развитием поддиафрагмального абсцесса. Для уточнения диагноза применяются ультразвуковое исследование, компьютерная томография. Для вскрытия поддиафрагмального абсцесса были предложены чресплевральные, внеплевральные доступы. В настоящее время разработаны методы пункции и дренирования гнойника под контролем УЗИ и КТ.

Билет 21

1) **Острый панкреатит .Этиология патогенез классификация .**

Острый панкреатит — заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза тканей поджелудочной железы липолитическими и активированными протеолитическими ферментами.
Этиология и патогенез. Патогенез острого панкреатита недостаточно изучен.
Причины: 1.аутолиз паренхимы поджелудочной железы.
2. чрезмерное употребление алкоголя и прием жирной пищи. Известно, что алкоголь усиливает тонус и резистентность сфинктера Одди. Это может послужить причиной затруднения оттока экзокринного секрета поджелудочной железы и повышения давления в мелких протоках.3. ЖКБ
4.Травмы

Классификация. В зависимости от причины внутрипротоковой гипертензии различают билиарный и алкогольный панкреатит.
По характеру изменений в поджелудочной железе выделяют: 1) отечный или интерстициальный панкреатит; 2) жировой панкреонекроз и 3) геморрагический панкреонекроз.
Отечная или абортивная форма панкреатита развивается на фоне незначительного, микроскопического повреждения клеток поджелудочной железы. Фаза отека может в течение 1—2 дней превратиться в фазу некроза. При прогрессирующем панкреатите развивается жировой панкреонекроз, который по мере развития кровоизлияний превращается в геморрагический с

medfsh.ru

образованием обширного отека в забрюшинной клетчатке и появлением геморрагического выпота в брюшной полости (панкреатогенный асептический перитонит).
Клиническая картина и диагностика. Клинические симптомы острого панкреатита зависят от морфологической формы, периода развития и тяжести синдрома системной реакции на воспаление. В начальном периоде заболевания (1—3-й сутки) больные жалуются на резкие, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину (опоясывающие боли), тошноту, многократную рвоту. В редких случаях острый панкреатит протекает без болей, но с резко выраженным синдромом системной реакции, проявляющимся гипотензией, гипоксией, тахикардией, дыхательной недостаточностью, нарушением сознания. Живот обычно мягкий, все отделы участвуют в акте дыхания, иногда отмечают некоторое вздутие живота. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.
Функциональные нарушения печени обычно проявляются желтушной окраской кожных покровов(при биллиарном панкреатите- механическая желтуха)
Диагностика: данные анамнеза, физикальное обследование, УЗИ,КТ, МРТ, Рентгенография, эзофагогастродуоденоскопию выполняют при желудочно-кишечном кровотечении из острых эрозий и язв, являющихся осложнениями острого (чаще всего деструктивного) панкреатита, Л а п а р о с к о п и я показана при неясном диагнозе, при необходимости лапароскопической установки дренажей для лечения острого панкреатита.
Лечение. Первоочередной задачей является снятие боли и спазма сфинктера Одди. С этой целью назначают ненаркотические анальгетики, спазмолитики, холинолитики.
Важную роль в лечении панкреатита отводят угнетению секреторной функции желудка с помощью блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов, антацидов, антихолинергических препаратов (гастроцепин, атропин).
Предпочтение отдают антибиотикам широкого спектра действия (цефалоспорины 3—4-го поколения, карбопенемы, аминогликозиды), подавляющим развитие грамположительной и грамотрицательноймикрофлоры. Обязательным компонентом антибактериальной терапии является введение метронидазола (флагил), который избирательно воздействует на неклостридиальную микробную флору.

2)Геморрой. Классификация, клиника, лечение.
Геморрой — варикозное расширение вен в области заднего прохода, обусловленное гиперплазией кавернозных телец прямой кишки. Геморроем страдает более 10 % всего взрослого населения в возрасте 30—50 лет. Эти больные составляют 15—28 % от общего числа проктологических больных. Мужчины болеют в 3—4 раза чаще, чем женщины.
Классификация геморроя:
I. По течению:
А. Хронический.
Б. Острый.
II. По форме:
А. Внутренний.
Б. Наружный.
В. Комбинированный.

Стадии хронического геморроя:
1-я стадия клинически определяется выделением крови из заднего прохода без выпадения геморроидальных узлов.
2-я стадия характеризуется выпадением узлов с самостоятельным вправлением в анальный канал (с кровотечением или без).
3-я стадия характеризуется периодическим выпадением узлов с необходимостью их ручного вправления в анальный канал (с кровотечением или без него).

medfsh.ru

4-я стадия характеризуется постоянным выпадением геморроидальных узлов вместе со слизистой оболочкой прямой кишки и невозможностью вправления в анальный канал (с кровотечением или без него).

Острый геморрой является осложнением хронического течения и подразделяется по выраженности тромбоза и воспаления на три степени:
1-я степень - тромбоз наружных и внутренних геморроидальных узлов без воспалительной реакции.
2-я степень - тромбоз геморроидальных узлов с их воспалением.
3-я степень характеризуется распространенным тромбозом наружных и внутренних геморроидальных узлов с воспалением подкожной клетчатки, отеком перианальной кожи, некрозом слизистой оболочки геморроидальных узлов.

Клиника:наружный геморрой проявляется гипертрофией узлов расположенных ниже зоны аноректального перехода (узлы покрыты плоским эпителием). При внутреннем геморрое увеличиваются узлы, расположенные выше зубчатой линии (покрыты слизистой). Начинается заболевание в большинстве случаев постепенно и незаметно. Больные длительное время испытывают чувство дискомфорта, ощущение инородного тела и зуда в заднем проходе.
Эти проявления беспокоят не постоянно, а лишь при расстройствах функции кишечника, во время беременности, после нарушения диеты, иногда после бани или приема горячей ванны и т. д. Течение заболевания может осложниться различной силы кровотечением, а в ряде случаев – воспалением и даже ущемлением геморроидальных узлов. Таким образом, геморрой протекает всегда хронически с периодами обострения и ремиссии.

Последующие обострения заболевания могут появляться с большей частотой и интенсивностью, даже без влияния неблагоприятных факторов. Именно повторные кровотечения из заднего прохода, выпадение геморроидальных узлов являются основными признаками хронического геморроя. Кровотечения различаются по продолжительности, характеру и цвету. Наиболее часто отмечается выделение алой крови во время дефекации или сразу после нее. Гораздо реже выделение крови из заднего прохода происходит между дефекациями. Иногда кровь полосками определяется на кале. Сравнительно редко ректальное кровотечение носит постоянный характер. Объемы кровопотери могут изменяться в значительной степени.Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов. Болевой синдром не является характерным признаком для хронического геморроя. Тем не менее, при возникновении боли необходимо определить ее тип, выяснить, является ли она острой или хронической и как проявляется ее интенсивность при опорожнении прямой кишки.

Тупые постоянные боли характерны для длительного течения заболевания с частыми обострениями. Боли после дефекации при геморрое более характерны для острого тромбоза внутренних геморроидальных узлов и анальной трещины.

Анальный зуд при геморрое обычно связан с выпадением узлов и попаданием слизи на кожу, в результате чего развивается мацерация кожных покровов перианальной области. Перианальный отек наиболее характерен для острого геморроя и достаточно редко встречается при хроническом течении. Острый тромбоз геморроидальных узлов может быть как одним из очередных обострений хронического геморроя, так и первичным процессом, с которого пациент отмечает начало заболевания.

Лечение: основу консервативной терапии составляют диетотерапия, устранение запоров, соблюдение гигиенического режима, флеботропные препараты, влияющие на повышение

medfsh.ru

тонуса вен, улучшающие микроциркуляцию в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока (венорутон, детралекс, диосмин, Прокто-Гливенол, проктоседил и др.).

При выборе местного лечения (состава мазей, свечей) исходят из преобладания одного из симптомов осложненного геморроя (тромбоз, кровотечение, воспалительные изменения, боль). В последние годы все большее распространение находят малоинвазивные методы лечения — склерозирующая терапия, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция и др.

В России наиболее распространенным методом лечения является геморроидэктомия, выполняемая у 75 % пациентов. Пациентам с I стадией заболевания показано консервативное лечение препаратами, влияющими на тонус венозных сосудов, при его неэффективности применяют склерозирующую терапию (иглу вводят в верхний край узла, чтобы блокировать артерию, снабжающую узел кровью). При II стадии используют вышеперечисленные методы, а также лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами; при III стадии — либо лигирование, либо геморроидэктомию.

В IV стадии заболевания методом выбора является геморроидэктомия. Хирургическое лечение (методика Миллигана—Моргана) состоит в иссечении трех групп кавернозных телец с внутренними узлами и перевязкой их сосудистых ножек. Предоперационная подготовка заключается в назначении бесшлаковой диеты на 1—2 дня, клизмы утром и вечером перед операцией.

Хорошей подготовки толстой кишки можно достичь без клизм — назначением фортранса, растворенного в 3—4 л воды. Жидкость принимают по 1 стакану через каждые 15 мин. Это вызывает многократный жидкий стул и полноценное очищение кишечника. Ортоградное промывание сочетают с назначением невсасывающихся в кишечнике антибиотиков (неомицин, канамицин, метронидазол). Операцию целесообразно производить под общим обезболиванием. Во время операции иссекают геморроидальные узлы: после растяжения сфинктера заднего прохода захватывают окончатым зажимом один из узлов, рассекают слизистую оболочку по обе стороны от него, выделяют ножку узла, на которую накладывают кровоостанавливающий зажим. Узел отсекают, ножку прошивают и перевязывают, края раны слизистой оболочки сшивают кетгутом. Наружные геморроидальные узлы, место нахождение которых не всегда соответствует по локализации внутренним, иссекают отдельно. Рецидивы при данном способе операции возникают в 1—3 % случаев. После операции ежедневно производят перевязки, назначают бесшлаковую диету. На 5—6-й день возникает самостоятельный стул. Первый акт дефекации может быть болезненным и сопровождаться небольшим кровотечением. Хирургическое лечение геморроя противопоказано при выраженной портальной гипертензии и гипертонической болезни III стадии. К осложнениям геморроя относят тромбоз и ущемление геморроидальных узлов.

3. Принципы лечения травматических повреждений органов брюшной полости.

Травмы живота – обширная группа тяжелых повреждений, в большинстве случаев представляющих угрозу для жизни пациента. Могут быть как закрытыми, так и открытыми.

Классификация травм живота

В отечественной травматологии используется следующая классификация травм живота. **Закрытые травмы живота:**

medfsh.ru

- Без повреждения внутренних органов – ушибы брюшной стенки.
- С повреждением внутренних органов за пределами брюшной полости. С повреждением органов брюшной полости.
- С внутрибрюшным кровотечением.
- С сочетанными повреждениями паренхиматозных и полых органов.

Открытые травмы живота:

- Непроникающие.
- Проникающие без повреждения внутренних органов.
- Проникающие с повреждением внутренних органов.

Кроме того, травмы живота могут быть изолированными (одно повреждение), множественными (несколько повреждений, например, множественные раны в области живота) и сочетанными (сочетающимися с повреждением других органов и систем).

Лечение травм живота

Открытые раны являются показанием к экстренной операции. При поверхностных ранах, не проникающих в брюшную полость, выполняется обычная первичная хирургическая обработка с промыванием полости раны, иссечением нежизнеспособных и сильно загрязненных тканей и наложением швов. При проникающих ранениях характер оперативного вмешательства зависит от наличия повреждений каких-либо органов.

Ушибы брюшной стенки, а также разрывы мышц и фасций лечатся консервативно. Назначается постельный режим, холод и физиотерапия. При крупных гематомах может понадобиться пункция или вскрытие и дренирование гематомы.

Разрывы паренхиматозных и полых органов, а также внутрибрюшные кровотечения являются показанием к экстренной операции. Под общим наркозом выполняется срединная лапаротомия. Через широкий разрез хирург тщательно осматривает органы брюшной полости, выявляет и устраняет повреждения. В послеоперационном периоде при травме живота назначаются анальгетики, проводится антибиотикотерапия. При необходимости в ходе операции и в послеоперационном периоде выполняется переливание крови и кровезаменителей.

Задача

1.Послеоперационное осложнение?

2.Чем объясняется напряжение мышц брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины?

3.Причины развившегося осложнения.

4.План лечения.

Внутреннее кровотечение.

Указанные симптомы объясняются раздражением брюшины излившейся кровью.

medfsh.ru

Причиной данного осложнения чаще всего является соскальзывание лигатуры с брыжейки отростка.

Экстренная операция –релапаротомия(Релапаротомия - это повторная лапаротомия) ниже срединным доступом, гемостаз путем лигирования иди коагуляции сосудов, тщательное удаление крови,снетков, санаула, дренирование брюшной полости.

Билет 22.

1…. Болезнь крона .Осложнения заболевания. Методы хирургического лечения.

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочнокишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

Этиология болезни Крона неизвестна. Наиболее широко обсуждается инфекционная природа заболевания. Предполагается связь болезни Крона с вирусами, хламидиями, иерсиниями, нарушсниями микробиоценоза кишечника

В патогенезе болезни Крона ведущая роль отводится аутоиммунным механизмам. Предполагается, что при этом заболевании развивается аутоиммунный процесс, вырабатываются антитела класса 180 к желудочнокишечному тракту (прежде всего к толстому кишечнику) и появляются лимфоциты, сенсибилизированные к антигенам слизистой оболочки толстой кишки. В итоге развивается воспалительный процесс в пищеварительном тракте с появлением язв, некрозов, выраженной интоксикации, кишечных кровотечений и других симптомов заболевания.

Острая форма болезни Крона

Острая форма болезни Крона наблюдается реже. Как правило, при этом патологический процесс локализуется в терминальном отрезке подвздошной кишки. Характерными клиническими признаками острой формы болезни Крона являются:

• нарастающие боли в правом нижнем квадранте живота;

• тошнота, рвота;

• понос, нередко с примесью крови;

• метеоризм;

• повышение температуры тела, часто с ознобом;

• утолщенный болезненный терминальный отрезок подвздошной кишки;

• лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Хроническая форма болезни Крона

medfsh.ru

+ Хроническая форма болезни Крона встречается наиболее часто. Ее проявления различны в зависимости от локализации воспалительного процесса.

Осложнения, требующие срочного оперативного лечения:

Острая кишечная непроходимость — это состояние, при котором не происходит продвижение кишечного содержимого по направлению к заднему проходу. При болезни Крона обструкция обусловлена выраженными воспалительными процессами с формированием грубых рубцов и отёком.

Перфорация — это дефект в стенке кишки с выхождением содержимого в свободную брюшную полость и/или в соседний орган с возможным дальнейшим формированием свища (соустья). Причина перфорации при болезни Крона — трансмуральное (с захватом всех слоёв кишечной стенки) воспаление.

Кровотечение. При болезни Крона возникает кровотечение разной степени тяжести: от капиллярного, не требующего оперативного лечения, до выраженного артериального или венозного кровотечения при повреждении сосудов большего диаметра.

Токсический мегаколон — это грозное состояние, которое выражается резким чрезмерным расширением просвета толстой кишки со всасыванием содержимого в кровь и развитием системной воспалительной реакции.

Не требующие срочного оперативного лечения:

Стеноз — развивается в результате воспалительных реакций в стенке кишки с последующей пролиферацией (разрастанием соединительной ткани) и сужением просвета. Степень сужения просвета различается: от клинически незначимой до полного сужения просвета с развитием острой кишечной непроходимости.

Фистула или свищ — это образование соустья между просветом кишки и расположенными рядом полостями и органами или внешней средой.

Абсцесс — это образование гнойной полости вследствие неполной фистулы или перфорации стенки кишки.

Дисплазия — это клеточные изменения, которые развиваются при длительном течении воспалительного процесса и однажды дают начало неоплазии с образованием злокачественных клеток.

Рак тонкой или толстой кишки — результат развития неоплазии.

medfsh.ru

Хирургическое лечение болезни Крона

Показания к оперативному вмешательству: острые и хронические осложнения, а также неэффективность консервативной терапии и задержка физического развития.

Острые осложнения БК:

- ✓ Кишечное кровотечение - резекция пораженного участка кишечника (с наложением анастомоза или без такового) с обязательной интраоперационной энтеро- или колоноскопией.
- ✓ Перфорация тонкой кишки в свободную брюшную полость - экстренное хирургическое вмешательство, которое может быть ограничено резекцией пораженного отдела с формированием анастомоза или стомы. В случае экстренной операции следует избегать формирования первичного анастомоза без протекции при помощи двуствольной илеостомы.
- ✓ Перфорация толстой кишки - операцией выбора является субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы.
- ✓ Токсическая дилатация ободочной кишки - операцией выбора является субтотальная резекция ободочной кишки с одноствольной илеостомией.

Хронические осложнения БК:

- ✓ стриктуры
- ✓ инфильтрат брюшной полости
- ✓ внутренние или наружные кишечные свищи
- ✓ наличие неоплазии.

ЗАДАЧА

1.Чем обусловлена такая клиническая картина?

2.С чем необходимо дифференцировать подобные осложнения?

3.Дополнительные методы обследования.

4.Объясните происхождение симптомов «шум плеска»?

5.Тактика лечения.

У больного клиническая картина ранней спаечной кишечной непроходимости

Необходимо провести дифференциальную диагностику между механической и динамической формами кишечной непроходимости

(Хлорная рентгенография органов брюшной полости, пассаж бария по кишечнику.

Легкое сотрясение брюшной стенки при наличии о брюшной полости перерастянутой, переполненной жидкостью и газами перетитеческой кишки приводит к появлению симптома «шума плеска».

ревизия брюшной полости, разъединение спаек- устранение кишечной непроходимости

medfsh.ru

Оперативное вмешательство включает:

- Ревизию брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости.
- Рассечение спаек и восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу.
- Оценка жизнеспособности кишечника (принятие решения удалить или сохранить пораженную петлю кишки).
- Оценка состояния кишечника (в целом) и принятие решения о дренировании (интубации) кишки и виде дренирования,
- Выполнение санации брюшной полости и выбор метода дренирования.
- Закрытие операционной раны.

Билет 23

1.ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дивертикул — это грыжеподобное выпячивание, которое может образоваться в стенке любого полого органа пищеварения.
Когда дивертикулы начинают воспаляться, речь уже идёт о **дивертикулярной болезни кишки**

Этиология

-диета, бедная растительной клетчаткой.

Патогенез

В основе развития дивертикулов лежит предрасположенность к нарушению строения соединительной, мышечной и нервной ткани. Эти генетические нарушения приводят к образованию "слабых" мест в стенке кишки.

Помимо "генетически" слабых мест есть ещё и другие, физиологически "слабые" места. Они находятся в той части стенки, где проходят сосуды, питающие кишку

Когда в рационе мало растительной клетчатки, в кишечнике нарушается пассаж каловых масс и возникают запоры. Давление в просвете кишки повышается и выдавливает слабые участки стенки наружу в виде дивертикулов.

У образовавшихся дивертикулов нет мышечного слоя, они не могут сокращаться Поэтому попавшие каловые массы и остатки пищи задерживаются внутри дивертикула.

Со временем каловые массы твердеют и превращаются в каловый камень — копролит, или фекалит. Этот камень давит на стенку дивертикула, тем самым нарушая её кровоснабжение. В итоге развивается воспаление — острый дивертикулит

Классификация

ДБ принципиально разделяется на бессимптомную форму, неосложнённую форму с клиническими проявлениями и осложнённую форму.

medfsh.ru

Бессимптомную форму констатируют, если в ободочной кишке имеется хотя бы один дивертикул и отсутствуют какие-либо клинические проявления заболевания.

Неосложнённая форма ДБ с клиническими проявлениями преимущественно проявляется функциональными нарушениями и болями при отсутствии каких-либо признаков воспалительных изменений в дивертикулах.

Осложнённая форма ДБ имеет место при развитии воспалительных реакций или толстокишечных кровотечениях. В осложнённой форме ДБ выделяют острые и хронические осложнения

ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	ХРОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
I. Острый дивертикулит	I. Хронический дивертикулит 1. рецидивирующее течение 2. непрерывное течение 3. латентное течение
II. Острый паракишечный инфильтрат	II. Стеноз
III. Перфоративный дивертикулит 1. периколическая флегмона 2. абсцесс 3. гнойный перитонит 4. каловый перитонит	III. Хронический паракишечный инфильтрат 1. рецидивирующее течение 2. непрерывное течение
IV. Толстокишечное кровотечение	IV. Свищи ободочной кишки 1. внутренние 2. наружные

Клиника

При бессимптомной форме клинических проявлений ДБ нет.

Классическая *триада симптомов дивертикулярной болезни* включает похожие проявления:

- боль в левой нижней части живота;
- лихорадку — 37,5-39 °С;
- запор

Неосложнённая форма ДБ проявляется, в первую очередь, болями в живота, обычно локализованными в проекции сигмовидной кишки. Больные также могут отмечать нарушения стула, метеоризм и вздутие живота

medfsh.ru

Клиническая картина *при осложнённой форме ДБ* крайне полиморфна.

Клиническая картина острых осложнений находится в прямой зависимости от выраженности и распространённости воспалительного процесса.

Так, острый дивертикулит, в первую очередь проявляет себя болями, которые, локализуются в левой подвздошной области. Наряду с этим, в зависимости от анатомического расположения в брюшной полости воспалённого сегмента ободочной кишки, пациенты предъявляют жалобы на боли в левой боковой, правой подвздошной и гипогастральной областях. Боли могут быть приступообразными или постоянными, умеренными, не требующими назначения анальгетиков, или выраженными. Боли в большинстве наблюдений сопровождаются субфебрильной лихорадкой и лейкоцитозом. Другие симптомы, такие как вздутие, задержка стула или частый жидкий стул, тошнота, нарушение мочеиспускания и рвота встречаются реже.

Диагностика
Плановая диагностика проводится в три этапа:

- Для начала выполняют КТ или УЗИ органов брюшной полости.
- При отсутствии признаков перфорации дивертикула выполняется колоноскопия.
- При наличии свищей проводится фистулография — рентгеновский снимок с введением контрастного вещества в свищевой ход. Это позволяет увидеть, куда конкретно ведёт свищевой ход, с какими органами он связан
- При толстокишечном кровотечении колоноскопия выполняется в экстренном порядке. Она позволяет найти устье кровоточащего дивертикула. Но диагностировать такой тип кровотечения сложно, так как вся слизистая толстой кишки ниже кровоточащего дивертикула покрыта кровью. Это затрудняет визуализацию.
- Если установить источник кровотечения не удаётся, проводится дополнительное обследование: КТ-ангиография или сцинтиграфия с меченными эритроцитами

Лечение
Неосложнённая форма ДБ

Традиционно, при неосложнённой форме ДБ, многие специалисты назначают пищевые волокна и пробиотики (противодиарейные препараты биологического происхождения, биологически активные добавки).

Острые воспалительные осложнения
Консервативное лечение при этом включает бесшлаковую диету, спазмолитики, слабительные и антибиотики.
Абсцесс
В этих случаях целесообразно выполнено пункции и дренирования абсцесса или хирургическое вмешательство

Пациентам с острыми воспалительными осложнениями, а именно с острым дивертикулитом, острым паракишечным инфильтратом, периколической флегмоне и периколическим абсцессом малого размера (<3 см) **рекомендуется** консервативное лечение с назначением антибиотиков

medfsh.ru

Кровотечение
Консервативное лечение является основным методом при ДБ, осложнённой толстокишечным кровотечением. У пациентов данной группы проводят гемостатическую терапию, как и при других вариантах желудочно-кишечного кровотечения, а также отменяют приём антитромботических средств, антикоагулянтных и нестероидных противовоспалительных препаратов.

При ДБ, осложнённой перитонитом, а также при неэффективности консервативного и малоинвазивного лечения абсцесса, **рекомендуется**хирургическое лечение в объёме резекции толстой кишки с участком перфорации

2.ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ.АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ
1.Антибиотики
Первичный перитонит составляет примерно 1 % от всех клинических случаев перитонита. Он развивается у больных, страдающих тяжелыми фоновыми заболеваниями, и основными возбудителями являются пневмококки — Strept.pneumoniae и грамотрицательные палочки — Eshenchiacoli, Klebsiellaspp.
Среди наиболее часто используемых препаратов: *аминогликозиды (гентамицин, амикацин, нетромищщ), цефалоспорины III–IV (цефтриаксон, цефтазидим, и др., цефепим)*.

Вторичный перитонит, наиболее часто встречающийся в клинической практике, вызывается энтеральными грамотрицательными возбудителями и облигатными анаэробами. На выбор антибиотика влияние оказывают локализация первичного очага — верхний отдел ЖКТ или нижний, желчевыводящие и мочевыводящие пути, определяется преимущественная микрофлора, вегетирующая в этой зоне. Общий принцип заключается в том, что чем тяжелее состояние больного, тем более мощные и менее токсичные антибиотики должны применяться.
Использование антибиотиков резерва *(цефалоспорины IV поколения, карбапенемы)* с самого начала антибактериальной терапии, у тяжелой и крайне тяжелой категории больных обеспечивает лучший прогноз за счет широкого спектра и меньшей токсичности и является экономически более выгодным

Третичный перитонит
Возбудителями в этих ситуациях становятся госпитальные штаммы, вегетирующие в конкретных отделениях интенсивной терапии и общехирургических отделениях. Учитывая достаточно частое участие метициллин-резистентного золотистого стафилококка, препаратом выбора становится *ванкомицин или тейкопланин*
Грамотрицательные микроорганизмы перекрываются *цефалоспоринами IV поколения (цефепим), карбапенемами (имипинем/циластатин, меропенем — особенно эффективен при инфекциях, вызванных Pseudomonasaeruginosa).*

2. восполнением ОЦП, восстановлением ионно-электролитных, коллоидноосмотических и кислотно-основных отношений. В условиях отделений интенсивной терапии, оснащенных экспресс-лабораторией, желательно составление индивидуальной программы инфузионной терапии в течение первых суток лечения, которая корригируется в соответствии с основными показателями. Общий объем инфузии в первые дни послеоперационного периода составляет не менее 3Ц4 л/сут, при этом инфузионную среду нужно сбалансировать так, чтобы больной получил все необходимые ингредиенты.

medfsh.ru

3.Введение гепарина следует проводить, начиная с первых суток после операции, что имеет большое значение, поскольку он улучшает реологические свойства крови, а следовательно, и микроциркуляцию, а также способен подавлять активность кининовой системы, образование серотонина и гистамина.

4.**устранение тканевой гипоксии**. Наряду с инфузионно-трансфузионной терапией в этой связи особую роль приобретает восстановление внешнего дыхания с использованием современной аппаратуры и вспомогательных режимов вентиляции.

5.снижение интенсивности катаболической реакции. У больных с острыми воспалительными процессами резко повышается обмен веществ, после операции у подобных больных интенсивность обмена столь высока, что она получила название «катаболическая буря». Быстро истощаются запасы углеводов и для энергетических потребностей, в этих условиях расходуются белки и жиры. В целях снижения катаболической реакции применяют введение больших количеств *глюкозы (10–20% растворы по 1000–1500 мл) с инсулином*.

6.аспирацию желудочного содержимого через назогастральный зонд.

7. ранняя стимуляция моторики желудочно-кишечного тракта путем повторных гипертонических клизм, внутривенного введения 10% раствора хлористого натрия, маннитола.

8. В целях восполнения потерь белка, в том числе в связи с катаболической реакцией, ежедневно, до восстановления энтерального питания, вводится от 400 до 1000 мл белковых препаратов.

9.энтерального зондового питания. Потребности организма в энергетических и пластических ресурсах при перитоните резко возрастают. В среднем больные с перитонитом должны получать не менее 2500–3000 ккал в сутки. Перспективным является применение при перитоните (с 3–4 дня послеоперационного периода) энтерального зондового питания.

3.ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

У детей **старше 3 лет** острый аппендицит начинается постепенно. Основным симптомом является *боль*, которая возникает в эпигастральной области или около пупка, затем захватывает весь живот и только через несколько часов локализуется в правой подвздошной области. Обычно *боль носит постоянный ноющий характер.*
Рвота наблюдается обычно в первые часы заболевания и, как правило, бывает однократной. Язык слегка обложен белым налетом. У ряда детей отмечается задержка стула. Жидкий, частый стул с примесью слизи часто отмечается при тазовом расположении отростка.
Температура тела в первые часы бывает нормально или субфебрильной. Высокие цифры лихорадки не характерны для неосложненных форм острого аппендицита. Характерным симптомом является тахикардия, не соответствующая высоте лихорадки.
Общее состояние при остром аппендиците страдает незначительно, но может ухудшаться при распространении воспалительных явлений на брюшину. Больные обычно находятся *в вынужденном положении, лежат на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями.*
Как правило, у больных с острым аппендицитом нарушается сон, дети спят очень беспокойно, просыпаются во сне, или не спят вовсе. Аппетит у ребенка с острым

medfsh.ru

аппендицитом снижен или отсутствует.
При осмотре форма живота обычно не изменена. В начале заболевания передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, по мере распространения воспалительного процесса становится заметным отставание в дыхании ее правой половины.
Поверхностная пальпация позволяет выявить локальную болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки..
Среди многочисленных симптомов острого аппендицита наибольшее значение имеют локальная болезненность в правой подвздошной области (94 – 95%), пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки (86 – 87%) и симптомы раздражения брюшины, в первую очередь симптом Щеткина-Блюмберга. Однако симптомы раздражения брюшины приобретают диагностическую ценность лишь у детей старше 6 – 7 лет и не являются постоянными (55 – 58%). Перкуссия передней брюшной стенки обычно болезненна.
Ценным методом диагностики является пальпация живота во сне, которая позволяет выявить локальное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, особенно у беспокойных детей, осмотр которых в состоянии бодрствования затруднен.

В ряде случаев, при трудностях в диагностике, полезным является проведение ректального пальцевого исследования, особенно в случаях тазового расположения червеобразного отростка или наличия инфильтрата, которое позволяет выявить болезненность передней стенки прямой кишки.

Особенности клинической картины у детей младшего возраста
Клиническая картина острого аппендицита у детей ясельного возраста чаще всего развивается бурно, на фоне полного здоровья. Ребенок становится беспокойным, капризным, отказывается от еды, температура тела повышается до 38 – 39°С. Возникает многократная рвота. Часто развивается многократный жидкий стул. В кале могут определяться патологические примеси (прожилки крови, слизь).
Осмотр живота у маленького ребенка часто сопряжен с трудностями. Ребенок беспокоится, сопротивляется осмотру. Пальпацию живота у таких пациентов необходимо проводить теплыми руками, предварительно успокоив ребенка.
У детей раннего возраста отмечается отставание правой половины живота в акте дыхания, умеренное его вздутие. Постоянным симптомом является пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, которое иногда бывает сложно выявить при беспокойстве ребенка.
Общим правилом в диагностике острого аппендицита у детей является следующее: чем младше ребенок, тем чаще симптомы интоксикации превалируют над локальной клинической картиной, достигая своего пика у новорожденных, у которых местные проявления в начале заболевания могут вовсе отсутствовать.

Задача
1.Диагноз-острый холецистит
2.*Симптом Кера*-боль при вдохе во время пальпации правого подреберья
Симптом Мерфи –непроизвольный рефлекторный обрыв вдоха при движении диафрагмы вниз в результатеиболи при надавливании на точку проекции жп
Симптом ортнера.- Характеризуется болезненностью в зоне желчного пузыря во время поколачивания справа по реберной дуге
3.Тактика лечения:холецистэктомия

Билет 24

1.Долихоколон.Этиология патогенез клиника диагностика лечение

medfsh.ru

Долихоколон — это аномальное удлинение толстого кишечника.

Причины долихоколона

1.врожденный порок толстой кишки. критическое воздействие на эмбриогенез происходит на 8, 13, 16 и 20-й неделях внутриутробного периода, когда формирующаяся толстая кишка наиболее чувствительна к тератогенным воздействиям. Возможными повреждающими факторами являются:

- *Инфекционные заболевания.* Нормальное развитие толстой кишки может нарушиться под влиянием патогенных микроорганизмов, попавших в организм плода от матери. Наибольшим тератогенным эффектом обладают токсоплазмы, бледные трепонемы, возбудители краснухи, герпетической и цитомегаловирусной инфекции.
- *Токсические вещества.* Дизонтогенез пищеварительных органов чаще наблюдается у детей, рожденных матерями, которые во время гестации курили, употребляли алкоголь и наркотические вещества. Формирование долихоколона также может произойти под влиянием производственных ядов — солей лития, свинца и ртути.
- *Ионизирующая радиация.*

2.Ряд авторов допускают возможность приобретенных форм долихоколона. удлинение отдельных частей или всего толстого кишечника отмечается у пациентов, которые ведут малоподвижный образ жизни, являются вегетарианцами или веганами, злоупотребляют клизмами. В качестве предпосылок к заболеванию рассматриваются дисбактериоз, дискинезия желчевыводящих путей и варикозное расширение кишечных вен.

Патогенез

Механизм развития долихоколона окончательно не установлен. Предположительно при врожденных формах аномалии влияние тератогенных факторов в сенситивные периоды формирования нижних отделов ЖКТ приводит к избыточному росту одной или нескольких частей кишки. Поскольку при этом структура мышечного слоя является нормальной, кишка не расширяется. Формирование приобретенного долихоколона связано с переполнением толстого кишечника каловыми массами из-за ухудшения моторики его стенки, нарушения процессов всасывания и поступления большого количества клетчатки.

Классификация

- Бессимптомный долихоколон. Выявляется случайно во время планового обследования по поводу другой абдоминальной патологии. Специального лечения не требует. Необходима первичная профилактика запоров.
- Долихоколон с нарушенным транзитом. Основной клинический вариант патологии. В большинстве случаев для устранения запора достаточно проведения консервативной терапии слабительными препаратами и прокинетиками.
- Осложненный долихоколон. Тяжелый вариант болезни с возникновением заворота, инвагинации или узлообразования. Рекомендовано срочное выполнение хирургического вмешательства для деторсии или резекции кишки.

Симптомы долихоколона

В случае незначительного удлинения толстого кишечника заболевание длительное время может протекать латентно. Первым и основным признаком долихоколона является *задержка стула более 3 дней*. Наблюдается изменение внешнего вида каловых масс. Пациентов может беспокоить чувство неполного опорожнения кишечника или ощущение препятствия в прямой кишке.

medfsh.ru

В запущенных случаях больные применяют различные мануальные приемы, которые облегчают выделение кала.

Запоры могут сопровождаться болевыми ощущениями без четкой локализации, вздутием живота и затруднением отхождения газов. При пальпации обнаруживается местная болезненность в районе пупка и в левой половине живота. Общее состояние пациентов не нарушено, при длительном течении болезни могут возникать симптомы астении.

Для осложненного течения долихоколона типична асимметрия передней брюшной стенки, недостаточное участие живота в дыхательных движениях, нарушения общего состояния, изменение характера локальных симптомов.

Диагностика

О возможном наличии долихоколона свидетельствуют анамнестические сведения о хронических запорах, которые не объясняются другой функциональной или органической патологией. Наиболее информативными для подтверждения диагноза долихоколона являются:

- **Рентгенография толстого кишечника**. Проведение ирригоскопии после перорального введения контрастного вещества с барием — «золотой» стандарт в диагностике долихоколона. Метод позволяет обнаружить удлиненную ободочную кишку, выявляет значительное замедление пассажа рентгеноконтрастного вещества по кишечнику.
- **Эндоскопическое исследование.** Колоноскопия необходима для оценки длины и ширины различных участков толстой кишки. Во время эндоскопии врач обращает внимание на тонус кишечной стенки, количество и выраженность гаустр. Иногда при долихоколоне определяется контактная кровоточивость слизистой оболочки.
- **Обзорная рентгенография брюшной полости**. Для исключения осложнений долихоколона (признаков кишечной непроходимости, заворота или инвагинации удлиненной кишки) выполняются обзорные снимки живота. При неосложненном течении метод может быть недостаточно информативным.
- **Биопсия стенки кишечника**. Проведение биопсии патологически измененной стенки кишки с последующим гистологическим анализом применяется для дифференциального диагноза с врожденными аномалиями кишечной иннервации. В случае долихоколона строение стенки толстой кишки и подслизистых ганглиев не изменено.

При отсутствии осложнений показатели общего и биохимического анализа крови без отклонений от нормы. Для исключения симптомов мальабсорбции назначается копрограмма. В качестве современного метода визуализации кишечника может использоваться виртуальная компьютерная колонография, которая позволяет определить размеры кишки без ее заполнения бариевой взвесью.

Лечение долихоколона

Выбор терапевтической тактики осуществляется с учетом клинической формы заболевания.

Пациентам с бессимптомным вариантом долихоколона рекомендована первичная профилактика запора — регулярная двигательная активность, употребление хорошо сбалансированной пищи и достаточного количества воды, отказ от подавления позывов к дефекации.

При нарушении транзита каловых масс показана медикаментозная терапия, изменение стиля жизни и питания, отмена препаратов, провоцирующих запор. Для восстановления эвакуаторной функции толстого кишечника применяются:

- **Средства для увеличения объема кала**. За счет активного связывания жидкости растительными и микрокристаллическими препаратами кишечное содержимое размягчается. Слизистые компоненты медикаментов абсорбируют токсины, предотвращая

medfsh.ru

их всасывание. Увеличенный объем мягких каловых масс активирует кишечную перистальтику, что упрощает и ускоряет опорожнение кишечника.

- **Осмотические слабительные средства**. С помощью солевых препаратов, неусваиваемых углеводов (пребиотиков) и производных полиэтиленгликоля удается повысить осмотическое давление в просвете кишки, стимулировать процессы гидратации. При поступлении жидкости из плазмы происходит размягчение кишечного содержимого, что в сочетании с увеличением объема каловых масс вызывает дефекацию.
- **Прокинетики**. Для усиления моторики толстого кишечника используют фитопрепараты, серотонинергические средства и миотропные регуляторы сократительной активности гладкомышечных волокон. Послабляющий эффект прокинетических препаратов связан с нейрогуморальными воздействиями. Усиление перистальтики кишечной стенки позволяет ускорить продвижение каловых масс по удлиненной кишке.

  При упорных запорах оправдано дополнение терапии приемом пищевых волокон, контактными слабительными в виде свечей и клизм. Пациентам с выраженным болевым синдромом показаны селективные спазмолитики, ненаркотические анальгетики. Для уменьшения вздутия применяют пеногасители. Медикаментозное лечение долихоколона сочетают с физиотерапевтическими методиками — иглорефлексотерапией, лазеротерапией и электростимуляцией кишечника.

  При терапевтически резистентных формах заболевания со значительным ухудшением качества жизни больным рекомендованы оперативные методы — субтотальная резекция толстого кишечника, колэктомия с созданием илеоректального анастомоза.

  Хирургическое лечение осложненных форм долихоколона проводится по принципам оперирования больных со странгуляционной кишечной непроходимостью. При завороте кишки с сохранением жизнеспособности кишечной стенки выполняется эндоскопическая или лапаротомическая деторсия, при стойком нарушении кровоснабжения — резекция.

2.Послеоперационные осложнения при остром аппендиците

а) ранние (4-10 дней):

1) нагноение раны,
2) воспалительный инфильтрат раны,
3) гематомы (серомы – нет в классификации),
4) продолжение дооперационного перитонита,
5) послеоперационный перитонит,
6) межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный абсцессы (забрюшинные),
7) внутреннее кровотечение (сосуды брыжейки отростка или рассеченных спаек и с передней брюшной стенки),
8) динамическая кишечная непроходимость,
9) кишечный свищ,
10) тромбофлебит воротной и забрюшинных вен (септический — пилефлебит);

б) поздние осложнения:

1) воспалительный инфильтрат в области илеоцекального угла,
2) лигатурные свищи,
3) спаечная кишечная непроходимость,
4) послеоперационная грыжа,
5) расхождение краев раны (эвентрация) – нет в классификации.

Кроме того, можно выделить системные осложнения:

а) тромбоэмболические;
б) пневмонии (гипостатические);
в) острый инфаркт миокарда;
г) острые нарушения мозгового кровообращения;
д) расстройства со стороны мочевой системы.

medfsh.ru

Гематомы возникают в первые дни после операции наблюдаются боль и припухлость в области шва. Лечение — опорожнение гематомы.
Нагноение раны — наиболее частое осложнение (1–6 %). Лечение — снятие швов, разведение краев раны, повязки с антибактериальными средствами и ферментами, иммунотерапия в соответствии с фазами раневого процесса.
Воспалительные инфильтраты. Лечение — антибактериальная терапия, физиотерапевтические процедуры (кварц, электрофорез, УВЧ).
Внутрибрюшные кровотечения и гематомы после аппедэктомии возникают у 0,03–0,2% больных после аппендэктомии. Причина их кроется в технических погрешностях в ходе операции при недостаточном или неправильном лигировании культи аппендикулярной артерии соскальзывании лигатуры после уменьшения отека тканей, нарушения системы гемостаза у больных с гемофилией, тромбоцитопениями.
Решение вопроса — надежный гемостаз, прошивание, а не завязывание брыжейки. Реже отмечаются капиллярные кровотечения, которые опасны формированием внутрибрюшных гематом с последующим развитием ограниченного и даже разлитого перитонита. Внутрибрюшные профузные кровотечения в первые часы и дни после аппендэктомии проявляются симптомами острой анемии.
Трудности диагностики ограниченных гематом обусловлены медленным нарастанием кровотечения, проявляющегося картиной вялотекущего перитонита.
В диагностике важное значение имеет поступление по дренажу из брюшной полости (при его наличии) свежей крови, а также обнаружение на УЗИ свободной жидкости в брюшной полости.
При физикальном исследовании определяется притупление перкуторного звука, симптомы раздражения брюшины. Ранняя релапаротомия (лапароскопия) при установлении диагноза производится немедленно.
Операция заключается в удалении сгустков — санации брюшной полости и окончательным и тщательным гемостазом — прошивание или коагуляция источника кровотечения.
Ранняя спаечная кишечная непроходимость после аппендэктомии осложняет течение послеоперационного периода у 0,9–4,2% больных и наблюдается чаще у оперированных по поводу деструктивных форм (86,3%). Возникает при перегибах петель тонкой кишки спайками и образованными в результате перитонита плотными тяжами, чаще, где имелись повреждения серозной оболочки, длительное нахождение дренажных трубок.

Кишечные свищи — это образование патологического сообщения (fistula) между просветом кишки с внешней средой или с другим полым органом или анатомической полостью. В первом случае говорят о наружном свище, а во втором — о внутреннем.
Искусственные, сформированные по медицинским показаниям свищи, называются стомами. Возникновение свища у больных обуславливает тяжелую клиническую картину и высокий уровень летальности (до 30 %).

По виду свища выделяют сформированные и несформированные свищи. К первой группе относят губовидные, при которых выходное отверстие свища представлено кишечной стенкой, и трубчатые — наиболее благоприятные для закрытия, при которых между кишкой и окончанием свища имеется ход, представленный окружающими тканями.
Несформированные свищи представляют серьезную сложность в лечении и могут открываться в рану, дном которой являются ткани брюшной стенки, на эвентрированные петли кишечника, в брюшную полость. При этом могут возникать другие гнойно-воспалительные осложнения, в зависимости от локализации затеков — абсцессы, флегмоны брюшной полости, брюшной стенки.

medfsh.ru

По уровню различают высокие, низкие и смешанные свищи. Чем выше свищ, тем более выражены потери через патологическое отверстие энергетических ресурсов, жидкости, электролитов и кишечных соков. Основной причиной летальных исходов при кишечных свищах является декомпенсация водно-электролитного баланса, кахексия и развитие полиорганной недостаточности.
Обычно кишечные свищи образуются через 1–2 недели после операции, но иногда и позже. Клинически проявляется появлением на повязке кишечного содержимого. Для диагностики свищей применяют пробу с красителем, при которой пациент при введении per os раствора метиленовой сини, обнаруживает данный раствор в операционной ране. Также применяется рентгенологическое исследование с контрастным веществом, которое вводится при высоких свищах через рот, а при низких — через прямую кишку.
При тонкокишечных свищах отмечается раздражение кожи (мацерация) высокоактивным панкреатическим соком в виде покраснения и воспаления (дерматит).

Трубчатые свищи в основном закрываются самостоятельно в течение 1–1,5 месяцев. Проводят коррекцию потери водно-электролитных потерь, парентеральное и энтеральное (через зонд, проводимый ниже свища) питание, обработка кожи нейтрализующими раздражение мазями. Губовидные и несформированные свищи требуют оперативного лечения. Применяются внебрюшинное закрытие свищей (в основном при неполных свищах), при невозможности данного способа – лапаротомия с резекцией кишки, несущей свищ или выключение пораженного участка кишки из пассажа кишечного содержимого путем формирования обходного анастомоза.
Необходимо отметить, что данная операция является технически сложной, часто проводится в условиях выраженного спаечного процесса между петлями кишок, поэтому разделение петель кишки в условиях воспаленной кишечной стенки может привести к повреждению серозной оболочки кишки с последующим повторным формированием свищей в других отделах кишечника.

3.Показания и методы оперативного лечения гастродуодельных язв

Показания

К абсолютным относятся:
1) перфоративные язвы;
2) тяжелые профузные кровотечения;
3) декомпенсированный пилородуоденальный стеноз и деформации желудка с нарушением моторно-эвакуаторной функции всех степеней.
К условно-абсолютным показаниям (показаны с оговорками) относятся:
1) крупные пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
2) большие хронические и каллезные язвы;
3) умеренные повторяющиеся гастродуоденальные кровотечения;
4) обоснованное подозрение на малигнизацию язвы.
Относительные показания — язвы, плохо поддающиеся консервативной терапии в течение 2–3 лет, при агрессивном течении заболевания, сезонных обострениях, социальные показания (низкий комплайсмент). В настоящее время относительные показания не имеют клинического значения.

Операции:радикальные и органосохраняющие
Радикальные-резекция желудка

Основные этапы операции:

1. Выполняется верхнесрединная лапаротомия. Эта операция выполняется также лапароскопически, из 5 троакарных доступов.
2. Мобилизация или скелетирование желудка. Формируется окно в желудочно-ободочной связке. Производится мобилизация большой кривизны путем порционного пересечения

medfsh.ru

между лигатурами и перевязки прядей большого сальника с проходящими в них желудочносальниковыми и короткими желудочными артериями. Далее производится мобилизация малой кривизны – малого сальника путем селективной перевязки левой и правой желудочных артерий и вен.

3. Собственно резекция. Пересекается 12-п. кишка при помощи сшивающего аппарата, который накладывает 2 ряда титановых скрепок. Формирование малой кривизны производится путем косого пересечения желудка, а в нижней части приводящей культи оставляют отверстие для будущего анастомоза. Верхней границей резекция 2/3 желудка является линии от места деления левой желудочной артерии до середины левой трети желудочно-ободочной связки; резекция 3/4 — до нижнего полюса селезенки; субтотальная резекция — от правого края пищевода до нижнего полюса селезенки (по В.Н. Войленко, 1965).

4. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта. Существует два варианта.

Операция по Бильрот-1 предполагает формирование анастомоза между желудком и культей 12-п. кишки. В нашей клинике применяется термино-латеральный («конец в бок») гастродуоденоанастомоз.

Методика по способу Бильрот-1 считается более физиологичной, т.к. при этом сохраняется пассаж содержимого по 12-п. кишке, операция выполняется в одной области, нет необходимости накладывать дополнительные межкишечные анастомозы, что сокращает время операции.

Методика по способу Бильрот-2 предполагает ушивание культи 12-п. кишки и соединение культи желудка с тощей кишкой. Она применяется у онкологических больных для профилактики рака культи желудка, также в случаях, когда трудно произвести анастомоз с культей 12-п.к. при больших объемах резекции.

Органосохраняющие операции.Ваготомией называется иссечение обоих блуждающих нервов на протяжении нескольких сантиметров с целью подавления секреции соляной кислоты и показана при ЯБ 12-п. кишки. Первоначально ее выполняли на уровне пищевода (**стволовая ваготомия**), что приводило к длительной задержке желудочного содержимого из-за пареза желудка с последующим возникновением язв. Поэтому ваготомию сочетали с дренирующей операцией, или резекцией.

В дальнейшем была предложена **селективная желудочная ваготомия**, с пересечением нервов на уровне пищеводно-желудочного перехода, при которой сохранялись моторные и секреторные ветви, идущие к печени, поджелудочной железе, желчному пузырю и тонкой кишки.

Третий вариант ваготомии — **селективная проксимальная (СПВ) ваготомия**. При этом производят избирательное выделение и пересечение сосудисто-нервных пучков на передней и задней стенке малой кривизны желудка с сохранением конечной ветви блуждающего нерва — нерва Латарже, идущего к привратнику и отвечающего за двигательную активность желудка. Данная операция особенно показана в лапароскопическом варианте. Ваготомия, выполненная по показаниям и технически правильно, демонстрирует стойкие благоприятные результаты по достижению ремиссии ЯБ.

Задача.

medfsh.ru

1.острый деструктивныйхолецистит
2.доп методы исследования:УЗИ ,холецистохолангиография, кт,мрт,лапароскопия
3.Диф дианостика:острый аппендицит,панкреатит,
4.Осложнения:перфорация желчного пузыря,перитонит
5.Операция:холецистэктомия

Билет 25

Билет 25

1.ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Острый парапроктит – острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное
распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

I. По характеру возбудителя:

1)Аэробный.
2)Анаэробный:
vклостридиальный
vнеклостридиальный

II. По локализации поражения:

a)подкожный
b)подслизистый
c) межмышечный
d)седалищно-прямокишечный (ишиоректальный)
e) тазово-прямокишечный:
vпельвиоректальный
vретроректальный
vподковообразный

III. По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:

A.Задний.
B.Передний.
C.Боковой.

IV. По характеру гнойного хода:

1)интрасфинктерный
2)транссфинктерный
3)экстарсфинктерный

ЭТИОЛОГИЯ

· ослабление иммунитета вследствие сопутствующей острой или хронической инфекции
·сосудистые изменения вследствие сахарного диабета
·желудочно-кишечные расстройства
· наличие геморроя, трещин, криптита

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

К основным клиническим проявлениям ОП относятся:
· острое начало заболевания,
·нарастающая боль в прямой кишке, промежности или в тазу,

medfsh.ru

· повышение температуры тела

Осмотр больного.

Проводят на гинекологическом кресле в положении как для литотомии или в колено-локтевом
положении. При этом оценивают гиперемию, припухлость кожных покровов перианальной,
крестцово-копчиковой области и ягодиц, наличие резко болезненного инфильтрата или флюктуации в этой области. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют патологические выделения гноя или слизи, сопутствующие заболевания - анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки

Пальцевое исследование прямой кишки.

Основной прием при остром парапроктите, несет определяющую информацию при сложных разновидностях заболевания:

· **при тазово-прямокишечном парапроктите**

vболезненность одной из стенок среднеампулярного или верхнеампулярного отдела прямой кишки, тестоватой консистенции
vинфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами.

В более поздних стадиях определяют:

vутолщение стенки кишки, оттеснение её извне
vопухоли, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной

·**при позадипрямокишечной форме** определяют
vвыбухание в области задней стенки прямой кишки
vусиление болей при давлении на копчик

·**при подковообразной форме острого парапроктита**
vуплощение и уплотнение стенки кишки выше анального канала
vсглаженность складок на стороне поражения
vповышение температуры в кишке.

К концу первой недели заболевания воспалительный инфильтрат оттесняет стенку кишки и выбухает в её просвет.

Если воспалительная инфильтрация ткани захватывает предстательную железу и мочеиспускательный канал, пальпация их вызывает болезненный позыв на мочеиспускание;

· **при внутристеночно-инфильтративном парапроктите**

vпальпируют плотный, неподвижный, безболезненный инфильтрат, часто без четких границ

Фистулография.

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза. Определяется расположение и размеры гнойной полости, ход свища по отношению к наружному
сфинктеру

Бактериологическое исследование.

Не является обязательным методом обследования. Заключается в видовом исследовании микрофлоры гнойного очага для уточнения диагноза и проведения адекватной антибиотикотерапии.

ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Не является обязательным методом обследования, используют для уточнения диагноза. УЗ-исследование со стороны промежности и трансректальная сонография позволяют оценить
локализацию, размеры, структуру патологического очага, наличие дополнительных ходов, степень

medfsh.ru

вовлечения в воспалительный процесс стенки прямой кишки и волокон наружного сфинктера, глубину расположения патологического очага от кожных покровов .

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

· нагноившеяся тератома параректальной клетчатки,

·абсцесс дугласова пространства, вскрывшийся в параректальную клетчатку.

· Парапроктит так же может являться осложнением распадающейся опухоли прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение острого парапроктита только хирургическое.

Операция должна быть выполнена в ближайшие часы после верификации диагноза.

Промедление с операцией чревато:

· опасностью распространения гнойного процесса по клетчаточным пространствам таза,

· разрушения мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ :

1.*Радикальное одномоментное*(острый парапроктит)

§неотложное широкое вскрытие гнойного промежностного очага

§ревизия и санация послеоперационной раны

2.*Многоэтапное*.

Наиболее целесообразно разделение хирургического лечения ОП на несколько этапов.

§**1 этап** - производится неотложное вскрытие гнойника,

§**2 этап** – ранние отсроченные радикальные операции, осуществляемые 5-7 дней спустя, после полного стихания воспалительных явлений

Цель – вскрытие и дренирование гнойника, поиск и ликвидация пораженной крипты и гнойного хода

2.СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ.

Спаечная кишечная непроходимость - расстройство пассажа содержимого пищеварительного тракта в результате образования грубых рубцовых сращений в брюшной полости.

Патология вызывается различными причинами, но чаще всего является следствием **хирургического вмешательства**.

Спаечная кишечная непроходимость – нарушение продвижения пищевых масс и пищеварительных соков по кишечнику, связанное с формированием спаек.

ЭТИОЛОГИЯ

§**механический**— травмирование брюшины при захватывании ее инструментами, протирание сухими салфетками, иссечение участков брюшины, использование травматических игл, длительное пребывание в брюшной полости дренажных трубок;

§**физический** — высушивание брюшины воздухом (при длительных вмешательствах), воздействие высокой температуры при использовании во время операции электрокоагуляции, лазерного излучения, горячих растворов;

§**инфекционный** — проникновение инфекции в брюшную полость;

§**имплантационный** — неинфекционное воспаление брюшины в результате оставления в брюшной полости нерассасывающегося или длительно рассасывающегося шовного материала, кусочков марли, талька с перчаток;

§**химический** — попадание или использование во время операции веществ, вызывающих химический ожог и асептическое воспаление брюшины (йод, спирт, фурацилин и др.).

ВИДЫ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

medfsh.ru

− *СТРАНГУЛЯЦИОННЫЙ* — сдавление брыжейки кишечника, осложняется некрозом пищеварительного тракта

КЛИНИКА

Остро и внезапно:
§Появляется сильная боль в животе без четкой локализации
§Бледность кожных покровов
§Пациент не может найти удобное положение, отказывается от еды.
§Рвота без примесей, она имеет рефлекторный характер и вызвана травмой брыжейки. Постепенно появляется задержка отхождения газов и стула.
§Признаки токсикоза нарастают стремительно (учащение пульса, перепады артериального давления, слабость, головокружение, обезвоживание и т. п.).
§Вначале живот мягкий, но болевой сидром вызывает напряжение мышц живота. Перистальтика невидима невооруженным глазом
§

− *ОБТУРАЦИОННЫЙ* - сдавление петель кишечника спайками, но при этом они не нарушают его кровоснабжение и иннервацию

КЛИНИКА

§Болевые ощущения появляются внезапно (они связаны с усилением перистальтики и носят приступообразный характер)
§Рвоты с примесями желчи и зелени
§Равномерное вздутие живота
§Нарушается отхождение газов, возникают запоры.
§Врач может увидеть перистальтику кишечника через брюшную стенку и определить усиление шумов.

Клинически выделяют следующие формы спаечной болезни:

1.бессимптомная;
2.диспептическая;
3.болевая;
4.смешанная;
5.спаечная кишечная непроходимость

Спайки представляют собой плоскостные сращения или тяжи (штранги) и могут быть:

1.изолированные межкишечные;
2.кишечно-париетальные;
3.париетально-сальниковые (синдром Кноха, или «натянутого сальника»).

ПРОФИЛАКТИКА

§Бережное проведение операции,
§Предотвращение пересушивания брюшины и введения сухих препаратов,
§Своевременной эвакуации крови и инородных предметов.

Виды противоспаечных барьеров:

1) газы — воздух, кислород, гелий
2) аэрозоли — лекарственные взвеси
3) жидкости — декстраны, гемодез, 0,9%-ный раствор хлорида натрияи т
4) гели — гиалуроновая кислота, карбоксиметилцеллюлоза, фосфатидилхолин, фибриновый клей (Мезогель, Adept, Intergel, Hyskon, SprayGel,Oxiplex);
5) твердые вещества — саморассасывающиеся пленки и мембраны (Seprafilm, Interseed, Sepracoat, Preclud, Oxiplex, CollaGuard, Гора-тефлон).

medfsh.ru

Наибольшую эффективность демонстрируют препараты двух последних групп, однако до сих пор сложно говорить о решении проблемы спайкообразования.

После операции

§физиотерапия: УВЧ, электрофорез
§лечебная физкультура
§соблюдение диеты

Прогноз спаечной кишечной непроходимости при проведении своевременной диагностики и рациональной терапии благоприятный, но высока вероятность рецидива патологии.

3.Современные методы лечения острого холецистита. Показания к хирургическому лечению.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ-острое неспецифическое воспаление желчного пузыряо.
Выделяют: каменные и бескаменные холециститы.
Чаще заболевание обусловлено желчнокаменной болезнью
.

Причина бескаменного холецистита

§заброс панкреатического сока в желчный пузырь
§сосудистые нарушения в стенке желчного пузыря
§паразитарные заболевания
§гематогенное и лимфогенное инфицирование

Острый калькулезный холецистит начинается с блокады пузырного протока вклинившимся камнем. Последующее развитие желчной внутрипузырной гипертензии до 400-700 мм.вод.ст., сдавление слизистой и подслизистого слоя приводит к нарушению кровообращения в стенке желчного пузыря, развитию ишемического некроза слизистой.

Вследствие этого

§снижается барьерная функция слизистой оболочки,
§нарушается еѐ целостность,
§появляются входные ворота для инвазии инфекции (если желчь не стерильна)
§присоединение бактериального компонента.
Дальше процесс прогрессирует по типу обычного бактериального воспаления.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

По патогенезу:

1. Острый калькулѐзный холецистит
2. Острый бескаменный холецистит:
vферментативный
vсосудистый
vинфекционный
vпаразитарный

Клинико-морфологические формы:

§Катаральный
§Гнойно-дестуктивные формы:
vфлегмонозный (включая эмпиему желчного пузыря)
vгангренозный
vперфоративный

Исходы:

* хронический калькулезный холецистит
* водянка желчного пузыря
* рубцовое сморщивание желчного пузыря
* формирование внутренних желчных свищей

medfsh.ru

Осложнения:
§перфорация стенки желчного пузыря
§местный или распространѐнный перитонит
§инфильтрат брюшной полости
§перивезикальный абсцесс абдоминальный
§сепсис

ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА
Хирургический метод (холецистэктомия) - основный способ лечения
больных с острым и хроническим калькулезным холециститом.
Основные этапы холецистэктомии:
1.операционный доступ ревизия желчного пузыря,
2.гепатодуоденальной связки и дифференцировка ее элементов пересечение и перевязка пузырной артерии
3.катетеризация пузырного протока и выполнение интраоперационной холангиографии пересечение и перевязка культи пузырного протока
4.выделение желчного пузыря из ложа коагуляция или ушивание ложа желчного пузыря
5.дренирование подпеченочного пространства силиконовой трубкой
6.ушивание раны передней брюшной стенки

В зависимости от последовательности выполнения этапов холецистэктомии различают
§от дна
§от шейки
§комбинированы способом
Холецистэктомия выполняется различными способами:
· **традиционная холецистэктомия**
-из лапаротомного доступа холецистэктомия
-из мини-лапаротомного доступа (MAS – доступ,(minimal access surgery))
· **лапароскопическая холецистэктомия**
технологии NOTES - эндоскопическая транслюминальная
· **хирургия через естественные отверстия**
технологии SILS, LESS (Единый лапароскопический доступ)
При наличии оборудования и опыта все операции могут быть дополнены вмешательством на протоках
ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
1.перфорация пузыря с перитонитом
2.угроза перфорации, т. е. деструктивный холецистит, особенно при ферментативной или его атеросклеротической (сосудистой) форме
3.осложненные формы — абсцессы, механическая желтуха, холангит

ЗАДАЧА

1) Острая кишечная непроходимость. Паралитическая
2) Рентген (чаши Клойбера , кишечные арки, складки Керкринга), ирридоскопия ,колоноскопия , узи , кт ,мрт.
3) Рентген (чаши Клойбера , кишечные арки, складки Керкринга)
4) Средне-срединная лапаротомия, ревизия с устранением непроходимости, дренирование брюшной полости.

medfsh.ru

Билет 26

БИЛЕТ 26

1. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Определение понятия. Этиопатогенез.

Непроходимость кишечника — осложнение, сопровождаемое частичным или полным нарушением продвижения кишечного содержимого по пищеварительной системе.

Классификация

по времени происхождения:

-врожденной

-приобретенной.

Виды непроходимости кишечника:

Механическая непроходимость: — обтурационная (это нарушение пассажа по кишечнику без нарушения кровоснабжения органа за счет сдавления просвета кишки); — странгуляционная (это нарушение пассажа по кишке со сдавлением ее брыжейки, что приводит к нарушению кровоснабжения кишки в этом месте и в последующем — к некрозу кишки); — сочетанная (комбинация обтурации и странгуляции).

Динамическая непроходимость: — паралитическая; — спастическая.

По уровню препятствия — тонкокишечная — 64-80% случаев, отличается более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом заболевания. - толстокишечная непроходимость — 4,8%.

Тонкокишечная непроходимость делится в свою очередь на высокую (тощая кишка) — 33,1%, и низкую (подвздошная кишка) — 62,1%.

Этиология.

К предрасполагающим моментам КН можно отнести: 1) врожденные аномалии, (подвижность слепой кишки (например, инвагинация (3–5% всех причин), мальротация (незавершѐнный поворот кишечника), дополнительные карманы и складки брюшины); 2) чрезмерная подвижность органов брюшной полости приобретенного характера (удлинение сигмовидной кишки в старческом возрасте может привести к узлообразованию); 3) спайки тяжи и сращения, способствующие патологическому положению кишечника и его брыжейки (заворот (4–6%), ущемление, перекрут) (80–91%). Различают межкишечные, кишечно-париетальные или париетально-сальниковые сращения, формирующие тяжи и «окна», в которые могут заходить петли кишечника и вызывать странгуляционную КН или образование кишечных конгломератов, способных привести к обтурационной КН при функциональной перегрузке кишечника; 4) патологические образования, исходящие из ее стенки (доброкачественные и злокачественные опухоли, рубец, гематома), соседних органов (киста, опухоль), находящиеся в просвете кишки каловые, желчные камни (0,5–6%), безоары (1,2–4%) —

medfsh.ru

патологические образования, образующиеся в просвете кишки, например фитобезоары из непереваренной растительной пищи, клубки волос (Rapunzel syndrome), проглоченные психически больными пациентами, инородные тела (0,2–1%), например клубок аскарид и т.д. Экзофитные опухоли (полипы) тонкого кишечника, дивертикул Меккеля могут обусловить инвагинацию; 5) грубое рубцовое сморщивание и укорочение брыжейки или рубцовая деформация кишечной стенки, например, при болезни Крона (0,7–3%).

Производящие факторы: для грыж — повышение внутрибрюшного давления, для других видов непроходимости — изменения моторики кишечника, связанные с изменением пищевого режима (употребление большого количества овощей и фруктов в летне-осенний период; обильный прием пищи на фоне длительного голодания может вызвать заворот тонкой кишки; переход с грудного вскармливания на искусственное у детей первого года жизни может быть причиной илеоцекальной инвагинации).

Причины динамической КН:паралитическая, при которой происходит резкое расширение петель кишечника на фоне резкого снижения или отсутствия сократительной способности кишки — чаще всего является клиническим проявлением воспалительных процессов брюшной полости — перитонит, травма, в т.ч. операционная, нарушения мезентериального кровотока (инфаркт кишечника), флегмона забрюшинного пространства, неспецифический язвенный колит; метаболические нарушения (уремия, сахарный диабет, гипотиреоз, гипокалемия, нарушение обмена Ca++, Mg++), передозировка лекарственных средств (опиоидов, холинолитиков, психотропных, антигистаминных препаратов, после операций действие миорелаксантов), ограничение физической активности (постельный режим), длительно не купирующиеся желчная или почечная колика.

Спастическую КН вызывают поражения ГМ или СМ, отравления солями тяжелых металлов (Pb), истерия.

Патогенез.
ОКН приводит к нарушению как местно, в области пораженной кишки, так и системно, запуская процессы, приводящие к полиорганной недостаточности. Основные звенья патогенеза: «кишечная недостаточность»; водно-электролитные нарушения; эндотоксикоз; инфекционно-воспалительные осложнения, как следствие перфорации кишки; болевой синдром.

При обтурационной форме ОКН кишечник выше уровня закупорки до желудка, становится вздутым от газов и жидкости (пища, пищеварительные соки и секрет слизистой, экссудат). Пища, являясь идеальной питательной средой для микроорганизмов, быстро разлагается и подвергается гниению, происходит бурное размножение микробов, появляются продукты неполного гидролиза белков, что еще больше увеличивает внутрикишечное давление. Нарушается крово- и лимфообращение в стенке кишки за счет компрессии внутристеночных сосудов, сдавления капилляров, что приводит к гипоксии тканей. Появляется интерстициальный отек. Стенка кишки утолщается, приобретает цианотичный оттенок, образуются мелкие кровоизлияния, изъязвления, сократительная способность мышечной оболочки снижается, перистальтика исчезает, местный иммунитет

medfsh.ru

подавляется. Кишка становится легко проницаемой для микробов и токсинов, продуктов распада пищи, биологически активных полипептидов, которые перемещаются из просвета кишки в систему воротной вены и лимфатические сосуды, что приводит к системной интоксикации. Распространение отёка на брыжейку увеличивает застой, далее пропотевание жидкости происходит не только в просвет кишки, но и в брюшную полость. В последующем ишемия тканей приводит к некрозу стенки кишки с прободением и развитием распространенного перитонита.

При странгуляционной ОКН непроходимость возникает чаще в двух или более местах. В области кишки, лишенной кровообращения, сразу же возникают гемодинамические расстройства, связанные с сокращением или прекращением артериального притока и нарушением венозного оттока за счет компрессии сосудов брыжейки кишки, тромбозов сосудов. Кишка инфильтрируется кровью, становится темно-багровой. Это приводит к быстрому развитию некрозов стенки кишки, начиная со слизистой и далее на всю толщу кишечной стенки. Происходит нарушение барьерной функции слизистой. Патоморфологические изменения наблюдаются также в приводящем и отводящем отделах кишки в виде некробиотических изменений. Происходят значительные биохимические сдвиги с нарушением всех видов обмена веществ. Происходит значительная потеря электролитов, снижение ОЦК и интерстициальной жидкости, вследствие секвестрации жидкости в «третье водное пространство» — в кишечнике, брюшной полости (внеклеточная гипогидратация с гипергидратацией клеток).

При всех формах ОКН происходит потеря калия с развитием гипокалиемического синдрома (адинамия, нарушение сократительной способности миокарда и внутрисердечной проводимости, парез желудочно-кишечного тракта). Важным звеном патогенеза ОКН являются нарушения гемодинамики вследствие нервно-рефлекторных, гуморальных и метаболических изменений. Гиповолемия, нарушение микроциркуляции, повышение вязкости крови, агрегация форменных элементов приводят к недостаточности кровообращения в легких, почках, печени, тромбозу мелких сосудов, сладжсиндрому. Присоединяющаяся респираторная и циркуляторная гипоксия усугубляет нарушения функции печени и почек. Степень и скорость развития полиорганной недостаточности и тяжелых интраабдоминальных осложнений зависит от выраженности, длительности и вида ОКН, а также соматического фона (возраст, сопутствующие заболевания).

2. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования больных с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. ЭРХПГ и ЭПСТ.

1) Холецистография - рентгеноконтрастное вещество вводится больному перорально, затем оно всасывается в кишечнике и экскретируется печенью в желчь, которая накапливается в желчном пузыре, получаемая рентгенограмма желчного пузыря позволяет оценить его структуру, функцию, наличие в нем конкрементов (на рентгенограмме они представлены в виде светлых участков).

medfsh.ru

2) Транспечёночнуючрескожнуюхолангиографию —рентгенологическое исследование жёлчных протоков, при котором в общий жёлчный проток или жёлчный пузырь вводят контрастное вещество посредством пункции через брюшную стенку и ткань печени.

3) Эндоскопическая ретроградная холепанкреатография - метод введения контрастного вещества через устье общего жёлчного протока при эндоскопии (эндоскопически ретроградная холангиопанкреатография — ЭРХПГ), позволяет установить место и причину жёлчной гипертензии, в частности сужение (стриктуру) желчных протоков («золотой стандарт» в диагностике первичного склерозирующего холангита). Местное обезболивание полости рта и глотки раствором лидокаина, через рот, пищевод, желудок в двенадцатиперстную кишку пациенту вводят дуоденоскопи осматривают большой дуоденальный сосочек, через устье БДС заводят катетер в общий желчный проток (холедох), вводят рентгеноконтрастный раствор и на экране рентгенаппарата оценивают состояние и размеры протока, наличие или отсутствие камней, их количество.

4) Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - оперативное внутрипросветное вмешательство, позволяющее ликвидировать патологию большого дуоденального сосочка (БДС), в частности папиллостеноз (рубцовое сужение БДС): 1 этап – ЭРХПГ, 2 этап - заведение в БДС папиллосфинктеротома (его основа — это металлическая струна, по ней подается электроблоком в зону рассечения ток, что и обеспечивает бескровное разъединение тканей БДС) => ликвидирует папиллостеноз, устранение холедохолитиаза (желчные камни из холедоха после рассечения БДС могут отходить самостоятельно либо их извлекают в процессе процедуры из общего желчного протока с помощью корзинки Дормиа или баллонного катетера).

5) Прямая эндоскопическая сфинктерная манометрия – регистрация базального давления в сфинктере Одди (40 мм рт.ст), продолжительность и частоту сокращений СО (частота сокращения 10 в минуту, давление во время сокращения 240 мм рт.ст.)

6)Магнитно-резонансная панкреатохолангиография.

3.Добракачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, липома, гинекомастия). Дифференциальная диагностика.

Фиброаденома (аденофиброма) — доброкачественная опухоль молочной железы, наиболее часто встречающаяся в возрасте 15—35 лет в основном (90%) в виде одиночного узла. Некоторые исследователи относят фиброаденому к дисгормональным дисплазиям.

Патологоанатомическая картина. Опухоль состоит из пролиферирую-щих эпителиальных элементов и соединительной ткани. Различают пери-и интраканаликулярные фиброаденомы. Размеры опухоли различны — от микроскопических до гигантских (листовидная опухоль молочной железы).

Клиническая картина и диагностика. Фиброаденома имеет округлую форму, четкие контуры, ровную гладкую поверхность, не спаяна с окружающими тканями. Пальпация ее безболезненна. При пальпации молочной железы в положении лежа опухоль не исчезает. На маммограмме видна тень округлой формы с четкими контурами (рис. 5.5). Более информативно УЗИ, так как позволяет выявить полость кисты и тем самым помочь

medfsh.ru

дифференциальной диагностике между кистой и фиброаденомой. У пожилых женщин в фиброаденоме на фоне выраженного фиброза могут быть выявлены отложения кальция. При гистологическом исследовании отмечаются разные составляющие повышенного риска малигнизации, особенно у молодых женщин.
Лечение. Опухоль обычно удаляют вместе с выраженной капсулой и небольшим количеством окружающей молочную железу ткани. У молодых женщин при операции следует позаботиться о косметическом результате. Разрез рекомендуют делать по краю ареолы. Затем несколько туннелируют ткань для доступа и удаления аденомы. При удалении ее одновременно убирают минимум здоровой ткани для получения хорошего косметического результата. Швы в глубине раны не накладывают. В Европе при уверенности в диагнозе фиброаденомы небольших размеров не удаляют. Фиброаденомы больших размеров (около 5 см в диаметре), наблюдающиеся иногда у молодых женщин, подлежат удалению и срочному гистологическому исследованию. По клиническим данным фиброаденому почти невозможно отличить от гамартомы. В таких случаях опухоль подлежит удалению.
Липома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани, обычно располагается над тканью молочной железы и в ретромаммар-ном пространстве. Опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения. Встречается чаще у пожилых женщин. На маммограмме выявляется в виде просветления с четкими ровными контурами на фоне более плотной железистой ткани.
Лечение. Удаление опухоли.
Дифференциальная диагностика

Характеристика	Доброкачественная опухоль	Злокачественная опухоль
Рост	медленный	быстрый
Поверхность	гладкая	бугристая
Граница	чёткая	нечёткая
Консистенция	мягкоэластическая, плотноэластическая	каменистой плотности деревянистой плотности
Подвижность	сохранена	может отсутствовать
Связь с кожей	отсутствует	определяется
Нарушение целостности кожи	отсутствует	может быть изъязвление
Регионарные лимфатические узлы	не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

Гинекомастия (в пер. с лат. "женственная грудь") — это увеличение одной или обеих грудных желёз у мужчин, связанное с разрастанием тканей молочных (грудных) желёз и локальным отложением жировой ткани.

Задача

1) Острый аппендицит
2) ОАК, ОАМ, БХ, УЗИ ,КТ , ЛАПОАРОСКПИЯ .
3) ДА
4) ЛЕЧЕНИЕ-АППЕНДЭКТОМИЯ

БИЛЕТ 27

medfsh.ru

Билет 27

1. **Перитонит. Клиника, методы диагностики, принципы лечения**

Перитонит — воспаление брюшины различной степени выраженности. Чаще всего причиной перитонита являются воспалительные заболевания органов брюшной полости..

Летальность при перитоните высокая, достигает 20–30%, при тяже-лых формах (например, при послеоперационном перитоните) — 40–50 %, а при полиорганной недостаточности — 80–90%. Летальность напрямую за-висит от сроков поступления больного в стационар.

Клиника

I стадия —реактивная. Длительность ее составляет от нескольких часов до 24 часов. В этой стадии воспалительный процесс в брюшной полости только начинает развиваться; местный перитонит переходит в распространенный. Выпот серозный или серозно-фибринозный.

Больные всегда жалуются на боли, интенсивность и иррадиация, которых зависят от причины, вызвавшей перитонит. Кроме боли, почти всегда бывают рефлекторная рвота и тошнота. Обычно с самого начала больной имеет вид тяжело страдающего человека, покрытого холодным потом, лежащего в вынужденном положении. Температура тела может быть нормальной, чаще повышена. Пульс частый и малого наполнения, не соответствует температуре. Артериальное давление в этот период чаще слегка понижено. Язык обложен белым налетом, суховат, но слизистая оболочка щек еще влажная. Брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания (втягиваются при вдохе лишь межреберные промежутки), иногда глазом можно определить ее ригидность.

При пальпации определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. По мере прогрессирования перитонита выраженность этого симптома уменьшается из-за нарастающей интоксикации и вздутия брюшной стенки. Болезненность при попытке глубокой пальпации, симп-том Щеткина–Блюмберга, выраженные в разной степени, выявляются с самого начала перитонита. При аускультации в первые часы болезни мож-но отметить усиленные кишечные шумы, затем перистальтика становится все более вялой, непостоянной, живот начинает вздуваться.

II стадия — токсическая. Наступает спустя 24–48 ч от начала забо-левания (иногда раньше). Характеризуется выраженным процессом воспаления на системном уровне. Состояние больного становится тяжелым. Его беспокоят слабость и жажда. Артериальное давление низкое, уменьшено пульсовое давление. Пульс учащен, 120–140 уд/мин, не соответствует температуре, мягкий, то едва ощутим, то более полный. Язык сухой, обложен темным, плохо снимающимся налетом. Слизистая щек также сухая. Сухость во рту мешает больному говорить. Живот вздут, умеренно напряжен и умеренно болезненный при пальпации, явно выражен симптом Щеткина–Блюмберга. При перкуссии живота определяется равномерный высокий тимпанит, а в отлогих местах живота —

medfsh.ru

притупление перкуторного звука, изменяющее свой уровень при поворотах больного, что свидетельствует о скоплении жидкости (экссудата).

Аускультация выявляет резкое ослабление, чаще полное отсутствие кишечных шумов. Иногда слышен «шум падающей капли». Газы не отходят, стул отсутствует. Моча становится темной, ее мало (меньше 25 мл в час). Мочеиспускание может быть болезненным. Исследование через прямую кишку болезненно.

Больные в этот период обычно сохраняют сознание, хотя временами могут возникать возбуждение и бред. Чаще больные подавлены, угнетены, тоскливы.

III стадия — необратимая. Наступает спустя 72 часа и более от начала болезни. Состояние больного крайне тяжелое. Вид его соответствует описанию Гиппократа. Сознание спутанное, иногда наблюдается эйфория. Кожа бледна и желтушна, цианоз. Боли в животе почти отсутствуют. Дыхание поверхностное, аритмичное, частый еле ощутимый пульс, низкое давление. Больной то лежит неподвижно, то мечется, вздрагивает, «ловит мушек», глаза становятся тусклыми. Живот вздут, пальпация его малоболезненна, при аускультации — «гробовая тишина».

Переход перитонита из одной стадии в другую происходит постепенно, четких границ между стадиями нет.

Инструментальные методы исследования.

Ультразвуковая диагностика

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости

Диагностическая лапароскопия

Диагностическая лапаротомия.

Лабораторные метод диагностики. Повышение содержания лейкоцитов периферической крови с нейтрофильным сдвигом влево в общем анализе крови. Со стороны биохимических показателей увеличение щелочной фосфатазы, С - реактивного белка.

Лечение

Основные принципы лечения перитонита предусматривают:

1) раннее удаление пораженного органа, послужившего

причиной развития перитонита, или дренирование гнойников;

2) подавление резидуальной инфекции в брюшной полости

разными

способами:

medfsh.ru

а) аспирацией экссудата и тщательным промыванием

брюшной

полости растворами во время операции;

б) программированным промыванием (повторной санацией)

и ревизией брюшной полости после операции;

в) длительным промыванием брюшной полости через

дренажи;

г) дренированием 1—2 дренажами;

д) созданием лапаростомы;

3) применение адекватной антибактериальной терапии до и

после операции;

4) ликвидацию паралитической непроходимости кишечника

5) интенсивную терапию, направленную на восполнение дефицита ОЦК,

коррекцию нарушений водно-электролитного баланса,

кислотно-основного

состояния, белкового обмена с помощью массивной инфузионной

терапии,

парентерального питания, экстракорпоральной детоксикации;

6) поддержание на оптимальном уровне функционального

состояния

сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек.

Наиболее рациональный доступ при распространенном

перитоните - **срединная лапаротомия**, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и

санации всех отделов брюшной полости.. После вскрытия брюшины по возможности

полно удаляется патологическое содержимое. Затем производится тщательная

ревизия органов брюшной полости для выявления источника перитонита.

medfsh.ru

Следующий

этап операции — **санация брюшнойполости**. Необходимо обратить особое внимание на этот момент вмешательства. Неполноценность его не может быть восполнена никакими усилиями в послеоперационном периоде. Санация состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости, а при распространении процесса на все ее отделы наилучшим методом интраоперационной санации является многократное промывание брюшной полости стерильными растворами. Используются обычно физиологический раствор, раствор хлоргексидина. Промывание осуществляют щадящим способом, без эвентрации кишечных петель. Подогретый до температуры 35-38°С раствор заливают в брюшную полость в таком количестве, чтобы петли кишок плавали в нем. После промывания брюшной полости раствор удаляется с помощью электроотсоса. Промывание производится до «чистой воды».

2.Тиреотоксикоз. Классификация, клиника, влияние факторов внешней среды, диагностика, лечение.

Тиреотоксикоз - это клинический синдром, обусловленный избытком тиреоидных гормонов в организме.

Клиническая картина и диагностика. При обследовании пациентов щитовидная железа увеличена за счет обеих долей и перешейка, эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании. При пальпации часто выявляется характерное "жужжание" железы, являющееся следствием увеличенного кровоснабжения.

При анализе жалоб и результатов объективного исследования удается выделить ряд клинических синдромов.Характерна триада симптомов: зоб, экзофтальм, тахикардия.

С ССС будет тахикардией, постоянной синусовой или мерцательной тахиаритмией, высоким пульсовым давлением; "тиреотоксическое сердце", недостаточностью кровообращения.

При центр и периф нервной системы отмечается повышенная возбудимость, снижение концентрации внимания, плаксивость, быстрая утомляемость, расстройство сна, тремор всего тела (симптом "телеграфного столба") и особенно пальцев рук (симптом Мари), повышенная потливость, покраснение лица, стойкий красный дермографизм, повышение сухожильных рефлексов.

Глазные симптомы. При осмотре выделяют характерные симптомы:

симптом Штельвага — редкое мигание век; симптом Мебиуса — потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии: вследствие слабости приводящих глазных мышц фиксированные на близко расположенном предмете глазные яблоки расходятся и занимают исходное положение; симптом Жоффруа — отсутствие наморщивания лба при

medfsh.ru

взгляде вверх; симптом Розенбаха — мелкий тремор закрытых век; симптом Репнева— Мелехова — гневный взгляд.

Перечисленные глазные симптомы необходимо дифференцировать от *аутоиммунной офтальмопатии*

Проявляется похуданием на фоне повышенного аппетита, субфебрилитетом,появлению пигментации вокруг глаз (симптом Еллинека); Приступы болей в животе, рвота, неустойчивый стул со склонностью к поносам, иногда пожелтение кожи, что связано с нарушением функции печени

Поражение надпочечников или развитие сахарного диабета при ДТЗ обусловлены не только тиреотоксикозом, но могут развиться и в результате сочетания ДТЗ с другими аутоиммунными заболеваниями.

Выделяют следующие степени тяжести тиреотоксикоза:

легкая — частота сердечных сокращений 80—100 в 1 мин, нет мерцательной аритмии, резкого похудания, слабый тремор рук, работоспособность снижена незначительно.

средняя — частота сердечных сокращений 100—120 в 1 мин, увеличение пульсового давления, нет мерцательной аритмии, похудание до 20% от исходной массы тела, выраженный тремор, работоспособность снижена.

тяжелая — частота сердечных сокращений более 120 в 1 мин, мерцательная аритмия, тиреотоксический психоз, тиреогенная надпочечниковая недостаточность, дистрофические изменения паренхиматозных органов, масса тела резко снижена (до кахексии), трудоспособность утрачена.

При УЗИ отмечается диффузное увеличение щитовидной железы, паренхима умеренно гипоэхогенная, однородной структуры, контуры четкие. Характерно значительно повышенное кровоснабжение ткани железы.

Сканирование щитовидной железы позволяет выявить диффузное повышенное накопление РФП всей тканью железы.

В крови выявляют высокий уровень T_3 и T_4, при этом уровень ТТГ (определяемый высокочувствительными методами) снижен или не определяется. У большинства больных выявляют тиреоидстимулирующие аутоантитела (антитела к ТТГ-рецептору).

Лечение. При ДТЗ применяют консервативное лечение: 1) лекарственную терапию (антитиреоидные средства, бета-адреноблокаторы, транквилизаторы и седативные средства, препараты йода и др.); 2) радиоактивный йод (I^{131}) и 3) хирургическое лечение — субтотальная резекция щитовидной железы.

Консервативное лечение направлено на угнетение внутритиреоидного гормоногенеза, блокаду синтеза тиреоидстимулирующих аутоантител, периферической конверсии T_4 в T_3. Применяют тиреостатические препараты мерказолил (метимазол, тиамазол), пропилтиоурацил (пропицил) и дополнительно вводится заместительная терапия L-

medfsh.ru

тироксином (25—50 мкг/сут). Курс лечения проводится в течение 1 — 1 , 5 лет (у детей — 2 года), под контролем уровня ТТГ, гормонов щитовидной железы, тиреоидстимулирующих антител каждые 3— 4 мес.

Лечение антитиреоидными средствами целесообразно сочетать с бета-адреноблокаторами (анаприлин, обзидан, атенолол), что позволяет быстрее достичь клинической ремиссии.

В последнее время в лечении диффузного токсического зоба применяют плазмаферез.

Операции — субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением небольшого количества ткани с каждой либо с одной стороны

Послеоперационные осложнения — кровотечение с образованием гематомы (0,3—1%), парез или паралич голосовых связок в результате повреждения возвратного гортанного нерва (менее 5%), гипопаратиреоз транзи-торного или постоянного характера (0,5—3%), тиреотоксический криз, гипотиреоз, трахеомаляция

3.Ранние осложнения после операций на желудке

Демпинг-синдром

Клиническая картинадемпинг-синдрома весьма характерна: это наступающая вскоре после еды резкая слабость, потливость, головная боль; часто больные отмечают сердцебиение и выраженную мышечную слабость, появляется неудержимое желание лечь в постель; нередко после еды появляется боль в животе режущего характера, усиленная перистальтика, что иногда сопровождается профузнымпоносом.

Гипогликемический синдром

характерный симптомокомплекс, развивающийсячерез 2-3 ч после приема пищи, в основе которого лежат резкие колебания уровня сахара крови с последующей гипогликемией до субнормальных цифр. Некоторые авторы называют это состояние «поздним демпинг-синдромом», как бы подчеркивая этим его отличие от времени развития симптоматики «раннего» демпинг-синдрома.

Синдром приводящей петли

хроническое страдание может развиться после резекции желудка по способу Бильрот-II,когда образуется односторонне выключенный отдел кишечника (двенадцатиперстная кишка и сегмент тощей кишки до соединения с желудком и нарушается его моторно-эвакуаторная функция.

Патогенез синдрома сложен. В основе его лежит нарушение эвакуации содержимого из приводящей петли и его рефлюкс в желудок, причиной чего могут быть как механические моменты (ее перегиб, спаечный процессе, дефекты оперативной

medfsh.ru

техники), так и нарушения моторной функции приводящей петли вследствие денервации и изменения нормальных анатомических взаимоотношений.

Рецидивные пептические язвы

развиваются обычно в тощей кишке в месте ее соустья с желудком или вблизи анастомоза (после резекции желудка) либо в двенадцатиперстной кишке (после органосохраняющих операций с ваготомией). Частота возникновения пептических язв после обширной резекции желудка и антрумэктомии с ваготомией приблизительно одинакова и составляет 1-3%, а после органосохраняющих операций с ваготомией- 6-10%.

Рефлюкс гастрит

Отмечается рефлюкс дуоденального содержимого в культю желудка из приводящей петли анастомоза. Выражены явления рефлюкс гастрита культи.

Выбор врачебной тактики определяется особенностями патологического постгастрорезекционного состояния. С учетом этапа развития болезни и выраженности симптоматики могут применяться как терапевтические, так и хирургические подходы к лечению БОЖ. Независимо от патологии всем пациентам показана диета с исключением ингредиентов, к которым выявлена непереносимость, жареной, копченой, консервированной, острой, горячей пищи, легкоусвояемых углеводов. В рационе рекомендуется увеличить долю богатых клетчаткой овощей, фруктов, зелени, отрубей, ягод, каш, диетического мяса. Питание должно быть частым, дробным (до 6-8 приемов пищи в день). Для коррекции отдельных симптомов оперированного желудка применяют следующие группы медикаментозных средств:

Неселективные β-блокаторы. Замедляют эвакуацию химуса из желудка и перистальтику тонкого кишечника у больных с демпинг-синдромом. При постоянном приеме медикаментов в малых дозах симптоматика болезни уменьшается либо полностью исчезает. С аналогичной целью назначают ганглиоблокаторы, блокаторы М-холинорецепторов, новокаиновые блокады.

Ферментные препараты. Заместительная терапия способствует процессу переваривания пищи. При функциональной недостаточности оперированного желудка показан прием желудочного сока, соляной кислоты с пепсином. Для улучшения кишечного пищеварения используют полиферментные средства, ферменты с двухэтапным эффектом, холинолитики.

Седативные средства и транквилизаторы. Рекомендованы пациентам, у которых в структуре болезни ярко выражен нейровегетативный компонент. Обычно лечение начинают с растительных препаратов (настоев пустырника, валерианы, пиона), в более тяжелых случаях применяют малые дозы барбитуратов, производных бензодиазепина.

Антагонисты серотонина. Назначение лекарственных средств патогенетически обосновано ролью серотонина в развитии демпинг-синдрома. При ускоренном пассаже пищи из оперированного желудка серотониновые блокаторы замедляют перистальтику

medfsh.ru

кишечника и уменьшают выраженность вазомоторных расстройств за счет ингибирующего эффекта на уровне ЦНС.

Спазмолитики и прокинетики. Выбор медикамента определяется типом нарушений, возникших после операции. Препараты применяются для нормализации процессов желчевыделения, моторно-эвакуаторной функции ЖКТ. Производные пиперидина способны замедлить кишечную пропульсию и повысить тонус сфинктеров, уменьшив выраженность демпинг-болезни.

Антибактериальная терапия. Может потребоваться пациентам с симптомокомплексом приводящей петли. Курсовое назначение полусинтетических пенициллинов, тетрациклинов, сульфаниламидов позволяет устранить воспаление и санировать слепой участок петли от развившейся микрофлоры. Для уменьшения дисбиотических расстройств терапию дополняют эубиотиками.

Лечение послеоперационной или рецидивировавшей язвы производится по стандартам противоязвенных протоколов.

4. Задача

Больной Е., 17 лет, в течение всего дня без приема пищи работал на поле, а вечером, когда вернулся домой, обильно поужинал. Ночью проснулся от внезапных сильных схваткообразных болей в животе, преимущественно в области пупка

1. Острая кишечная непроходимость.

2. Обильный прием пиши после длительного голодания провоцировал развитие кишечной непроходимости (обильный прием пищи на фоне длительного голодания может вызвать заворот тонкой кишки)

3. Обзорная рентгенография брюшной полости, пассаж контрастного вещества по кишечнику.

4. При наличии чаш Клоббера на обзорной рентгенограмме и задержке контрастного вещества на одном уровне в динамике необходима –экстренная операция

5. Срединая лапаротомия, интубацнонный наркоз.

Билет 28

1) **Хронический парапроктит, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, профилактика. ХП**

Парапроктит — воспаление параректальной клетчатки. Мужчины страдают в 2 раза чаще женщин, заболевают в возрасте 30—50 лет. ХП (свищи прямой кишки) встречается у 30—40% всех проктологических больных. При формировании хронического парапроктита внутреннее отверстие свища открывается в просвет прямой кишки, наружное — на коже

medfsh.ru

промежности. В свищ из прямой кишки попадают газы и кал, что постоянно поддерживает воспалительный процесс.

Причинами перехода острого парапроктита в хронический являются: — поздняя обращаемость больных за медицинской помощью после самопроизвольного вскрытия гнойника; — ошибочная хирургическая тактика в остром периоде (вскрытие гнойника без санации входных ворот инфекции).

ККЦ. Свищ может быть полным и неполным. **Полный свищ** имеет два или более отверстий: внутреннее — на стенке прямой кишки и наружное — на коже промежности. **Неполный свищ** имеет одно отверстие на стенке прямой кишки, слепо заканчиваясь в параректальной клетчатке (внутренний свищ). Такие свищи наблюдают у 10% больных. Они возникают в результате самопроизвольного вскрытия гнойника в просвет прямой кишки.

Свищ прямой кишки в зависимости от его расположения по отношению к волокнам сфинктера может быть интрасфинктерным, транссфинктерным и экстрасфинктерным. При интрасфинктерном свище свищевой канал полностью находится кнутри от сфинктера прямой кишки. Обычно такой свищ прямой и короткий. Наблюдается у 25—35% больных. При транссфинктерном свище часть свищевого канала проходит через сфинктер, часть расположена в клетчатке. Наблюдается у 40—45% больных. При экстрасфинктерном свище свищевой канал проходит в клетчаточных пространствах таза и открывается на коже промежности, минуя сфинктер. Наблюдается у 15—25% больных. Транс- и экстрасфинктерный свищи могут соединяться с полостями в ишиоректальной и пельвиоректальной клетчатке (сложные свищи).

Клиническая картина и диагностика. Количество гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительного процесса в ней. При широкомсвищевом ходе через него могут выходить газы и кал, при узком — скудное серозно-гнойное отделяемое. Эпизодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хроническом парапроктите, длительность ремиссий может достигать нескольких лет. Боли возникают лишь при обострении заболевания, исчезая в период функционирования свища. Длительно существующие свищи прямой кишки могут малигнизироваться. При осмотре обращают внимание на количество свищей, рубцов, характер и количество отделяемого из них, наличие мацерации кожных покровов. Уже при пальпации перианальной зоны нередко удается определить свищевой ход. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить тонус сфинктера прямой кишки, иногда — выявить внутреннее отверстие свища, его размеры, установить сложность свища, его ход и особенности. Дополнительные сведения о локализации внутреннего отверстия свища, его ходе и особенностях, что необходимо для выбора метода операции, получают с помощью введения метиленового синего в свищ, осторожного зондирования свищевого хода, фистулографии, аноскопии, ректороманоскопии, эндоректального УЗИ.

Лечение. Консервативное - сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисептическими растворами, введение в свищевой ход антибиотиков, использование

medfsh.ru

микроклизм с облепиховым маслом, колларголом. Консервативное лечение редко приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно используют лишь в качестве подготовительного этапа перед операцией. Хирургическое вмешательство является радикальным методом лечения свищей прямой кишки.

Сроки оперативного вмешательства зависят от характера течения заболевания: — при обострении хронического парапроктита показано срочное хирургическое вмешательство; — при подостром течении парапроктита (наличии инфильтратов) проводят противовоспалительное лечение в течение 1—3 нед, затем — хирургическое вмешательство; — при хроническом течении — плановая операция; — в случае стойкой ремиссии операция откладывается до обострения па-рапроктита. Хирургическое вмешательство при свищах прямой кишки проводят в зависимости от типа свища (его отношения к сфинктеру), наличия воспалительных процессов в параректальной клетчатке, гнойных затеков, состояния тканей в зоне внутреннего отверстия свища. При **интрасфинктерных свишах** их иссекают в просвет прямой кишки. Иссечение свища лучше производить клиновидно вместе с кожей и клетчаткой. Дно раны выскабливают ложкой Фолькмана. При наличии гнойной полости в подкожной жировой клетчатке ее вскрывают по зонду, выскабливают стенки ложкой Фолькмана и вводят марлевую турунду с мазью (левосин, левомеколь и т. п.), устанавливают газоотводную трубку. **Транссфинктерные** свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием глубоких слоев раны (мышц сфинктера) или без него, дренированием гнойной полости. При **экстрасфинктерных свищах**, являющихся наиболее сложными, прибегают к различным операциям, суть которых сводится к полному иссечению свищевого хода и ликвидации (ушиванию) внутреннего отверстия свища. При **сложных свищах** применяют лигатурный метод. **Неполные свищи** иссекают в просвет прямой кишки с помощью изогнутого под прямым углом зонда.

2) Холангиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.(Х)

Х— острое или хроническое бактериальное воспаление внутри- и внепеченочных желчных путей. Возникает чаще всего при холедохолитиазе, а также при других заболеваниях, сопровождающихся механической желтухой. Холестаз способствует развитию имеющейся в желчи инфекции, стенки желчных протоков воспаляются. По характеру морфологических изменений в стенках желчных протоков выделяют катаральный и гнойный холангит, по клиническому течению — острый (ОХ) и хронический (ХХ).

КлиникаОХ - внезапное повышение температуры тела до фебрильных цифр, потрясающим ознобом, тяжестью и тупыми болями в правом подреберье, тошнотой и рвотой. При остром гнойном холангите боли имеют интенсивный характер, рано появляется желтуха, которая связана не только с затруднением оттока желчи, но и с поражением печеночной паренхимы. Потрясающие ознобы, высокая температура тела, учащение дыхания, тахикардия, повышение числа лейкоцитов характерны для синдрома системной реакции на воспаление.

При **физикальном исследовании** больных отмечают болезненность в правом подреберье, умеренно выраженную мышечную защиту (при гнойном холангите). Симптомы

medfsh.ru

раздражения брюшины отсутствуют. У большинства больных можно прощупать нижний край увеличенной болезненной печени. При **прогрессирующем бурном течении гнойного холангита** образуются мелкие гнойники в стенках желчных протоков, в толще паренхимы печени и на ее поверхности, что приводит к образованию множественных холан-гиогенных абсцессов печени, абсцессов в поддиафрагмальном или подпече-ночном пространстве. Это свидетельствует о генерализации инфекции.

Хронический склерозирующий холангит —хроническое воспаление желчных путей, сопровождающееся утолщением и склерозам их стенок, которое приводит к обструкции внутрипеченочных желчных протоков. В большинстве случаев это генерализованный процесс, захватывающий все желчные пути. Различают первичный и вторичный склерозирующий хо-лангит, возникающий на фоне желчнокаменной болезни, после хирургических манипуляций и цирроза печени. Этиология склерозирующего холангита неизвестна.

Клиника - безболевая обтурационная желтуха. Кожные покровы больных приобретают бронзово-желтую окраску. Диагноз нередко становится ясным после исключения рака желчных путей.

Особенности диагностики. ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СО.

БХ показывает повышение уровня билирубина, триглицеридов, активности щелочной фосфатазы, АсАТ, АлГГТП, снижение содержания общего белка и альбуминов, относительное повышение количества у-глобулинов.

Дуоденальное фракционное зондирование с бактериологическим исследованием порций В, УЗИ выявляются признаки билиарной гипертензии, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, признаки поражения поджелудочной железы, ставшего причиной развития холангита. Эхографически при холангитах протоки неравномерно линейно расширены, стенки гомогенно утолщены. Целесообразно проведение внутривенной холангиографии или эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, с помощью которых можно выявить расширение желчных протоков. При невозможности проведения этих исследований выполняется чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ).

Особенности лечения Консервативные методы применяются тогда, когда нет механического препятствия оттоку желчи по желчевыводящим путям. В этом случае назначают антибактериальные препараты (антибиотики широкого спектра действия и сульфаниламиды), лекарственные вещества, снижающие интоксикацию (внутривенное введение гемодеза и т.п.), улучшающие отток желчи, спазмолитики (например, Дюспаталин).

В случае, когда консервативное лечение не дает результатов, а также во всех случаях, когда невозможно создать нормальный отток желчи медикаментозными средствами, прибегают к хирургическому лечению холангита. Методом выбора в настоящее время, при отсутствии противопоказаний (гнойные, некротические процессы, абсцессы), является эндоскопическая методика. Этот способ позволяет провести дренирование желчных протоков, удаление камней, устранение стенозов (сужений), не прибегая к обширной

medfsh.ru

полостной операции, что позволяет снизить операционную травму, избежать кровотечения, улучшить восстановление. При наличии более тяжелых форм холангита проводят полостную операцию, удаляя участки, подвергшиеся гнойному расплавлению или некротическому распаду. В постоперационном периоде назначают антибактериальную терапию.

3) Послеоперационное ведение больных с острой кишечной непроходимостью.

Непроходимость кишечника — заболевание, характеризующееся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту, наблюдается в большинстве случаев в возрасте 30—60 лет, у мужчин несколько чаще, чем у женщин.

Хирургический метод лечения острой механической непроходимости кишечника является основным. Наиболее часто используют срединную лапаротомию, позволяющую с наименьшей травматичностью и более быстро выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, произвести весь необходимый объем оперативного вмешательства. После лапаротомии и аспирации экссудата производят анестезию брыжейки тонкой и толстой кишки, области чревного сплетения введением 100—150 мл 0,25% раствора новокаина. Место препятствия в кишке определяют по состоянию кишечных петель. Выше места непроходимости кишечные петли раздуты, ниже — находятся в спавшемся состоянии. После удаления жидкого содержимого и газа кишка спадается, что существенно облегчает ревизию брюшной полости и устранение причины непроходимости. Зонд в тонкой кишке оставляют на несколько дней после операции для выведения высокотоксичного содержимого с высокой концентрацией микроорганизмов, промывания кишки, введения энтеросорбентов и антибактериальных препаратов. Эта процедура способствует быстрому восстановлению кровообращения и защитного барьера слизистой оболочки стенки кишки. Для устранения непроходимости используют различные оперативные приемы. В зависимости от вида, характера механической непроходимости, ее уровня и степени макроскопических морфологических изменений в кишке производят: 1) герниопластику при ущемленной грыже с погружением жизнеспособной петли кишки в брюшную полость или резекцию нежизнеспособной ущемленной петли; 2) рассечение рубцовых тяжей при спаечной непроходимости; 3) резекцию кишки при некрозе ее сегмента или поражении опухолью; 4) расправление заворота или узла при странгуляции; 5) эн-теротомию для извлечения инородных тел (безоар, желчные камни); 6) дезинвагинацию; 7) удаление опухоли с выведением одного или обоих концов резецированной кишки на переднюю брюшную стенку; 8) колостомию (противоестественный задний проход) при иноперабельных опухолях толстой кишки; 9) операции с созданием обходных анастомозов между кишечными петлями, расположенными выше и ниже препятствия.

В большинстве случаев применяют двухмоментные и трехмоментные операции. **Двухмоментная операция**: — резекция кишки, несущей опухоль, с наложением колостомы; — создание анастомоза между приводящим и отводящим концами резецированной кишки. **Трехмоментная операция**: — разгрузочная цекостома или противоестественный задний проход проксимальнее места обтурации; — резекция участка ободочной кишки с опухолью и наложение межкишечного анастомоза; —

medfsh.ru

закрытие цекостомы или противоестественного заднего прохода. При узлообразовании и завороте кишки производят деторсию или расправление узла.

В послеоперационном периоде продолжают инфузионную и антибактериальную терапию, коррекцию метаболических нарушений и поддержание оптимальной функции внутренних органов с применением искусственной вентиляции легких при дыхательной недостаточности, гемодиализа при острой почечной недостаточности, методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция и др.). Особое значение приобретают ранняя активизация кишечной перистальтики, дезинтоксикация, профилактика тромбоэмболических и воспалительных осложнений. С целью восстановления **моторной функции** желудка и кишечника в послеоперационном периоде проводят постоянную (на протяжении 3 — 4 сут) аспирацию желудочного и кишечного содержимого через назоинтестинальный или назогастральный зонд, назначают антихолинэстеразные препараты, прокинетики, сеансы электростимуляции кишечника. Хороший дезинтоксикационный эффект наблюдается при форсированном диурезе. Наилучший способ **устранения интоксикации** — своевременная операция, тщательное интраоперационное промывание (санация, лаваж) брюшной полости, адекватная антибактериальная и трансфузионная терапия, искусственная вентиляция легких и гемодиализ по показаниям. В послеоперационном периоде большое значение приобретает профилактика **тромбоэмболических осложнений**: бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, активный режим, назначение дезагрегантов, антикоагулянтов прямого и непрямого действия. Для борьбы с инфекцией при развившемся перитоните и для профилактики назначают **антибиотики широкого спектра действия** (цефалоспорины 3—4-го поколения, карбопенемы, аминогликозиды, метронидазол) внутривенно (не внутримышечно!) и местно в брюшную полость через дренажные трубки.

4) .

35 билетБольной Ш., 62 лет, доставлен в хирургическое отделение врачом скорой помощи с предположительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость». В последние два месяца отмечает запоры, вздутие живота, 33 слизь и следы крови в кале. 12 часов назад появились схваткообразные боли в животе, тошнота, резко усилилось вздутие живота, перестали отходить газы. При поступлении язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно – тимпанит, аускультативно - кишечные шумы усилены. При ректороманоскопии обнаружена опухоль, резко стенозирующая просвет сигмовидной кишки. 1. Ваш диагноз? 2. Оценка анамнестических данных? 3. Какой доп метод используют при неинформативности ректороманоскопии? 4. Какая операция показана . Сроки восстановления кишечной непроходимости при (?? чет колостома)

ОТВЕТ: Острая обтурационная кишечная непроходимость. Анамнестические данные характерны для опухоли кишечника. Показана оперативное лечение.

БИЛЕТ 29

БИЛЕТ 29

medfsh.ru

Обтурационная кишечная непроходимость – одна из разновидностей механической кишечной непроходимости, обусловленная возникновением эндо- или экзоинтестинальной помехи продвижению содержимого кишечника. Причины обтурационной непроходимости могут быть самыми разнообразными, но все они вызывают сужение кишечной трубки либо за счет перекрытия ее просвета изнутри, либо за счет сдавления кишечника извне.

Специфические симптомы:

1) Симптомы тонкокишечной непроходимости:

- Триада Валя - асимметрия живота, видимая перистальтика, высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Шланге - усиленная перистальтика после пальпации.
- Симптом Кивуля - высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Склярова - шум плеска при пальпации.
- Симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли при аускультации.

2) Симптомы толстокишечной непроходимости:

- Симптом Обуховской больницы (Грекова) - атония сфинктеров прямой кишки в сочетании с пустой зияющей ампулой

Проба Цеге-Мантейфеля - малая вместимость толстой кишки при очистительной **Лабораторные исследования:**1) общий анализ крови (могут наблюдаться лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ, признаки анемии);2) коагулограмма (могут наблюдаться признаки гиперкоагуляции);3) биохимический анализ крови (нарушение водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия);

Обзорная рентгенография органов брюшной полости - Чаша Клойбера–этогоризонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 3-5 часов с момента заболевания. **Кишечные аркады** - получаются, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости. **Симптом перистости** (это поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

УЗИ брюшной полости

Контрастное исследование ЖКТ

Лечение можно попытаться провести консервативное лечение с целью ликвидации кишечной непроходимости с последующим устранением вызвавшей ее причины. Для этого используют постоянную аспирацию желудочного и кишечного содержимого, сифонную клизму и внутривенное введение полиионных и плазмозамещающих растворов. Консервативное лечение при отсутствии эффекта не более 2 часов.

medfsh.ru

Операция - эндотрахеальный наркоз, операционный доступ – срединная лапаротомия. Сначала ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости. Далее восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу. Затем оценка жизнеспособности кишечника (должен быть розовый, с перистальтикой и пульсацией краевых сосудов брыжейки.). Далее резекция кишечника по показаниям. Затем наложение межкишечного анастомоза. Далее назоинтестинальная интубация. Далее санация и дренирование брюшной полости. Затем закрытие операционной раны.

Обтурация кишечника опухолью составляет 9—10% всех форм острой не- проходимости кишечника, причинами ее бывают в основном злокачественные опухоли, локализующиеся в толстой кишке (чаще в сигмовидной), реже — опухоли тонкой кишки.

Клиническая картина и диагностика. Симптомы непроходимости кишечника развиваются постепенно, подостро, обычно сочетаясь с симптомами злокачественной опухоли (истощение, анемия, интоксикация и др.). Нередко непроходимость является первым проявлением опухоли ободочной кишки.

Заболевание может протекать по типу как высокой, так и низкой непроходимости. Резкое вздутие ободочной кишки при опухоли, обтурирующей сигмовидную ободочную кишку, приводит к резким нарушениям микроциркуляции в стенке кишечника, изъязвлению и перфорации.

Лечение. Применяют хирургическое и консервативное лечение в зависимости от причины обтурации. При опухоли тонкой кишки производят резекцию кишки с первичным межкишечным анастомозом. При обтурации слепой и восходящей ободочной кишки опухолью производят гемиколэктомию. В случае неоперабельной опухоли накладывают обходной илеотрансверзоанастомоз. При локализации опухоли в левых отделах ободочной кишки производят двух- и трехэтапные операции. В случае неоперабельной опухоли этих отделов кишки накладывают противоестественный задний проход. Послеоперационная летальность при этом составляет 20-30%.

Артериомезентериальная непроходимость кишечника обусловлена сдавлением нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией, отходящей в некоторых случаях от аорты под острым углом. Иногда этот вариант непроходимости кишечника возникает остро после обильного приема пищи. Желудочное содержимое, поступающее в тощую кишку, оттягивает ее вместе с верхней брыжеечной артерией книзу. Это приводит к сдавлению двенадцатиперстной кишки между позвоночни- ком сзади и натянутой как струна верхней брыжеечной артерией и брыжейкой тонкой кишки спереди.

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. В клинической картине преобладают резкие боли в верхней половине живота и обильная рвота с примесью желчи. Состояние больного довольно быстро улучшается в коленно-локтевом положении, при котором степень сдавления двенадцатиперстной кишки значительно уменьшается. Рентгенологически выявляют значительное расширение желудка и двенадцатиперстной кишки. При контрастном исследовании отмечают задержку эвакуации контрастного вещества из двенадцатиперстной кишки при вертикальном положении больного и улучшение эвакуации — в коленно-локтевом. Возможны варианты хронического течения заболевания.

Лечение. Вначале применяют консервативное лечение: частое дробное питание, отдых после еды в горизонтальном положении, лучше на правом боку. При неэффективности консервативных мероприятий показано хирургическое вмешательство — наложение дуоденоеюноанастомоза.

Прогноз благоприятный.

1. Обтурация желчными конкрементамисоставляет 0,5—2% всех случаев кишечной непроходимости.

Этиология и патогенез. При хроническом калькулезном холецистите вследствие деструктивных изменений в желчном пузыре (пролежень нижней стенки пузыря) происходит спаяние его стенки с двенадцатиперстной или толстой кишкой. При увеличении пролежня образуется пузырно-дуоде-нальный или пузырно-толстокишечный свищ, по которому конкремент из желчного пузыря проваливается в просвет кишечника. Обтурация возникает при конкрементах диаметром 3—4 см и более. Развитию острой непроходимости при этом способствует вторичный спазм кишки. Наиболее часто обтурация желчными конкрементами происходит на уровне терминального отрезка подвздошной кишки, что объясняют сравнительной узостью просвета этого отдела кишечника.

Клиническая картина и диагностика. Явления непроходимости возникают, как правило, остро и протекают со схваткообразными болями, многократной рвотой. При обзорной рентгеноскопии живота обнаруживают раздутые газом петли тонкой кишки с характерным "спиралевидным" рисунком складок слизистой оболочки. Нередко выявляют газ в желчевыводящих протоках.

Лечение только хирургическое. Производят декомпрессию кишечника, энтеротомию дистальнее конкремента, удаление его. В дальнейшем по показаниям выполняют холецистэктомию.

medfsh.ru

Закупорка каловыми "конкрементами" происходит преимущественно в толстой кишке. Этот вид непроходимости наблюдается у пожилых людей, страдающих хроническим колитом, длительным запором. Предрасполагающими факторами часто бывают аномалии развития (мегаколон, мегасигма, врожденные мембраны слизистой оболочки и др.).

Клиническая картина и диагностика. Каловые конкременты могут самостоятельно отходить со стулом. В ряде случаев они приводят к развитию пролежней стенки кишки и каловому перитониту. Конкременты могут вызывать острую непроходимость толстой кишки, симптомы и клиническое течение которой характерны для низкой непроходимости кишечника: схваткообразные боли, задержка стула и газов, усиленная, длительно сохраняющаяся перистальтика, резкое вздутие ободочной кишки, принимающей форму раздутой автомобильной шины, пустая, раздутая баллонообразно ампула прямой кишки.

Лечение. При обтурации каловыми конкрементами операция показана в тех редких случаях, когда консервативные методы лечения (сифонные и масляные клизмы, попытка пальцевого или эндоскопического размельчения и удаления конкрементов через прямую кишку) не дают эффекта.

Хирургическое лечение заключается в колотомии, удалении конкрементов и наложении временной колостомы.

2. Трещины прямой кишки. Причины возникновения клиника, диагностика, лечение.

Трещина заднего прохода представляет собой хроническую линейную язву нижней части анального канала (90%). Анальная трещина по частоте третья среди болезней прямой кишки — после колитов и геморроя, ее обычная длина около 2 см, ширина 2—3 мм. Дном линейного дефекта слизистой оболочки являются волокна анального сфинктера. При нескольких трещинах наиболее типичная локализация их — передняя и задняя комиссуры ("зеркальные" трещины), направление — продольное. Несколько чаще они наблюдаются у мужчин в возрасте 30—50 лет.

Этиология и патогенез. Наиболее частую локализацию анальной трещины в области задней комиссуры объясняют травматизацией этой зоны при дефекации и худшим кровоснабжением. Предрасполагающими факторами являются колиты, проктиты, энтероколиты, криптит, геморрой. Изредка они возникают в результате грубых манипуляций при аноскопии, ректоро-маноскопии.

Вначале трещина представляет собой надрыв кожи в области переходной складки и слизистой оболочки прямой кишки в зоне анального канала (острая трещина). Мягкие края постепенно становятся твердыми, каллезными, она расширяется и приобретает вид трофической язвы, дно которой покрыто грануляциями. Присоединение спазма сфинктера прямой кишки уменьшает возможность заживления трещины из-за ишемии тканей. В области внутреннего края трещины развивается зона избыточной ткани — пограничный анальный бугорок. Такая трещина называется хронической.

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. В момент дефекации возникает боль, кровотечение. Боли режущие, жгучие, колющие, длятся от нескольких минут до нескольких часов после дефекации, их интенсивность может быть очень значительной. Боли могут иррадиировать в промежность, прямую кишку, крестец. Характерен длительный спазм сфинктера.

Кровотечение при трещине заднего прохода обычно незначительное. Кровь при этом не смешана с калом, а находится на его поверхности в виде полос или появляется в конце дефекации в виде капель.

Диагностика трещины заднего прохода основана на данных анамнеза, оценке жалоб больного и осмотра области заднего прохода, при котором трещина хорошо видна. Длительно существующая трещина приводит к замещению мышечных элементов сфинктера прямой кишки соединительной тканью, вследствие чего он становится ригидным, образовавшееся фиброзное кольцо суживает задний проход.

Дифференциальный диагноз. При больших трещинах, расположенных в нетипичных местах, множественном их характере, необходим дифференциальный диагноз с раком прямой кишки, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ, болезнью Крона.

Лечение. Вначале применяют консервативное лечение — слабительные, болеутоляющие препараты, спазмолитики, используют свечи, содержащие анестезирующие вещества, специальные мази, микроклизмы перед актом дефекации, теплые сидячие ванны со слабым раствором перманганата калия, физиотерапевтические процедуры. Производят спиртоновокаиновую блокаду (под основание трещины) либо вводят 25—30 мг гидрокортизона в 3—4 мл раствора новокаина, а также насильственное расширение сфинктера с целью вызвать временный парез сфинктера и устранить патологический спазм. При правильном и своевременном лечении острые анальные трещины заживают в течение 3 — 6 нед.

Хирургическое лечение применяют при хронических трещинах и безуспешности консервативных методов лечения — производят иссечение трещины, подслизистую боковую сфинктеротомию с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей для исключения рака (боковую сфинктеротомию) В ряде случаев выполняют иссечение анальной трещины (изолированную фиссурэктомию).

Показания для боковой сфинктеротомии: • Хроническая анальная трещина. • Противопоказания: недержание кала. Внимание: взвешенный подход у больных со склонностью к диарее (высока вероятность инконтиненции)

Этапы операции боковой сфинктеротомии:

1. Положение пациента: любое, но положение лежа на животе в виде «складного ножа» с ягодицами, разведенными полосками лейкопластыря, имеет ряд преимуществ - наилучший обзор и удобство доступа для хирурга/ассистента, снижение притока крови к геморроидальным сплетениям.

medfsh.ru

2. Пудендо/перианальная блокада 15-20 мл местного анестетика (при амбулаторной операции) или дополнение этой блокадой общего обезболивания для лучшего расслабления анального сфинктера.

3. Визуализация и исследование трещины (по передней или задней срединной линии): наличие обнаженных волокон сфинктера, признаки хронического процесса, например, глубокая середина, приподнятые края, наличие сторожевого бугорка и гипертрофированного анального сосочка. А) Открытая техника боковой сфинктеротомии:

4. Боковой радиальный разрез слизистой справа (т.е. между геморроидальными узлами) от края ануса длиной 1,0-1,5 см, разделение соединительной ткани над сфинктером.

5. Визуализация внутреннего анального сфинктера (белые волокна кнутри от межсфинктерной борозды).

6. Захват внутреннего сфинктера зажимом и медленное (чтобы избежать кровотечения) рассечение волокон между браншами зажима электрокоагуляцией.

7. Длина сфинктеротомии в проксимальном направлении не должна превышать уровня проксимального края анальной трещины.

8. Тщательный гемостаз.

9. Промывание и ушивание раны хромированным кетгутом 2-0.

3.Тиреодиты и струмиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Воспаление щитовидной железы носит наименование тиреондита, а воспаление увеличенной щитовидной железы — струмита. Отличие между струмитом и тиреоидитом заключается лишь в исходном состоянии щитовидной железы, а отнюдь не в клинических особенностях заболеваний.

Этиология и патогенез: Щитовидная железа часто поражается воспалительным процессом, обусловленным различными инфекциями (стрептоккоковая, паразитарная, вирусная), когда инфекционное начало попадает в железу с кровью, лимфой или с соседних органов. Возможно и изолированное поражение инфекцией только щитовидной железы. Поражение щитовидной железы токсинами наблюдается редко.

Чаще всего острый тиреоидит (струмит) возникает в связи с гриппом, ангиной, хроническим тонзиллитом, тифами, пневмонией и другими инфекциями. Описаны случаи его появления после травмы щитовидной железы с последующим инфицированием травмированного участка. В ряде случаев острый тиреоидит бывает как самостоятельное заболевание.

Клиника Воспалительный процесс чаще поражает обе доли щитовидной железы, хотя возможны случаи, когда очаг воспаления обнаруживается только в перешейке либо в одной доле железы. Как правило, воспаление щитовидной железы сопровождается

medfsh.ru

пролиферативными процессами. Иногда в ней образуются мелкие очаги нагноения, в последующем обычно сливающиеся друг с другом и образующие абсцесс.

Заболевание начинается остро. Первый признак — боль в области шеи, усиливающаяся при ощупывании щитовидной железы, иногда при глотании или при перемене положения головы. Часто наблюдают иррадиацию боли в затылок или ухо. Как правило, заболевание сопровождается лихорадкой (температура может превышать 39—40° С), общей слабостью, головной болью. С первых дней болезни отмечают сердцебиения, возбудимость, а нередко и другие признаки повышения функции щитовидной железы. Щитовидная железа обычно увеличена, болезненна при ощупывании, плотная. Быстро возникает лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоряется РОЭ, повышается основной обмен.

Диагностика:Наиболее грозное течение заболевание приобретает при возникновении абсцесса щитовидной железы. В этих случаях при ощупывании в железе обнаруживают размягченный участок, кожа над которым может быть гиперемированной. При прорыве абсцесса внутрь может возникнуть медиастинит, а при прорыве в трахею — аспирационная пневмония. Бурное проявление отмеченных признаков продолжается 2—4 недели, а ускоренная РОЭ и субфебрилитет остаются еще 10—12 недель. Чаще всего заболевание заканчивается выздоровлением, хотя у одних больных могут сохраняться явления тиреотоксикоза, а у других в связи с фиброзом щитовидной железы наблюдают стойкий гипотиреоз. При возникновении медиастинита прогноз очень серьезен.

Лечение.

Острый гнойный тиреоидит

1. Антибактериальная терапия парентерально с учетом чувствительности выявленных возбудителей: амоксициклин/клавуланат в/в 1000 мг 3 р.\сут. - 5 суток или цефазолин в/в или в/м 1000 мг 3 р./сут. - 5 суток.

2. Вскрытие и дренирование абсцесса.

Острый негнойный тиреоидит

1. Симптоматическая терапия ß-адреноблокаторами (пропроналол внутрь 20-40 мг 3-4 р./сут.) до ликвидации клиничсеких проявлений.

2. Анальгетики.

3. Нестероидные противовоспалительные препараты.

Бурный период заболевания требует госпитализации больного. Весьма важно своевременно начать лечение антибиотиками. Целесообразно проводить комбинированное лечение несколькими антибиотиками, добиваясь постоянного поддержания необходимой их концентрации в организме. Возможна комбинация антибиотиков с сульфаниламидными препаратами.

medfsh.ru

Рекомендуется введение на протяжении 10—15 дней АКТГ по 20 ЕД 3—4 раза в день или АКТГ-цинкфосфата по 40 ЕД в день. Одновременно назначают до 100 мг кортизона или 20—30 мг преднизолона ежедневно. Медикаментозное лечение полезно сочетать с применением тепла на область шеи (согревающие компрессы).

При возникновении абсцесса показано хирургическое лечение (резекция доли при инкапсулированном абсцессе и вскрытие гнойника с дренированием раны при разлитом нагноении). Трудоспособность восстанавливается при ликвидации всех воспалительных явлений (нормализация РОЭ, температуры).

4. Больному 61 год. Обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые постепенно вправляются в прямую кишку.

1. О каком заболевании, прежде всего надо думать?

2. Укажите стадию заболевания?

3. Больному показано консервативное или хирургическое лечение?

4. .Показание к хирургическому лечению.

5. Перечислите основные виды оперативных пособий при этом заболевании?

1. О хроническом геморрое

2. 2 стадия

3. Больному показано хирургическое лечение.

4. Показанием является осложненный геморрой.

5.Препараты Медикаментозная терапия включает в себя пероральный прием венотонизирующих средств, укрепляющих стенки сосудов. Наиболее часто используютТроксевазин иДетралекс.

Для уменьшения болей и зуда, предотвращения кровотечений и тромбообразования, а также снятия отечности применяют мази и суппозитории.

Болевой синдром обычно купируют местными анальгетиками Нефлюаном, Ауробином, Проктогливенолом, Ульрапроктом.

Билет 30

1.**Современные принципы комплексного лечения перитонита.Понятие о лапаростомии и программируемых санациях.**

medfsh.ru

Перитонит — острое диффузное воспаление висцеральной и париетальной брюшины, не имеющее тенденции к отграничению.

Основные принципы лечения перитонита предусматривают:

1) раннее удаление пораженного органа, послужившего причиной развития перитонита, или дренирование гнойников;

2) подавление резидуальной инфекции в брюшной полости разными

способами:

а) аспирацией экссудата и тщательным промыванием брюшной

полости растворами (санация полости) во время операции;

б) программированным промыванием (повторной санацией) и ревизией брюшной полости после операции;

в) длительным промыванием брюшной полости через

дренажи;

г) дренированием 1—2 дренажами;

д) созданием лапаростомы;

3) применение адекватной антибактериальной терапии до и после операции;

4) ликвидацию паралитической непроходимости кишечника (аспирация

желудочного и кишечного содержимого через гастроинтестинальный зонд,

промывание и стимуляция перистальтики кишечника);

5) интенсивную терапию, направленную на восполнение дефицита ОЦК,

коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, кислотно-основного

состояния, белкового обмена с помощью массивной инфузионной терапии,

парентерального питания, экстракорпоральной детоксикации;

6) поддержание на оптимальном уровне функционального состояния

сердечно-сосудистой системы, легких (своевременное проведение искусственной вентиляции), печени, почек (проведение гемодиализа).

Наиболее рациональный доступ при распространенном перитоните - **срединная лапаротомия**, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости.. После вскрытия брюшины по возможности полно удаляется

medfsh.ru

патологическое содержимое — гной, кровь, желчь, каловые массы и т.д. Наиболее полноценно и менее травматично это можно выполнить с помощью электрического отсоса, снабженного специальным наконечником, предотвращающим присасывание петель кишечника и большого сальника. Особое внимание обращается на места скопления экссудата — поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость малого таза. Затем производится тщательная ревизия органов брюшной полости для выявления источника перитонита. Этому этапу может предшествовать введение в корень брыжейки тонкой кишки и под париетальную брюшину 150–200 мл 0,25 % раствора новокаина. 76 Для устранения источника перитонита используется наиболее простой и быстрый способ (аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, резекция некротизированного участка ЖКТ, наложение колостомы). При этом необходимо соизмерять объем вмешательства с тяжестью состояния больного и не расширять операцию, стремясь во всех случаях к радикальному устранению основного заболевания, вызвавшего перитонит.

Следующий этап операции — **санация брюшной полости**. Необходимо обратить особое внимание на этот момент вмешательства. Неполноценность его не может быть восполнена никакими усилиями в послеоперационном периоде. Санация состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости, а при распространении процесса на все ее отделы наилучшим методом интраоперационной санации является многократное промывание брюшной полости стерильными растворами. Используются обычно физиологический раствор, раствор хлоргексидина. Промывание осуществляют щадящим способом, без эвентрации кишечных петель. Подогретый до температуры 35-38°С раствор заливают в брюшную полость в таком количестве, чтобы петли кишок плавали в нем. После промывания брюшной полости раствор удаляется с помощью электроотсоса. Промывание производится до «чистой воды». Твердые частички пищевых масс, кала, пленки фибрина и т.д. осторожно удаляют пинцетом или смоченным в растворе новокаина тупфером. Для санации брюшной полости обычно используется от 4 до 8 л раствора. Плотно фиксированные отложения фибрина не удаляют из-за опасности десерозирования.

2. Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) характеризуется образованием конкрементов (камней) в полости желчного пузыря (ЖП) или реже в протоках, которое приводит к возникновению комплекса патологических изменений в организме.

Острый холецистит (ОХ) — является самым частым осложнением ЖКБ и среди острых заболеваний органов брюшной полости занимает 2 место после острого аппендицита.

Классификация В.Г. Астапенко (1985), В.С. Савельева в настоящее время является общепринятой:

1. По характеру морфологических изменений: катаральный; флегмонозный; деструктивный (гангренозный).

2. По наличию конкрементов: калькулезный; бескаменный.

3. По наличию осложнений: неосложненный, осложненный:

а) эмпиемой и водянкой желчного пузыря;

medfsh.ru

б) перипузырным (перивезикальным) инфильтратом;

в) перивезикальным абсцессом;

г) механической желтухой;

д) холангитом;

е) панкреатитом;

ж) перфорацией пузыря и желчным перитонитом.

Диагностика:

Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Эндоскопическое УЗИ

Интраоперационное УЗИ

Холецистохолангиография (ХХГ)

КТ и магнитно-резонансная ХПГ с внутривенным контрастированием протоков являются четким и достоверным способом диагностики патологии желчных путей, но слабая выявляемость мелких конкрементов.

Лапароскопия применяется с целью проведения пункции, УЗИ,

биопсии печени, оценки состояния ЖП (цвет, стенки, размер, наличие

фибрина), органов брюшной полости, брюшины, наличие, объем и характер выпота и перейти при необходимости к лечебным процедурам.

В настоящее время, золотым стандартом выполнения холецистэктомии является лапароскопиическая операция. Эндоскопическая хирургия —

метод оперативного лечения, при котором вмешательства выполняются без

широкого рассечения покровов, через точечные проколы тканей или естественные физиологические отверстия, выполняемые под контролем видеомонитора.

3.3) Послеоперационное ведение больных с острой кишечной непроходимостью.

Непроходимость кишечника — заболевание, характеризующееся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту, наблюдается в большинстве случаев в возрасте 30—60 лет, у мужчин несколько чаще, чем у женщин.

Хирургический метод лечения острой механической непроходимости кишечника является основным. Наиболее часто используют срединную лапаротомию, позволяющую с наименьшей травматичностью и более быстро выполнить полноценную ревизию органов

medfsh.ru

брюшной полости, произвести весь необходимый объем оперативного вмешательства. После лапаротомии и аспирации экссудата производят анестезию брыжейки тонкой и толстой кишки, области чревного сплетения введением 100—150 мл 0,25% раствора новокаина. Место препятствия в кишке определяют по состоянию кишечных петель. Выше места непроходимости кишечные петли раздуты, ниже — находятся в спавшемся состоянии. После удаления жидкого содержимого и газа кишка спадается, что существенно облегчает ревизию брюшной полости и устранение причины непроходимости. Зонд в тонкой кишке оставляют на несколько дней после операции для выведения высокотоксичного содержимого с высокой концентрацией микроорганизмов, промывания кишки, введения энтеросорбентов и антибактериальных препаратов. Эта процедура способствует быстрому восстановлению кровообращения и защитного барьера слизистой оболочки стенки кишки. Для устранения непроходимости используют различные оперативные приемы. В зависимости от вида, характера механической непроходимости, ее уровня и степени макроскопических морфологических изменений в кишке производят: 1) герниопластику при ущемленной грыже с погружением жизнеспособной петли кишки в брюшную полость или резекцию нежизнеспособной ущемленной петли; 2) рассечение рубцовых тяжей при спаечной непроходимости; 3) резекцию кишки при некрозе ее сегмента или поражении опухолью; 4) расправление заворота или узла при странгуляции; 5) эн-теротомию для извлечения инородных тел (безоар, желчные камни); 6) дезинвагинацию; 7) удаление опухоли с выведением одного или обоих концов резецированной кишки на переднюю брюшную стенку; 8) колостомию (противоестественный задний проход) при иноперабельных опухолях толстой кишки; 9) операции с созданием обходных анастомозов между кишечными петлями, расположенными выше и ниже препятствия.

В большинстве случаев применяют двухмоментные и трехмоментные операции. Двухмоментная операция: — резекция кишки, несущей опухоль, с наложением колостомы; — создание анастомоза между приводящим и отводящим концами резецированной кишки. Трехмоментная операция: — разгрузочная цекостома или противоестественный задний проход проксимальнее места обтурации; — резекция участка ободочной кишки с опухолью и наложение межкишечного анастомоза; — закрытие цекостомы или противоестественного заднего прохода. При узлообразовании и завороте кишки производят деторсию или расправление узла.

В послеоперационном периоде продолжают инфузионную и антибактериальную терапию, коррекцию метаболических нарушений и поддержание оптимальной функции внутренних органов с применением искусственной вентиляции легких при дыхательной недостаточности, гемодиализа при острой почечной недостаточности, методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция и др.). Особое значение приобретают ранняя активизация кишечной перистальтики, дезинтоксикация, профилактика тромбоэмболических и воспалительных осложнений. С целью восстановления моторной функции желудка и кишечника в послеоперационном периоде проводят постоянную (на протяжении 3 — 4 сут) аспирацию желудочного и кишечного содержимого через назоинтестинальный или назогастральный зонд, назначают антихолинэстеразные препараты, прокинетики, сеансы электростимуляции кишечника. Хороший дезинтоксикационный эффект наблюдается при форсированном диурезе.

medfsh.ru

Наилучший способ устранения интоксикации — своевременная операция, тщательное интраоперационное промывание (санация, лаваж) брюшной полости, адекватная антибактериальная и трансфузионная терапия, искусственная вентиляция легких и гемодиализ по показаниям. В послеоперационном периоде большое значение приобретает профилактика тромбоэмболических осложнений: бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, активный режим, назначение дезагрегантов, антикоагулянтов прямого и непрямого действия. Для борьбы с инфекцией при развившемся перитоните и для профилактики назначают антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины 3—4-го поколения, карбопенемы, аминогликозиды, метронидазол) внутривенно (не внутримышечно!) и местно в брюшную полость через дренажные трубки.

ЗАДАЧА

У больного **органический стеноз привратника.** Тонические судороги, коматозное состояние связаны с нарушением баланса электролитов, в частности, гипохлоремией, развившейся в результате частых рвот.

Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести внутривенно 40 мл 10 % раствора хлорида натрия, растворов других электролитов. При необходимости вводят сердечно-сосудистые средства.

Для уточнения диагноза необходимо провести гастроскопию, рентгеноскопию желудка и 12-перстной кишки, исследование кислотно-щелочного состояния и других показателей

Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 суток и заключается в промывании желудка слабым раствором соляной кислоты, в парентеральном введении белков, углеводов, комплекса электролитов, переливания компонентов крови и плазмы. После этого больной должен быть оперирован. Если состояние больного не позволяет выполнить резекцию желудка, применяют гастроэнтеростомию по жизненным показаниям.

Билет 31

1. Современные принципы комплексного лечения острого перитонита. Понятие о лапаростомии и программируемых санациях.
2. Осложнения желчнокаменной болезни. Общая характеристика. Диагностика. Методы лечения.
3. Организация хирургической службы в Республике Башкортостан.
4. Задача. В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состояний, с периодическими приступами клонических судорог….

Ответы:

medfsh.ru

1.Перитонит — острое диффузное воспаление висцеральной и париетальной брюшины, не имеющее тенденции к отграничению.

Оптимальная хирургическая тактика:

Задачи оперативного вмешательства:
1) Устранение источника перитонита;
2) Интраоперационная санация;
3) Декомпрессия ЖКТ;
4) Создание условий для пролонгированной санации брюшной полости в послеоперационном периоде – программир. санации.

Устранение источника перитонита:

⎪ Общепринятый доступ – срединная лапаротомия.

Обширные резекции и экстирпации органов у тяжелобольных с перитонитом являются вынужденными и выполняются в исключительных случаях.

При невозможности радикального удаления источника перитонита необходима его экстраперитонезация или использование марлевых тампонов, способствующих отграничению инфекционного процесса от остальных отделов брюшной полости.

При перитоните повышается риск несостоятельности кишечных анастомозов.

Вопрос о формировании анастомоза после резекции тонкой и правой половины толстой кишки решается индивидуально в зависимости от сроков перитонита. Резекцию левой половины толстой кишки при перитоните следует завершать одноствольной колостомой с ушиванием дистального отрезка кишки по типу обструктивной резекции Гартмана.

Интраоперационная санация:

Многократное промывание брюшной полости антисептическими растворами проводится до «чистой воды». Во время промывания максимально удаляются фибринозные наложения с брюшины. Для промывания брюшной полости используют:
⎪ раствор натрия хлорида (с добавлением антибиотиков);
⎪ раствор фурацилина 1:5000;
⎪ 5% раствор глюкозы;
⎪ 0,25% раствор новокаина;
⎪ при каловых перитонитах – 50 мл 3% раствора перекиси (воздействует на анаэробную микрофлору). В заключительную порцию санирующего раствора перед закрытием брюшной полости добавляется 1-2 г канамицина с протеолитич. Ф. химотрипсином (50 г/л).

Способы завершения операции:

1) Дренирование брюшной полости;
2) Перитонеальный диализ;
3) Повторные ревизии и санации брюшной полости («этапный лаваж», программируемая релапаротомия и др.);
4) Лапаростомия.

medfsh.ru

Лапаростомия:

Преимущества метода:

- визуальный контроль за течением инфекционного процесса в брюшной полости;
- самопроизвольный отток экссудата из брюшной полости;
- коррекция симптомов повышенного внутрибрюшного давления;
- упрощение повторных вмешательств.

Недостатки метода:

- водно-электролитные и белковые нарушения;
- травматизация петель кишечника и формирование свищей;
- эвентрация органов;
- длительные сроки лечения;
- ретракция брюшной стенки с последующим формированием вентральной грыжи.

При формировании истинной лапаростомы брюшную стенку не ушивают, кишечные петли покрывают марлевыми тампонами или синтетическими сетчатыми материалами. Возможно открытое лечение перитонита в камере с абактериальной средой. В настоящее время метод применяется в исключительных случаях в связи с представленными недостатками.

Показания:

⎪ Послеоперационный гнойный перитонит с флегмоной передней брюшной стенки;
⎪ Гнойный перитонит с множественными межпетлевыми абсцессами;
⎪ Гнойный перитонит с несформированными кишечными свищами;
⎪ Синдром полиорганной недостаточности с поражением трёх и более органов, развитием глубоких гемодинамических нарушений, не позволяющих использовать этапные ревизии.

Плановые санации брюшной полости:

Широкое использование получили модифицированные варианты открытого лечения перитонита, заключающиеся в частичном или полном сближении краёв лапаротомной раны с последующими ревизиями и санациями брюшной полости.

Способы закрытия лапаротомной раны:

- Провизорные швы;
- Вентрофилы;
- Металлические пластины;
- Застёжка «молния»;
- «Специальные» устройства.

По своему значению программированные санации очень близки к лапаростомии, но не тождественны ей.

Суть метода: первичные операции с ликвидацией источника перитонита, ряд повторных ревизий и санаций брюшной полости.

Принципы метода:

medfsh.ru

1. Адекватная санация брюшной полости с максимальным удалением бактериального субстрата, создание условий, противодействующих дальнейшему прогрессированию инфекционного процесса.

2. Интраоперационная оценка динамики и прогнозирование течения перитонита, ранняя диагностика осложнений.

Преимущества метода:
- Эффективное воздействие на внутрибрюшинный инфекционный процесс;
- Ранняя диагностика внутрибрюшных и раневых осложнений;
- Отсутствие дренажей;
- Предупреждение внутрибрюшных абсцессов;
- Пагубное воздействие аэрации на анаэробную микрофлору.
Недостатки метода:
- Длительная назоинтестинальная интубация;
- Повторные наркозы;
- Повторные повреждения брюшной стенки;
- Агрессивность метода.
Показания:

1) Распространённый гнойный перитонит с клиническими проявлениями высокой бактериальной контаминации;
2) Послеоперационный прогрессирующий перитонит;
3) Множественные межкишечные абсцессы (формирующиеся или имеющиеся);
4) Распространённый гнойный перитонит, осложнённый ПОН (три и более системы);__
5) Неуверенность в состоятельности кишечных швов и анастомозов.
Повторная ревизия планируется во время первой операции. Оптимальные сроки 24-48 часов после первичной операции.

После устранения источника перитонита и санации брюшной полости проводиться ***назоинтестинальная интубация***, которая является строго обязательным этапом операции при использовании метода плановых санаций.

Назоинтестинальная интубация обеспечивает:

♣ декомпрессию ЖКТ;
♣ облегчает манипуляции в брюшной полости, уменьшает травматичность операций, снижает внутрибрюшное давление;
♣ способствует восстановлению перистальтики, улучшает кровообращение и микроциркуляцию в стенке кишки;
♣ снижает уровень эндогенной интоксикации;
♣ предупреждает несостоятельность кишечных анастомозов и эвентраций;
♣ обеспечивает возможность выполнения кишечного лаважа, селективной декантаменации кишечника и энтерального питания.
Назоинтестинальный зонд удаляют на следующий день после последней ревизии при условии восстановления перистальтики кишечника.

Лапароскопическая санация:

medfsh.ru

Преимущества метода:
1. Малая травматичность;
2. Сокращение раневых осложнений;
3. Ранняя диагностика внутрибрюшных абсцессов;
4. Ранняя реабилитация пациента;
5. Возможность избежать напрасных релапаротомий.
Недостаткиметода:
1) Невозможность адекватной санации при высокой степени бактериальной контаминации брюшной полости и множественных плотных фибринозных наложениях;
2) Плохая визуализация при паралитической дилатации кишечника;
3) Невозможность назоинтестинальнойинтубации.__
Оптимальные сроки выполнения санационных лапароскопий 12 – 24 часа после операционного вмешательства.

Лапароскопическая санация не является альтернативой методу программированных санаций. Видеолапароскопия позволяет обеспечить адекватную санацию брюшной полости только в случае низкой бактериальной контаминации бактериального экссудата.

2.Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) характеризуется образованием конкрементов (камней) в полости желчного пузыря (ЖП) или реже в протоках, которое приводит к возникновению комплекса патологических изменений в организме.

1. **Осложнения ЖКБ:**

- **Острый калькулезный холецистит (ОХ)** —является самым частым осложнением ЖКБ и среди острых заболеваний органов брюшной полости занимает 2 место после острого аппендицита, что составляет 18–20% всех экстренных хирургических больных (в 45 и 46 вопросах) и **хронический холецистит.**
- **Острый холангит** — воспаление желчных протоков, следствие перехода воспаления из ЖП, из 12 п.кишки при рефлюксе, при ОП и чаще при нарушении проходимости желчных протоков при холедохолитиазе, опухоли и других причин. **Проявляется триадой Шарко** (у 70%): боль в правом подреберье, высокая температура с ознобом и медленно прогрессирующая желтуха. Процесс может перейти в гнойный холангит, который приводит с развитием холангитических абсцессов печени, билиарному сепсису и соответственно, летальности до 40%. Для острого гнойного обтурационного холангита характерна пентада Рейнольдса: к триаде прибавляется спутанность сознания и артериальная гипотония.
- **Водянка и эмпиема желчного пузыря.** Водянка является следствием обтурации шейки ЖП или пузырного протока, при которой ЖП заполняется прозрачным слизистым содержимым, в основном образованным секретом желез слизистой ЖП. При сохранении сократительной функции пузыря, отмечаются интенсивные боли. Длительная водянка приводит к значительному увеличению размеров ЖП до 30 см и более. Водянка может **приводить к эмпиеме** - в случае инфицирования содержимого ЖП, в полости ЖП скапливается гной под давлением.
- **Холангиолитиаз**— попадание или образование конкрементов в желчных протоках (холедохолитиаз – в холедохе) - частота при ЖКБ —15%, в пожилом и старческом возрасте —до 30–35%. У 20% встречаются «молчащие камни», которые никак себя не проявляют при неполном закрытии просвета протока, также «вентильный камень», который периодически закрывает просвет, а затем вновь его открывает при обратном токе желчи в ЖП вызывает ремитирующую (преходящую) желтуху.

medfsh.ru

Резидуальныйхолангиолитиаз отмечается после операций на желчевыводящей системе, при оставлении камней в протоках при холецистэктомии (25–30%). **Рецидивный** —это повторное образование камней в протоках после операции (3–6%). Наиболее ярким проявлением холангиолитиаза**является механическая желтуха**, которая является следствием обтурации общего желчного протока чаще в области БДС.

- **Рубцовые стриктуры желчевыводящих путей** —сужение протока рубцового характера, развивающееся вследствие хронического воспаления преимущественно в терминальномотделехоледоха при длительном нахождении в протоке камня, хронической инфекции, холангита.
- **Вторичный билиарный цирроз** — переход воспалительного процесса на паренхиму печени, развивается вследствие длительно существующего внепеченочного холестаза (к вышеописанным причинам можно добавить опухоли) вызывает сначала реактивный гепатит, а затем цирроз с развитием при декомпенсации синдрома портальной гипертензии, печеночной и печеночно-почечной недостаточности.
- **Желчные свищи**—патологическое соединение между желчным пузырем, реже протоками с близлежащими органами —12-п.кишкой, тонкой и толстой кишкой. Случается в основном при крупных камнях, которые фиксируются в каком-либо месте в полости ЖП, вызывают воспаление, которое переходит на другие органы. Образуется воспалительный инфильтрат, пролежень с некрозом стенки пузыря с дальнейшей перфорацией и образованием свища. Это вызывает различные клинические проявления: лихорадки (рефлюкс кишечного содержимого в полость ЖП), эрозии в тонкой кишке, жидкий стул, острая кишечная непроходимость конкрементом (описана в другой лекции).

Методы лечения:

- ✓ **Острый калькулезный холецистит –** холецистэктомия
- ✓ **Острый холангит –** антибактериальная и патогенетическая терапия + эндоскопическая папиллосфинктеротомия.
- ✓ **Водянка и эмпиема ЖП –** оперативное лечение (холецистэктомия из мини-доступа или лапароскопическая)
- ✓ **Рубцовые изменения - эндоскопическое** стентированиехоледоха, либо наложения анастомозов между проксимальным концом холедоха и петлей тощей кишки (холедохоеюноанастомоза) или печеночным протоком и тощей кишкой (гепатикоеюноанастомоза).

3.Приказ МЗ РБ №922н

Выделяют 3 уровня оказания мед помощи

1 ур- первичная медико-санитарная помощь(ФАП, ЦРБ),

2 ур- специализированная(ГКБ, ЦРБ, ЦГБ),

3 ур-специализированная ВМП(РКБ им Куватова,Клиника БГМУ)

1. Фельдшерско-акушерские пункты в основном обеспечивают экстренную первую доврачебную помощь, а также проводят профилактику заболеваний и травматизма.

2. Участковые больницы (поликлиники) оказывают экстренную и неотложную хирургическую помощь при некоторых заболеваниях и травмах, не требующих

medfsh.ru

расширенных оперативных вмешательств, также руководят работой фельдшерско-акушерских пунктов.

3. Хирургические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) обеспечивают оказание квалифицированной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также проведении планового лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыжесечение, холецистэктомия и др.).

4. Специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц помимо полного объема общехирургической помощи оказывают специализированные виды помощи (урологическую, онкологическую, травматологическую, ортопедическую и т.д.). В крупных городах специализированную помощь могут оказывать в стационарах, полностью профилированных в соответствии с тем или иным видом хирургической помощи.

5. В хирургических клиниках медицинских вузов и институтах последипломной подготовки оказывают как общехирургическую, так и специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку различных направлений хирургии, обучение студентов, интернов и повышение квалификации врачей. 6. Научно-исследовательские институты оказывают специализированную хирургическую помощь в зависимости от их профиля и являются научными и методическими центрами.

Задача

У больного органический стеноз привратника. Тонические судороги, коматозное состояние связаны с нарушением баланса электролитов, в частности, гипохлоремией, развившейся в результате частых рвот.

Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести внутривенно 40 мл 10 % раствора хлорида натрия, растворов других электролитов. При необходимости вводят сердечно-сосудистые средства.

Для уточнения диагноза необходимо провести гастроскопию, рентгеноскопию желудка и 12-перстной кишки, исследование кислотно-щелочного состояния и других показателей

Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 суток и заключается в промывании желудка слабым раствором соляной кислоты, в парентеральном введении белков, углеводов, комплекса электролитов, переливания компонентов крови и плазмы. После этого больной должен быть оперирован. Если состояние больного не позволяет выполнить резекцию желудка, применяют гастроэнтеростомию по жизненным показаниям.

Билет 32

1. Понятие о хирургическом сепсисе.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Показания к хир. лечению. Возможности современных противоязвенных препаратов и эндоскопического лечения.
3. Этика и деонтология в хирургии.

medfsh.ru

4. Задача. Больной А., 36 лет, заболел остро 4 часа назад, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области….

Ответы:

1.Сепсис — системная воспалительная реакция организма в ответ на развитие воспалительного деструктивного процесса в брюшине, а также в отдельных органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства.

По характеру входных ворот хирургический сепсис можно классифицировать на:

1) раневой;

2) ожоговый;

3) ангиогенный;

4) абдоминальный;

5) перитонеальный;

6) панкреатогенный;

7) холангиогенный;

8) интестиногенный.

Критерии, на основании которых можно поставить диагноз хирургического сепсиса:

1) наличие очага инфекции;

2) предшествующее хирургическое вмешательство;

3) наличие не менее трех из четырех признаков синдрома системной воспалительной реакции: 1) аксиллярной температуры более 38 °С или менее 36 °С; 2) учащения пульса более 90 в 1 мин; 3) недостаточности функции внешнего дыхания, что проявляется повышением частоты дыхательных движений (ЧДД) более 20 в минуту или повышением pCO2 более 32 мм рт. ст.; 4) лейкоцитоза, выходящего за пределы 4—12 х 109, или содержание незрелых форм в лейкоцитарной формуле более 10%.

2.Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — это хроническое, склонное к рецидивам заболевание, с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным проявлением которого является наличие дефекта (язвы) в стенке желудка или ДПК начиная со слизистой оболочки.

Показания к оперативному лечению делятся на абсолютные, условно-абсолютные и относительные.

К абсолютным относятся:

1) перфоративные язвы;

2) тяжелые профузные кровотечения;

medfsh.ru

3) декомпенсированный пилородуоденальный стеноз и деформации

желудка с нарушением моторно-эвакуаторной функции всех степеней.

К условно-абсолютным показаниям (показаны с оговорками) относятся:

1) крупные пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной

кишки;

2) большие хронические и каллезные язвы;

3) умеренные повторяющиеся гастродуоденальные кровотечения;

4) обоснованное подозрение на малигнизацию язвы.

Относительные показания — язвы, плохо поддающиеся консервативной терапии в течение 2–3 лет, при агрессивном течении заболевания, сезонных обострениях, социальные показания

При неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки рано начатое адекватное медикаментозное лечение у большинства больных обеспечивает стойкую ремиссию.

Основные группы противоязвенных препаратов представлены ингибиторами протонной помпы (омепразол), Н2-гистаминовые блокаторы (ранитидин), антихеликобактерные препараты (амоксицилин, кларитромицин), а так же антациды (ремагель), абсорбирующие, обволакивающие средства и цитопротекторы (актовегил, солкосерил). (не избавляют от осложнений)

Эндоскопическое лечение язвенной болезни применяется как дополнение к проводимой медикаментозной терапии при плохо поддающихся лечению язвах.

Задачи эндоскопического лечения.

1.Стимуляция эпителизации или рубцевания язвы.

2.Снятие болевого синдрома.

3.Ликвидация периульцерозного воспаления.

4.Снижение уровня желудочной секреции.

5.Ликвидация и предупреждение осложнений.

Показания к эндоскопическому лечению.

1.Язвы диаметром до 2,5 см и глубиной не более 0,5 см при безуспешности общепринятого консервативного лечения.

medfsh.ru

2.Язвы с наличием местных факторов, задерживающих рубцевание.

3.Язвы, подлежащие оперативному лечению, при отказе больного от операции или при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству.

3.Деонтология - наука о долге. В медицинской практике деонтология рассматривается как учение о медицинском долге по отношению к больному. Каждый медицинский работник должен знать, что больной, находящийся в хирургическом отделении, нуждается в должном внимании, особенно если ему предстоит хирургическое вмешательство.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии:

•диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему;

•родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью;

•обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной";

•в присутствии больных все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности;

•как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению, даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения;

•умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности;

•хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц;

•в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.

medfsh.ru

Задача.

Диагноз: Прикрытая перфорация язвы желудка. До операции выставлен ошибочный диагноз, что в данном случае объясняется трудностью диагностики. Подобная диагностическая ошибка возможна: при отсутствии язвенного анамнеза, что характерно для «немой» язвы или острой язвы; при отсутствии объективных клинических признаков перфорации язвы (разлитого перитонита и свободного газа в брюшной полости), когда наличие желудочного содержимого в брюшной полости при лапоротомии является единственным признаком перфорации язвы. Во всех случаях, когда возникает необходимость дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и перфоративной язвой, показана фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия. В лечебных учреждениях, где отсутствуют условия для экстренной эндоскопии, в подобных случаях рекомендуется лапоротомия в правой подвздошной области. Обнаружив желудочное содержимое, необходимо выполнить верхнесрединную лапоротомию

Билет 33

1. Болезнь крона и язвенный колит. Дифференциальная диагностика.
2. Осложнения острого панкреатита. Исходы заболевания.
3. Доброкачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, липома, гинекомастия). Дифференциальная диагностика.
4. Задача. Больной 51 год. Поступил с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлыми яйцами, резкое похудание…

Ответы:

1.Болезнь Крона — хроническое воспалительное состояние желудочно-кишечного тракта. Она относится к группе воспалительных заболеваний кишечника . Болезнь Крона чаще поражает конец тонкой кишки и начало толстой кишки, но может повредить любую часть желудочно-кишечного тракта.

Язвенный колит (неспецифический язвенный колит (НЯК)) — хроническое заболевание, которое поражает только толстый кишечник. Язвенный колит развивается, когда ошибочная реакция иммунной системы приводит к воспалению слизистой толстой кишки и развитию язв. Сочетание воспаления и изъязвления вызывает дискомфорт в области живота.

Одно из различий между этими двумя заболеваниями заключается в том, что болезнь Крона влияет на весь желудочно-кишечный тракт, тогда как язвенный колит поражает только на толстую кишку. В результате люди с болезнью Крона, у которых поражен кишечник ближе к желудку, могут испытывать тошноту и рвоту.

Болезнь Крона и язвенный колит имеют похожие симптомы, которые могут усугубляться диетой и стрессом:

Боль в животе или дискомфорт;
Стул с кровью;
Спазмы;

medfsh.ru

Запор;
Гиперактивность кишечника;
Лихорадка;
Потеря аппетита;
Потеря веса;
Аномальные менструальные циклы у женщин.

Дифференциальная диагностика:

Для болезни Крона существует два типа эндоскопии:

Колоноскопия — гибкая трубка, известная как эндоскоп, вставляется через задний проход, чтобы провести осмотр толстой кишки.

Верхняя эндоскопия — гибкая трубка проходит через рот, вниз по пищеводу, в желудок и в начальную часть тонкой кишки.

При язвенном колите эндоскоп вводят через задний проход.

Сигмоидоскопия — позволяет врачу исследовать прямую кишку и нисходящий отдел толстого кишечника в зависимости от степени воспаления в этих областях.

Общая колоноскопия — врач исследует всю толстую кишку.

У людей с болезнью Крона врач может назначить рентген как верхней, так и нижней отделов желудочно-кишечного тракта.Если у человека хронический язвенный колит, врач может рекомендовать хромоэндоскопию, в котором синий краситель вводится в желудочно-кишечный тракт. Она находит изменения в слизистой кишечника, показывая предраковые изменения, известные как дисплазия.

Наконец, для диагностики болезни Крона врач может использовать визуализацию, чтобы исследовать части тонкой кишки, которые не видны при колоноскопии. Опять же, эти методы обычно включают красители, которые хорошо отображаются на изображениях. Язвенный колит не будет виден в этих изображениях, так как он не поднимается в тонкую кишку.

1. 2.органная недостаточность (транзиторная, постоянная);
2. системные осложнения (с поражением органов-мишеней, в том числе панкреатогенный и септический шок);
3. местные осложнения —острое панкреатическое скопление жидкости, панкреатическая псевдокиста, острое некротическое скопление (стерильное, инфицированное), отграниченный некроз (стерильный, инфицированный), перипанкреатический инфильтрат, панкреатический абсцесс, панкреатогенный перитонит (ферментативный (асептический), инфицированный (гнойный)), флегмона забрюшинной клетчатки (некротическая (асептическая), септическая);
4. другие осложнения —тромбоз воротной/селезеночной вены, стеноз выхода из желудка, некроз ободочной кишки, аррозивное кровотечение (внутрибрюшное, в

medfsh.ru

желудочно-кишечный тракт), внутренние и наружные дигестивные свищи, механическая желтуха и др.

- ✓ **Органная недостаточность** - у 25% больных острым панкреатитом, причем ее проявления отмечаются уже при легких формах острого панкреатита. Чаще всегоорганная недостаточность проявляется в виде недостаточности циркуляторной и респираторной систем, почечной недостаточности и нарушений в системе гемостаза.
- ✓ **Панкреатогенный и септический шок -** акроцианоз, мраморная окраска кожных покровов, выраженная одышка, тахикардия с опережением температуры более чем на 30 в мин, системная артериальная гипотензия ниже 90 мм рт. ст., требующая вазопрессорной поддержки, выраженные изменения психики, сердечная, дыхательная, печеночная и почечная недостаточность.
- ✓ **Острое панкреатическое скопление жидкости** – возникает на ранних сроках развития (ферментативнаялибо реактивная фаза)острого панкреатита и может быть множественным; не имеет четко отграниченной стенки; ограничено фасциальными листками; гомогенной структуры; асептическое. Как правило, проходит самостоятельно. При сохранении более 4 недель скопление жидкости переходит в **псевдокисту**. Асимптоматические скопления не требуют оперативного лечения. Наиболее часто жидкостные скопления развиваются при некрозе ткани поджелудочной железы, однако в редких случаях обнаруживаются и при отечном панкреатите.
- ✓ **Острая панкреатическая псевдокиста** — это скопление жидкости, содержащей панкреатические ферменты, окруженное неэпителизированными стенками, исход скопления жидкости, чаще всего локализуются в поджелудочной железе, малом сальнике, переднем околопочечном пространстве.
- ✓ **Острое некротическое скопление** развивается при некрозе поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки и представляет собой скопление некротических тканей с невыраженным жидкостным компонентом.
- ✓ **Перипанкреатический инфильтрат**(парапанкреатит)является наиболее частым из местных осложнений острого панкреатита, ему принадлежит ведущая роль в клинических проявлениях и исходах заболевания. Парапанкреатит при остром панкреатите подразделяют на серозно-геморрагический, инфильтративно-некротический и гнойно-некротический.

Прогноз при ОП всегда серьезен. При консервативном лечении процент летальности колеблется между 10–12 и 2–3%. При хирургическом лечении, т.е. у больных с более тяжелыми формами панкреатита летальность составляет 20–50%, а при тотальном панкреонекрозе достигает 100%. При отечной форме она равна 1,8–2%, при очаговом некрозе —11,4%, при субтотальном —93,8%. Средняя летальность составляет 21%, придеструктивных формах —85%.

3.Фиброаденома (аденофиброма) — доброкачественная опухоль молочной железы, наиболее часто встречающаяся в возрасте 15—35 лет в основном (90 %) в виде одиночного узла. Некоторые исследователи относят фиброаденому к дисгормональным дисплазиям.

Патологоанатомическая картина. Опухоль состоит из пролиферирующих эпителиальных элементов и соединительной ткани. Различают перииинтраканаликулярные фиброаденомы. Размеры опухоли различны — от микроскопических до гигантских (листовидная опухоль молочной железы).

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. Фиброаденома имеет округлую форму, четкие контуры, ровную гладкую поверхность, не спаяна с окружающими тканями. Пальпация ее безболезненна. При пальпации молочной железы в положении лежа опухоль не исчезает. На маммограмме видна тень округлой формы с четкими контурами. Более информативно УЗИ, так как позволяет выявить полость кисты и тем самым помочь дифференциальной диагностике между кистой и фиброаденомой. У пожилых женщин в фиброаденоме на фоне выраженного фиброза могут быть выявлены отложения кальция. При гистологическом исследовании отмечаются разные стадии пролиферации эпителия, не представляющие повышенного риска малигнизации, особенно у молодых женщин.

Лечение. Опухоль обычно удаляют вместе с выраженной капсулой и небольшим количеством окружающей молочную железу ткани. У молодых женщин при операции следует позаботиться о косметическом результате. Разрез рекомендуют делать по краю ареолы. Затем несколько туннелируют ткань для доступа и удаления аденомы.

При удалении ее одновременно убирают минимум здоровой ткани для получения хорошего косметического результата. Швы в глубине раны не накладывают. В Европе при уверенности в диагнозе фиброаденомы небольших размеров не удаляют. Фиброаденомы больших размеров (около 5 см в диаметре), наблюдающиеся иногда у молодых женщин, подлежат удалению и срочному гистологическому исследованию. По клиническим данным фиброаденому почти невозможно отличить от гамартомы. В таких случаях опухоль подлежит удалению.

Листовидная опухоль молочной железы является разновидностью периканаликулярной фиброаденомы. Она имеет характерную слоистую структуру, хорошо отграничена от окружающих тканей, однако настоящей капсулы не имеет. Часто она спаяна с кожей, быстро увеличивается в размерах. При достаточно больших размерах опухоли появляются истончение и синюшность кожи над ней. Листовидная фиброаденома иногда подвергается злокачественному перерождению и метастазирует в кости, легкие и другие органы. **Лечение**. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения. Объем операции зависит от размеров опухоли. При малых размерах производят секторальную резекцию, при новообразованиях диаметром более 8—10 см — простую мастэктомию. Удаленная опухоль подлежит срочному гистологическому исследованию. При злокачественном перерождении производят радикальную мастэктомию по Пейти. Дальнейшее лечение определяется данными гистологического исследования удаленных лимфатических узлов.

Аденома, гамартома молочной железы встречаются редко. Обе опухоли плотные, имеют округлую форму, их трудно отличить от фиброаденомы.

Аденома четко отграничена от окружающей ткани молочной железы. Уточнение диагноза возможно лишь после гистологического исследования макропрепарата.

Липома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани, обычно располагается над тканью молочной железы и в ретромаммарном пространстве. Опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения.

medfsh.ru

Встречается чаще у пожилых женщин. На маммограмме выявляется в виде просветления с четкими ровными контурами на фоне более плотной железистой ткани.

Лечение. Удаление опухоли.

Гинекомастия

При заболевании (истинная гинекомастия) наблюдается увеличение объема всех тканей молочной железы, их гиперплазия. Некоторые специалисты рассматривают это заболевание молочных желез у мужчин как дисгормональное, иногда связанное с нарушением функции эндокринных желез (половых желез, гипофиза, коркового вещества надпочечников).

Клиническая картина и диагностика. В большинстве случаев гинекомастия появляется без всякой причины, особенно у мальчиков в 13—17-летнем возрасте. Она отличается от гинекомастии мужчин зрелого возраста (50 лет и старше). Увеличение молочных желез у подростков наблюдается довольно часто, бывает дву- и односторонним. При двусторонней гинекомастии у мальчиков она с возрастом самостоятельно исчезает. При односторонней локализации гинекомастия причиняет молодым людям косметические неудобства, однако торопиться с операцией нет оснований. Хирургическое вмешательство может быть применено при отсутствии регресса железы или неприемлемого с косметической точки зрения увеличения железы.

У мужчин старшего возраста гинекомастия встречается нередко и может самостоятельно исчезать. Увеличенная железа, помимо косметических неудобств, причиняет иногда боль при дотрагивании до соска, вызывает ощущение напряжения, дискомфорта. При пальпации определяется гладкая, твердая, дисковидная, симметрично расположенная ниже ареолы ткань железы. Некоторые часто употребляемые медикаменты могут вызывать обострение гинекомастии (дигоксин, фенотиазины, эстрогены, теофиллин). Следует напомнить, что гинекомастия может наблюдаться как симптом другого заболевания (цирроз печени, почечная недостаточность, дистрофия вследствие неполноценного питания). В отличие от гинекомастии молочная железа при раке безболезненна, асимметрично расположена ниже или сбоку от ареолы. Она может быть фиксирована к коже или к глубжерасположенной фасции, ограниченно подвижна. При гинекомастии у пациентов старшего возраста, так же как в пубертатном периоде, специального лечения не проводят, если нет подозрений на наличие рака или не возникают значительные косметические неудобства.

Лечение. По настоятельной просьбе пациента производят подкожное удаление железы (субкутанная мастэктомия) с сохранением соска (срочное гистологическое исследование показано во всех случаях).

Дифференциальная диагностика

medfsh.ru

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЖДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ И РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (Л.М.РАТНЕР)

Симптомы	Злокачественные	Доброкачественные
Положение грудных желез	На больной стороне расположена выше уровне	Стояние на одном уровне
Кожа над опухолью	Спаяна с опухолью, втянута, имеет вид пупка или "лимонной корки"	Подвижна, нормального цвета
Время появления боли	Появляются поздно	Появляются рано (связь с менструациями)
Пальпаторные данные	Хрящевидной плотность узловатая, мелкой зернистости нет. Тесно спаяна с окружающими тканями и неподвижна. Границы нечеткие. Кожа над опухолью изменена.	Менее плотной консистенции.. Поверхность мелкобугристая или ровная, гладкая и округлая. Границы четкие. Опухоль подвижна. Иногда есть флюктуация.
Положение соска и ареолы	Деформация, умбиликация соска, сужение ареолы и деформация ее. Стояние соска выше горизонтальной линии, проведенной через здоровый сосок (симптом Форга).	Не изменяется.
Симптом Konig	При прикладывании ладони плашмя на опухоль последняя не исчезает.	При этом маневре опухоль исчезает
Влияние менструаций	Опухоль не изменяется	При некоторых заболеваниях во время месячных опухоль увеличивается, а после уменьшается.

MyShared

Характеристика	Доброкачественная опухоль	Злокачественная опухоль
Рост	медленный	быстрый
Поверхность	гладкая	бугристая
Граница	чёткая	нечёткая
Консистенция	мягкоэластическая, плотноэластическая	каменистой плотности деревянистой плотности
Подвижность	сохранена	может отсутствовать
Связь с кожей	отсутствует	определяется
Нарушение целостности кожи	отсутствует	может быть изъязвление
Регионарные лимфатические узлы	не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

medfsh.ru

Дифференциальный диагноз между доброкачественной опухолью и раком молочной железы (Л.М.Ратнер) (продолжение)		
Симптомы	Злокачественные	Доброкачественные
Лимфатические узлы	Часто увеличены, плотные. Нередко спаяны между собой. Конфигурация изменена.	Часто не прощупываются. Если увеличены, то форма не изменена, мягкие.
Расширение вен над опухолью	Выражено	Отсутствует
Симптом Прибрама	При потягивании за сосок опухоль следует за ним.	Отсутствует.
Характер роста	Быстрый, без перидов регрессирования	Медленный, иногда с периодами уменьшения опухоли.
Состояние жирового слоя над опухолью	Атрофирован	Нормален
Симптом Пайра	Грудь захватывается справа и слева от опухоли двумя пальцами. Опухоль передвигается из стороны в сторону. При этом кожа собирается не в виде продольной складки, а в виде мелкой поперечной складчатости.	Отрицательный.

Задача.

1.О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.

2.Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.

3.Гипогидратаиия, сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД. Возможна гиионариемия, гипокалисмня.

4.Увеличение всех показателей: гематокрнта- за счет сгущения крови, остаточного азота-тоже. Нарушение кровообращения в ночках при гипотсшнн и олнгсмии. относительной плотности мочи- за счет ол и гурии и повышенной рсабсорбцни.

5.Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых растворов в соответствии с данными исследований электролитов в крови.

Билет 34

1. Аппендэктомия. Показания, техника операции при различных видах острого аппендицита.Ведение послеоперационного периода.

medfsh.ru

2.Невправимые грыжи, ложное ущемление, мнимое вправление. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи.

3.Резекции желудка. Основные принципы, техника операции, модификации.

4. Задача. Больная 45 лет госпитализирована с жалобами на резкую слабость, тяжесть в эпигастральной области, ежедневные обильные рвоты с неприятным запахом…

Ответы:

1. При ОА рекомендовано выполнить аппендэктомию (АЭ). Аппендэктомия является стандартом лечения острого аппендицита, она может быть выполнена открыто или, что предпочтительнее, лапароскопически.

Показания:

- острый аппендицит

Виды операций, их объём

Аппендэктомия является единственной операцией, выполняемой у больных с острым аппендицитом. Она может быть дополнена санацией и дренированием брюшной полости. На сегодняшний день операцией выбора считается лапароскопическое удаление аппендикса. Лапароскопическая аппендэктомия впервые была проведена чуть более 30 лет назад, а накопленный к сегодняшнему дню опыт показывает несомненные преимущества удаления отростка именно таким способом. Основным преимуществом такого метода является минимальная травматичность, при которой восстановительный период стал короче, пациент получает минимум дискомфорта и боли. Из-за того, что ткани передней брюшной стенки мало повреждены, у человека уменьшаются шансы на возникновение осложнений со стороны послеоперационной раны. Лапароскопия аппендицита не оставляет следов и шрамов, прокол заживает и швы со временем бесследно исчезают

Оперативная техника, положение больного

Лапароскопию начинают в горизонтальном положении. В случае принятия решения о ЛА создают позицию Тренделенбурга на левом боку (30°), что позволяет отвести петли кишечника и большой сальник от правой подвздошной ямки. Монитор располагают справа от операционного стола. Операциионная бригада располагается слева от операционного стола. Операцию производят под общим внутривенным или эндотрахеальным наркозом. Последний предпочтительнее, так как обеспечивает релаксацию и более безопасен на этапах электрохирургического воздействия. После завершения диагностического этапа лапароскопии принимают окончательное решение об объёме вмешательства. В норме червеобразный отросток легко перемещается инструментом, изменяет свою форму, что говорит об отсутствии напряжения, брюшина его бледная, сосудистый рисунок не нарушен. Как и при открытой аппендэктомии, принципиальное значение имеет способ

medfsh.ru

обработки брыжейки и культи червеобразного отростка. Существуют три способа выполнения лапароскопической аппендэктомии – экстракорпоральный, комбинированный и интракорпоральный.

Экстракорпоральный способ состоит в том, что лапароскопически уточняют диагноз, находят и захватывают зажимом дистальный конец аппендикса, а затем вместе с брыжейкой извлекают его наружу через доступ в правой подвздошной области.

Далее выполняют обычную аппендэктомию с наложением кисетного и Zобразного швов. Брюшную полость промывают, осушают и дренируют. Способ выполним при подвижной слепой кишке, небольшом диаметре аппендикса и отсутствии инфильтративных изменений в брыжейке. Этот вариант может быть рекомендован на этапе освоения техники лапароскопической аппендэктомии.

Комбинированный способ применяют при короткой инфильтрированной брыжейке, которую коагулируют внутри брюшной полости. Мобилизованный аппендикс извлекают наружу и обрабатывают традиционно.

Интракорпоральный способ — общепринятый способ выполнения лапароскопической аппендэктомии, когда все этапы вмешательства осуществляют лапароскопически внутри брюшной полости.

Этапы операции:

1. Тракция. Дистальный конец аппендикса захватывают зажимом, введённым через доступ в правой мезогастральной области и приподнимают по направлению к передней брюшной стенке. Червеобразный отросток освобождают от спаек и сращений, а затем располагают таким образом, чтобы брыжейка находилась во фронтальной плоскости.

2. Пересечение брыжейки проводят одним из 4 способов: 1. Через доступ в левой подвздошной области вводят электрохирургический монополярный зажим или диссектор

Мелкими порциями по 2—3 мм захватывают ткань брыжейки и коагулируют её, продвигаясь по направлению к основанию аппендикса. Особая осторожность необходима вблизи купола слепой кишки. Строго соблюдают следующую последовательность действий: небольшую порцию ткани захватывают диссектором, отводят её от кишки и только затем коагулируют. Обращают внимание на близость к инструменту петель кишечника. Этот способ наиболее прост, обеспечивает надёжный гемостаз и занимает немного времени. Необходимо полностью выделить основание аппендикса по всей окружности, подготовив его к наложению лигатуры. 2. Для обработки брыжейки можно использовать биполярную коагуляцию, что более безопасно, но требует специального инструмента и несколько продолжительнее по времени.

3. Перевязка брыжейки лигатурой: у основания аппендикса в брыжейке формируют окно, проводят через него лигатуру, оба конца которой извлекают наружу через троакар. Узел, сформированный экстракорпорально, опускают в брюшную полость. Брыжейку пересекают ножницами. Наложение отдельных титановых клипс

medfsh.ru

достаточно дорого и ненадёжно, особенно в инфильтрированных тканях. 4. Брыжейку пересекают сшивающим аппаратом Формирование культи аппендикса производят одним из 3 способов:

1. Лигатурный способ наиболее распространён в лапароскопии. Отечественными и зарубежными хирургами он признан безопасным. После пересечения брыжейки, через доступ в правой мезогастральной области, вводят эндопетлю, накидывают её на аппендикс и опускают до основания, используя зажим. Петлю затягивают, лигатуру срезают. Обычно на культе червеобразного отростка оставляют одну или две лигатуры, наложенные друг на друга (одну из них можно заменить 8-миллиметровой клипсой). На дистальную культю аппендикса также накладывают лигатуру, клипсу или хирургический зажим, за который препарат после отсечения немедленно извлекают наружу. Размер культи над лигатурой равен 2 – 3 мм. После отсечения червеобразного отростка слизистую оболочку культи поверхностно коагулируют шарообразным электродом, введённым через доступ в левой подвздошной области.

Напоминаем, что коагуляция вблизи металлических клипс недопустима. При достаточном опыте продолжительность лапароскопической аппендэктомии не превышает по времени открытую операцию, составляя 20–30 мин.

2. Аппаратный способ. Через 12-миллиметровый троакар, из доступа в правой мезогастральной области, вводят эндохирургический сшивающий аппарат, который накладывают раздельно на аппендикс и его брыжейку, пересекая последовательно. При небольшой толщине тканей обе структуры прошивают одномоментно (Рис. 16). Аппаратная аппендэктомия сокращает время операции и позволяет при необходимости асептично выполнить резекцию купола слепой кишки. Единственный недостаток метода — высокая стоимость сшивающего аппарата.

3. Погружение культи в купол слепой кишки наложением интракорпорального кисетного и Z-образного кисетного швов. Методика требует достаточно кропотливой работы и совершенного владения техникой эндохирургического шва.

Извлечение препарата — ответственный момент операции. Во избежание распространения внутрибрюшной инфекции препарат извлекают наружу немедленно после отсечения. Необходимо предотвратить контакт воспалённого аппендикса с тканями передней брюшной стенки, в противном случае инфицирование тканей с большой вероятностью приведёт к развитию гнойных осложнений. Для этого используют один из следующих приёмов: 1 . При диаметре аппендикса и брыжейки менее 10 мм препарат можно беспрепятственно извлечь через троакар в правой мезогастральной области.

2. При большем диаметре препарата применяют переходную гильзу 10/20 мм.

3. Аппендикс перед извлечением помещают в контейнер.

Окончание операции. Зону вмешательства тщательно промывают раствором антисептика. Пациента возвращают в исходное положение, аспирируют промывные воды. В брюшной полости устанавливают дренаж. Раны ушивают.

medfsh.ru

При невозможности выполнить лапароскопичекую аппендэктомию (тяжелые сопутствующие заболевания почек, печени, сердца; большие сроки беременности; тяжелые коагулопатии и нарушения свертываемости крови), а также наличие местных противопоказаний (плотный воспалительный инфильтрат в отростке и вокруг него, массивный спаечный процесс в брюшной полости, абсцедирующийпериаппендикулярный процесс), являются показанием к выполнению традиционной аппендэктомии.

Существует два способа удаления червеобразного отростка – антеградный (удалить отросток, затем обработать его культю) и ретроградный (пересечь отросток и обработать его культю, затем удалить аппендикс). Брыжеечку отростка необходимо всегда прошить и перевязать.

Известны два метода обработки культи червеобразного отростка - погружной способ, когда культю перевязывают кетгутом, а затем перитонизируют кисетным и Z-образным швами (Рис. 20); и лигатурный способ, без перитонизации культи, но с перевязкой её мононитью. Закрытие полого органа, законченное перитонизацией стенки, является более надёжной.

Ретроградное удаление червеобразного отростка производят в тех случаях, когда его не удается вывести в рану, что иногда бывает при ретроцекальном положении отростка или при наличии сращений его с окружающими органами и тканями. При выделении отростка из сращений брюшную полость следует тщательно отгородить марлевыми салфетками во избежание ее инфицирования. Для удаления червеобразного отростка ретроградным путем кишку максимально подтягивают в рану и отыскивают его основание, руководствуясь местом схождения taeniae. Червеобразный отросток пережимают, перевязывают и отсекают у основания. Культю червеобразного отростка погружают кисетным швом. Затем пересекают сращения и брыжейку червеобразного отростка между кровоостанавливающими зажимами, с последующей перевязкой и отсечением.

Аппендэктомия при забрюшинном положении отростка. Если сращений в брюшной полости нет и отростка не находят, то следует думать о его ретроперитонеальном положении. Червеобразный отросток при этом располагается позади восходящей ободочной кишки и своей верхушкой может достигать нижнего полюса почки. При забрюшинном положении червеобразного отростка для его обнажения рассекают париетальную брюшину на протяжении 10 – 15 см, отступя на 1 см кнаружи от слепой и восходящей ободочной кишок. Находят основание червеобразного отростка, берут его на держалку. Отросток перевязывают у основания, отсекают, культя его погружается кисетным швом. После удаления отростка слепую кишку укладывают на место и края рассеченной брюшины сшивают редкими кетгутовыми швами.

После выполненной аппендэктомии брюшную полость осушают с помощью тупферов или электроотсоса. В большинстве случаев послеоперационную рану ушивают наглухо без оставления в ней дренажей. Дренирование брюшной полости производят в следующих случаях:

medfsh.ru

• При перитоните • Нет уверенности в том, что отросток удален полностью • При неуверенности в гемостазе • Наличие периаппендикулярного абсцесса • Распространение воспаления на забрюшинную клетчатку • При неуверенности в надежности погружения культи отростка

Дренирование осуществляется через отдельный разрез с помощью трубки с несколькими отверстиями на конце. В случае перитонита устанавливается два дренажа. Один – в область удаленного отростка и малый таз, второй – по правому боковому каналу. В остальных случаях устанавливается один дренаж в область удаленного отростка и малый таз. После срединной лапаротомии дренажную трубку можно вывести через заднюю кольпотомию.

2. Невправимость - постоянное нахождение грыжевого содержимого в грыжевом мешке, которое не ущемляется, но в покое не вправляется. Причина - сращение содержимого с грыжевым мешком и его с окружающими тканями. Возникает в результате длительного существования грыжи; сужение шейки грыжевого мешка.
Клиническая картина зависит от того, какая часть содержимого брюшной полости переместилась в грыжевой мешок. Наиболее частые симптомы: диспепсия, метеоризм, запор, боль.
Лечение - оперативное в зависимости от локализации и вида грыжи
Предрасполагающие факторы: пожилой возраст, тяжелый физический труд, давность и большие размеры грыж, ношение бандажей

1) **Ложное ущемление** — грыжевой мешок заполняется воспалительным экссудатом, попадающим в него из брюшной полости при остром аппендиците, остром панкреатите, перфорации язв желудка и кишечника и других заболеваниях Местно - почти типичная картина ущемления: болезненное уплотнение, невправимое, кашлевой толчок отрицателен. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости признаков непроходимости кишечника не обнаруживают.

3)Недопустимо насильственное вправление ущемленной грыжи, так как это может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и ее брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того подобная попытка может привести к **мнимому вправлению грыжи**.
Возможны различные варианты мнимого вправления. например, при грубых манипуляциях можно:
- отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленным органом в брюшную полость или предбрюшинную клетчатку.
- оторвать шейку от остальных отделов грыжевого мешка и вправить ее вместе с ущемленным органом в брюшную полость;
- переместить в многокамерном грыжевом мешке ущемленные внутренности из одной камеры в другую, лежащую глубже, чаще всего в предбрюшинной клетчатке.

Лучше признать невправимую грыжу за ущемленную и прооперировать пациента, чем отказаться от экстренного оперативного лечения у пациента с ущемленной грыжей признав ее невправимой.Ни в коем случае нельзя грыжи вправлять, так как возможен разрыв кишечника в грыжевом мешке, ложное вправление.При ложном вправлении возможно полное перемещение грыжевого мешка с ущемляющим кольцом в брюшную полость, отрыв грыжевого мешка от его шейки, смещение содержимого в

medfsh.ru

предбрюшинную клетчатку. Бывают случаи, когда грыжа самостоятельно вправляется при транспортировке больного. В такой ситуации необходимо госпитализировать больного и тщательно за ним наблюдать в течении 48-72 часов. В случае появления признаков перитонита показана операция лапаротомия.

- **3.** по Бильрот I[pl] — формирование анастомоза между культёй желудка и 12-перстной кишкой по типу «конец-в-конец». Преимущества метода:
    - сохранение анатомо-физиологического пути пищи;
    - адекватная резервуарная функция культи желудка;
    - отсутствие прямого контакта слизистой оболочки желудка со слизистой оболочкой тощей кишки, что полностью исключает образование пептических язв соустья.
    - техническая простота и быстрота выполнения операции

Недостатки: возможность натяжения тканей в области анастомоза культи желудка и двенадцатиперстной кишки и наличие в верхней части гастроэнтероанастомоза стыка трёх швов. Обе особенности могут привести к прорезыванию швов и вызвать несостоятельность анастомоза. При соблюдении правильной техники операции можно избежать влияния этих неблагоприятных факторов.

- по Бильрот II[en] — наложение широкого анастомоза между культёй желудка и начальной частью тощей кишки по типу «бок-в-бок». Применяется обычно в случае невозможности создать гастроэнтероанастомоз предыдущим способом.
- по Гофмейстеру-Финстереру[en] — модификация предыдущего способа. Культя двенадцатиперстной кишки при этом способе ушивается наглухо, анастомоз (несколько более узкий за счёт частичного ушивания проксимальной части культи желудка) накладывается между культёй желудка и тощей кишкой в изоперистальтическом направлении по типу «конец-в-бок». Петлю тощей кишки подводят к культе желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в её брыжейке. В настоящее время признано, что этот способ имеет много недостатков: одностороннее выключение из пищеварительного тракта двенадцатиперстной кишки, угроза недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки, развитие послеоперационных осложнений: синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса с развитием хронического атрофического гастрита.
- по Ру[es] — ушивание проксимального конца двенадцатиперстной кишки, рассечение тощей кишки с формированием анастомоза между культёй желудка и дистальным концом тощей кишки. Проксимальный конец тощей кишки (с двенадцатиперстной кишкой) при этом соединяется («конец-в-бок») со стенкой тощей кишки ниже места гастроеюнального анастомоза. Этот способ обеспечивает профилактику дуоденогастрального рефлюкса.
- по Бальфуру

Задача.

1) О стенозе выходного отдела желудка.
2) С раком выходного отдела желудка.
3) Гастроскопия, рентгенологическое исследование желудка; определение общего белка, электролитов крови.
4) Наличием выраженной гипопротеинемии, гиповолемии, гипокалиемии (изменения ЭКГ).

medfsh.ru

Билет 35

1. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Авторские симптомы. Хирургическая тактика при различных видах острой кишечной непроходимости.
2. Основные принципы и способы оперативного лечения острого панкреатита.
3. Перфорация язвы желудка и 12- перстной кишки. Клиника, диагностика, методы лечения.
4. Задача. Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическую рвоту, отсутствие аппетита….

Ответы:

1. Острая кишечная непроходимость (ОКН) – это синдром, характеризующийся нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке. Кишечная непроходимость осложняет течение различных заболеваний. Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

Предрасполагающие факторы острой кишечной непроходимости:

Классификация острой кишечной непроходимости:

А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В.По уровню препятствия:

1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.

2.Толстокишечная непроходимость.

ПРИЧИНЫ

1. Врожденные факторы:

Особенности анатомии (удлинение участков кишки (мегаколон, долихосигма)). Аномалии развития (незавершенный поворот кишки, аганглиоз (болезнь Гиршпрунга)).

2. Приобретенные факторы:

medfsh.ru

Спаечный процесс в брюшной полости. Новообразования кишечника и брюшной полости. Инородные тела кишечника. Гельминтозы. Желчно-каменная болезнь. Грыжи брюшной стенки. Несбалансированное нерегулярное питание.

Производящие факторы острой кишечной непроходимости:

- Резкое повышение внутрибрюшного давления.
- Чрезмерная физическая нагрузка.
- Обильная пищевая нагрузка.

Симптом Бабука.

Бабука с. – возможный признакинвагинации кишечника: если после клизмы в промывных водах крови нет, проводят пальпацию живота в течение 5 мин. При инвагинации нередко после повторной сифонной клизмы вода имеет вид мясных помоев.

Синдром Каревского.

Каревского с. – наблюдают при желчнокаменной кишечной непроходимости: вяло текущее чередование частичной и полной обтурационной кишечной непроходимости.

Обуховской больницы, симптом Hochenegg.

Обуховской больницы с. – признак заворота сигмовидной кишки: расширенная и пустая ампула прямой кишки при ректальном исследовании.

Симптом Руша.

Руша с. – наблюдают при инвагинации толстой кишки: возникновение боли и тенезмов при пальпации колбасовидной опухоли на животе..

СимптомСпасокукоцкого.

Спасокукоцкого с. – возможный признак кишечной непроходимости: аускультативно определяется звук падающей капли.

Симптом Склярова

Склярова с. – признак непроходимости толстой кишки: в растянутой и раздутой сигмовидной кишке определяется шум плеска.

Симптом Титова.

Титова с. – признак спаечной непроходимости: кожно-подкожную складку по линии лапаротомного послеоперационного рубца захватывают пальцами, резко поднимают кверху и затем плавно опускают. Локализация болезненности указывает на место спаечной кишечной непроходимости. При слабо выраженной реакции производят несколько резких подергиваний складки.

2. Принципы консервативного лечения острого панкреатита

medfsh.ru

1. Максимальное снятие боли.

2. Создание функционального покоя поджелудочной железы (голод). Сандостатин. Цитостатики.

3. Аспирация желудочного содержимого.

4. Инактивация протеолитических ферментов (ингибиторы протеаз).

5. Борьба с интоксикацией: форсированный диурез, альбумин, плазма.

6. Устранение явлений желчной и панкреатической гипертензии (спазмолитики).

7. Нормализация сердечно-сосудистой деятельности.

8. Коррекция гидро-ионных нарушений и нарушений кислотно-щелочного равновесия.

9. Экстракорпоральная детоксикацчя (гемосорбция, плазмоферез).

10. Профилактика и лечение вторичных воспалительных изменений. Антибиотики широкого спектра.

11. Искусственное парентеральное питание не менее 2,5 тысяч килокалорий в сутки.

Типы операций при остром панкреатите

1. Мобилизация головки по Кохеру, а также тела и хвоста рапсгеаз из забрюшинной клетчатки по Козлову, Шиленку.

2. Некрэктомия, секвестрэктомия.

3. Резекция хвоста и тела поджелудочной железы.

4. Панкреатэктомия.

5. Дренирование сальниковой сумки.

6. Оментопанкреатопексия.

7. Абдоминизация поджелудочной железы.

8. Дренирование забрюшинного пространства через люмботомию.

9. Декомпрессия желчевыводящих путей.

+10.Лапароскопическое дренирование.

3.

Перфорация — тяжёлое, угрожающее жизни осложнение, занимающее ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни. Определяющие летальность факторы — тяжёлое общее состояние пациента, обусловленное развитием перитонита, нередко выраженной сопутствующей патологией, а также время, прошедшее с момента возникновения осложнения. Так, у больных, оперированных через сутки после

medfsh.ru

перфорации, летальность возрастает в 7—8 раз по сравнению с пациентами, которым операцию провели в течение первых 6 ч. Как правило, осложнение возникает преимущественно у мужчин, в основном молодого возраста, с кратким язвенным анамнезом (до 3 лет) и периодическими обострениями, чаще в весенний и осенний периоды. У 25% больных жалоб в прошлом не было. Перфоративные язвы чаще бывают локализованы в двенадцатиперстной кишке (75%). Примерно в 10% случаев перфорация язвы сопровождается кровотечением или стенозом.

Классификация

Этиология:

• перфорация хронической язвы;

• перфорация острой язвы (в том числе медикаментозной, стрессовой, уремической и др.).

Локализация перфорации:

• язва желудка: малой кривизны, передней стенки, задней стенки;

• язва двенадцатиперстной кишки; передней стенки, задней стенки.

Клиническая форма перфорации:

• в свободную брюшную полость (в том числе прикрытая);

• атипичная: в сальниковую сумку, малый или большой сальник, забрюшинную клетчатку, изолированную спайками полость;

• сочетание с желудочно-кишечным кровотечением;

• сочетание со стенозом выходного отдела желудка.

Фаза течения перитонита (клинический период):

• химический перитонит (период первичного шока);

• бактериальный перитонит (период мнимого благополучия);

• разлитой гнойный перитонит (период абдоминального сепсиса).

Клиника. Перфорация язвы развивается остро, хотя у 20% больных удаётся выявить продромальный период — усиление болей за 3—4 дня, появление тошноты, рвоты. Перфорация сопровождается классической триадой признаков: кинжальная боль (95%), доскообразное напряжение мышц живота (92%), предшествующий язвенный анамнез (80%). Данные физикальногообследования В течение заболевания различают три фазы (шока, мнимого улучшения и гнойного перитонита), имеющие свои характерные клинические проявления. В первой фазе перфорации (до 6 ч) при физикальном обследовании выявляют шок. Обращает на себя внимание внешний вид больного: он лежит неподвижно на спине или правом боку с приведёнными к животу ногами, охватив руками живот, избегает перемены положения тела. Лицо больного осунувшееся и бледное, с испуганным выражением. Дыхание частое и поверхностное. Характерна

medfsh.ru

начальная брадикардия: пульс нередко падает до 50—60 в минуту (так называемый вагусный пульс) вследствие ожога брюшины и нервных окончаний кислотой. АД может быть снижено. Язык в первые часы после перфорации остаётся влажным и чистым. Обращают на себя внимание резнайшая перкуторная и пальпаторная болезненность живота, напряжение мышц передней брюшной стенки сначала в верхних отделах, а затем и по всему животу. Положителен симптом Щёткина—Блюмберга. Исчезает или значительно уменьшается печёночная тупость — характерный симптом появления свободного газа в брюшной полости. Вместе с тем, этот признак в первые часы после перфорации, вследствие небольшого количества газа в брюшной полости, может отсутствовать. Иногда отмечают болезненность в правом боковом канале и правой подвздошной ямке (симптом Кервена). Зачастую выявляют положительный френикус-симптом — иррадиацию болей в надключичную область, правую лопатку. Как правило, перистальтика кишечника не выслушивается. Уже в первые часы заболевания удаётся обнаружить резкую болезненность тазовой брюшины при пальцевом ректальном или вагинальном исследовании.

Описанная картина, характерная для фазы шока, через 6—12 ч после перфорации «стирается». Наступает период мнимого благополучия. Лицо больного приобретает нормальную окраску. Пульс и АД нормализуются. Дыхание перестаёт быть поверхностным. Язык становится сухим и обложенным. Напряжение мышц брюшной стенки уменьшается, при пальпации сохраняются болезненность и положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика не выслушивается, печёночная тупость отсутствует. При ректальном исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность. Затем, через 12—24 ч после перфорации состояние больных начинает прогрессивно ухудшаться — наступает фаза гнойного перитонита. Появляется рвота. Больной ведёт себя беспокойно. Температура тела повышается. Учащается дыхание, падает пульсовое давление, возникает вздутие живота, перистальтика отсутствует. Налицо развернутая клиническая картина абдоминального сепсиса.

Диагностика

Обзорная рентгенография органов брюшной полости при перфорации полого органа выявляет свободный газ под куполом диафрагмы в 80% случаев. Точность рентгенологического метода находится в прямой зависимости от количества газа, поступившего в свободную брюшную полость. В сомнительных случаях следует прибегать к пневмогастрографии, повышающей достоверность метода до 95%. Установив в желудок зонд, в его просвет с помощью шприца Жане вводят 150—200 мл воздуха и тотчас выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости. Тяжёлым больным целесообразно проводить рентгенографию в положении на боку, при этом свободный газ локализуется у места прикрепления диафрагмы к боковой стенке живота.

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет уточнить диагноз в сложных случаях, дать точную картину локализации язвы и её размеров, обнаружить сочетанные осложнения (наличие второй язвы с кровотечением или угрозой его развития, признаки стеноза).

Лапароскопия помогает уточнить диагноз и выбрать адекватный план лечения при неясной клинической картине (в тех ситуациях, когда другие вышеперечисленные методы не позволяют распознать прикрытую или атипичную перфорацию), а в части случаев позволяет убедиться в возможности проведения того или иного вида операции.

medfsh.ru

Лабораторное исследование крови констатирует быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В анализах мочи при перитоните отмечают появление форменных элементов крови, белка и цилиндров.

Дифференциальный диагноз перфоративной язвы нередко приходится проводить с острым аппендицитом, особенно если больного осматривают через 6—7 ч после перфорации, когда желудочное содержимое и экссудат скапливаются в правой подвздошной ямке, вызывая симптомы, характерные для аппендицита. В части случаев диагностические затруднения могут возникнуть при других острых хирургических заболеваниях органов верхнего этажа брюшной полости. Прежде всего, это острый холецистит, острый панкреатит, почечная колика и острая кишечная непроходимость.

Лечение

Консервативный способ ведения больных с перфоративными язвами (так называемый метод Тейлора) предполагает постоянную аспирацию желудочного содержимого, голод, назначение больших доз антибиотиков, а также придание телу больного положения Фовлера (с приподнятым головным концом). Сегодня очевидно, что этот метод несовершенен и поэтому применим только как вынужденная мера — при предельно тяжёлом состоянии больного либо отсутствии возможности проведения операции. Поэтому диагноз перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки — абсолютное показание к экстренной операции.

Хирургическая тактика. Характер и объём хирургического вмешательства определяют строго индивидуально в зависимости от вида язвы, её локализации, характера и распространённости перитонита, наличия сопутствующих перфорации других осложнений язвенной болезни, а также с учётом степени операционно-анестезиологического риска. Различают радикальные операции, направленные не только на спасение жизни больного, но и на профилактику дальнейших рецидивов образования язв (резецирующие методы, ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой), а также паллиативные — различные способы ушивания перфорации, устраняющие только угрожающее жизни осложнение болезни.

Ушивание дуоденальной или желудочной перфоративной язвы остаётся спасительным методом лечения, особенно для больных с распространённым «поздним» перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

Лапароскопическое ушивание (или ушивание из абдоминального доступа) показано также лицам молодой возрастной группы, когда перфорируется так называемая «немая язва», в анамнезе отмечают невыраженное или благоприятное течение заболевания, а выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других сочетанных осложнений язвенной болезни. Ряд швов проходит в поперечном по отношению к продольной оси кишки направлении.

Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой — золотой стандарт хирургического лечения перфоративной дуоденальной язвы, позволяющий ликвидировать другие осложнения заболевания, сопутствующие перфорации, и создать условия профилактики дальнейших рецидивов. Кроме того, довольно часто выполняют пилоропластику по Финнею.

medfsh.ru

Ваготомию с антрумэктомией используют при перфорации, если выявлены другие осложнения (поздняя стадия пилородуоденального стеноза), а также при сочетанной форме язвенной болезни.

Резекцию желудка (гемигастрэктомию) проводят при прободной желудочной язве больным с невысоким операционно-анестезиологическом риском, когда перфорирована длительно существующая каллёзная язва или существуют сочетанные с перфорацией другие осложнения (кровотечение, различной выраженности стеноз).

1. **Задача.** У больного рак желудка на фоне длительного язвенного анамнеза.
2. Диагноз необходимо дифференцировать с обострением язвенной болезни, с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением и язвенным стенозом выходного отдела желудка.
3. Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией, компьютерная томография органов брюшной полости и лапароскопия для оценки распространенности опухолевого процесса.
4. Предоперационная подготовка - проведение инфузионной терапии, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений, коррекция анемии, парентеральное питание. Оперативное лечение.
5. Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При выявлении отдаленных метастазов – эксплоративная лапаротомия.

Билет 36

1. Тактика консервативного лечения, показания к оперативному лечению и методы хирургического лечения при язвенных кровотечениях.
2. Особенности хирургической тактики при различных видах острой кишечной непроходимости. Показания к резекции кишки.
3. Эндемическийзоб. Определение, классификация, клиника, лечение.
4. Задача. Больная К., 20 лет, поступила в стационар с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах. …

Ответы:

1.Консервативное лечение включает в себя:

1) функциональный покой — голод, в последующем щадящая постельный режим, холод на эпигастральную область, постоянная асирация желудочного содержимого и промывание холодным изотоническим хлорида натрия, прием внутрь холодного раствора эпсилон-аминокапроновой кислоты (ε-АКК);

2) противоязвенные препараты (Н2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, в.т.ч. и внутривенные формы введения);

medfsh.ru

3) гемостатическая терапия (этамзилат (дицинон), раствор ε-АКК, гордокс, викасол, транексамовая кислота, свежезамороженная плазма);

4) инфузионная терапия — для ликвидации гиповолемии и дефицита ОЦК, улучшение микроциркуляции, нормализация водноэлектролитного баланса — солевые, глюкозы растворы, коллоиды, плазмозамещающие препараты, белок. При анемии — переливание препаратов крови и кровезаменителей.

Оперативное лечение различают по экстренным, неотложным, срочным и плановым показаниям. Объем операции определяется: тяжестью состояния больного, степенью кровопотери, наличием сопутствующих заболеваний, техническими возможностями клиники.

Резекция желудка с удалением кровоточащей язвы применяется наиболее часто у больных среднего возраста с длительным язвенным анамнезом. При желудочных язвах возможна экономная резекция с ваготомией.

Щадящими методами являются гастро- или дуоденотомия (вскрытие просвета желудка или 12-п. кишки) с прошиванием или иссечением язвы, что выполняется у ослабленных, пожилых пациентов.

Прошивание магистральных артерий желудка с надеждой на остановку кровотечения вследствие резкого снижения кровотока применяется при декомпенсированной кровопотере, тяжелом соматическом состоянии больных пожилого и старческого возрастов.

Дальнейшее снижение летальности возможно при дифференцированном, сочетанном использовании методов эндоскопического гемостаза, комбинированных методов эндоскопического и лапароскопического гемостаза, а также гибридных методов, этиопатогенетической терапии.

2.Хирургическая тактика при неопухолевой непроходимости зависит, прежде всего, от причины, формы непроходимости и ее выраженности.

Экстренные операции показаны при:

1. *Странгуляционной форме* острой кишечной непроходимости (инвагинация, спаечный процесс, заворот, узлообразование). Задержка операции в такой ситуации недопустима. Вмешательство проводится в течение 2-х часов от поступления из-за опасности развития некроза органа и перитонита.

При завороте толстой кишки, небольшом сроке заболевания и отсутствии признаков некроза кишки возможно проведение консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости (сифонная клизма, лечебная колоноскопия).

2. *Запущенной стадии ОКН* с тяжелыми вводно-электролитными нарушениями, выраженными зондовыми потерями (более 1000 мл), значительной дилятацией тонкой кишки (более 5 см) и большими сроками (более 36 часов) от начала заболевания. В этой

medfsh.ru

группе больных наиболее целесообразно экстренное оперативное вмешательство, после полноценной предоперационной подготовки в течение 4–6 часов, направленной на коррекцию метаболических нарушений и органной недостаточности. Попытки разрешения непроходимости в такой ситуации малоэффективны. Объем и время предоперационной подготовки определяется в консилиуме хирурга, анестезиолога и терапевта (по показаниям). В качестве подготовки используется инфузионая терапия (кристаллоидные, коллоидные, гликозированные растворы), декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (назогастральный зонд), симптоматическая терапия.

При острой спаечной тонкокишечной непроходимости целесообразно выполнение малоинвазивного вмешательства - лапароскопического адгезиолизиса, которое менее травматично, сопровождается меньшим 22 числом послеоперационных осложнений и летальных исходов, уменьшает риск спайкообразования, позволяет быстрей реабилитировать пациентов. Однако применение лапароскопии при спаечной кишечной непроходимости возможно у ограниченного числа больных. Это связано с высокой вероятностью интраоперационных повреждений кишки, на фоне спаечного процесса в брюшной полости и расширения петель тонкой кишки, которое встречается у 3-17% больных.

В то же время, метод, несмотря на малую инвазивность, имеет ограничения в применении из-за риска повреждения кишки. Противопоказанием к ее выполнению являются: наличие более 3-х и более операций в анамнезе, расширение тонкой кишки более 4 см, некроза кишки или перитонита. В некоторых «неосложненных» ситуациях, когда жизнеспособность кишки сомнительна, допустимо наблюдение за пациентами с выполнением операций «повторного взгляда» через 12 часов.

Опасность лапароскопического доступа при спаечном процессе в брюшной полости и непроходимости высока. Поэтому этот этап необходимо выполнять в наиболее удаленных точках от послеоперационных рубцов с учетом конституциональных особенностей пациента и с учетом выявления «акустических окон» по данным дооперационного ультразвукового сканирования висцеропариетальных сращений брюшной полости.

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта после лапароскопических вмешательств по поводу ОКН чаще всего осуществляется с помощью назогастрального зонда. Однако в ситуациях, когда кишечная непроходимость выражена, сопровождается расширением тонкой кишки более 40 мм, большим количеством зондового отделяемого, необходимо выполнять интраоперационную интубацию тонкой кишки с помощью эндоскопа на протяжении 30-50 см ниже связки Трейца.

В остальных ситуациях (многократные лапаротомии, непроходимость несвязанная со спаечным процессом, выраженные водно-электролитные нарушения, странгуляционная форма ОСТКН с некрозом кишки) показано хирургическое вмешательство – лапаротомия.

Этапы операции:

1. Ревизия брюшной полости, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости. Взятие экссудата брюшной полости на бактериологическое исследование.

medfsh.ru

2. Определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции. При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки раствора местного анестетика и «согревания» кишки теплыми салфетками, смоченными физраствором . Для объективной оценки кровоснабжения возможно также использование лазерной допплеровской флоуметрии, регионарной трансиллюминационнойангиотензометриивнутристеночных сосудов тонкой кишки. В некоторых ситуациях при сомнениях в жизнеспособности кишки на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, 24 используя запрограммированную релапаротомию или лапароскопию через 12 часов.

3. При некрозе кишки производят резекцию в пределах жизнеспособных тканей, отступя от зоны некроза в приводящем отделе на 30-40 см, в отводящем на 15-20 см. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения. При этом, обязательно используются контрольные показатели: кровотечение из сосудов стенки при ее пересечении и состояния слизистой оболочки.

4. Учитывая наличие перепада диаметров тонкой кишки, предпочтительно наложение тонко-тонкокишечного анастомоза «бок в бок». При резекции толстой кишки операцию заканчивают наложением колостомы. При правосторонней гемиколэктомии допустимо наложение илеотрансверзоанастомоза.

5. Проведение назоинтестинального зонда для декомпрессии тонкой кишки обязательно, за исключением случаев ОКН без выраженного расширения петель кишки (до 30 мм), небольшого количества зондового отделяемого (до 500 мл), отсутствие выраженного спаечного процесса и необходимости резекции кишки. В таких ситуациях допустимо назогастральная декомпрессия.

6. В большинстве случаев дренирование тонкой кишки необходимо выполнять на протяжении 50-100 см от связки Трейцадвухпросветным зондам для проведения в послеоперационном периоде декомпрессии и энетротерапии . Тотальная интубация тонкой кишки ввиду большой травматичности рекомендуется только при выраженном 25 спаечном процессе, для обеспечения каркасной функции и более адекватной ее декомпресссии. При невозможности провести зонд в тонкую кишку, из-за выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости, используют интраоперационное эндоскопическое пособие для установки назоеюнального зонда. От проведения открытой декомпрессии тонкой кишки (путем энтеро-, цеко-, аппендикостомии и др.) следует воздержаться из-за недостаточной надежности и опасности инфицирования брюшной полости.

7. В случаях, когда ОКН осложнена распространённым перитонитом и высоким внутрибрюшным давлением вследствие выраженного расширения тонкой кишки, для профилактики развития компартмент-синдрома следует ушить лапаротомную рану одним из декомпрессионных способов.

medfsh.ru

3.*Эндемический зоб* — заболевание, ведущим симптомом которого является прогрессирующее увеличение щитовидной железы, поражает большие контингента населения в географических районах с дефицитом йода во внешней среде.

Классификация

1. Степень увеличения щитовидной железы.

0-Зоба нет

l-Размеры долей больше дистальной фаланги большого пальца.

Зоб пальпируется, но не виден

II-Зоб пальпируется и виден на глаз.

Согласно рекомендациям ВОЗ «щитовидная железа считается увеличенной, если размеры каждой из долей при пальпации больше дистальной фаланги большого пальца обследуемого пациента».

2. Форма эндемического зоба (морфологическая).

2.1.Диффузный.

2.2.Узловой.

2.3.Смешанный (диффузно-узловой).

3. Функциональное состояние щитовидной железы.

3.1.Эутиреоидный зоб.

3.2.Гипотиреоидный зоб.

4. Локализация зоба:

4.1.Обычно расположенный.

4.2.Частично загрудинный.

4.3.Кольцевой.

4.4.Дистопироваший зоб из эмбриональных закладок (зоб корня языка, добавочной доли щитовидной железы).

Клиническая картина. Больные отмечают увеличение щитовидной железы, "чувство неловкости" в области шеи при движении, реже — сухой кашель. При большом зобе, особенно расположенном частично загрудинно, возможны нарушение дыхания, ощущение тяжести в голове при наклоне туловища, дисфагия. При осмотре обнаруживают диффузный, узловой или диффузно-узловой зоб различной величины.

Лечение

medfsh.ru

Важна реализация программ массовой йодной профилактики органами здравоохранения (йодирование соли, хлеба, воды). Применяют препараты йода, содержащие физиологические количества этого микроэлемента (100— 150 мкг/сут): антиструмин, йодид калия, поливитамины с минеральными добавками. Используют также йодтирокс, тиреокомб и другие препараты. При больших размерах зоба, его узловой трансформации, признаках компрессии окружающих органов могут возникнуть показания для хирургического лечения.

Спорадический зоб — заболевание, сопровождающееся увеличением щитовидной железы у лиц, проживающих вне районов зобной эндемии. Спорадический зоб возникает вследствие некоторых неблагоприятных эндогенных факторов, в основном генетического порядка.

Развитие зоба связывают с нарушением биосинтеза тиреоидных гормонов и метаболизма йода в организме, влиянием небольшого, но длительного повышения уровня ТТГ и ТТГ-подобных факторов, иммуноглобулинов, стимулирующих рост щитовидной железы, но не влияющих на ее функциональное состояние, и др.

Классификация

По морфологии зоб бывает диффузный, узловой и смешанный.

По величине щитовидной железы классифицируется от нулевой до пятой степени.

По функциональности различают эутиреоидный и гипотиреоидный.

По месторасположению – грудинный, загрудинный, кольцевой и дистопированный из эмбриональных закладок.

Клиническая картина схожа с таковой при эндемическом зобе.

Лечение: В случае если коллоидный зоб диффузный или представлен одним небольшим узлом (до 3 см в диаметре), пациента следует лечить консервативно препаратами тиреоидных гормонов (предпочтение отдают L-тироксину). Дозу препарата подбирают таким образом, чтобы уровень ТТГ не превышал 0,1 мЕД/л у женщин в пременопаузе и мужчин моложе 60 лет. У женщин в постменопаузе, мужчин старше 60 лет и у пациентов с заболеваниями сердца применяют меньшие дозы тироксина, понижая уровень ТТГ до 0,5—1,0 мЕД/л (ТТГ-супрессивная терапия). Такие больные подлежат динамическому наблюдению с повторным применением УЗИ с тонкоигольной аспирационной биопсией, выполнением гормональных исследований крови каждые 3 — 4 мес.

Показаниям и к оперативному лечению служат подозрение на малигнизацию узла, признаки сдавления зобом окружающих органов и тканей, отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6 мес (прогрессирующий рост узла).

Также оперативному лечению подлежат пациенты, относящиеся к группе риска по возможному развитию рака щитовидной железы (см. раздел "Злокачественные опухоли"). Объем оперативного вмешательства зависит от размеров узловых образований и их локализации. При узловом зобе обычно выполняют резекцию пораженной доли. При многоузловом зобе с локализацией в одной доле производят субтотальную резекцию доли

medfsh.ru

либо гемитиреоидэктомию, с локализацией в двух долях — субтотальную тиреоидэктомию со срочным гистологическим исследованием. В послеоперационном периоде для профилактики рецидива зоба показана длительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем уровня ТТГ и тиреоидных гормонов. Профилактическая терапия тироксином показана всем больным после субтотальной резекции щитовидной железы, а также пациентам с меньшим объемом операции, но уровнем ТТГ, находящимся на верхней границе нормы (5 мЕД/л).

Задача.

1. Неспецифический язвенный колит, острая форма средней степени тяжести, умеренной активности, с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки (дистальный колит).

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести эндоскопические методы исследования с биопсией слизистой толстой кишки.

3. При колоноскопии в данном случае отмечается отек, зернистость, гиперемия слизистой оболочки, отсутствие сосудистого рисунка, эрозии, поверхностные язвы, псевдополипы, выраженная кровоточивость. Гистологическое исследование: отек, полнокровие сосудов, увеличение количества клеток воспаления, целостность эпителия не нарушена.

4. Ошибка заключалась в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.

5. Диета - стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).