

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

Скользкая грыжа - это грыжа стенкой которой является полый орган например мочевого пузыря.

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

Этиология

Бывают врожденные (это паховая и пупочная) и приобретенные, которые делятся на предуготовленные (то есть в слабых местах брюшной стенки: послеоперационные в области рубцов и травматические после травмы на брюшной)

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).

Классификация:

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

Б) По локализации бывают паховые, бедренные, пупочного кольца, белой линии живота

В) Неосложненные и осложненные (ущемления или копростаз)

Г) По степени развития: начинающиеся грыжи (где только ворота), не полные (занимает не больше 2/3 толщины брюшной стенки) полная, большая и огромная

Клиника: как правило у больных возникает небольшое выпячивание, которое в основном появляется после напряжения. Появляются боли. По мере увеличения размера грыжи симптомы прогрессируют.

Диагностика обычно мы видим выпячивание, которое становится больше при напряжении. В положении лежа мы можем вправить и осмотреть ворота грыжи.

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

Основными этапами грыжесечения являются: 1) операционный доступ , разрез ,который обычно делается над живым мешком 2) обработка грыжевого мешка ,которая включает в себя выделение, вскрытие мешка, вправление грыжевого содержимого , перевязка или прошивания мешка у шейки 3) пластика грыжевых ворот 4) восстановлением целостности кожных покровов

2. Заболевания ободочной кишки. Методика обследования больных. Фиброколоноскопия. Влияние факторов внешней среды на течение заболевания.

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 (распространенный полипоз);

в) рак толстой кишки.

4. Повреждения ободочной кишки.

5. Кишечная непроходимость.

Рентгенологическое исследование. Рентгенологическое исследование при заболеваниях толстой кишки является одним из основных методов получения объективной информации для установления правильного диагноза.

Ирригоскопию (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.

Наружный осмотр.

Детальный осмотр промежностно-анальной области необходим во всех случаях, когда больной предъявляет соответствующие жалобы. 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.

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.

Ректороманоскопия. 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,

т. е. с профилактической целью для выявления бессимптомно протекающих заболеваний, особенно у работников пищевых и детских учреждений.

Ректороманоскопию по необходимости используют в целях биопсии и взятия материала со слизистой кишки для посева, мазка, микроскопического исследования.

Рентгенологическое исследование. Это ценный диагностический метод распознавания рака ободочной кишки. В сочетании с клиническими данными он обеспечивает успех своевременной диагностики данного заболевания.

Колоноскопия. Дает возможность выявить патологические изменения ободочной кишки, является дополнительным и окончательным диагностическим методом, так как с помощью операционного колоноскопа можно взять материал для гистологического исследования с любого отдела ободочной кишки.

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

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

Классификация:

-серозный

-инфильтрационный

-гнойный

* инфильтрационно – гнойный: диффузный или Узловой

* абсцедирующий: поверхностный (премаммарный, субареолярный) и глубокий (интрамаммарный, ретромаммарный)

* флегмонозный

* гангренозный

Возбудителем является стафилококк, стрептококк, реже гонококк и пневмококк

Предрасполагающие факторы: трещины сосков, лактостаз, неправильный уход

Клиника: лихорадка 40 градусов , сильные боли в молочной железе, болезненный инфильтрат , напряжение и гиперемии кожи молочной железы, увеличение размеров молочной железы, регионарный лимфаденит

Лечение: хирургическое (радиальные и параовариальные разрезы)

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 гипозоночными. 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 некрэктомию

Задача

при операции больному Е., 65 лет по поводу левосторонней ущемленной пахово-машоночной грыжи обнаружено, что ущемленная

В зависимости от используемых для закрытия дефекта тканей различают:

- 1) фасциально-апоневротическая;
- 2) мышечно-апоневротическая;
- 3) мышечная;
- 4) пластика с помощью дополнительных биологических или синтетических материалов (аллопластика, эксплантация);

5) комбинированная (использование аутоканей и чужеродных тканей).

Первые три метода объединяются в аутопластические, а остальные два принято называть аллопластическими.

Билет 2.

1.Паховые грыжи. Этиология, клиника ,лечение.

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).

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, пропускает 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 снаружи 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 :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 абсцесс осложнение острого аппендицита. 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 (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 перчаточко-марлевых тампона и трубчатый дренаж. При вскрытии абсцесса не следует стремиться к обязательной аппендэктомии. 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) Доброкачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, липома).

Дифференциальная диагностика.

Доброкачественные опухоли молочной железы представляют собой образования, вызванные нарушениями нормального роста, размножением клеток. Для доброкачественных новообразований характерны замедленный рост, отсутствие метастаз и прорастания в окружающие ткани.

1. Фиброаденома (аденофиброма) - наиболее часто встречающаяся в возрасте 15—35 лет в основном (90%) в виде одиночного узла. Некоторые исследователи относят фиброаденому к дисгормональным дисплазиям.

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.

2. Липома - доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани, обычно располагается над тканью молочной железы и в ретромаммарном 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.

НА ВСЯКИЙ: 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.

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.

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 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 микрофлорой, 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 размножения микроорганизмов на обогащенной питательной среде (крови) и развития воспалительного процесса

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 деления — 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 провоспалительных 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 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 — рН-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 (регос контрастное вещество) в режиме реального времени. Основным симптомом 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 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 современных представлений об этиопатогенезе заболевания, обязательным исследованием при ЯБЖДПК является определение *Helicobacter pylori* уреазным 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).

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 (опухоль 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,

-фиброкколоноскопия,

- 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

- 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.

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.

3 этап — 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—40 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 (1 этап) 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 классический объем резекции составляет 2/3 желудка. При язвах желудка, при пониженной или неизменной 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 Гейнеке-Микуличу, 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.

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 омертвление (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

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 заращенным 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.

Скользкая паховая грыжа

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

1) Этиопатогенез

При скользких 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 -- мочевого пузыря. 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

Скользкую 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;
- 4) при частичной или полной невраваемости 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 приема (при скользких грыжах мочевого пузыря вначале больной опорожняет мочевой пузырь, а затем, после вправления грыжи, у него появляется позыв на мочеиспускание).

При подозрении на наличие скользкой 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 скользкой паховой грыжи. Наложение внутреннего кисетного шва: При скользких грыжах стенкой грыжевого мешка на большем или меньшем протяжении является орган, частично не покрытый брюшиной (слепая кишка, мочевого пузыря). Во избежание повреждения такого органа при выделении грыжевого мешка следует обращать внимание на толщину его стенок, особенно боковых. При скользких 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 пузырьной 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

- 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. .

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 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. 3×10^{12} /л, гемоглобин < 83 г/л > 100 Сistol. АД > 100 ,
- 3) При тяжелой степени больной находится в состоянии геморрагического шока: заторможенность, резкая бледность, холодный липкий пот,

эритроцитов менее $2,5 \times 10^{12}$, 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.

- 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 противобрыжечному 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 её 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 имеются, 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.
- 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 наложением межкишечного анастомоза
- 5) критерии жизнеспособности тонкой кишки : цвет - розовый, наличие пульсации сосудов брыжейки, наличие перистальтики.

БИЛЕТ 9

1) Кровоточащая гастродуоденальная язва, этиопатогенез, классификация.

Этиопатогенез. Провоцирующие факторы те же, что и при перфоративной язве:

- нервные потрясения,
- физическая перегрузка,
- нарушение режима питания.

Кровотечение возникает в результате аррозии сосудов в язве, венозного стаза и тромбоза вен. Различают артериальные, венозные и капиллярные кровотечения.

К основным звеньям патогенеза развивающихся при кровотечениях относятся нарушения циркуляторного гомеостаза и микроциркуляции; дыхательные расстройства; нарушения в системе крови и метаболического гомеостаза; снижение защитных функций организма.

Клиника. Капиллярные кровотечения в основном бывают скрытыми и проявляются лишь хронической слабостью и железодефицитной анемией. Кровотечения при ЯБ, как правило, начинаются внезапно, чаще в вечернее или ночное время и проявляются 3 группами симптомов:

- 1) кардинальные (явные) клиническими проявлениями;
- 2) клинические симптомы кровопотери и гиповолемии;
- 3) специфические симптомы, характерные для

гастродуоденальных язв, т.е. собственно язва — имеющийся дефект в стенке, начиная со слизистой.

К первой группе относятся:

а) рвота алой (свежей) кровью (гематемезис) характерна для профузных, интенсивных артериальных кровотечений и является неблагоприятным клиническим признаком и одним из наиболее ранних и достоверных диагностических критериев продолжающегося кровотечения либо его рецидива. Также рвота алой кровью характерна для кровотечений из проксимальных отделов желудка (пищевод и выше), а также для

легочных кровотечений (с пеной). 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. В результате рвотные массы приобретают коричневый цвет или цвет «кофейной гущи». Рвота с кровью наблюдается у 65% больных с язвенными кровотечениями;

б) выделение крови через прямую кишку в виде дегтеобразного стула (melena) в основном свойственно кровоточащим язвам 12-п.к. Часто данный признак является единственной жалобой больного. Данное состояние необходимо различать от следствия приема ряда лекарственных препаратов, например, активированного угля. Под воздействием микроорганизмов и ферментов на кровь в кишечнике, гемоглобинное железо восстанавливается в 3-хвалентное, что придает черную окраску стулу.

в) боль в эпигастрии, как правило, усиливается за 2–3 дня до кровотечения и потом исчезает после начала язвенного кровотечения (симптом Бергмана).

Вторую группу симптомов составляют неспецифические признаки кровопотери: слабость, головокружение, холодный липкий пот, шум в ушах, «мушки» перед глазами, сердцебиение, жажда.

Классификация язвенных кровотечений по И.А. Горбашко (1982),

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

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. $>3 < 2,5 \times 10^{12} / \text{л}$, гемоглобин $< 83 \text{ г/л} > 100$ Систол. АД > 100 , эр. $< 2,5 \times 10^{12} / \text{л}$. *При тяжелой степени* больной находится в состоянии геморрагического шока: заторможенность, резкая бледность, холодный липкий пот, эритроцитов менее $2,5 \times 10^{12} / \text{л}$ нитевидный пульс 140–160 уд. или не сосчитывается. АД мах не определяется.

Терминальное состояние — массивное профузное кровотечение, часто продолжающееся, геморрагический шок (III стадия необратимого шока). В отделении интенсивной терапии (ожоги, травмы и др.) хотя и чаще осложняются кровотечением, иногда перфорируют.

Диагностика

фиброэзофагогастродуоденоскопия, которая проводится всем больным с подозрением на кровотечение. При этом определяется локализация источника кровотечения, его интенсивность, вид (венозное, артериальное или капиллярное) и ряд других характеристик (содержимое и размеры желудка, состояние слизистой и т.д.).

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.

Кроме того, неоспоримыми достоинствами современной эндоскопии является возможность выполнения лечебных мероприятий, направленных на окончательную или временную (как этап подготовки к хирургической операции) остановку кровотечения, профилактики рецидива при состоявшихся кровотечениях.

Наиболее простейший метод гемостаза — орошение раствором нитрата серебра, имеющим прижигающее действие, эффективен только при капиллярном кровотечении (I c). Более эффективными являются способы клеевого закрытия язвенного дефекта, электрокоагуляции, наложения клипс (на видимом артериальном сосуде), аргоноплазменной коагуляции, инъекционные методики (обкалывание язвы сосудосуживающими и гемостатическими препаратами (адреналин, этиловый спирт, этамзилат).

рентген-ангиографию чревного ствола, с помощью которой определяют при кровотечении локализацию истечения контрастного вещества в просвет желудка или кишечника, его интенсивность и динамику продолжения или остановки кровотечения.

ЛЕЧЕНИЕ

Больные с кровотечением легкой степени госпитализируются в хирургическое отделение, больные со средней и тяжелой кровопотерей направляются в реанимационное отделение, которым после ФЭГДС проводится интенсивная терапия, коррекция кровопотери. При ухудшении состояния и клинике повторного (рецидива) кровотечения больные оперируются в экстренном порядке. При профузном кровотечении, неэффективности эндоскопического гемостаза (аргоноплазменная коагуляция, электрокоагуляция, диатермокоагуляция, криокоагуляция) также проводится экстренное оперативное вмешательство. При этом острую кровопотерю восполняют интраоперационно. Основным звеном лечения является патогенетическое лечение причины кровотечения — язвенной болезни.

Консервативное лечение включает в себя:

- 1) функциональный покой — голод, в последующем щадящая диета, запрет физической активности (постельный режим), холод на эпигастральную область, постоянная асирация желудочного содержимого и промывание холодным изотоническим хлорида натрия, прием внутрь холодного раствора эpsilon-аминокапроновой кислоты (ϵ -АКК);
- 2) противоязвенные препараты (H_2 -блокаторы, блокаторы протонной помпы, в.т.ч. и внутривенные формы введения);
- 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. Оптимальные соотношения инфузионных сред при дефиците ОЦК до 15%: переливания крови не требуется, вводятся инфузионные среды в объеме 3 единиц, реологические растворы при всех состояниях в объеме 1 единицы. При дефиците до 20%, дополнительно требуется гемотрансфузия, до 30% —

2–3 единицы гемотрансфузии, до 4 единиц инфузионных сред, более 30% — крови до 4 единиц и более, до 5 единиц инфузии.

Оперативное лечение

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. При иссечении язвы у молодых пациентов патогенетически целесообразно комбинировать операцию с ваготомией и пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу.

2) Осложнения грыж

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 грыжевого мешка с окружающими тканями. Возникает в результате длительного существования грыжи.

Воспаление грыжи — редкое осложнение. Инфекция попадает через повреждения кожи (эрозии, эскориации), при воспалении внутренних органов в грыже, чаще червеобразного отростка, дивертикула Меккеля (грыжа Литтре), придатков матки. Лечение — вскрытие гнойника, аппендэктомия или дивертикулэктомия в грыже. Если гнойно-некротический процесс в грыжевом мешке распространяется на другие ткани, включая подкожную клетчатку и кожу, то формируется флегмона грыжевого мешка, а после ее вскрытия кишечный свищ. Операция Замтера через средне-срединную лапаротомию резецируют кишку, находящуюся в грыжевом мешке и формируют межкишечный анастомоз. Над грыжей рассекают кожу, клетчатку, грыжевой мешок, удаляют гной,

осторожно рассекают грыжевые ворота, извлекают и удаляют ущемленную и резецированную кишку. Выделение грыжевого мешка не производят.

Копростаз — осложнение, встречающееся в основном у пожилых пациентов. При этом внутри грыжевого мешка происходит скопление каловых масс в кишечной петле, которой чаще является толстая (сигмовидная) кишка. Копростаз при прогрессировании может приводить к ущемлению. Клинически проявляется постепенным нарастанием болевого синдрома, увеличением размеров грыжи на фоне симптомов частичной кишечной непроходимости. Лечение — очистительные и сифонные клизмы.

Ущемление — сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах.. Это наиболее важная клиническая форма осложнений грыж, которая требует экстренного оперативного вмешательства. Чаще всего ущемлению подвергаются наиболее мобильные органы брюшной полости — пряди большого сальника и петли тонкой кишки. Наиболее частый вид ущемления — эластический. 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. Каловое ущемление чаще является следствием копростаза. Приводящая петля кишки в грыжевом мешке постепенно расширяется от кишечного содержимого, которое сдавливает отводящую петлю, вызывая нарушение ее крово- и лимфообращения.

Атипичными формами ущемления являются пристеночное (рихтеровское) (*hernia Richter*), ретроградное (*hernia Mairdl*). При 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. Поэтому важно, если в грыжевом мешке находятся две кишечные петли, осмотреть связующую петлю до погружения петель в брюшную полость.

Клиника

Основными симптомами ущемления грыжи являются внезапно возникшая боль в области грыжи, Характер боли весьма интенсивный, вплоть до болевого шока. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость. Рвота вначале однократная, имеет рефлексорный характер, а затем, по мере развития кишечной непроходимости, становится многократной, неукротимой, со зловонным запахом. При осмотре в области грыжевых ворот определяется невривимое, напряженное, резко болезненное выпячивание. При перкуссии определяется притупление, если в грыжевом мешке содержится жидкость и сальник, или тимпанит, если в мешке находится раздутая петля кишки. При ущемлении паховой грыжи данное образование пальпируется в наружном отверстии пахового канала. При паховых грыжах определяется симптом Барышникова, который заключается в возникновении или усилении острой, режущей боли во время поднятия вытянутой ноги на стороне ущемления, что объясняется сокращением сухожилий и мышц, окружающих грыжевые ворота, которые максимально суживаются и еще больше сдавливают ущемленную кишку.

Дифференциальную диагностику следует проводить с невривимой грыжей, паховым лимфаденитом и метастазами опухоли в паховые лимфатические узлы. При невривимой, длительно существующей грыже боли являются частым симптомом, но признаки кишечной непроходимости отсутствуют, состояние больного вполне удовлетворительное, грыжевое выпячивание не напряжено, мягкоэластической консистенции. При малейшем сомнении необходимо

считать грыжу ущемленной и оперировать больного в экстренном порядке.

ЛЕЧЕНИЕ

Ущемленная грыжа подлежит экстренному оперативному вмешательству. Единственным противопоказанием к операции является агональное состояние больного.

Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи. 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 рубцовым тканям ущемляющего кольца..

Освободив ущемленную кишку, оценивают её 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 её в пределах здоровых тканей.

Кроме ущемленной петли подлежат удалению 30–40 см приводящего отдела кишки (выше странгуляции) и 15–20 см отводящего (ниже её). Чем длительнее ущемление, тем более обширной должна быть резекция.

Погрузив в брюшную полость жизнеспособный или резецированный орган, подвергшийся ущемлению, полностью выделяют из окружающей клетчатки грыжевой мешок, перевязывают его у шейки и иссекают.

В дальнейшем в зависимости от разновидности грыжи приступают к пластике грыжевых ворот

3) Особенности клиники острого аппендицита (ОА) у людей пожилого возраста.

В пожилом и старческом возрасте преобладают деструктивные формы ОА, что связано с атеросклерозом, тромбозом и снижением общей реактивности организма. Именно у стариков возникает первично-гангренозный аппендицит (эта форма развивается, минуя катаральную и флегмонозную стадии, из-за нарушения кровоснабжения отростка в связи с атеросклерозом или тромбозом артерии аппендикса, то есть по сути это инфаркт червеобразного отростка).

Симптомокомплекс ОА у больных этой **группы имеет стертую картину**. Вследствие возрастного повышения порога болевой чувствительности больные не обращают внимания на боль в эпигастрии в начале заболевания, замечая ее только когда она опускается в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Тошнота и рвота встречаются чаще в связи с быстрым развитием деструктивного процесса. Задержка стула не имеет решающего значения в связи с возрастным замедлением опорожнения кишечника.

При исследовании живота выявляют лишь умеренную болезненность в правой подвздошной области даже при деструктивных формах аппендицита. Вследствие возрастной релаксации мышц брюшной стенки мышечное напряжение в очаге поражения незначительно, но симптомы Щеткина-Блюмберга (болезненность при надавливании в правой подвздошной области усиливается при одергивании руки, вследствие сотрясения брюшной стенки), Воскресенского («рубашки», скользящими движениями проводим от реберной дуги к паховой связке, и обратно, через рубашку больного, наблюдается болезненность в правой подвздошной области), Ситковского (усиление болей при положении на левом боку). Температура тела остается нормальной или умеренно повышается, лейкоциты незначительно повышены (до $12 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофильный сдвиг не выражен.

У пожилых чаще возникает аппендикулярный инфильтрат (конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного отростка), который медленно развивается. Нередко больные замечают опухолевидное образование спустя несколько дней после приступа неинтенсивных болей, необходимо провести диффдиагностику с опухолью слепой кишки.

Также своеобразие ОА у стариков осложнено тем что точно распознать клиническую форму до операции сложно, необходимо провести вмешательство как можно быстрее. При выборе обезболивания – местная анестезия, особенно у больных отягощенных дыхательными или СС-заболеваниями.

Ведение послеоперационного периода – динамический контроль функционального состояния главных систем организма, следует обратить особое внимание на профилактику ТЭЛА.

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

1. К чему приводят неправильные действия пациента?
2. Дежурный терапевт не назначил консультацию, какого специалиста?
3. Допустимо ли назначение анальгетика и вправление выпячивания в брюшную полость в подобных случаях?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больному?
5. Критерии жизнеспособности тонкой кишки?

ОТВЕТ

1. К поздней госпитализации, развитию некротических изменений ущемленного органа.

2. Консультацию дежурного врача-хирурга.
3. Введение анальгетиков для купирования острых болей в животе до установления причины их возникновения недопустимо насильственное вправление грыжи приводит к ложному вправлению и некрозу ущемленного органа.
4. Резекция некротизированной тонкой кишки в пределах здоровых тканей (40 см проводящего и 20 см отводящего отдела). Пластика грыжевых ворот местными тканями. При наличии перитонита - санация, дренированием брюшной полости.
5. Критерий: розовый цвет, блестящая серозная оболочка, наличие перистальтики, пульсация сосудов брыжейки тонкой кишки.

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 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, землистой 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 водно-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 водно-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.

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 дубликатуры, 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 дубликатуры 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 состоянием(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, 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 мастодию или масталгию циклического нагрубания железы, обусловленную венозным застоем и отеком стромы; молочная железа увеличивается в объеме более чем на 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 мепс появляется нагрубание, болезненность молочной железы,

2- 30-40 лет боль носит постоянный х-р, длится 2-3 нед до мепс в железе пальпируются отдельные болезненные уплотненные дольки

3 – возраст старше 40-45 лет, боль менее интенсивная и непостоянная, пальпируются множественные кистозные образования, при надавливании выделяется коричневатозеленый 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 мастодии и диффузными фиброзно-кистозными изменениями структуры молочной железы проводят консервативную терапию с использованием как гормональной терапии, так и негормональных 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 - В6), А, С и Е - 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 (бромкриптин) 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.

Хирургическое секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием узла. В тех случаях, когда при цитологическом исследовании обнаруживается пролиферирующий фибroadеноматоз, 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 назогастрального 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 H₂-блокаторов, а также комплекс антихеликобактерной терапии. После органосберегающих операций с ваготомией особенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперированного желудка (препараты группы прокинетики). 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 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°C 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 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. Основным методом 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.

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

Патологоанатомические 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 измененными 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) Невправимые грыжи. 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 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 положении.

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 развиваться непроходимость кишечника и перитонит. Анамнестические данные (наильственное 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)Механическая КН. Классиф, клиника, д-ка,лечение

Классиф.:

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 токсических ножниц(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, гипопротейнемия, 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)

6.восстановление пассажа кишечного содержимого

7.предотвращение рецидива КН

8.санация и дренирование

9. закрытие операционной раны

еще нужно взять экссудат на бактериальное исследование

: 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 гнояника 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 15

Билет 15

1. Желчно – каменная болезнь - (холелитиаз) характеризуется образованием конкрементов (камней) в полости желчного пузыря (ЖП) или реже в протоках, которое приводит к возникновению комплекса патологических изменений в организме.

В патогенезе камнеобразования придают значение сочетанию 3 основных патологических процессов:

- 1) увеличение концентрации в желчи холестерина, соединений билирубина, и снижение — желчных кислот и фосфолипидов — дискриния (нарушение соотношения составных частей желчи);
- 2) выделение слизистой оболочкой желчного пузыря слизи, содержащей гликопротеиды с появлением центров кристаллизации (нуклеации);
- 3) дискинезия желчевыводящих путей — застой желчи, сниженная сократительная способность желчного пузыря.

Предрасполагающие факторы к развитию холелитиаза.

«Принцип пяти F», который включает:

- 1) Female (женщина);
- 2) Fat (полная);
- 3) Forty (40 лет и старше);
- 4) Fertile (имевшая беременность);
- 5) Fair (блондинка)

Клиника

1. Латентная форма (камненосительство) — до 60% людей с камнями в желчном пузыре и 10–20% — в желчном протоке не подозревают об их существовании, т.к. эта патология никак себя не проявляет.

2. Первично-хронический холецистит — жалобы связаны с функциональными расстройствами ЖКТ: чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, неустойчивый стул, изжога, горечь во рту. Возникают периодически, чаще после погрешности в диете (жирная, жареная, острая пища, алкоголь) или физической нагрузки

3. Печеночная (желчная) колика — Проявляется внезапными и периодически повторяющимися болевыми приступами, возникающими чаще после воздействия провоцирующих факторов, без признаков воспаления (нет повышения температуры, озноба, лейкоцитоза). Боль длится от 15 мин до 6 час, затем постепенно или внезапно проходит. Если более 6 час. — развитие острого холецистита.

4. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит — повторные приступы болей в правом подреберье и эпигастрии, воспаление ЖП (повышение температуры, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, перитонеальные симптомы). Каждый рецидив — острое заболевание со стационарным лечением.

5. Хронический резидуальный холецистит — возникает, когда закончился приступ острого холецистита, но сохраняются боли и пальпаторная болезненность в проекции ЖП. Нет полного благополучия.

6. Прочие формы:

а) Стенокардитическая форма — холецисто-кардиальный синдром Боли, возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии;

б) Синдром Сейнта — сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки

в) Триада Кастена — сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и язвенной болезнью 12 п.к

Диагностика

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — скрининговый метод, выявляя

камни до 2 мм. Также определяет размеры ЖП, толщину стенок, наличие перивоспалительного инфильтрата и степень деструкции стенки при гангренозной форме холецистита.

Эндоскопическое УЗИ — более инвазивный и дорогой метод, который более точно обнаруживает камни холедоха.

Холецистохолангиография (ХХГ) для диагностики патологии желчевыводящих путей для определения диаметра протоков, уровня их закупорки, определения патологических включений в просвете протоков.

В зависимости от способа введения йодсодержащих контрастных веществ различают непрямую и прямую ХХГ.

Непрямая ХХГ основана на способности клеток печени выделять с желчью контрастное вещество, которое попадая в желчные пути, позволяет

получить их изображение:

- а) пероральная (диагностическая точность 80-85%);
- б) внутривенная (60%);
- в) инфузионная.

Прямая холангиография характеризуется непосредственным введением контраста в желчевыводящие пути:

- а) при канюляции БДС во время эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ) при ФГДС;
- б) при чрескожной чрезпеченочной холангиографии (ЧПХГ) — пункции через печень расширенных внутрипеченочных протоков или редко ЖП иглой Шиба — показана чаще при высоких непроходимостях протоков;
- в) при пункции желчного пузыря под контролем УЗИ или при диагностической лапароскопии;
- г) интраоперационно (через

- катетер в пузырном протоке или при пункции общего желчного протока);
- д) через фистулу (дренаж общего желчного протока после операции).

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.

2. Механизмы отдельных видов ущемления.

Каловое ущемление чаще является следствием копростаз.

Приводящая петля кишки в грыжевом мешке постепенно расширяется от кишечного содержимого, которое сдавливает отводящую петлю, вызывая нарушение ее крово- и лимфообращения.

Эластическое ущемление. Возникает из-за внезапного резкого повышения внутрибрюшного давления (кашель, поднятие тяжестей), 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.

При 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. Поэтому важно, если в грыжевом мешке находятся две кишечные петли, осмотреть связующую петлю до погружения петель в брюшную полость.

Последние 2 являются атипичными формами!!!

симптомами ущемления грыжи являются внезапно возникшая боль в области грыжи, Характер боли весьма интенсивный, вплоть до болевого шока. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость. Рвота вначале однократная, имеет рефлексорный характер, а затем, по мере развития кишечной непроходимости, становится многократной, неукротимой, со зловонным запахом. При осмотре в области грыжевых ворот определяется невправимое, напряженное, резко болезненное выпячивание. При перкуссии определяется притупление, если в грыжевом мешке содержится жидкость и сальник, или тимпанит, если в мешке находится раздутая петля кишки. При ущемлении паховой грыжи данное образование пальпируется в наружном отверстии пахового канала.

Ущемленная петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), подвергается некрозу, который начинается со слизистой, затем поражает подслизистый слой, мышечную и в последнюю очередь серозную оболочку, страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и ее приводящий отдел, расположенный в брюшной полости.

Хирургическая тактика

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. Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку и, не выделяя полностью грыжевой мешок, рассекают его дно. Обычно при этом изливается желтоватого или темнубурого 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 её 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 её в пределах здоровых тканей.

3. Заболевания щитовидной железы

Щитовидная железа (ЩЖ) является самой крупной железой эндокринной системы человека.

Факторы внешней среды:

- загрязненность воды урохромом, нитратами, высокое содержание

в ней кальция, гуминовых веществ, затрудняющие всасывание йода

- дефицит в окружающей среде и продуктах питания микроэлементов цинка, марганца, селена, молибдена, кобальта, меди и избыток кальция. Дефицит меди снижает активность йодиназы, участвующий в присоединении йода к тирозильному радикалу

- применение лекарственных препаратов, блокирующих транспорт йодида в клетки ЩЖ(перйодат, перхлорат калия)

Классификация заболеваний щитовидной железы. Общепринятая классификация заболеваний ЩЖ отсутствует

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. Безболевого («молчащий»)

2.2.2. Послеродовой

2.2.3. Цитокин-индуцированный

II. Коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб (доброкачественные гиперпластические процессы в ЩЖ)

1. Диффузный эутиреоидный зоб

2. Узловой и многоузловой эутиреоидный 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 щж при патологии других органов и систем

- пальпации Прощупывание ЩЖ осуществляется во время глотательных движений, когда гортань вместе с ЩЖ сначала

двигается вверх, а затем опускается вниз.

- УЗИ
- уровень ТТГ
- доп Т3 Т4 св+связ
- Антитела к тпо
- кальцитонин при раке
- тонкоигольная аспирационная биопсия

1. Острый аппендицит
2. Оперативная
3. Характерная картина для аппендицита начало заболевания с боли в эпигастрии или по всему животу с дальнейшим перемещением боли в правую подвздошную область в течение 2-4 часов
4. Симптом Кохера

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, эпигастриальной 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. Чаше 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 $12—18 \cdot 10^9/л$ 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 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;

-чрескожная чреспечёночная холецистохолангиография — 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 инфицированное содержимое (желчь, гной), после чего в просвете пузыря устанавливают 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.

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 развиваться 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. Врожденная непроходимость кишечника. Частота методы диагностики и лечения.

Врожденная кишечная непроходимость - состояние, при котором нарушено прохождение кишечных масс по пищеварительному тракту.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОКН ПО УРОВНЮ ПРЕПЯТСТВИЯ:
тонкокишечная 60 -70% , толстокишечная 30 -40%

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОКН ПО ЭТИОЛОГИИ: при острой тонкокишечной непроходимости: — спаечная в 63% , странгуляционная в 28%, обтурационная неопухолевого генеза в 7% прочее в 2% при острой толстокишечной непроходимости: — опухолевая непроходимость в 93% заворот толстой кишки в 4 % прочее в 3%

ДИАГНОСТИКА

Врожденная непроходимость часто выявляется при пренатальном УЗИ на 24-30 неделях беременности. Врач определяет расширение желудка, верхних отделов кишечника, увеличение размеров живота плода, отсутствие кишечных гаустр. Характерным признаком является многоводие у матери, вызванное нарушениями заглатывания и утилизации околоплодных вод. В план постнатальной диагностики включаются:

-Зондирование желудка. Лечебно-диагностический метод рекомендован всем пациентам, у которых подозревается врожденная аномалия развития кишечной трубки. Если по зонду получают жидкость объемом более 25-30 мл с зеленоватой или желтой окраской, подозревают локализацию дефекта в двенадцатиперстной или начальном отделе тощей кишки.

-Рентгенограмма брюшной полости. Для дуоденальной обструкции характерно наличие двух газовых пузырей в области желудка и 12-перстной кишки.

-УЗИ брюшных органов. При ультразвуковой визуализации определяют расширение проксимального фрагмента кишечника, его заполнение однородной массой (меконием). В пораженной участке отсутствуют перистальтические движения.

-Ирригоскопия. При помощи исследования диагностируется низкая врожденная кишечная непроходимость. При контрастировании толстого кишечника врач выявляет микроколон — шнуроподобную кишку с малым диаметром, на слизистой оболочке которой не контрастируются характерные складки.

Лечение врожденной кишечной непроходимости

-Консервативная терапия:

После постановки диагноза врожденной непроходимости сразу прекращают кормление ребенка грудным молоком или смесью и переходят на парентеральное питание. Для декомпрессии ЖКТ и выведения остаточного содержимого устанавливают назогастральный зонд. Назначается вливание солевых и коллоидных растворов, чтобы восполнить водный баланс и дефицит микроэлементов.

-Антибактериальная терапия показана чтобы предотвратить перитонит, аспирационную пневмонию, генерализованную инфекцию. После хирургического лечения продолжается системная антибиотикотерапия, а спустя 12-24 часа начинают вводить препараты для стимуляции перистальтики. В течение 1-3 недель постепенно переходят с парентерального на энтеральное питание.

-Хирургическое лечение:

Оперативное вмешательство в первые дни жизни — основной метод лечения, который восстанавливает проходимость кишечной трубки, обеспечивает нормальное питание младенца. Техника хирургической помощи зависит от вида и степени тяжести аномалии. Детские хирурги проводят резекцию кишечного участка, накладывают обходные или Т-образные анастомозы, вскрывают кишечник и эвакуируют мекониальную пробку. При осложненных пороках выполняется двухэтапная операция.

4

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.

1. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

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 – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 3-5 часов с момента заболевания. Кишечные аркады - получают, 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.

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 непроходимости 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 гемиколэктомия. 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 позвоночником сзади и натянутой как струна верхней брыжеечной артерией и брыжейкой тонкой кишки спереди.

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 дуоденоюноанастомоза.

Прогноз благоприятный.

Билет 30

1. Современные принципы комплексного лечения перитонита. Понятие о лапаростомии и программируемых санациях.

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;

б) 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 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°C 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. Плотные 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;
 - 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 лапароскопическая 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. В послеоперационном периоде проводят поддерживающую инфузионную терапию в соответствии с потерями жидкости и выявленными дефицитами. Для возмещения гидроионных дефицитов применяют раствор Рингера, лактасол, поляризующие коктейли, содержащие глюкозу, инсулин и калий. Объем плазмы восполняют путем введения желатиноля, альбумина, плазмы и других сред, избегая при этом избыточной инфузионной терапии. Назначают реополиглюкин и другие средства с целью профилактики тромбообразования и восстановления микроциркуляции. К инфузионным средам добавляют растворы, содержащие магний, кальций, витамины (аскорбиновая кислота, тиамин, пиридоксин). Калий вводится только при достаточной функции почек. Важнейшим методом профилактики и лечения послеоперационной атонии кишечника является восстановление водного и электролитного баланса, важнейшее звено которого — ликвидация дефицита калия. Для обеспечения достаточной перистальтики применяют прозерин. Усиление перистальтики можно достичь путем улучшения мезентериального кровообращения с помощью гиперосмолярно-гиперонкотических растворов. Полное восстановление жидкостных дефицитов при неосложненном течении послеоперационного периода происходит на 3—4-е сутки.

Установка **назоюнального зондов** обычно выполняется под общей анестезией.

Порядок установки назоюнального зондов:

- Пациента отводят в кабинет интервенционной радиологии или процедурный кабинет. Если правила больницы разрешают, родители смогут находиться с пациентом до начала процедуры.
- У детей эта процедура обычно выполняется под общей анестезией. Во время процедуры и в процессе восстановления после анестезии проводится контроль частоты сердечных сокращений и давления пациента.

- Для облегчения прохождения конец зонда смазывается специальным составом.
- Процедура проводится под рентген-контролем — врач вводит зонд в одну из ноздрей и медленно продвигает его далее через нос, по пищеводу и в желудок.
- С применением визуализации зонд продвигается через желудок до размещения в правильном положении в кишечнике. Для установки зонда может также использоваться проводник.
- Внешний конец зонда фиксируется на лице с помощью лейкопластыря.

4.

1. Стеноз привратника.

2. Коматозное состояние связано с гипохлоремией, развившейся у больного вследствие нарушения проходимости привратника, результатом которой явилась частая и обильная рвота.

3. Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести в вену 40- 60 мл 10% раствора хлорида натрия, а затем организовать постоянное капельное вливание физиологического раствора, ввести сердечные и сосудистые препараты, парентеральное введение белков, жиров, углеводов, электролитов, переливания крови и плазмы, ежедневное промывание желудка. Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 дней. Уточнить причину стеноза. Показана операция.

Билет 31

1. Современные принципы комплексного лечения перитонита. Понятие о лапаротомии и программируемых операциях.

Консервативное: Общая схема предоперационной подготовки: гигиена, Катетеризация центр. вены, моч. пузыря, желудка; В/В введение кристаллоидных растворов до 1000-1500 мл; переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения ОЦЖ; коррекция гемодинамики и транспорта кислорода; В/В при АНТИБИОТИКИ шир. спек. дей-я

Хирург-е: устранение источника перитонита; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника; применения всех средств чтобы предотвратить кишечн. недостаточность; выбор варианта первичной операции и определение дальнейшей тактики. В основном применяют СРЕДННУЮ

ЛАПАРОТОМИЮ. т.к. при других вариантах может развиваться послеоперационная флегмона.

Лапаростомия-это открытое ведение инфицированной брюшной полости. + нет некрозов краев ткани при форсированном закрытии срединного разреза; лучшая экскурсия диафрагмы.

ПОКАЗ: обширные дефекты брюш.ст; чрезмерный висцер. отек; плохое состояние апоневротических образований; Планируемая ревизия брюш. полости через 2-3 дня; предстоящее форсированное закрытие абдоминальной раны.

Программируемая релапаротомия это этап радикального хирургического воздействия в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при разлитом гнойном перитоните.

2. Осложнения желчнокаменной болезни.

Острый холецистит; Обтурационный холедохолитиаз; Обтурационный папиллолитиаз; Рак желчного пузыря; Стеноз большого дуоденального сосочка; Холангит; Панкреатит; Механическая желтуха; Билио-билиарные и пузырно-дигестивные свищи.

Острый холецистит:

Неосложненный(Катаральный, Флегмонозный, Гангренозный)

Осложненный(механ. желтуха, панкреатит, перипузырный инфильтрат и абсцесс, перфорация пузыря)

Диагностика:ОАК, ур Билирубина, сахар, УЗИ, КТ

Лечение:спазмолитики, дезинтоксикация, антибиотики, антигистаминные, плановая холецистэктомия

Общая диагностика: дооперационная: анамнез, объективное, лаб данные, УЗИ печени желчных путей, рентген брюшной полости ФЭГДС, ЭРПХГ

Интароперационно: Зондирование желчного пузыря, операционная холангиография, холангиоскопия, УЗИ ФЭГДС, лапароскопия

Лечение:ОХ -холецистэктомия

обтур папиллолитиаз- дуоденоскопия с эндоскопической папиллотомией.

3 Организация хирургической службы в Республике Башкортостан

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)

4. Задача

Диагноз: Ранний Декомпенсированный стеноз привратника, средняя степень тяжести. Экстренная помощь заключается в инфузионной терапии (гипертонический раствор, препараты кальция) Для уточнения диагноза используют ФГДС и гастроскопию.

2 Гипертонический раствор натрия хлорида. Для купирования ахлогидрических судорог

Лечение оперативное, больному показана резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюноанастомоз. Продолжительность, объем и характер предоперационной подготовки зависят от степени стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза.

Билет 32.

1. Понятие о хирургическом сепсисе.

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 рСО₂ более 32 мм рт. ст.; 4) лейкоцитоза, выходящего за пределы 4 — 12 × 10⁹, или содержание незрелых форм в лейкоцитарной формуле более 10%.

2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к хирургическому лечению. Возможности современных противоязвенных препаратов и эндоскопического лечения.

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;
- 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 (амоксцилин, 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.
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. Этика и деонтология в хирургии.

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.

4. . Больной А., 36 лет, заболел остро 4 часа назад, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 часа. При поступлении общее состояние больного средней тяжести. Жалуется на боли в правой подвздошной области. При пальпации в правой подвздошной области отмечается резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3о С, пульс 100 ударов в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 х10⁹/л. Положительны симптомы Ровзинга и Воскресенского. Был поставлен диагноз «Острый аппендицит», и больной взят на операцию. После вскрытия брюшной полости доступом Волковича-Дьяконова выделилась мутная жидкость с примесью кусочков не переваренной пищи.

1. Каков правильный диагноз?

2. Причина ошибочного диагноза?

3. Что следует предпринять?

ОТВЕТ К ЗАДАЧЕ

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, лапороскопия. 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

(1) Острый аппендицит. Классификация, патологоанатомические формы.

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

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

Патологоанатомические 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 удаётся дифференцировать

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

(2) Невправимые грыжи. 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 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 положении.

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 развиваться 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) Механическая КН. Классиф, клиника, д-ка, лечение

Классиф.:

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 токсических ножниц(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)
- 6.восстановление пассажа кишечного содержимого
- 7.предотвращение рецидива КН
- 8.санация и дренирование
9. закрытие операционной раны

еще нужно взять экссудат на бактериальное исследование

: 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 гнояника расширяют, эвакуируют гной, который берется на бактериальное исследование и на чувствительность к антибиотикам, выделяют полость, промывают раствором антисептика, устанавливают в ней один или два перчаточко-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 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 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 гноя, отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени воспалительного процесса в ней. При широком свищевом ходе через него могут выходить газы и кал, при узком — скудное серозно-гнояное 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 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 парапроктита. 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 свищах** 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. **Трансфинктерные** 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.(X)

X— 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).

Клиника ОХ - 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 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 подпеченочном пространстве. Это свидетельствует о генерализации инфекции.

Хронический склерозирующий холангит — хроническое воспаление желчных путей, сопровождающееся утолщением и склерозом их стенок, которое приводит к обструкции внутрипеченочных желчных протоков. В большинстве случаев это генерализованный процесс, захватывающий все желчные пути. Различают первичный и вторичный склерозирующий холангит, 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 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; — 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 билет Больной 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 35**1. Острая кишечная непроходимость.**

Авторские симптомы. Хирургическая тактика при различных видах кишечной непроходимости

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:

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 признак инвагинации 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 Hocheneegg.

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..

Симптом Спасокукоцкого.

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 вверх и затем плавно опускают. Локализация болезненности указывает на место спаечной кишечной непроходимости. При слабо выраженной реакции производят несколько резких поддегиваний складки.

При динамической : спазмолитики, тепло на
ЖИВОТ

При паралитической: препараты повышающие
перистальтику кишечника(прозерин,
ацеклидин, гипертонические клизмы)

При механической: промывание желудка,
сифонные клизмы (если нет перитонита)
Всем дезинтоксикационная терапия!!!

2. Основные методы оперативного лечения острого панкреатита

Принципы консервативного лечения острого панкреатита

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 детоксикация (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. Абдоминализация поджелудочной железы.

8. Дренирование забрюшинного пространства через люмботомию.

9. Декомпрессия желчевыводящих путей.

+10.Лапароскопическое дренирование.

3. Ранние осложнения после операции на желудке.
Диагностика.Лечение.Профилактика

- **Перитонит**
- **Несостоятельность швов желудочно-кишечного и желудочно-дуоденального анастомозов**

Диагностика

Диагностический поиск при болезни оперированного желудка направлен на уточнение степени функциональных и органических нарушений, оценку состоятельности анастомоза, выявление критических состояний, требующих неотложной терапии. Обследование пациента осуществляется комплексно с применением таких лабораторных и инструментальных методов, как:

Клинический анализ крови. Для пострезекционной В12-дефицитной анемии характерны изменения в виде

уменьшения содержания эритроцитов и гемоглобина, увеличения цветного показателя более 1,05, появления макроцитов. Метод дополняют проведением биохимического исследования крови – при заболеваниях оперированного желудка наблюдается гипопроотеинемия, повышение уровня печеночных ферментов, снижение концентрации глюкозы.

Рентгенологическое исследование. При демпинг-синдроме на рентгенограммах желудка выявляют стремительное продвижение контраста в тонкую кишку и расширение отводящей петли. Типичные рентгенологические признаки рецидивировавшей язвы – симптом «ниши» (депо бария), конвергенция складок слизистой оболочки. В случае расстройства приводящей петли при рентгеноскопии натоцак определяется жидкость в желудочной культе, что связано с ее рефлюксом из кишечника.

Эзофагогастродуоденоскопия. Введение эндоскопа через пищевод в желудок и 12-перстную кишку позволяет оценить состояние слизистой оболочки пищеварительного тракта, обнаружить воспалительные изменения и нарушения моторики, установить локализацию язвенного дефекта, его размеры. Язвы чаще всего располагаются в зоне анастомоза или в отводящей петле. Во время ЭГДС может выполняться биопсия для последующего гистологического анализа.

При возможном рецидиве язвы рекомендовано выполнение анализа кала на скрытую кровь. Для верификации диагноза демпинг-синдрома производится провокационная проба – при положительном результате наблюдается ухудшение состояния пациента через 15-20 минут после перорального приема 150 мл гипертонического раствора глюкозы. Больным с постгастрорезекционной болезнью может потребоваться обследование других органов ЖКТ: УЗИ желчного пузыря, поджелудочной железы, МСКТ брюшной полости, МРТ-панкреатохолангиография и др.

Дифференциальная диагностика патологии оперированного желудка проводится со злокачественными новообразованиями ЖКТ, синдромом Золлингера-Эллисона, частичной кишечной непроходимостью, желудочно-кишечным свищем, хроническим энтеритом, болезнью Крона, инсулиномой, нейроэндокринными опухолями, гипопластической анемией. Кроме наблюдения у врача-гастроэнтеролога и абдоминального хирурга пациенту рекомендованы консультации гематолога, онколога, эндокринолога, инфекциониста, невролога.

Лечение болезней оперированного желудка

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 (говядины, курятины, крольчатины). 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 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 перистальтику 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.

.Задача: больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, похудание, слабость, периодическую рвоту, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически лечился амбулаторно и стационарно. В последние полгода отмечается резкое ухудшение состояния. Анализ крови: эр $3.7 \cdot 10^{12}/л$, НВ-96, лейкоциты - $6.7 \cdot 10^9/л$. Общ белок плазмы 88 г/л

1. 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 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:
 - ✓ клостридиальный
 - ✓ неклостридиальный

II. По локализации поражения:

- a) подкожный
- b) подслизистый
- c) межмышечный
- d) седалищно-прямокишечный (ишиоректальный)
- e) тазово-прямокишечный:
 - ✓ пельвиоректальный
 - ✓ ретроректальный
 - ✓ подковообразный

III. По локализации крипты, вовлеченной в процесс воспаления:

- A. Задний.
- B. Передний.
- C. Боковой.

IV. По характеру гнойного хода:

- 1) интрасфинктерный
- 2) трансфинктерный

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,
- 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**
 - ✓ болезненность одной из стенок среднеампулярного или верхнеампулярного отдела прямой кишки, тестоватой консистенции
 - ✓ инфильтрацию кишечной стенки или плотный инфильтрат за её пределами.

В более поздних стадиях определяют:

Утолщение стенки кишки, оттеснение её извне

У опухоли, над которой слизистая оболочка кишки может оставаться подвижной

- **при позадипрямокишечной форме** определяют
 - У выбухание в области задней стенки прямой кишки
 - У усиление болей при давлении на копчик
- **при подковообразной форме острого парапроктита**
 - У уплощение и уплотнение стенки кишки выше анального канала
 - У сглаженность складок на стороне поражения
 - У повышение 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 внутрстеночно-инфильтративном парапроктите**
 - У пальпируют 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

микробиоты 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

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

- нагноившаяся 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

– **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 рефлексорный 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 синдром 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 примесью 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 натрия 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).
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 пузыря.

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 её 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 калькулёзный холецистит

2. Острый бескаменный холецистит:

- ∨ ферментативный
- ∨ сосудистый

✓ инфекционный

✓ паразитарный

Клинико-морфологические формы:

§ Катаральный

§ Гнойно-деструктивные формы:

✓ флегмонозный (включая эмпиему желчного пузыря)

✓ гангренозный

✓ перфоративный

Исходы:

* хронический калькулезный холецистит

* водянка желчного пузыря

* рубцовое сморщивание желчного пузыря

* формирование внутренних желчных свищей

Осложнения:

§ перфорация стенки желчного пузыря

§ местный или распространённый перитонит

§ инфильтрат брюшной полости

§ перивезикальный абсцесс абдоминальный

§ сепсис

ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Хирургический метод (холецистэктомия) - основной 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 культы 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

Спаечная кишечная непроходимость

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 (незавершённый 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%) — 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 внутривенных 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 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 отека 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).

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. Мастопатия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Мастопатия - Дисгормональные заболевания молочных желез.

.Классификация:

Диффузная мастопатия: простая;

с умеренной внутрипротоковой пролиферацией эпителия;

с умеренно выраженной атипией эпителия.

Узловая мастопатия: с пролиферацией;

с пролиферацией и атипией.

Фиброаденома молочной железы: интраканаликулярная; периканаликулярная; листовидная (филлоидная); внутрипротоковая папиллома (кровооточащая молочная железа, болезнь Минца).

Аденома.

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 мепс появляется нагрубание, болезненность молочной железы,

2- 30-40 лет боль носит постоянный х-р, длится 2-3 нед до мепс в железе пальпируются отдельные болезненные уплотненные дольки

3 – возраст старше 40-45 лет, боль менее интенсивная и непостоянная, пальпируются множественные кистозные образования, при надавливании выделяется коричневатозеленый 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 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 - В6), А, С и Е - 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 чувствительный на психоэмоциональный стресс орган. (настойка пустырника, валерианы и т. д.).

Выбор бюстгалтера. не игнорировать, не носить маленький

2. Гормональная терапия

Гормонотерапия направлена на уменьшение стимулирующего воздействия эстрогенов на молочные железы

Антиэстрогены. (тамоксифен, торемифен) блокируют эстрогенрецепторы в тканях-мишенях

Средства оральной контрацепции. Правильно выбранная и используемая оральная контрацепция обеспечивает постоянное подавление стероидогенеза и овуляции, подавление синтеза овариальных андрогенов, а также эстрогенорцепторов 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 (бромкриптин) 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.

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

Задача

1 .Диплококковый перитонит.

2.Осмотр наружных половых органов(вульвовагинит, мазок, лапароскопия).

3 неясных случаях показана.

4. Нет.

5. Противовоспалительная терапия

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—Блумберга в правом верхнем квадранте живота, симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского—Мюсси, лейкоцитоз до $12-18 \cdot 10^9/\text{л}$ 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 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;

-чрескожная чреспечёночная холецистохолангиография — 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 инфицированное содержимое (желчь, гной), после чего в просвете пузыря устанавливают 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.

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 развиваться 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 тромбозы, 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. Врожденная непроходимость кишечника. Частота методы диагностики и лечения.

Врожденная кишечная непроходимость - состояние, при котором нарушено прохождение кишечных масс по пищеварительному тракту.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОКН ПО УРОВНЮ ПРЕПЯТСТВИЯ:
тонкокишечная 60 -70% , толстокишечная 30 -40%

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОКН ПО ЭТИОЛОГИИ: при острой тонкокишечной непроходимости: — спаечная в 63% , странгуляционная в 28%, обтурационная неопухолевого генеза в 7% прочее в 2% при острой толстокишечной непроходимости: — опухолевая непроходимость в 93% заворот толстой кишки в 4 % прочее в 3%

ДИАГНОСТИКА

Врожденная непроходимость часто выявляется при пренатальном УЗИ на 24-30 неделях беременности. Врач определяет расширение желудка, верхних отделов кишечника, увеличение размеров живота плода, отсутствие кишечных гаустр. Характерным признаком является многоводие у матери, вызванное нарушениями заглатывания и утилизации околоплодных вод. В план постнатальной диагностики включаются:

-Зондирование желудка. Лечебно-диагностический метод рекомендован всем пациентам, у которых подозревается врожденная аномалия развития кишечной трубки. Если по зонду получают жидкость объемом более 25-30 мл с зеленоватой или желтой окраской, подозревают локализацию дефекта в двенадцатиперстной или начальном отделе тощей кишки.

-Рентгенограмма брюшной полости. Для дуоденальной обструкции характерно наличие двух газовых пузырей в области желудка и 12-перстной кишки.

-УЗИ брюшных органов. При ультразвуковой визуализации определяют расширение проксимального фрагмента кишечника, его заполнение однородной массой (меконием). В пораженной участке отсутствуют перистальтические движения.

-Ирригоскопия. При помощи исследования диагностируется низкая врожденная кишечная непроходимость. При контрастировании толстого кишечника врач выявляет микроколон — шнуроподобную кишку с малым диаметром, на слизистой оболочке которой не контрастируются характерные складки.

Лечение врожденной кишечной непроходимости

-Консервативная терапия:

После постановки диагноза врожденной непроходимости сразу прекращают кормление ребенка грудным молоком или смесью и переходят на парентеральное питание. Для декомпрессии ЖКТ и выведения остаточного содержимого устанавливают назогастральный зонд. Назначается вливание солевых и коллоидных растворов, чтобы восполнить водный баланс и дефицит микроэлементов.

-Антибактериальная терапия показана чтобы предотвратить перитонит, аспирационную пневмонию, генерализованную инфекцию. После хирургического лечения продолжается системная антибиотикотерапия, а спустя 12-24 часа начинают вводить препараты для стимуляции перистальтики. В течение 1-3 недель постепенно переходят с парентерального на энтеральное питание.

-Хирургическое лечение:

Оперативное вмешательство в первые дни жизни — основной метод лечения, который восстанавливает проходимость кишечной трубки, обеспечивает нормальное питание младенца. Техника хирургической помощи зависит от вида и степени тяжести аномалии. Детские хирурги проводят резекцию кишечного участка, накладывают обходные или Т-образные анастомозы, вскрывают кишечник и эвакуируют мекониальную пробку. При осложненных пороках выполняется двухэтапная операция.

4

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.

1. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

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 – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 3-5 часов с момента заболевания. Кишечные аркады - получают, 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.

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 непроходимости 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 гемиколэктомия. 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 позвоночником сзади и натянутой как струна верхней брыжеечной артерией и брыжейкой тонкой кишки спереди.

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 дуоденоюноанастомоза.

Прогноз благоприятный.

БИЛЕТ 29

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 Склярера - 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 – это горизонтальный 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.

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 гемиколэктомия. 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 позвоночником сзади и натянутой как струна верхней брыжеечной артерией и брыжейкой тонкой кишки спереди.

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 дуоденоюноанастомоза.

Прогноз благоприятный.

1. Обтурация желчными конкрементами составляет 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-дуоденальный 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.

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 obturации 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, ректороманоскопии.

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.

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 ягодичами, разведенными полосками лейкопластыря, имеет ряд преимуществ - наилучший обзор и удобство доступа для хирурга/ассистента, снижение притока крови к геморроидальным сплетениям.
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. Тиреоидиты и струмиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Воспаление щитовидной железы носит наименование тиреоидита, 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 (стрептококковая, 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 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 заболевания 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: амоксицилин/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 β-адреноблокаторами (пропранолол внутрь 20-40 мг 3-4 р./сут.) до ликвидации клинических 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.

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 гнояника 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 используют [Троксевазин](#) и [Детралекс](#).

Для уменьшения болей и зуда, предотвращения кровотечений и тромбообразования, а также снятия отека применяют мази и суппозитории.

Болевой синдром обычно купируют местными анальгетиками Нефлюаном, Ауробином, Проктогливенолом, Ульрапроктом.

Для предотвращения тромбоза и снятия отека назначают Проктоседил и/или [Гепатромбин Г](#). Оба препарата обладают и обезболивающим эффектом.

Если имеет место геморроидальный тромбоз используют мази с антикоагулятивным влиянием. Обычно гепариновую или троксевазиновую. Часто сочетают их Левомеколем или Левосином.

5. Операции Миллигана-Моргана, Уайтхеда(+возможно Маркса)

Операция Миллигана-Моргана. Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану – это операция, суть которой заключается в радикальном удалении геморроидальных узлов единым комплексом. В отличие от малоинвазивных методик, это вмешательство предусматривает единовременное иссечение всех геморроидальных узлов вместе с подлежащими тканями. Его суть состоит в том, что через расширенное анальное отверстие обеспечивается доступ к геморроидальному узлу, который просто механически отсекается от вены по ножке. В настоящее время разработано несколько модификаций, отличающихся в основном в завершающей части процедуры, но сама техника операции остается неизменной.

Уайтхеда операция -хирургическая операция: круговое иссечение слизистой оболочки прямой кишки на протяжении 5-8 см от заднего прохода и подшивание края оставшейся слизистой оболочки к коже; предложена для лечения геморроя.

БИЛЕТ 15

Билет 15

1. Желчно – каменная болезнь - (холелитиаз) характеризуется образованием конкрементов (камней) в полости желчного пузыря (ЖП) или реже в протоках, которое приводит к возникновению комплекса патологических изменений в организме.

В патогенезе камнеобразования придают значение сочетанию 3 основных патологических процессов:

1) увеличение концентрации в желчи холестерина, соединений билирубина, и снижение — желчных кислот и фосфолипидов —

- дискриния (нарушение соотношения составных частей желчи);
- 2) выделение слизистой оболочкой желчного пузыря слизи, содержащей гликопротеиды с появлением центров кристаллизации (нуклеации);
 - 3) дискинезия желчевыводящих путей — застой желчи, сниженная сократительная способность желчного пузыря.

Предрасполагающие факторы к развитию холелитиаза.

«Принцип пяти F», который включает:

- 1) Female (женщина);
- 2) Fat (полная);
- 3) Forty (40 лет и старше);
- 4) Fertile (имевшая беременность);
- 5) Fair (блондинка)

Клиника

1. Латентная форма (камненосительство) — до 60% людей с камнями в желчном пузыре и 10–20% — в желчном протоке не подозревают об их существовании, т.к. эта патология никак себя не проявляет.
2. Первично-хронический холецистит — жалобы связаны с функциональными расстройствами ЖКТ: чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, неустойчивый стул, изжога, горечь во рту. Возникают периодически, чаще после погрешности в диете (жирная, жареная, острая пища, алкоголь) или физической нагрузки
3. Печеночная (желчная) колика — Проявляется внезапными и периодически повторяющимися болевыми приступами, возникающими чаще после воздействия провоцирующих факторов, без признаков воспаления (нет повышения температуры, озноба, лейкоцитоза). Боль длится от 15 мин до 6 час, затем постепенно или внезапно проходит. Если более 6 час. — развитие острого холецистита.
4. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит — повторные приступы болей в правом подреберье и эпигастрии, воспаление ЖП (повышение температуры, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, перитонеальные симптомы). Каждый рецидив — острое заболевание со стационарным лечением.
5. Хронический резидуальный холецистит — возникает, когда закончился приступ острого холецистита, но сохраняются боли и пальпаторная болезненность в проекции ЖП. Нет полного благополучия.
6. Прочие формы:
 - а) Стенокардитическая форма — холецисто-кардиальный синдром Боли, возникающие при печеночной колике, распространяются на область сердца, провоцируя приступ стенокардии;
 - б) Синдром Сейнта — сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и дивертикулезом толстой кишки

в) Триада Кастена — сочетание ЖКБ с диафрагмальной грыжей и язвенной болезнью 12 п.к

Диагностика

Ультразвуковое исследование (УЗИ) — скрининговый метод, выявляя камни до 2 мм. Также определяет размеры ЖП, толщину стенок, наличие перивоспалительного инфильтрата и степень деструкции стенки при гангренозной форме холецистита.

Эндоскопическое УЗИ — более инвазивный и дорогой метод, который более точно обнаруживает камни холедоха.

Холецистохолангиография (ХХГ) для диагностики патологии желчевыводящих путей для определения диаметра протоков, уровня их закупорки, определения патологических включений в просвете протоков.

В зависимости от способа введения йодсодержащих контрастных веществ различают непрямую и прямую ХХГ.

Непрямая ХХГ основана на способности клеток печени выделять с желчью контрастное вещество, которое попадая в желчные пути, позволяет

получить их изображение:

- а) пероральная (диагностическая точность 80-85%);
- б) внутривенная (60%);
- в) инфузионная.

Прямая холангиография характеризуется непосредственным введением контраста в желчевыводящие пути:

- а) при канюляции БДС во время эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ) при ФГДС;
- б) при чрескожной чрезпеченочной холангиографии (ЧПХГ) — пункции через печень расширенных внутрипеченочных протоков или редко ЖП иглой Шиба — показана чаще при высоких непроходимостях протоков;
- в) при пункции желчного пузыря под контролем УЗИ или при диагностической лапароскопии;
- г) интраоперационно (через

- катетер в пузырьном протоке или при пункции общего желчного протока);
- д) через фистулу (дренаж общего желчного протока после операции).

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.

2. Механизмы отдельных видов ущемления.

Каловое ущемление чаще является следствием копростазы.

Приводящая петля кишки в грыжевом мешке постепенно расширяется от кишечного содержимого, которое сдавливает отводящую петлю, вызывая нарушение ее крово- и лимфообращения.

Эластическое ущемление. Возникает из-за внезапного резкого повышения внутрибрюшного давления (кашель, поднятие тяжестей), 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.

При 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. Поэтому важно, если в грыжевом мешке находятся две кишечные петли, осмотреть связующую петлю до погружения петель в брюшную полость.

Последние 2 являются атипичными формами!!!

симптомами ущемления грыжи являются внезапно возникшая боль в области грыжи, Характер боли весьма интенсивный, вплоть до болевого шока. Грыжа перестает вправляться в брюшную полость. Рвота вначале однократная, имеет рефлексорный характер, а затем, по мере развития кишечной непроходимости, становится многократной, неукротимой, со зловонным запахом. При осмотре в области грыжевых ворот определяется невправимое, напряженное, резко болезненное выпячивание. При перкуссии определяется притупление, если в грыжевом мешке содержится жидкость и сальник, или тимпанит, если в мешке находится раздутая петля кишки. При ущемлении паховой грыжи данное образование пальпируется в наружном отверстии пахового канала.

Ущемленная петля кишки довольно быстро, в течение нескольких часов (при эластическом ущемлении), подвергается некрозу, который начинается со слизистой, затем поражает подслизистый

слой, мышечную и в последнюю очередь серозную оболочку, страдает не только часть кишки, находящаяся в грыжевом мешке, но и ее приводящий отдел, расположенный в брюшной полости.

Хирургическая тактика

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. Разрез проводят непосредственно над грыжевым выпячиванием в соответствии с локализацией грыжи. 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 её 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 её в пределах здоровых тканей.

3. Заболевания ЩЖ.

Щитовидная железа (ЩЖ) является самой крупной железой эндокринной системы человека.

Факторы внешней среды:

- загрязненность воды урохромом, нитратами, высокое содержание в ней кальция, гуминовых веществ, затрудняющие всасывание йода

- дефицит в окружающей среде и продуктах питания микроэлементов цинка, марганца, селена, молибдена, кобальта, меди и избыток кальция. Дефицит меди снижает активность йодиназы, участвующий в присоединении йода к тирозильному радикалу

- применение лекарственных препаратов, блокирующих транспорт йодида в клетки ЩЖ(перйодат, перхлорат калия)

Классификация заболеваний щитовидной железы. Общепринятая классификация заболеваний ЩЖ отсутствует

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 многоузловой эутиреоидный 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 щж при патологии других органов и систем

- пальпации Прощупывание ЩЖ осуществляется во время глотательных движений, когда гортань вместе с ЩЖ сначала двигается вверх, а затем опускается вниз.

- УЗИ
- уровень ТТГ
- доп Т3 Т4 св+связ
- Антитела к тпо
- кальцитонин при раке
- тонкоигольная аспирационная биопсия

1. Острый аппендицит
2. Оперативная
3. Характерная картина для аппендицита начало заболевания с боли в эпигастрии или по всему животу с дальнейшим перемещением боли в правую подвздошную область в течение 2-4 часов
4. Симптом Кохера

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 тяжелых формах (например, при послеоперационном перитоните) — 40–50 %, а при полиорганной недостаточности — 80–90%. Летальность напрямую зависит 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 рефлексорная 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 можно отметить усиленные кишечные шумы, затем перистальтика становится все более вялой, непостоянной, живот начинает вздуваться.

II стадия — токсическая. Наступает спустя 24–48 ч от начала заболевания (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 отлогах местах живота — 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 Гиппократов. 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:
 - 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;

б) 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.

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°C 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 нервнй 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 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 развиваться 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 похудения, 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 гипэхогенная, 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 (анти tireоидные 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-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 анти tireоидными 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 транзиторного или постоянного характера (0,5—3%), тиреотоксический криз, гипотиреоз, трахеомалация

3. Ранние осложнения после операций на желудке

Демпинг-синдром

Клиническая картина демпинг-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 профузным поносом.

Гипогликемический синдром

характерный симптомокомплекс, развивающийся через 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 развиваться 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 процесс, дефекты оперативной 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 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 пищи 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. Средиимая лапаротомия, интубацнонный наркоз.

Билет 33

1. БОЛЕЗНЬ КРОНА И ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ. ДИФ. ДИАГНОСТИКА

Болезнь КРОНА-хроническое рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит сегментарное, асимметричное, трансмуральное, гранулематозное воспаление различных отделов желудочно-кишечного тракта – от полости рта до ануса (с преимущественным поражением тонкой и толстой кишки, перианальной области) .

Язвенный колит-хроническое прогрессирующее рецидивирующее заболевание толстого кишечника неизвестной этиологии, характеризующееся развитием диффузного иммунного воспалительного процесса в слизистой оболочке с образованием эрозий и язв .

ОТЛИЧИЯ БК ОТ ЯК

Признак	БК	ЯК
Локализация	любой отдел ЖКТ	только толстая кишка
Прямая кишка	нечасто	всегда
Поражение	сегментарное	непрерывное
Глубина поражения	трансмуральное	слизистая оболочка
Стриктуры, свищи, перианальные поражения	часто	редко
Гранулемы	часто	отсутствуют

Ректальные кровотечения. БК-иногда, ЯК-часто.

2. Осложнения острого панкреатита. Исходы заболевания.

Острый панкреатит- острое воспаление поджелудочной железы, обыкновенно с острым началом, выраженным болевым синдромом, напряжением мышц

живота, рвотой и последующим вовлечением в процесс различных органов и систем.

Осложнения:

1. Токсемические: панкреатогенный шок, плевральный выпот, панкреатогенный пневмонит, панкреатогенная токсическая дистрофия печени и почек
2. Постнекротические (последствия панкреонекроза): гнойно-некротический парапанкреатита

Дегенеративные: парапанкреатический инфильтрат, киста ПЖ.

Гнойные: абсцесс ПЖ или сальниковой сумки, инфицированная псевдокиста, флегмонозный или апостематозный панкреатит, абсцессы забрюшинной клетчатки и брюшной полости (мезоколон, параколон, поддиафрагмальные, подпеченочные, межкишечные), флегмона забрюшинной клетчатки, большого сальника, средостения, абдоминальный сепсис, перитонит.

3. Висцеральные: наружные и внутренние свищи (панкреатические, желчные, желудочные, кишечные, панкреатикожелудочные, дуоденальные, панкреатобронхиальные, плевральные), аррозивные кровотечения, окклюзионные поражения (сдавление, тромбоз ветвей брюшной аорты, воротной вены, 12 п. кишки), механическая желтуха, острый панкреатогенный сахарный диабет, свободный выпот в сальниковую сумку (оментобурсит), и брюшную полость (ферментативный перитонит).

Исходы: 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% (почти всегда полное выздоровление), при очаговом некрозе — 11,4%, при субтотальном — 93,8%. Средняя летальность составляет 21%, при деструктивных формах — 85%. Либо происходит хронизация процесса (хр.панкреатит)

3. Доброкачественные опухоли молочной железы (фиброаденома, липома). Диф.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.

Липома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани, обычно располагается над тканью молочной железы и в ретромаммарном 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.

Диф.диагностика

	Фиброаденома	Липома
Возраст	молодой(15-35лет)	пожилой
Ткань	Состоит из пролиферирующих эпителиальной и поддерживающей фибрознойткани	Из зрелых жировых клеток
Строение	Обычно- в виде одиночного узла	Дольчатое строение

4. . Больной 51 год. Поступил с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку "тухлыми яйцами"...

Ответы: 1) О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.

2) Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.

3) Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД.

4) Увеличение всех показателей: гематокрита – за счет сгущения крови, относительной плотности мочи – за счет олигурии и повышенной реабсорбции, повышение показателей азотистого обмена .

5) Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых и белки содержащих растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови, промывание желудка по вечерам.

1. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Болезнь Гиршпрунга — порок развития левой половины толстой кишки, обусловленный полным отсутствием ганглионарных клеток в межмышечном ауэрбаховом) и подслизистом (мейсснеровом) сплетениях. По сути дела является нейрогенной формой кишечной непроходимости.

Этиология и патогенез.

Аганглионарная зона чаще всего начинается от аноректальной линии и в 80—90% наблюдений распространяется на ректо-сигмоидный отдел, в 10% она распространяется до селезеночного изгиба или на всю толстую кишку и дистальный отдел тонкой кишки. Отсутствие парасимпатической иннервации приводит к задержке релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки, отмечается также недостаток синтеза оксида азота (NO), вызывающего релаксацию сфинктера. Участок кишки, лишенный интрамуральных нервных ганглиев, постоянно спастически сокращен, не перистальтирует, в результате вышерасположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, расширяются и гипертрофируются, возникает мегаколон.

Клиническая картина и диагностика.

При коротком аганглионарном сегменте симптомы заболевания легко купируются назначением очистительных клизм и слабительных, при длинном — заболевание может протекать в виде обтурационной непроходимости. По клиническому течению различают

- компенсированную (легкую),
- субкомпенсированную (среднетяжелую)
- декомпенсированную (тяжелую) формы.

Тяжесть болезни зависит от протяженности аганглионарного участка толстой кишки. При небольшой протяженности аганглионарного участка у детей развивается легкая форма болезни. Хороший уход за ребенком и регулярное опорожнение кишечника с помощью клизм или газоотводных трубок способствуют длительной компенсации. При декомпенсированной форме уже с первых дней жизни болезнь проявляется симптомами низкой толстокишечной непроходимости.

Нарушение пассажа кишечного содержимого и скопление кала в виде "пробки" с первых недель жизни определяют клинические проявления болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются запоры, вздутие, боли, урчание в животе. Запоры бывают упорными и наблюдаются с момента рождения ребенка или в раннем детском возрасте. Задержка стула может быть длительной — от нескольких дней до нескольких месяцев. Постоянным симптомом болезни является также вздутие живота (метеоризм), достигающее иногда такой степени, что затрудняет дыхание больного. Характерно, что вздутие остается даже после опорожнения кишечника с помощью клизмы. Вследствие запора и вздутия живота появляются боли по всему животу, исчезающие после опорожнения кишечника. Длительная задержка стула может сопровождаться слабостью, тошнотой, рвотой, ухудшением аппетита, у детей развивается анемия, гипотрофия, расширение реберного угла грудной клетки. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению, а иногда и коллаптоидному состоянию больного. Понос бывает обусловлен вос-палительными изменениями в расширенных петлях кишки, иногда изъязвлением слизистой оболочки, дисбактериозом.

При осмотре выявляют увеличение живота (постоянный метеоризм), иногда можно наблюдать перистальтические сокращения кишки, прощупать плотные каловые массы.

При пальцевом исследовании прямой кишки определяют повышение тонуса сфинктера заднего прохода, пустую ампулу спастически сокращенной прямой кишки.

При рентгенологическом исследовании в вертикальном положении выявляются раздутые газом петли кишечника, характерные для кишечной непроходимости.

Во время колоноскопии из-за спазма прямой кишки вначале ректоскоп продвигается с трудом, а затем он как бы проваливается в расширенную ее часть, которая всегда заполнена каловыми массами и каловыми камнями.

Ирригоскопия позволяет выявить зону сужения, ее протяженность и локализацию, протяженность расширенной супрастенотической зоны толстой кишки, диаметр которой обычно составляет 10—15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту выявляют длительный (в течение не-скольких суток) задержку взвеси в расширенных отделах толстой кишки.

Трансанальная биопсия прямой кишки позволяет верифицировать диагноз.

При гистологическом исследовании биоптата выявляют аганглиоз или резкое уменьшение ганглиев в межмышечном нервном сплетении. Биопсия во время операции особенно ценна для определения уровня резекции пораженного отдела кишки. При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации (уже в зрелом возрасте) возникают показания к хирургическому лечению

Лечение.

Консервативное лечение является лишь подготовительным этапом к операции. Оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Кишечная непроходимость, которую не удастся разрешить консервативными мероприятиями, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки. Многие специалисты рассматривают колостомию в качестве первого этапа операции. Хирургическое лечение заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. У детей наиболее часто применяется операция Дюамеля, Соаве, Свенсона. Послеоперационная летальность в последние годы, как правило, не превышает 2—4%

Осложнения.

Болезнь Гиршпрунга может осложняться кишечной непроходимостью, воспалением и изъязвлением слизистой оболочки в расширенных отделах толстой кишки, перфорацией кишечника, кровотечением.

2. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците

Ранние осложнения после операций по поводу острого аппендицита.

Ранние осложнения возникают в течение двух недель с момента операции. В эту группу входят большинство осложнений со стороны послеоперационной раны (гнойно-воспалительные процессы, расхождение краев раны; кровотечения из раны

передней брюшной стенки) и все осложнения со стороны смежных органов.

- Кровотечение из сосудов брыжейки возникает в результате технических погрешностей при проведении операции или при продолжающемся воспалительном/некротическом процессе, приводящем к эрозивному кровотечению. Особенностью клиники послеоперационных кровотечений является наличие признаков острой кровопотери и быстрое развитие перитонита. Это осложнение требует немедленной повторной операции.
- Несостоятельность культи червеобразного отростка развивается в первые часы и дни после аппендэктомии. Она возникает чаще всего у больных с деструктивными формами аппендицита, при которых изменен не только червеобразный отросток, но и купол слепой кишки, что затрудняет обработку культи отростка. При развитии этого осложнения быстро развивается каловый перитонит, что требует немедленной ревизии брюшной полости.

Поздние осложнения после операций по поводу острого аппендицита.

- Поздние послеоперационные осложнения развиваются, когда истекает двухнедельный послеоперационный период. К ним относятся осложнения со стороны послеоперационной раны – абсцесс, инфильтрат, послеоперационная грыжа, лигатурный свищ, невриномы рубцов, келоидные рубцы; острые воспалительные процессы в брюшной полости – абсцессы, инфильтраты, культит; осложнения ЖКТ – спаечная болезнь и механическая острая кишечная непроходимость.
- Динамическая кишечная непроходимость вызывается функциональными изменениями моторики кишечной

мускулатуры без наличия каких-либо механических нарушений, препятствующих передвижению кишечного содержимого. Чаще всего бывает паралитического характера. Прекращается перистальтика кишечника, возникает вздутие с прекращением процесса всасывания и венозным застоем в стенке кишечника. Клиника: первым симптомом является вздутие кишечника, не связанное с болями. Нарастание вздутия сопровождается рвотой вначале содержимым желудка, затем желчью, а в поздний период каловыми массами. Длительное вздутие кишечника приводит к повреждению кишечной стенки, что сопровождается проникновением через нее бактерий в брюшную полость. Это ведет к появлению симптомов вторичного перитонита.

- Послеоперационный инфильтрат образуется в илеоцекальном углу как следствие оставшейся инфекции после удаления червеобразного отростка. При этом определяется опухолевидное образование в правой илеоцекальной области, болезненное при пальпации. Лечение послеоперационного инфильтрата консервативное: введение антибиотиков широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, УВЧ, пиявки.
- Поддиафрагмальный абсцесс является осложнением перитонита и характеризуется скоплением гноя между диафрагмой (сверху) и внутренними органами — печенью, желудком, селезенкой, сальником, петлями кишечника (снизу). Абсцесс иногда может располагаться и в забрюшинном пространстве.
- Абсцессы дугласова пространства образуются в результате стока воспалительного экссудата в полость таза. Одним из ранних признаков тазового абсцесса являются дизурические явления, позывы на дефекацию, тенезмы, тупые боли внизу живота, ознобы, высокая температура. При ректальном и вагинальном обследовании можно определить болезненное выбухание в дугласовом

пространстве. В центре инфильтрата нередко прощупывается участок флюктуации, т.е. абсцесса. В начальном периоде этого осложнения проводят консервативное лечение (антибиотики, клизмы с настоем ромашки), а когда гнойник сформировался, производят его вскрытие.

- Межкишечные абсцессы. Клиника: боли в животе, частый жидкий стул, ознобы, общая слабость. Затем появляются симптомы раздражения брюшины, парез кишечника. При пальпации живота выявляется опухолевидное образование в брюшной полости разной локализации, чаще в середине живота.
- Пилефлебит— тромбоз брыжеечных и воротной вен. Развивается вследствие некротических процессов и тромбоза сосудов брыжейки отростка с последующим поражением мезентеральных сосудов и воротной вены. Тяжесть клиники определяется темпом и распространенностью закупорки печеночных вен. Осложнение чаще начинается остро, через 1—2 сут после аппендэктомии. У больного появляются сильные боли в надчревной области или правом подреберье, напоминающие по интенсивности приступы печеночной колики. Боли сопровождаются тошнотой, нередко кровавой рвотой, коллапсом. Для этого осложнения характерны температура гектического характера, появление желтушности склер и кожных покровов как следствие токсического гепатита. Отмечаются болезненность живота в правом подреберье, увеличение печени, асцит, печеночно-почечная недостаточность. Нередко серозный выпот наблюдается в правой плевральной полости. Иногда расширенная правая тромбированная воротная вена и отек печеночно-дуоденальной связки могут вызвать сдавление общего желчного протока с последующей механической желтухой.
- +ТЭЛА. Она возникает в первые 2 нед после операции. Клиника ТЭЛА зависит от величины эмбола и степени

закупорки просвета артерии. При полной закупорке легочной артерии смерть наступает мгновенно или в ближайшие минуты после возникновения эмболии. Основным признаком этого осложнения является внезапное ухудшение общего состояния, проявляющееся сильной болью в груди, резкой одышкой, напряженным, прерывистым, частым дыханием и почти моментальным исчезновением пульса. Резкая бледность кожных покровов сменяется цианозом лица и верхней половины туловища. Наступает острая недостаточность правых отделов сердца, больной теряет сознание и быстро погибает.

3. Показания и методы оперативного лечения гастродуоденальных язв.

Показания к хирургическому лечению разделяют на абсолютные и относительные.

- Абсолютными показаниями считают перфорацию язвы, профузное или рецидивирующее гастродуоденальное кровотечение, пилородуоденальный стеноз и грубые рубцовые деформации желудка, сопровождающиеся нарушениями его эвакуаторной функции.
- Относительным показанием к операции является безуспешность полноценного консервативного лечения:

- 1) часто рецидивирующие язвы, плохо поддающиеся повторным курсам консервативной терапии;
- 2) длительно не заживающие вопреки консервативному лечению (резистентные) язвы, сопровождающиеся тяжелыми клиническими симптомами (боли, рвота, скрытое кровотечение);
- 3) повторные кровотечения в анамнезе, несмотря на адекватное лечение;
- 4) каллезные и пенетрирующие язвы желудка, не рубцующиеся при адекватном консервативном лечении в течение 4—6 мес;
- 5) рецидив язвы после ранее произведенного ушивания перфоративной язвы;
- 6) множественные язвы с высокой кислотностью желудочного сока;

7) социальные показания (нет средств для регулярного полноценного медикаментозного лечения) или желание больного избавиться от язвенной болезни хирургическим способом;

8) непереносимость компонентов медикаментозной терапии.

Если 3—4-кратное лечение в стационаре в течение 4—8 нед при адекватном подборе лекарственных препаратов не приводит к излечению или длительным ремиссиям (5—8 лет), то следует настоятельно ставить вопрос о хирургическом лечении, чтобы не подвергать пациентов риску появления опасных для жизни осложнений.

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки преследует те же цели, что и консервативное. Оно направлено на устранение агрессивного кислотно-пептического фактора и создание условий для свободного прохождения пищи в нижележащие отделы желудочно-кишечного тракта. Эта цель может быть достигнута различными способами.

1. Пересечение стволов или ветвей блуждающего нерва, т. е. вагото-миа. При этом типе операции желудок не удаляют, поэтому различные виды ваготомии получили название органосберегающих операций.

2. Резекция 2/3—3/4 желудка. При этом придерживаются принципа: чем выше кислотность желудочного сока, тем выше уровень резекции желудка.

3. Сочетание одного из видов ваготомии с экономной резекцией желудка (антрузэктомией). При этой операции подавляются вагальная и гуморальная фазы секреции при сохранении резервуарной функции желудка.

Наиболее часто применяют следующие виды оперативных вмешательств:

- стволовую ваготомию с пилоропластикой (по Гейнеке—Микуличу, Финнею, Жабуле) или, что наиболее выгодно, с дуоденопластикой;
- ваготомию с антрузэктомией и анастомозом по Бильрот-I Бильрот-II или по Ру;
- селективную проксимальную ваготомию;
- резекцию желудка; д) гастрэктомию.

Больной Г., 53 лет госпитализирован в хирургическое отделение клиники с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, многократную рвоту, повышение температуры до 38,7 С. При осмотре кожные покровы обычной окраски, склеры иктеричны. Язык суховат. Живот при пальпации резко болезнен и напряжен в правом подреберье. Положительные симптомы раздражения брюшины. В течение 48 часов больному проводилась консервативная терапия (антибиотики, спазмолитики, блокада круглой связки печени, локальная гипотермия) без каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови возрос до 17,6х10 в 9-ой степени/л. 1. Ваш диагноз. 2. Дополнительные методы обследования. 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Частые осложнения при данной патологии? 5. Тактика лечения.

ОТВЕТЫ

1. Острый деструктивный холецистит
2. Ультразвуковое исследование
3. Острый аппендицит, панкреатит.
4. Перфорация желчного пузыря, перитонит,
5. Консервативное лечение неэффективно. Показана экстренная холцистэктомия.

Дивертикулярная болезнь толстой кишки.

Этиопатогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение.

Истинный дивертикул представляет собой грыжеподобное выпячивание всех слоев стенки кишки размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. При ложных дивертикулах через дефект в мышечной оболочке кишки выпячивается только слизистый и подслизистый слои, покрытые снаружи серозной оболочкой. Обычно дивертикулезом называют множественные ложные.

Этиология и патогенез. Врожденные дивертикулы развиваются вследствие нарушений, возникающих в период эмбрионального развития. Ложные дивертикулы (дивертикулез) являются приобретенными. Причиной их появления могут быть многие факторы: бедная клетчаткой и шлаками пища, вызывающая запоры и повышение давления в толстой кишке; наличие отверстий в местах, где сосуды проникают в стенки кишки; воспалительные процессы в кишке, ослабляющие ее стенку; возраст, гиподинамия, механический фактор. У пациентов с дивертикулезом наблюдается избыточная сократительная способность мышечной оболочки на пищевые и гормональные воздействия, способствующая повышению давления в просвете кишки, особенно в нисходящем отделе и сигме. Усиленные сокращения приводят к

гипертрофии мышечной оболочки кишки. Высокое давление в просвете предрасполагает к выпячиванию слизистой оболочки и подслизистого слоя через слабые участки стенки кишки, подобно выпячиванию грыжи. Такими участками обычно являются места, через которые сосуды проникают в стенку кишки.

Клиническая картина и диагностика. Принято выделять 3 основные клинические формы дивертикулеза: 1) дивертикулез без клинических проявлений, случайно выявляемый при исследовании кишечника при диспансерном осмотре; 2) дивертикулез с клиническими проявлениями; 3) дивертикулез, сопровождающийся осложнениями (дивертикулит, параколические абсцессы, внутренние и наружные свищи, перфорация, кровотечение)

С развитием дивертикулита появляются боли в левом нижнем квадранте живота, усиливающиеся при пальпации. Обычно прощупывается спастически сокращенная болезненная кишка. При более выраженном дивертикулите наблюдается неустойчивый стул (смена запоров поносами), снижается аппетит, появляется тошнота, изредка рвота. При этом воспаление сопровождается довольно интенсивными болями в животе, повышением температуры тела, лейкоцитозом. Пальпация живота в зоне поражения вызывает резкую боль, умеренное напряжение мышц.

Клиническая картина дивертикулита поперечной ободочной кишки может напоминать язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а дивертикулита восходящей ободочной кишки — острый аппендицит. При перфорации дивертикула в свободную брюшную полость развивается перитонит, при перфорации в забрюшинную клетчатку — флегмона, при перфорации в клетчатку, расположенную между листками брыжейки толстой кишки, — параколический абсцесс. Гнойные осложнения проявляются свойственными им симптомами.

Другим осложнением дивертикулита являются формирующиеся в замкнутой полости дивертикула абсцессы. Прорыв абсцесса в кишку ведет к вы-

здоровлению. При прорыве абсцесса в брюшную полость развивается перитонит, при прорыве в подпаявшийся полый орган — внутренний свищ. Чаще всего свищи возникают между петлями кишки, мочевым пузырем и влагалищем. Возможно возникновение наружных свищей. Пузырно-кишечные свищи, проявляющиеся пиурией, выделением газа или частиц кала при мочеиспускании, обычно образуются у мужчин.

Кровотечение возникает внезапно, нередко бывает профузным и проявляется как общими симптомами кровопотери (слабость, головокружение, бледность, тахикардия и др.), так и примесью малоизмененной крови в кале (в зависимости от локализации дивертикула). Механизм этого осложнения заключается в аррозии артериального сосуда, расположенного у шейки дивертикула. Длительно существующий дивертикулит ведет к спаечному процессу, следствием которого нередко является непроходимость кишечника.

Диагностика дивертикулеза основывается на данных анамнеза, результатах рентгенологического и колоноскопического исследований. На рентгенограммах,

полученных во время ирригоскопии, бывают отчетливо видны выпячивания небольших размеров, выходящие за пределы наружного контура кишки. Они хорошо заметны после опорожнения кишки и раздувания ее воздухом. При колоноскопии ощущается некоторое препятствие при продвижении инструмента через пораженный дивертикулезом сегмент кишки, обусловленное спазмом и гипертрофией стенки. Можно увидеть устья дивертикулов, воспалительные изменения слизистой оболочки в зоне их расположения. Лечение. Консервативное лечение включает диету, богатую растительной клетчаткой, спазмолитики, прокинетики (цизаприд, метеоспазмил и др.). при лихорадке антибиотики (сочетание цефалоспоринового поколения, метронидазола и гентамицина или другого препарата из группы аминогликозидов), инфузионную терапию для коррекции водно-электролитных нарушений и дезинтоксикации. В качестве послабляющего при запорах рекомендуется использовать лактулозу (нормазе) по 30 мл ежедневно.

Хирургическое лечение проводят при перфорации дивертикула, непроходимости кишечника, внутренних свищах, массивном кровотечении, тяжелом дивертикулезе с частыми эпизодами дивертикулита при безуспешности консервативного лечения. При дивертикулите толстой кишки удаляют пораженный участок кишки (гемиколэктомия, резекция сигмовидной ободочной кишки). Для снижения внутрикишечного давления целесообразно сочетать эти операции с миотомией ободочной кишки

Болезнь Гиршпрунга.

Этиология патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Болезнь Гиршпрунга порок развития левой половины толстой кишки, обусловленный полным отсутствием ганглионарных клеток в межмышечном (ауэрбаховом) и подслизистом (мейсснеровом) сплетениях. По сути дела является нейрогенной формой кишечной непроходимости. Этиология и патогенез. Аганглионарная зона чаще всего начинается от аноректальной линии и в 80—90% наблюдений распространяется на ректо-сигмоидный отдел, в 10% она распространяется до селезеночного изгиба или на всю толстую кишку и дистальный отдел тонкой кишки. Отсутствие парасимпатической иннервации приводит к задержке релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки, отмечается также недостаток синтеза оксида азота (NO), вызывающего релаксацию сфинктера. Участок кишки, лишенный интрамуральных нервных ганглиев, постоянно спастически сокращен, не перистальтирует, в результате вышерасположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, расширяются и гипертрофируются, возникает мегаколон. Клиническая картина и диагностика. При коротком аганглионарном сегменте симптомы заболевания легко купируются назначением очистительных клизм и слабительных, при длинном — заболевание может протекать в виде обтурационной непроходимости. По клиническому течению различают компенсированную (легкую), субкомпенсированную (среднетяжелую) и декомпенсированную (тяжелую) формы. Тяжесть болезни зависит от протяженности аганглионарного

участка толстой кишки. При небольшой протяженности аганглионарного участка у детей развивается легкая форма болезни. Хороший уход за ребенком и регулярное опорожнение кишечника с помощью клизм или газоотводных трубок способствуют длительной компенсации. При декомпенсированной форме уже с первых дней жизни болезнь проявляется симптомами низкой толстокишечной непроходимости. Нарушение пассажа кишечного содержимого и скопление кала в виде "пробки" с первых недель жизни определяют клинические проявления болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются запоры, вздутие, боли, урчание в животе. Запоры бывают упорными и наблюдаются с момента рождения ребенка или в раннем детском возрасте. Задержка стула может быть длительной — от нескольких дней до нескольких месяцев. Постоянным симптомом болезни является также вздутие живота (метеоризм), достигающее иногда такой степени, что затрудняет дыхание больного. Характерно, что вздутие остается даже после опорожнения кишечника с помощью клизмы. Вследствие запора и вздутия живота появляются боли по всему животу, исчезающие после опорожнения кишечника. Длительная задержка стула может сопровождаться слабостью, тошнотой, рвотой, ухудшением аппетита, у детей развивается анемия, гипотрофия, расширение реберного угла грудной клетки. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению, а иногда и коллаптоидному состоянию больного. Понос бывает обусловлен воспалительными изменениями в расширенных петлях кишки, иногда изъязвлением слизистой оболочки, дисбактериозом.

При осмотре выявляют увеличение живота (постоянный метеоризм), иногда можно наблюдать перистальтические сокращения кишки, прощупать плотные каловые массы. При пальцевом исследовании прямой кишки определяют повышение тонуса сфинктера заднего прохода, пустую ампулу спастически сокращенной прямой кишки. При рентгенологическом исследовании в вертикальном положении выявляются раздутые газом петли кишечника, характерные для кишечной непроходимости. Во время колоноскопии из-за спазма прямой кишки вначале ректоскоп продвигается с трудом, а затем он как бы проваливается в расширенную ее часть, которая всегда заполнена каловыми массами и каловыми камнями. Ирригоскопия позволяет выявить зону сужения, ее протяженность и локализацию, протяженность расширенной супрастенотической зоны толстой кишки, диаметр которой обычно составляет 10—15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту выявляют длительный (в течение не-скольких суток) задержку взвеси в расширенных отделах толстой кишки. Трансанальная биопсия прямой кишки позволяет верифицировать диагноз. При гистологическом исследовании биоптата выявляют аганглиоз или резкое уменьшение ганглиев в межмышечном нервном сплетении. Биопсия во время операции особенно ценна для определения уровня резекции пораженного отдела кишки. При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации (уже в зрелом возрасте) возникают показания к хирургическому лечению. Осложнения. Болезнь Гиршпрунга может осложняться кишечной непроходимостью, воспалением и изъязвлением слизистой оболочки в расширенных отделах толстой кишки, перфорацией кишечника, кровотечением. Лечение. Консервативное лечение является лишь

подготовительным этапом к операции. Оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Кишечная непроходимость, которую не удается разрешить консервативными мероприятиями, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки. Многие специалисты рассматривают колостомию в качестве первого этапа операции. Хирургическое лечение заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. У детей наиболее часто применяется операция Дюамеля, Соаве, Свенсона. Послеоперационная летальность в последние годы, как правило, не превышает 2—4%.

Диффузный полипоз толстой кишки.

Этиология, клиника, диагностика, лечение

Полипы относят к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, они склонны к малигнизации.

Полипы могут быть одиночным и множественными. Полипы имеют ножку и свисают в просвет кишки, реже расположены на широком основании. Выделяют ювенильные, гиперпластические, аденоматозные (железистые), ворсинчатые полипы, ворсинчатые опухоли, а также множественный полипоз толстой кишки (истинный и вторичный).

Клинически ворсинчатые опухоли толстой кишки проявляются выделением слизи при дефекации, причем количество слизи может быть значительным и достигать 1—1,5 л в сутки, что приводит к водно-электролитным расстройствам. Вследствие легкой ранимости ворсин опухоли почти у всех больных возникает кровотечение. К другим симптомам заболевания относят боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт.

При одиночных полипах симптоматика иногда отсутствует или они являются причиной жалоб больных на выделение крови и слизи из прямой кишки, боли в животе, запор, понос, кишечный дискомфорт. Эти симптомы не являются патогномоничными для полипов, поэтому для выявления их необходимы пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография. Биопсия необходима для определения гистологической структуры образования, выявления атипичных клеток и малигнизации.

Множественный полипоз толстой кишки бывает врожденным, семейным и вторичным (как результат других поражений толстой кишки, например колита). он является облигатным предраком. Врожденный семейный полипоз передается по наследству, поражая нескольких членов семьи.

Для множественного полипоза толстой кишки характерны боли в животе без четкой локализации, понос, выделение крови и слизи с калом, похудание, анемия. Диагностику заболевания проводят на основании клинических симптомов и анамнестических данных. Наиболее информативно инструментальное исследование: колоноскопия с биопсией, ирригография.

Лечение.. Одиночные полипы удаляют электрокоагуляцией через ректо- или колоноскоп. Электрокоагуляция допустима и для удаления ворсинчатых опухолей с хорошо выраженной ножкой при отсутствии малигнизации.

При малигнизации ворсинчатой опухоли выполняют радикальную операцию, объем которой определяется локализацией опухоли (право- или левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной ободочной кишки). При клеточной атипии верхушки полипа без инвазии мышечной пластинки слизистой оболочки радикальной операцией является клиновидное иссечение стенки кишки в зоне полипа. При врожденном семейном полипозе толстой кишки выполняют субто-тальную колэктомию с наложением илеоректального или илеосигмовидного анастомоза. При локализации множественных полипов на ограниченном участке производят резекцию пораженного отдела кишки

Заболевания прямой кишки.

Методика обследования больных, ректороманоскопия.

Заболевания прямой кишки:

- 1) Врожденные аномалии (атрезии)
- 2) Травмы прямой кишки
- 3) Заболевания прямой кишки (геморрой, трещины, парапроктиты, свищи, выпадения прямой кишки)
- 4) Рак прямой кишки.

Анамнез имеет важное значение в диагностике заболеваний прямой кишки. Необходимо выяснить у больного: — характер стула (запоры, поносы, лентовидный кал); — прием слабительных средств. Следует уточнить, бывает ли выделение слизи и крови, когда появляется кровь в стуле (перед дефекацией, после нее или в виде полосок на каловых массах).

Осмотр анального канала и окружающей области целесообразно производить в коленно-локтевом положении или лежа на левом боку с приведенными к животу ногами. Обращают внимание на изменения в области ануса и вблизи него. Наряду с исследованием живота (осмотр, перкуссия, пальпация) обязательным является ректальное пальцевое исследование, при котором может быть установлен диагноз (почти в 50 % рак прямой кишки располагается в пределах досягаемости пальца).

Прежде чем ввести палец в анальный канал, необходимо деликатно ощупать перианальную область для того, чтобы выявить уплотнение тканей, локальную болезненность, характерную для ряда заболеваний прямой кишки, а также подготовить больного к введению пальца в анус. Палец перчатки должен быть хорошо смазан вазелином во избежание болевых ощущений. При пальцевом исследовании необходимо ощупать предстательную железу (яичники, матку). 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.

Колоноскопия. Дает возможность выявить патологические изменения ободочной кишки, является дополнительным и окончательным диагностическим методом, так как с помощью операционного колоноскопа можно взять материал для гистологического исследования с любого отдела ободочной кишки.

Ректороманоскопия — метод медицинской диагностики, при котором производится визуальный осмотр слизистой оболочки прямой кишки и в некоторых случаях дистальных отделов сигмовидной кишки.

Исследование осуществляется с помощью специального прибора, ректороманоскопа.

Он представляет собой трубку, которая содержит в себе осветительный прибор и устройство подачи воздуха. Воздухом раздувается полость прямой кишки, затем система подачи воздуха отсоединяется и устанавливается окуляр.

Данная процедура используется для выявления различных новообразований прямой кишки, помимо визуального наблюдения зачастую имеется возможность взятия биопсии подозрительного участка стенки прямой кишки.

Пациент укладывается на кушетке на левый бок с приведенными к животу ногами. Перед началом введения ректоскопа пациента просят глубоко вдохнуть, задержать дыхание, а затем, медленно выдыхая, расслабить правое плечо и мышцы шеи. Тубус ректоскопа с введенным в него obturatorом, обильно смазанный вазелиновым или другим индифферентным маслом, вводится ротирующими движениями не более чем на глубину 4—5 см. После того, как тубус проведен за сфинктер, obturator извлекается и дальнейшее введение проводится под контролем зрения. Примерно на высоте 12 — 14 см, в области ректосигмовидного изгиба, для дальнейшего продвижения тубуса пациента еще раз просят сделать глубокий вдох и медленный выдох. При этом нужно подкачивать воздух грушей. Все эти действия позволяют легко проникнуть в сигмовидную кишку. Если продвижение тубуса затруднено, надо немедленно прекратить исследование. Появление боли при ректоскопии — важный диагностический признак, свидетельствующий либо о внекишечном образовании и деформации кишки, либо об анатомическом варианте развития толстой кишки. Детальный осмотр выполняют при выведении тубуса. Совершая круговые движения дистальным концом ректоскопа, осматривают стенки кишки от дистальной трети сигмовидной кишки до анального канала. Для осмотра анального канала больше подходит anoscope. С целью унифицированной регистрации топографии патологических изменений, выявленных при осмотре заднего прохода и промежности, принято использовать схему циферблата часов. Условно окружность заднего прохода разделяют на зоны, соответствующие обозначениям циферблата часов,

проецируемых в положении, при котором отметка «12 часов» будет расположена по мошоночному шву или половой щели, а отметка «6 часов» — по аноскопической линии (при положении тела больного на спине).

Острый парапроктит

этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Парапроктит (параректальный абсцесс) — остр или хрон-е восп-е параректальной клетчатки. На его долю приходится около 30 % всех заболеваний, процесс поражает примерно 0,5 % населения. Мужчины страдают в 2 раза чаще женщин, заболевают в возрасте 30—50 лет.

Этиология и патогенез. Парапроктит возн-т в рез-те попадания в параректальную клетчатку микрофлоры (стаф-к, грам- и грам+ палочки). При обыч. парапроктите чаще вы-являют полимикробную флору. Восп-е с участием анаэробов сопр-ся заб-я — газовой флегмоной клетчатки таза, гнилостным парапроктитом, анаэробным сепсисом.

Спец-е возб-ли туб-за, сифилиса, актиномикоза очень редко являются причиной парапроктита. Микробы попадают в параректальную клетчатку из анальных желез, отквр-ся в анальные пазухи. При восп-м процессе в анальной железе ее проток перекрывается, в межсфинктерном пространстве обр-ся абсцесс, кот. прорывается в перианальное или параректальное пространство.

Переход процесса с воспаленной железы на параректальную клетчатку возможен также лимфогенным путем. В развитии парапроктита могут играть роль травмы слиз. обол. пр. к. инородными телами, сод-ся в кале, геморрой, анальные трещины, неспец-й язв. колит,

б.Крона, ИД сост-я. Парапроктит может быть 2м— при распространении воспали тельного процесса на параректальную клетчатку с предстательной железы, уретры, женских половых органов. Травмы пр. к. явл-ся редкой причиной развития парапроктита (травм-го).

Распр-е гноя по параректальным клетчаточным простр-м может идти в разных напр-х ---> к форм-ю различных форм парапроктита. При этом гной нередко прорывается наружу через кожу с образованием свища.

Классификация парапроктитов I. Остр. парапроктит.

1. По этиол. принципу: обычный, анаэробный, специфический, травматический.
2. По лок-ии гнойников (инфильтратов, затеков): подкожный, ишиоректальный, подслизистый, пельвиоректальный, ретроректальный.

II. Хрон. парапроктит (свищи прямой кишки).

1. По анат. Приз.: полные, неполные, наружные, внутренние.
2. По расп-ю внутр. отверстия свища: передний, задний, боковой.

3. По отн-ю свищевого хода к волокнам сфинктера: интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный.

4. По степени сложности: простые, сложные.

Острый парапроктит хар-ся быстр. разв-м процесса. Клини. картина и диагностика. Клинически парапроктит проявляется интенсивными болями в области пр. к. или промежности, ↑Т тела, сопр-ся ознобом, чувством недомогания, слабости, головными болями, бессонницей, исчезновением аппетита. Обширная флегмона параректальной клетчатки ведет к выраженной интоксикации, развитию синдрома дисфункции жизненно важных органов, угрожающей переходом в полиорганную недост-ть и сепсис.

Нередко появляются задержка стула, тенезмы, дизурические явления. По мере скопления гноя боли усиливаются, становятся дергающими, пульсирующими. Если своевременно не производят вскрытие гнойника, то он прорывается в смежные клетчаточные пространства, пр. к., наружу через кожу промежности. Прорыв гнойника в пр. к. явл-ся следствием расплавления ее стенки гноем припельвиоректальном парапроктите. Обр-ся сообщение полости гнойника с просветом пр. к. (неполный внутренний свищ). При прорыве гноя наружу (на кожу промежности) формируется наружный свищ. Боли стихают, ↓Т тела, улучшается общ состояние больного. Прорыв гнойника в просвет пр. к. или наружу очень редко при водит к полному выздоровлению больного. Чаще образуется свищ пр. к. (хр. парапроктит). Рецид-й парапроктит проявляется наличием ремиссий, когда наступает, казалось бы, полное выздоровление больного (исчезают боли, нормализуется температура тела, рана заживает). Затем возникает обострение с клинической картиной острого параректального абсцесса.

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:

A. 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).

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 силой 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 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 заблокировать 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 кетгутom. Наружные геморроидальные узлы, место нахождения 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.

Билет без номера Гиршпрунга

1. Болезнь Гиршпрунга. Этиология патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Болезнь Гиршпрунга порок развития левой половины толстой кишки, обусловленный полным отсутствием ганглионарных клеток в межмышечном (ауэрбаховом) и подслизистом (мейсснеровом) сплетениях. По сути дела является нейрогенной формой кишечной непроходимости

Этиология и патогенез. Аганглионарная зона чаще всего начинается от аноректальной линии и в 80—90% наблюдений распространяется на ректосигмоидный отдел, в 10% она распространяется до селезеночного изгиба или на всю толстую кишку и дистальный отдел тонкой кишки. Отсутствие парасимпатической иннервации приводит к задержке релаксации внутреннего сфинктера прямой кишки, отмечается также недостаток синтеза оксида азота (NO), вызывающего релаксацию сфинктера. Участок кишки, лишенный

интрамуральных нервных ганглиев, постоянно спастически сокращен, не перистальтирует, в результате вышерасположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, расширяются и гипертрофируются, возникает мегаколон.

Клиническая картина и диагностика. При коротком аганглионарном сегменте симптомы заболевания легко купируются назначением очистительных клизм и слабительных, при длинном — заболевание может протекать в виде обтурационной непроходимости.

По клиническому течению различают компенсированную (легкую), субкомпенсированную (среднетяжелую) и декомпенсированную (тяжелую) формы. Тяжесть болезни зависит от протяженности аганглионарного участка толстой кишки. При небольшой протяженности аганглионарного участка у детей развивается легкая форма болезни. Хороший уход за ребенком и регулярное опорожнение кишечника с помощью клизм или газоотводных трубок способствуют длительной компенсации. При декомпенсированной форме уже с первых дней жизни болезнь проявляется симптомами низкой толстокишечной непроходимости.

Нарушение пассажа кишечного содержимого и скопление кала в виде "пробки" с первых недель жизни определяют клинические проявления болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются запоры, вздутие, боли, урчание в животе. Запоры бывают упорными и наблюдаются с момента рождения ребенка или в раннем детском возрасте. Задержка стула может быть длительной — от нескольких дней до нескольких месяцев. Постоянным симптомом болезни является также вздутие живота (метеоризм), достигающее иногда такой степени, что затрудняет дыхание больного. Характерно, что вздутие остается даже после опорожнения кишечника с помощью клизмы. Вследствие запора и вздутия живота появляются боли по всему животу, исчезающие после опорожнения кишечника. Длительная задержка стула может сопровождаться слабостью, тошнотой, рвотой, ухудшением аппетита, у детей развивается анемия, гипотрофия, расширение реберного угла грудной клетки. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению, а иногда и коллаптоидному состоянию больного. Понос бывает обусловлен воспалительными изменениями в расширенных петлях кишки, иногда изъязвлением слизистой оболочки, дисбактериозом.

При осмотре выявляют увеличение живота (постоянный метеоризм), иногда можно наблюдать перистальтические сокращения кишки, прощупать плотные каловые массы. При пальцевом исследовании прямой кишки определяют повышение тонуса сфинктера заднего прохода, пустую ампулу спастически сокращенной прямой кишки. При рентгенологическом исследовании в вертикальном положении выявляются раздутые газом петли кишечника, характерные для кишечной непроходимости. Во время колоноскопии из-за спазма прямой кишки вначале ректоскоп продвигается с трудом, а затем он как бы проваливается в расширенную ее часть, которая всегда заполнена каловыми массами и каловыми камнями. Ирригоскопия позволяет выявить зону сужения, ее протяженность и локализацию, протяженность расширенной супрастенотической зоны толстой кишки, диаметр которой обычно составляет

10—15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту выявляют длительный (в течение нескольких суток) задержку взвеси в расширенных отделах толстой кишки.

Трансанальная биопсия прямой кишки позволяет верифицировать диагноз. При гистологическом исследовании биоптата выявляют аганглиоз или резкое уменьшение ганглиев в межмышечном нервном сплетении. Биопсия во время операции особенно ценна для определения уровня резекции пораженного отдела кишки.

При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации (уже в зрелом возрасте) возникают показания к хирургическому лечению.

Осложнения. Болезнь Гиршпрунга может осложняться кишечной непроходимостью, воспалением и изъязвлением слизистой оболочки в расширенных отделах толстой кишки, перфорацией кишечника, кровотечением.

Лечение. Консервативное лечение является лишь подготовительным этапом к операции. Оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Кишечная непроходимость, которую не удается разрешить консервативными мероприятиями, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки. Многие специалисты рассматривают колостомию в качестве первого этапа операции. Хирургическое лечение заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. У детей наиболее часто применяется операция Дюамеля, Соаве, Свенсона. Послеоперационная летальность в последние годы, как правило, не превышает 2—4%.

2. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците.

Причинами осложнений острого аппендицита являются:

- 1) поздняя госпитализация в связи с поздним обращением больного за медицинской помощью или диагностическими ошибками на догоспитальном этапе;
- 2) неблагоприятный соматический фон пациента (сопутствующие заболевания, старческий или детский возраст и др.), беременность;
- 3) технические (операционные и другие) ошибки.

Существует классификация осложнений острого аппендицита по Ю.И. Датхаеву, 1987, в соответствии с которой различают:

До операции:

- 1) аппендикулярный инфильтрат,

- 2) аппендикулярный абсцесс,
- 3) перфоративный аппендицит с развитием перитонита; во время операции:
 - 1) кровотечение,
 - 2) повреждение кишечника,
 - 3) оставление части отростка;

После операции:

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) тромбоз вен воротной и забрюшинных вен (септический — пилефлебит);

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). 63

Внутрибрюшные осложнения связаны с некупированным воспалительным процессом в брюшной полости. Немаловажное значение имеют такие факторы, как сниженная иммунологическая резистентность макро- организма и высокая вирулентность микрофлоры.

Внутрибрюшные кровотечения и гематомы после аппендэктомии возникают у 0,03–0,2% больных после аппендэктомии. Причина их кроется в технических погрешностях в ходе операции при недостаточном или не- правильном

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 лапаротомия (лапароскопия) при установлении диагноза производится немедленно. Операция заключается в удалении сгустков — санации брюшной полости и окончательным и тщательным гемостазом — прошивание или коагуляция источника кровотечения.

3. МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВАГОТОМИИ.

Показания к хирургическому лечению разделяют на абсолютные и относительные. Абсолютными показаниями считают перфорацию язвы, профузное или рецидивирующее гастродуоденальное кровотечение, пилородуоденальный стеноз и грубые рубцовые деформации желудка, сопровождающиеся нарушениями его эвакуаторной функции.

Относительным показанием к операции является безуспешность полноценного консервативного лечения:

- 1) часто рецидивирующие язвы, плохо поддающиеся повторным курсам консервативной терапии;
- 2) длительно не заживающие вопреки консервативному лечению (резистентные) язвы, сопровождающиеся тяжелыми клиническими симптомами (боли, рвота, скрытое кровотечение);
- 3) повторные кровотечения в анамнезе, несмотря на адекватное лечение;
- 4) каллезные и пенетрирующие язвы желудка, не рубцующиеся при адекватном консервативном лечении в течение 4—6 мес;
- 5) рецидив язвы после ранее произведенного ушивания перфоративной язвы;
- 6) множественные язвы с высокой кислотностью желудочного сока;

7) социальные показания (нет средств для регулярного полноценного медикаментозного лечения) или желание больного избавиться от язвенной болезни хирургическим способом;

8) непереносимость компонентов медикаментозной терапии.

Если 3—4-кратное лечение в стационаре в течение 4—8 нед при адекватном подборе лекарственных препаратов не приводит к излечению или длительным ремиссиям (5—8 лет), то следует настоятельно ставить вопрос о хирургическом лечении, чтобы не подвергать пациентов риску появления опасных для жизни осложнений.

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

преследует те же цели, что и консервативное. Оно направлено на устранение агрессивного кислотно-пептического фактора и создание условий для свободного прохождения пищи в нижележащие отделы желудочно-кишечного тракта. Эта цель может быть достигнута различными способами.

1. Пересечение стволов или ветвей блуждающего нерва, т. е. вагото-м и я . При этом типе операции желудок не удаляют, поэтому различные виды ваготомии получили название органосберегающих операций.
2. Резекция 2/3—3/4 желудка. При этом придерживаются принципа: чем выше кислотность желудочного сока, тем выше уровень резекции желудка (рис. 11.12).
3. Сочетание одного из видов ваготомии с экономной резекцией желудка (антрузэктомией). При этой операции подавляются вагальная и гуморальная фазы секреции при сохранении резервуарной функции желудка.

Наиболее часто применяют следующие виды оперативных вмешательств: а) стволовую ваготомию с пилоропластикой (по Гейнеке—Микуличу, Финнею, Жабуле) (рис. 11.13; 11.14; 11.15) или, что наиболее выгодно, с дуоденопластикой ; б) ваготомию с антрузэктомией и анастомозом по Бильрот-I, Бильрот-II или по Ру; в) селективную проксимальную ваготомию; г) резекцию желудка; д) гастрэктомию.

При резекции желудка удаляют обычно дистальную часть его (дистальная резекция) (рис. 11.16). Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливают по различным модификациям Бильрот-I, Бильрот-II или по Ру. Удаление значительной части тела желудка производят для снижения кислотопродукции за счет уменьшения зоны расположения обкладочных клеток, продуцирующих соляную кислоту. Естественно, при этом удаляют язву и весь антральный отдел, продуцирующий гастрин.

При резекции желудка во время его мобилизации неизбежно пересекают желудочные ветви блуждающих нервов вместе с сосудами малой и большой кривизны. Резекция желудка практически всегда сопровождается селективной

ваготомией, выполняемой вслепую, без выделения пересекаемых желудочных ветвей вагуса.

Высокая послеоперационная летальность, большой процент неудовлетворительных результатов после обширной дистальной резекции желудка, особенно по методу Бильрот-П с позадибодочным анастомозом по Гофмейстеру—Финстереру, явились причиной поиска менее травматичных и более физиологичных операций.

Из нерезекционных (органосо-храняющих) методов в настоящее время широко применяют различные варианты ваготомии.

Стволовая ваготомия заключается в пересечении стволов блуждающих нервов и пересечением мелких ветвей по всей окружности пищевода на протяжении не менее 6 см выше отхождения от них печеночной и чревной ветвей.

Стволовая ваготомия в сочетании с пилоропластикой в плановой хирургии язвенной болезни сопровождается низкой послеоперационной летальностью (менее 1%). Частота рецидивов язв при ней составляет в среднем 8—10%. Обычно рецидивы язв легко поддаются медикаментозному лечению и редко служат поводом для повторных операций.

Селективная проксимальная ваготомия заключается в пересечении мелких ветвей желудочного нерва Латарже, иннервирующих тело и свод желудка, где расположены кислотопродуцирующие обкладочные клетки. Дистальные ветви нерва Латарже, иннервирующие антральный отдел и привратник, при этой операции сохраняют, что обеспечивает нормальную моторику антрального отдела и нормальную эвакуацию содержимого..

В настоящее время селективная проксимальная ваготомия без пилоро-пластики является стандартной операцией при лечении не поддающейся стойкому излечению язвы двенадцатиперстной кишки, в том числе язв с осложнениями в анамнезе.

Задача

В приемный покой доставлена 60-летняя больная с диагнозом острый холецистит. Больная предъявляет жалобы на постоянные боли, больше в эпигастрии без иррадиации. Больнасутки, принимала спазмолитики, боли не купируются.....

Действия дежурного врача?

Наиболее вероятный прогноз?

1) Госпитализация. Проведение ФГДС с осмотром БДС, ЭРХПГ, КТ. Необходимо установить причину желчной гипертензии (исключить опухоль БДС и головки поджелудочной железы, стриктуру БДС, холедохолитиаз, отек головки поджелудочной железы).

2) благоприятный

27. Пептическая язва анастомоза. Причины, диагностика, лечение.

Пептическая язва анастомоза -это рецидивная язва ДПК после селективной проксимальной ваготомии -заболевание, проявляющееся возникновением язвы в области анастомоза после резекции желудка или ваготомии в сочетании с дренирующей желудок операцией, либо рецидивом язвы ДПК после перенесенной селективной проксимальной ваготомии, причинами которой являются недостатки как самого метода хирургического лечения язвенной болезни, так и технические погрешности в выполнении операции.

ПРИЧИНА: главной причиной возникновения пептической и рецидивной язвы является сохраненная кислото- и пепсинообразующая функции желудка. Они могут быть следствием экономной резекции желудка, неправильно выполненной резекции желудка на выключение язвы, повышенного тонуса блуждающего нерва, неполной ваготомии, а также особенностей резекции желудка по Бальфуру, Ру и гастроэнтеростомии без ваготомии.

КЛИНИКА:Основным симптомом является боль, которая в подавляющем большинстве случаев имеет такой же характер, как и при язвенной болезни дпк. При пептической язве тощей кишки после резекции желудка по Бильрот-Н, гастроэнтеростомии отмечено перемещение боли в левое подреберье или в область пупка. После изолированной селективной проксимальной ваготомии или ваготомии, сочетающейся с пилоропластикой или резекцией желудка по Бильрот-І, боль локализуется в правом подреберье или справа от пупка. Вначале боль может быть связана с приемом пищи и усиливается после приема грубой и острой пищи. Как правило, отмечается усиление боли в ночное время, боль на тощий желудок. По мере хронизации язвенного процесса боль становится постоянной, пациент отмечает ее большую интенсивность, чем до перенесенной операции. Пептические язвы характеризуются болью, иррадиирующей в область грудины, сердца, левое плечо, поясницу, что зависит, как правило, от вида перенесенной операции и локализации язвы. У больных с пептической или рецидивной язвой могут наблюдаться изжога, тошнота, рвота.

Если язва поверхностная, неосложненная, а кислотность невысокая, целесообразно провести стационарное консервативное лечение. При каллезных, пенетрирующих язвах показана операция, для правильного выбора которой необходимо исследование обеих фаз желудочной секреции. Характер хирургического лечения зависит от причины возникновения пептической язвы. При синдроме Эллисона – Золлингера необходимо удалить ульцерогенную аденому, которая чаще располагается в поджелудочной железе, но может быть и в других органах. Если поиски опухоли безуспешны, следует выполнить гастрэктомию, поскольку если сохранится хотя бы небольшой участок слизистой оболочки дна желудка, он оказывается способным выработать

количество хлористоводородной кислоты, достаточное для того, чтобы вызвать рецидив заболевания.

ДИАГНОСТИКА:

- 1) Эзофагогастродуоденоскопия. Позволяет оценить состояние анастомоза, обнаружить язвенный дефект, выявить гиперемию и отечность слизистой. Во время эндоскопии выполняется биопсия пораженного участка для последующего гистологического исследования.
- 2) Рентгенография желудка. Контрастирование пищеварительного тракта при помощи перорального приема сульфата бария помогает обнаружить характерные признаки пептической язвы на рентгенограмме — наличие «ниши», конвергенцию складок слизистой. .
- 3) УЗИ брюшной полости. В ходе ультразвукового исследования можно изучить структуру органов пищеварительного тракта и гепатобилиарной системы, состоятельность анастомоза. Методику дополняют проведением дуплексного сканирования сосудов для выявления патологии чревного ствола, брюшного отдела аорты.

ЛЕЧЕНИЕ:

Если был оставлен участок антрального отдела, его следует удалить. Одновременно, как правило, приходится выполнять и реконструктивную резекцию желудка из-за большой пенетрирующей язвы. В тех случаях, когда пептическая язва является результатом экономной резекции желудка без ваготомии, производят реконструктивную резекцию его по Бильрот II и ваготомию. Отдаленные результаты таких операций вполне удовлетворительные, ибо если даже развиваются функциональные нарушения, они не кажутся больным слишком обременительными по сравнению с теми страданиями, которые они испытывали при пептической язве.