medfsh.ru

1 ГРЫ́ЖА

(лат. *hernia*) — выхождение органов из полости, занимаемой ими в норме, через нормально существующее или патологически сформированное отверстие с сохранением целости оболочек, их покрывающих, либо наличие условий для этого.

Основная причина развития грыж живота — нарушение равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Общие факторы образования грыж принято делить на две группы:

- **Предрасполагающие факторы**. Это, прежде всего, наследственная предрасположенность к образованию грыж, а также типовые, половые и возрастные различия в строении тела. Например, изменения в брюшной стенке, связанные с беременностью, тяжелым физическим трудом, при нарушении питания (ожирение или истощение).
- **Производящие факторы**, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям. Например, поднятие груза, частый плач и крик в младенческом возрасте, кашель при хронических заболеваниях лёгких, продолжительные запоры, затруднение мочеиспускания при аденоме предстательной железы.

Клиническая классификация грыж

По происхождению

- Приобретённые
- Врождённые

По наличию осложнений

- Неосложнённые
- Осложнённые (грыжа Рихтера).

По течению

- Первичные
- Рецидивные
- Послеоперационные

По вправимости

- Вправимые (содержимое грыжевого мешка легко может быть вправлено в брюшную полость через грыжевые ворота или вправляется самостоятельно)
- Невправимые (чаще в результате развития сращений, спаек; внезапно развившаяся невправимость ранее вправимой грыжи является характерным симптомом ущемления грыжи)

По степени развития

- Начальные (только начинают внедряться)
- Канальные (грыжа в пределах грыжевого канала)
- Полные (грыжи, вышедшие под кожу)

В данное время имеется единственный вид лечения грыжи –оперативный.

2 ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

могут быть надпупочными, околопупочными
и подпупочными . Последние встречаются крайне редко. Околопупочные
грыжи располагаются чаще сбоку от пупка.

medfsh.ru

Клиническая картина. Характерно наличие боли в эпигастральной области, усиливающейся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления. При обследовании больного обнаруживают типичные для грыж симптомы.

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.

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 ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

— воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное внедрением в его стенку патогенной микробной флоры.

КЛИНИКА

При остром неосложненном аппендиците в начале болезни внезапно появляется абдоминальный дискомфорт: ощущение вздутия, распирания живота, колик или неопределенной боли в эпигастрии или в околопупочной области. Отхождение стула или газов на короткий период облегчает состояние пациента. С течением времени (1—3 ч) интенсивность боли нарастает, меняется ее характер. Вместо приступообразной, ноющей, колющей появляется постоянная, жгучая, распирающая, давящая боль.

ДИАГНОСТИКА

medfsh.ru

Чаще всего (90 %) обнаруживают лейкоцитоз
более 10- 109/л, у 75 % больных лейкоцитоз достигает значения
12 • 109/л и более. Одним из наиболее информативных признаков
является симптом Щеткина—Блюмберга (медленное глубокое надавливание
на брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти не влияет
на самочувствие пациента, тогда как в момент быстрого отнятия руки больной
отмечает появление или резкое усиление боли). Пальпация живота позволяет обнаружить два наиболее важных симптома острого аппендицита — локальную болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области.
При перкуссии живота у многих больных удается определить умеренный
тимпанит над правой подвздошной областью, часто распространяющийся
на весь гипогастрий.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Острый гастрит редко дает клинические проявления, похожие на острый аппендицит. Ошибочный диагноз вызывается тем, что при остром гастрите, как и при остром аппендиците, бывает тошнота и рвота и иногда имеются боли в подложечной области.

Пищевые токсикоинфекции (особенно стафилококковые) Больные жалуются на ухудшение самочувствия, рвоту, боли в подложечной области или в других отделах живота.

Язва желудка или двенадцатиперстной кишки дает повод думать об остром аппендиците при наличии преперфоративного состояния. Появляются упорные боли в верхней части живота, иногда тошнота и рвота. Верхний отдел живота становится болезненным.

Острый холецистит по клинической картине и течению имеет много общего с острым аппендицитом,оба заболевания начинаются внезапно и остро, оба дают боли, оба сопровождаются повышенной температурой, общими расстройствами и признаками раздражения брюшины.

4 ПУПОЧНЫЕ ГРЫЖИ.

Пупочные грыжи

Пупочные грыжи наиболее часто выявляют в первые месяцы жизни ребёнка. Второй пик заболеваемости приходится на возраст около 40 лет.

Пупочные грыжи у детей

Пупочные грыжи у детей возникают вследствие нарушения формирования передней брюшной стенки. Все факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления, в таком случае могут привести к образованию грыжи. Пупочные грыжи у детей обычно небольшого размера, вправимые. Их диагностика не представляет трудностей.

Лечение

При пупочной грыже у детей по мере развития брюшного пресса возможно самоизлечение. в течение первых 3 лет жизни применяют консервативное лечение. Для предотвращения возможного ущемления внутренних органов на пупочное кольцо после вправления грыжи накладывают упругую пластинку (пелот), фиксируемую гипоаллергенным пластырем. Назначают массаж и лечебную гимнастику, способствующие развитию и укреплению передней брюшной стенки. Большое значение имеет предупреждение запоров, простудных заболеваний, нарушений мочеиспускания (фимоз), тщательный уход за областью пупка.

medfsh.ru

Пупочные грыжи у взрослых

Пупочные грыжи у взрослых обычно бывают приобретёнными и могут иметь значительные размеры. Характерно существенное преобладание размеров грыжевого выпячивания над диаметром грыжевых ворот, в результате чего создаются предпосылки для ущемления внутренних органов.

Клиника
В начальной стадии заболевания больной ощущает незначительные тянущие боли в области формирующейся грыжи, усиливающиеся при повышении внутрибрюшного давления (при поднятии тяжестей, кашле, акте дефекации и др.). Боли постепенно усиливаются, и через определённый период времени в зоне их локализации больной (или врач) обнаруживает небольшое **опухолевидное образование** круглой или овальной формы, появляющееся при физическом напряжении и исчезающее при принятии горизонтального положения.
Болевой синдром возникает в момент выхождения грыжи и полностью проходит после её вправления.
Пальпация неосложнённой (вправимой) грыжи безболезненна, она позволяет определить образование мягко-эластической консистенции. В горизонтальном положении грыжевое содержимое обычно свободно вправляется в брюшную полость.
Обязательные мероприятия - исследование грыжевых ворот и выявление **симптома кашлевого толчка**. Пальцами, введёнными в грыжевые ворота после вправления грыжи, уточняют их форму и размер. При покашливании пациента пальцы врача ощущают толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.
Перкуссия грыжевого выпячивания определяет тимпанит при наличии в грыжевом мешке кишки. Если его содержимое составляет большой сальник или другой орган, не содержащий газ, то определяется притупление перкуторного звука.

Аускультация позволяет выслушать перистальтические шумы, если содержимым грыжевого мешка стала петля кишки.

Из **инструментальных методов** диагностики используют рентгеноконтраст-ные исследования и УЗИ

Лечение

В отличие от ребёнка избавить взрослого от пупочной грыжи можно лишь оперативным путём. Грыжесечение выполняют *по методу Сапежко* или *по Мейо.* Общий принцип обоих методов - закрытие грыжевых ворот, проводимое после иссечения грыжевого мешка и ушивания париетальной брюшины, дупликатурой апоневроза. По Сапежко кожный разрез, рассечение грыжевых ворот и формирование дупликатуры апоневроза выполняют в продольном направлении (рис. 10-5), а по Мейо (обычно при небольших грыжевых воротах) - в поперечном (рис. 10-6).

Операцию открытым доступом называют грыжесечением. Она включает следующие этапы:

• рассечение тканей над грыжевым мешком;

• выделение грыжевого мешка до шейки;

• вскрытие грыжевого мешка и вправление содержимого в брюшную полость;

• прошивание, перевязка грыжевого мешка у шейки и его отсечение;

• пластика грыжевых ворот местными тканями или аллопласти-чсскими материалами.

Современные синтетические протезы редко вызывают выраженную реакцию асептического воспаления с образованием зон некроза и последующим нагноением. Сетка протеза служит каркасом для прорастания соединительной тканью, по прочности равной или превосходящей прочность

medfsh.ru

апоневроза. Наиболее широко используемые синтетические материалы - полиэстер, политетрафторэтилен, полипропилен.

5 БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ

Бедренные грыжи выходят через бедренный канал и располагаются ниже проекции паховой связки. Они составляют 5% всех наружных грыж живота. Бедренные грыжи значительно чаще встречают у женщин, что обусловлено особенностями строения таза. Бедренные грыжи чаще, чем паховые, представляют трудности для диагностики и чаще ущемляются. У детей бедренные грыжи встречают исключительно редко.

В процессе своего формирования бедренная грыжа проходит три стадии:

• начальная - грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца;

• канальная - грыжевое выпячивание располагается около сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции и не проникает в подкожную жировую клетчатку скарповского треугольника;

• полная - когда грыжа проходит весь бедренный канал, его внутреннее и наружное отверстия и выходит в подкожную клетчатку бедра; эту стадию грыжи обнаруживают чаще всего.

В начальной и канальной стадиях бедренная грыжа клинически трудноразличима. Заподозрить такую грыжу можно на основании жалоб на боли в паху, нижнем отделе живота, верхнем отделе бедра, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке. В узком, ригидном внутреннем отверстии бедренного канала может возникать ущемление (в том числе пристеночное), в части случаев оно бывает первым клиническим проявлением грыжи. Для полной бедренной грыжи характерно появление полусферического грыжевого выпячивания небольшого размера, расположенного под паховой связкой, медиальнее проекции бедренных сосудов.

Клиника

В начальной стадии заболевания больной ощущает незначительные тянущие боли в области формирующейся грыжи, усиливающиеся при повышении внутрибрюшного давления (при поднятии тяжестей, кашле, акте дефекации и др.). Боли постепенно усиливаются, и через определённый период времени в зоне их локализации больной (или врач) обнаруживает небольшое **опухолевидное образование** круглой или овальной формы, появляющееся при физическом напряжении и исчезающее при принятии горизонтального положения.

Болевой синдром возникает в момент выхождения грыжи и полностью проходит после её вправления.

Пальпация неосложнённой (вправимой) грыжи безболезненна, она позволяет определить образование мягко-эластической консистенции. В горизонтальном положении грыжевое содержимое обычно свободно вправляется в брюшную полость.

Обязательные мероприятия - исследование грыжевых ворот и выявление **симптома кашлевого толчка**. Пальцами, введёнными в грыжевые ворота после вправления грыжи, уточняют их форму и размер. При покашливании пациента пальцы врача ощущают толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.

Перкуссия грыжевого выпячивания определяет тимпанит при наличии в грыжевом мешке кишки. Если его содержимое составляет большой сальник или другой орган, не содержащий газ, то определяется притупление перкуторного звука.

Аускультация позволяет выслушать перистальтические шумы, если содержимым грыжевого мешка стала петля кишки.

Из **инструментальных методов** диагностики используют рентгеноконтраст-ные исследования и УЗИ

medfsh.ru

Хирургическое лечение

Операцию открытым доступом называют грыжесечением. Она включает следующие этапы:

• рассечение тканей над грыжевым мешком;
• выделение грыжевого мешка до шейки;
• вскрытие грыжевого мешка и вправление содержимого в брюшную полость;
• прошивание, перевязка грыжевого мешка у шейки и его отсечение;
• пластика грыжевых ворот местными тканями или аллопласти-чсскими материалами.

Современные синтетические протезы редко вызывают выраженную реакцию асептического воспаления с образованием зон некроза и последующим нагноением. Сетка протеза служит каркасом для прорастания соединительной тканью, по прочности равной или превосходящей прочность апоневроза. Наиболее широко используемые синтетические материалы - полиэстер, политетрафторэтилен, полипропилен.

Операции при бедренной грыже (количество предложенных способов и модификаций приближается к 200) в зависимости от доступа к грыжевым воротам можно разделить на две группы: бедренные и паховые.

Операция Бассини. Используют доступ к бедренному каналу со стороны его наружного отверстия. Кожный разрез проводят параллельно и ниже проекции паховой связки. Этап поиска грыжевого мешка у тучных больных может представлять существенные трудности. Его легче обнаружить, если предложить больному потужиться или покашлять. Тщательно освобождают грыжевой мешок от жировой клетчатки и окружающих фасциальных оболочек. Грыжевой мешок выделяют как можно выше, вскрывают, прошивают и отсекают. При выделении грыжевого мешка следует помнить, что с медиальной стороны может находиться мочевой пузырь, а латерально - бедренная вена. Закрывают грыжевые ворота путём сшивания паховой и лонной (куперовой) связок (рис. 10-10). Всего накладывают три-четыре шва, контролируя, не сдавлена ли бедренная вена. Вторым рядом швов между серповидным краем широкой фасции бедра и гребенчатой фасцией ушивают бедренный канал.

Операция Руджи-Парлавенчио. Разрез кожи проводят параллельно и выше паховой связки (как при паховой грыже). Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы (т.е. попадают в паховый канал). Обнажают паховый промежуток. Рассекают поперечную фасцию в продольном направлении. Отодвигая предбрюшинную клетчатку, выделяют шейку грыжевого мешка. Грыжевой мешок выводят из бедренного канала, вскрывают, прошивают у шейки и удаляют. Грыжевые ворота закрывают путём сшивания внутренней косой, поперечной мышц, верхнего края поперечной фасции с лонной и паховой связками. При необходимости внутреннее отверстие пахового канала ушивают до нормального размера, накладывая дополнительные швы на поперечную фасцию. Семенной канатик (или круглую связку матки) укладывают на мышцы. Рассечённый апоневроз наружной косой мышцы живота сшивают с формированием дупликатуры.

6, Кровотоащая гастродуоденальная язва

Классификация

Локализация источника кровотечения:

• язва желудка;
• язва двенадцатиперстной кишки;
• рецидивная язва после различных оперативных вмешательств на желудке.

Степень тяжести кровопотери:

• лёгкая;
• средняя;
• тяжёлая.

Характер язвенного кровотечения (определяют эндоскопически);

• продолжающееся;
• остановившееся:
- высокая угроза рецидива;
- низкая угроза рецидива.

При оценке степени тяжести кровотечения учитывают как объём перенесённой кровопотери, так и состояние больного. Данные клинического обследования больного и лабораторные показатели позволяют определить объём кровопотери, спланировать рациональную инфузионно-трансфузионную терапию, адекватно оценить состояние больного.

medfsh.ru

Фактором, существенно повлиявшим на понимание патофизиологических основ этого процесса и формирование грамотной терапии, послужило учение о диссеминированном внутрисосу-дистом свёртывании (ДВС), как универсальном механизме реализации синдрома массивной кровопотери и пусковом механизме синдрома полиорганной недостаточности. Следует подчеркнуть, что гиперкоагуляционная фаза ДВС-синдрома и микроциркуляторные нарушения, ведущие к ухудшению обеспеченности тканей кислородом и питательными веществами, развиваются у каждого пациента с клинически значимым желудочно-кишечным кровотечением.

Считают, что *быстрая кровопотеря* около 500 мл крови может привести к коллапсу, причём проявления гемодинамических нарушений будут более выраженными у пожилых больных с исходной сердечнососудистой недостаточностью. Приблизительно такой же объём излившейся в просвет пищеварительного тракта крови требуется для появления характерных признаков желудочно-кишечных кровотечений - рвоты кровью *(hematemesis)* и дегтеобразного стула *(melena).*

Наиболее яркие проявления наблюдают при острых массивных кровотечениях, когда на протяжении короткого времени, измеряемого минутами или часами, больной теряет более 1500 мл крови, или около 25% ОЦК. В подобных обстоятельствах клиническая картина соответствует геморрагическому (гиповолемическому) шоку, из прямой кишки отмечают выделение красной малоизмененной крови *(hematochezia).* Необходимо отметить, что у больного, если он лежит, сначала может не быть сколько-нибудь выраженных изменений АД (так называемая компенсированная гиповолемия), в то время как *феномен ортостатической гипотензии* более точно отражает объём кровопотери. Периферический спазм артерий, проявляющийся бледностью кожных покровов, а также венозный спазм поддерживают относительно стабильный уровень центрального кровообращения.

Симптоматика

Клинические проявления острых, особенно массивных гастроду-оденальных кровотечений достаточно ярки и складываются из общих симптомов, характерных для кровопотери (резкая слабость, головокружение, потеря сознания), и проявлений, характерных для кровотечения в просвет ЖКТ (гематомезис **Гематомезис**, или «кровавая рвота» – **это** признак кровотечения, местом возникновения которого является чаще всего пищевод, мелена или гематохезия(КРОВАВЫЙ СТУЛ). язвенным» болевым синдромом и сезонностью обострений. Данные ***физикального обследования*** позволяют судить о степени тяжести кровотечения и предположительно о его источнике. Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение АД и пульсового давления, наличие в желудке большого количества крови и сгустков, а при ректальном исследовании - чёрного жидкого либо с примесью крови содержимого - признаки острого массивного кровотечения.

Инструментальные методы

фэгдс!!!!!!!!!!!!

Показанием к повторной (динамической) ФЭГДС считают необходимость активного мониторинга источника кровотечения в связи с сохраняющимся риском его рецидива (активная контрольная ФЭГДС), рецидив кровотечения, развившийся в стационаре у больного предельного операционно-анестезиологического риска с язвенным кровотечением.

Подготовка к исследованию верхних отделов пищеварительного тракта заключается в возможно более полном опорожнении их просвета, отмывании от крови и сгустков слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Считают, что в большинстве случаев решить эту задачу можно путём промывания желудка «ледяной» водой через толстый желудочный зонд. Большой внутренний диаметр зонда позволяет эвакуировать крупные сгустки, а локальная гипотермия - достичь уменьшения интенсивности кровотечения или его полной остановки.

Анестезиологическое обеспечение экстренных эндоскопических вмешательств варьирует в широких пределах. Значительную часть исследований можно выполнить под местной анестезией зева с использованием премедикации. При беспокойном поведении больного, затрудняющем адекватный осмотр или выполнение гемостаза, применяют седативные средства внутривенно, а также внутривенный или (при нестабильном состоянии пациента) эндотрахеальный наркоз.

Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта как метод экстренной диагностики желудочно-кишечных кровотечений отошло на второй план. В основном его применяют после остановки кровотечения в качестве метода получения дополнительной информации об анатомическом состоянии и мотор-но-эвакуаторной функции ЖКТ.

Ангиографический метод диагностики кровотечений всё ещё имеет достаточно ограниченное использование.

Экстренный анализ крови предоставляет ценную диагностическую информацию. Падение концентрации гемоглобина, уменьшение количества эритроцитов, снижение гематокрита, лейкоцитоз, несомненно, ориентируют в отношении тяжести кровопотери. Между тем, в первые часы от начала острого кровотечения все эти показатели могут меняться несущественно и, следовательно, имеют относительное значение. Истинная выраженность анемии становится ясной лишь по прошествии суток

medfsh.ru

Лечение
основа лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях - консервативная терапия.
Лечебная эндоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях обладает достаточно высокой эффективностью и позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего большинства больных.
В арсенале эндоскопического гемостаза следующие методы: моно- и биактивная диатермокоагуляция, термокаутеризация, аргоно-плаз-менная коагуляция; инъекционные методы введения эпинефрина, 96% раствора этанола, а также специальных склерозантов, методы эндоклипирования.
Инфузионно-трансфузионная терапия необходима для восстановления основных параметров гомеостаза, нарушенных в результате острого развившегося дефицита ОЦК. Хорошо известно, что организм человека способен выдержать острую потерю 60-70% объёма эритроцитов, но утрата 30% объёма плазмы не совместима с жизнью. К плазмозаменителям гемодинамического действия относят кристаллоидные солевые и коллоидные плазмозамещающие растворы.

Введение **кристаллоидных солевых растворов** - обязательное условие трансфузионной терапии острой кровопотери. Кристаллоидные растворы раньше остальных стали применять для лечения кровопотери, они позволяют быстро и эффективно восполнить потери интерстициальной жидкости, увеличить объем циркулирующей плазмы, нормализовать водно-электролитный баланс. К группе кристаллоидных солевых растворов относятся:**раствор Гартмана (Hartman) раствор Рингер-лактат (лактасол)** -

- **раствор Рингера-Локка** .
- **растворы «Дисоль», «Трисоль», «Квартасоль», «Ацесоль», «Хлосоль»** Особое место среди кристаллоидных плазмозамещающих растворов занимает **гипертонический (7,5%) раствор натрия хлорида.** Его способности притягивать в сосудистое русло в результате значительного повышения осмотического давления плазмы крови жидкость из интерстициального пространства и тем самым увеличивать объем циркулирующей плазмы в 3-4 раза по сравнению с введенным объемом раствора придается большое значение. Действие гипертонического раствора является физиологическим, так как, по сути, резко ускоряет естественный процесс аутогемодилюции при кровотечении. С использованием 7,5% гипертонического раствора натрия хлорида связана концепция «малообъемной заместительной терапии»
- Длительный период внутрисосудистой циркуляции делает **коллоидные растворы** незаменимыми при лечении острой кровопотери. Коллоидные растворы моделируют функцию плазменных белков крови(**Полиглюкин, реополюгликин)**

Лекартсвенная терапия
антисекреторные препараты для лучшего ост кровотечения
Хирургическое лечение
Органосохраняющие операции с ваготомией (как правило, стволовой Остановка кровотечения из дуоденальной язвы заключается в пилородуодено-томии, иссечении и/или прошивании источника кровотечения отдельными швами (рис. 9-4), а при пенетрации - с выведением язвенного кратера из просвета кишки (экстрадуоденизацией) и последующей стволовой ваготомией с пилоропластикой.
Антрумэктомия с ваготомией при дуоденальной локализации кровоточащей язвы показана больным со сравнительно невысокой степенью операционного риска (молодой возраст, небольшая или средняя степень кровопотери). Негативная сторона этой операции - техническая сложность
Пилоропластику с иссечением или прошиванием язвы без ваготомии выполняют вынужденно в связи с продолжающимся кровотечением, которое невозможно остановить эндоскопическим способом, как правило, у пациентов пожилого и старческого возрастов с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском
Резекция желудка (рис. 9-5) показана при кровоточащей желудочной язве, если степень операционного риска сравнительно невысока. Послеоперационная летальность после резекции составляет 2-7%.
Иссечение язвы (клиновидная резекция) или прошивание желудочной язвы через гастротомический доступ можно предпринять у больных с предельно высокой степенью операционного риска.

7.прободная гастродуоденальная язва

Прободная язва- тяжелейшее осложнение язвы двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин обычно в осенний или весенний период. Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте, как в детском , так и в старческом, в основном, встречается у больных от 20 до 40 лет. Для молодых людей характерна перфорация язв, локализующихся в двенадцатиперстной кишке (85 %), для пожилых - в желудке.

medfsh.ru

Клиника: Первый период(«абдоминального шока» (фаза химического перитонита), продолжающегося в среднем 6 часов*)*- характеризуется внезапным возникновением *резкой боли* в эпигастральной области, «кинжальная боль». Боль сначала локализуется в верхних отделах живота, больше справа от средней линии. Довольно быстро она распространяется по правой половине живота, включая правую подвздошную При осмотре обращает на себя внимание *внешний вид больного:* он лежит неподвижно на спине или на правом боку, с приведенными к животу нижними конечностями, охватив руками живот.Лицо бледное, с испуганным выражением и запавшими глазами. Может быть холодный пот. Дыхание частое и поверхностное. Характерна *начальная брадикардия:* частота пульса нередко падает до 50-60 ударов в минуту вследствие ожога брюшины и нервных окончаний кислотой. А/Д может быть снижено.напряжение мышц брюшного пресса имеет тонический характер.Следует иметь в виду, что иногда напряжение мышц передней брюшной стенки не имеет столь выраженного характера. Это возможно у больных старческого возраста, при ожирении и у истощенных лиц из-за дряблости тканей.Характерным симптомом прободения язвы служит появление *свободного газа в брюшной полости,* которое проявляется симптомом исчезновения печеночной тупости. Уже в первые часы заболевания в большинстве случаев удаётся обнаружить *резкую болезненность тазовой брюшины при пальцевом ректальном и вагинальном исследовании.* Второй период(«мнимого благополучия» фаза развития серозно-фибринозного перитонита и возникновения системной воспалительной реакции - обычно от 6 до 12 часов). Лицо больного приобретает нормальную окраску. Пульс, артериальное давление и температура выравниваются. Дыхание более свободно, оно перестает быть поверхностным. Язык становится сухим и обложенным. В связи с затеканием желудочного или дуоденального содержимого по правому боковому каналу и скоплением перитонеального экссудата в правой подвздошной ямке появляются боли, локальное напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области, может допустить ошибку и поставить диагноз острого аппендицита.При наличии большого количества свободной жидкости в брюшной полости, в отлогих ее местах по правому и левому боковым каналам определяется тупой перкуторный звук. Перистальтика ослаблена или отсутствует. При ректальном исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность. Третий период(разлитого гнойного перитонита тяжелого абдоминального сепсиса).По прошествии 12 часов с момента прободения состояние больных начинает прогрессивно ухудшаться. Первым симптомом прогрессирующего перитонита является рвота. Она повторяется, обезвоживая и обессиливая больного. Больной ведёт себя беспокойно. Кожные покровы и слизистые оболочки становятся сухими. Возникает развёрнутый синдром системной воспалительной реакции. Температура тела повышается, пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, артериальное давление стойко снижается. Снова появляется учащенное дыхание. Язык сухой, густо обложен налетом, имеющим вид корок грязно-коричневого цвета. Появляется вздутие живота, перистальтические шумы не выслушиваются, в отлогих местах живота определяется большое количество жидкости

Диагностика:Для диагностики имеет значение характерная поза больного, его внешний вид и особенно, обнаружение выраженного мышечного напряжения, определяемого при поверхностной пальпации.. Наличие свободного газа в брюшной полости может быть выявлено при перкуссии области печени примерно в 60 % случаев прободений гастродуоденальных язв. Отсутствие печеночной тупости имеет решающее значение. Рентгенодиагностика прободных язв сводится в основном к выявлению свободного газа в брюшной полости. В диагностически сложных случаях можно использовать фиброгастроскопию- во время ее проведения выявляют месторасположение язвы и по косвенным признакам наличие перфорации. Нередко во время нагнетания воздуха в желудок у больных резко усиливаются болевые ощущения, что прямо указывает на наличие прободения язвы. Диагноз подтверждается во время повторной обзорной рентгенографии, при которой обнаруживают появление большого количества свободного газа под куполом диафрагмы. Данные лабораторных исследований крови не выявляют каких-либо специфических изменений на ранних стадиях заболевания. Число лейкоцитов остается нормальным или незначительно повышенным, без сдвигов в формуле. Только при развитии перитонита появляется высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Определенную диагностическую помощь в нестандартных ситуациях оказывает УЗИ. Обнаружить свободный газ в брюшной полости с его помощью непросто, а вот выявить осумкованное или не отграниченное органами жидкое содержимое, как правило, удается.

Лечение:прфоративная язва является абсолютным показанием к выполнению экстренной операции, которая должна быть сделана не позже, чем через 2 часа с момента поступления больного в приемное отделение. В случаях

medfsh.ru

токсической или терминальной фазы перитонита, при появлении признаков полиорганной недостаточности (например анурии) больные нуждаются в предоперационной подготовке. Для этих целей они помещаются в реанимационное отделение, где им в течении 2-3 часов проводится В/В инфузия 1-1,5 л растворов, вводятся антибиотики. Появление достаточного количества у больного мочи позволяет начать операцию.

Выбор операции: В большинстве случаев объем операции ограничивается ушиванием перфортивного отверстия. Кроме того в зависимости от сроков заболевания и выраженности перитонита может быть выполнено дренирование брюшной полости. В особо тяжелых случаях, когда сроки заболевания превышают 24-36 часов, а у больного имеется разлитой фибринозно-гнойный перитонит, операция завершается наложением лапаростомы или выполняется цикл плановых релапаротомий в виде повторных (через каждые 1-2 дня) санацией брюшной полости

8. Язвенная болезнь желудка связана с нарушением механизмов, регулирующих секреторную, двигательную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, кровообращение в них, питание слизистых оболочек.

Язва двенадцатиперстной кишки (лат. *ulcus duodeni*)— язва, возникающая в результате действия кислоты и пепсина на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки у людей с повышенной чувствительностью.

Язвенная болезнь (лат. *Ulcus Enteritis*) характеризуется рецидивирующим течением, то есть чередованием периодов обострений (чаще весной или осенью) и периодов ремиссии. В отличие от эрозии (поверхностного дефекта слизистой), язва заживает с образованием рубца.

Язва желудка она же язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) — локальный дефект слизистой оболочки желудка (иногда с захватом подслизистого слоя), образующийся под действием соляной кислоты, пепсина и желчи и вызывающий на этом участке трофические нарушения. Секреция к Нормальное функционирование слизистой оболочки желудка протекает в условиях воздействия на слизистую двух групп факторов:

1. защитных факторов;
2. агрессивных, разрушающих факторов.

К факторам 1-й группы относятся: слизь, вырабатываемая слизистой оболочкой желудка, данная слизь препятствует обратной диффузии протонов к слизистой.

К факторам 2-й группы относятся: желудочный сок , являющийся агрессивным агентом для клеток и инфекционный фактор — микроб Хеликобактер — *Helicobacter pylori* (в случае инфицирования им). Возникновение язвенного дефекта происходит, когда разрушительное действие на слизистую желудка агрессивных факторов начинает преобладать над действием защитных факторов. Заметное количество язвенных поражений желудка связаны с инфицированиемикроорганизмом *Helicobacter pylori* , имеет значение состояние общего и местного иммунитета, неспецифические защитные факторы слизистой желудка (секреция бикарбонатов, защитной слизи), исходная (до заражения) кислотность и ферментативная активность желудочного содержимого и т. д.

Симптомы язвенной болезни:

Боль в эпигастральной области является основным симптомом язвы. При локализации язвы в желудке боли, как правило, возникают после еды, при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, напротив, возникают так называемые «голодные боли», при которых боль возникает натощак, а принятие пищи приносит облегчение боли.

Другими симптомами язвенной болезни могут быть:

- кислая отрыжка или изжога;
- снижение массы тела;
- рвота и тошнота после еды.

- **Осложнения язвы желудка**
- Язва желудка иногда приводит к опасным для жизни человека осложнениям:

medfsh.ru

- **Пенетрация.** Патологический процесс разрушения стенки желудка, после которого атака распространяется на ближайшие с желудком органы – поджелудочную железу, желчный пузырь, печень, кишечник. При этом у больного поднимается температура тела (до 40-41°С), проявляются острые боли, в крови увеличивается уровень альфа-амилазы.
- **Перфорация желудка.** Содержимое желудка, вместе с кислотой попадают в брюшную область. Больной ощущает сильные боли в области живота, у него присутствуют признаки интоксикации организма, общая слабость. Может развиться перитонит, болевой шок.
- **Острый деструктивный панкреатит.** Развивается при воздействии на поджелудочную железу соляной кислоты поврежденного желудка.
- **Кровотечения желудка.** Это является частой причиной летального исхода при язве желудка. У пациента появляется сильная рвота, черный стул, одышка, тахикардия, понижается артериальное давление, повышается потоотделение, при этом больной теряет кровь.
- **Малигназия.** Характеризуется стремительным снижением веса больного, рвотой, лихорадкой, отсутствием аппетита. Со временем, малигназия может перерасти в рак желудка.
- **Стеноз привратника.** Патологическое состояние, при котором пища начинает застаиваться в желудке.

Показания к оперативному лечению язвенной болезни, проводимому в плановом порядке: безуспешность длительного стационарного консервативного лечения, возникновение хронически текущих осложнений язвенной болезни (пенетрация язвы в прилежащий орган, стеноз привратника или двенадцатиперстной кишки, рубцовая деформация желудка, повторные кровотечения), подозрение на злокачественное перерождение язвы. Экстренное хирургическое вмешательство показано при остро возникающих осложнениях, грозящих быстрой гибелью больного,— перфорации язвы и профузном кровотечении из нее.

9 ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ составляют 75 % всех грыж. Среди больных с паховыми грыжами на долю мужчин приходится 90-97 %. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенным

Паховая грыжа – выпячивание органов брюшной полости за пределы своего анатомического расположения через паховый канал

Причины паховых грыж

По этиологии паховые грыжи могут являться врожденными или приобретенными. Врожденные паховые грыжи образуются при опущении яичка (у мальчиков) или яичника (у девочек) из брюшной полости в мошонку или малый таз. При незаращении влагалищного листка брюшины вслед за гонадами за пределы брюшной полости могут смещаться и внутренние органы.

Приобретенные паховые грыжи появляются при слабости мышечно-сухожильных слоев брюшной стенки в области пахового канала. Предрасполагающими к развитию паховой грыжи факторами выступают возрастная деструкция соединительной ткани; неполноценность мускулатуры, обусловленная системными заболеваниями; повышение внутрибрюшного давления при хроническом кашле, ожирении, запорах, беременности, частом подъеме тяжестей и т. д. Все это постепенно приводит к образованию дефекта – грыжевых ворот в паховом канале и образованию паховой грыжи.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незараще́нным, то его полость свободно сообщается с полостью брюшины. В дальнейшем формируется врожденная па¬ховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком. Врожденные паховые грыжи составляют основную массу грыж у детей (90 %), но они бывают и у взрослых (около 10-12 %).

Приобретенные паховые грыжи.

medfsh.ru

Различают косую паховую грыжу и прямую. Косая паховая грыжа проходит через наружную паховую ямку, прямая — через внутреннюю. При канальной форме дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала. При ка-натиковой форме грыжа выходит через наружное отверстие пахового канала и располагается на различной высоте среди элементов семенного канатика. При пахово-мошо-ночной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

Клиническая картина при не осложнённых паховых грыжах, в целом, однородна. Больной жалуется на наличие опухолевидного выпячивания в паховой области и боли различной интенсивности, особенно при физическом напряжении. Наличие таких жалоб позволяет с легкостью установить правильный диагноз.

При ущемленной паховой грыже наблюдается следующая клиника:

- внезапное начало;
- невправимость;
- резкая, постепенно усиливающаяся боль;
- тошнота, икота, многократная мучительная рвота;
- задержка стула и газов;
- тяжёлое состояние больного;
- напряжение, болезненность грыжевого выпячивания.

Наличие данных клинических симптомов является показанием к экстренному оперативному вмешательству.

Лечение. операции — пластика пахового канала. Первый этап — формирование доступа к паховому каналу. В паховой области производят косой разрез параллельно и выше паховой связки от перед-неверхней ости подвздошной кости до симфиза. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота; верхний его лоскут отделяют от внутренней косой и поперечной мышц, нижний — от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка. Вторым этапом выделяют и удаляют грыжевой мешок; третьим этапом ушивают глубокое паховое кольцо до нормальных размеров (диаметр 0,6—0,8 см); четвертый этап — собственно пластика пахового канала.

Способ Боброва—Жирара обеспечивает укрепление передней стенки пахового канала.

мышцы живота. Нижний лоскут апоневроза фиксируют швами на верхнем лоскуте апоневроза, образуя таким образом дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота.

Способ Спасокукоцкого является модификацией способа Боброва—Жирара и отличается от него лишь тем, что к паховой связке одновременно (одним швом) подшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы вместе с верхним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота.

Шов Кимбаровского обеспечивает соединение одноименных тканей.

Способ Бассини предусматривает укрепление задней стенки пахового канала.

medfsh.ru

10.Послеоперационные вентральные грыжи. Частота, современные методы лечения.

Послеоперационные грыжи, называемые также вентральными, характеризуются выходом органов брюшной полости или их частей через дефект мышечно-сухожильного каркаса, который расположен на передней стенке брюшины. Послеоперационные грыжи образуются в области послеоперационного рубца. Таким образом, локализация этого вида грыж зависит от места хирургического вмешательства:

- область белой линии живота (также в районе пупка)
- слева и справа в подвздошной области — в этом случае возникает

послеоперационная паховая грыжа

- правая и левая подреберные области
- латеральная поясничная зона при вмешательстве на почках
- лобковая область — при выполнении урологических или гинекологических операций

Причинами их образования являются расхождение краев сшитого апоневроза или оставление дефекта в нем (при тампонировании брюшной полости), нагноение раны, большая физическая нагрузка в послеопераци-онном периоде.

Вначале послеоперационные грыжи легко вправляются, болевые ощущения при этом отсутствуют. При натуживании, поднятии тяжестей, при резком движении возникает дискомфорт, также увеличивается выпячивание. Постепенно выпуклость становится заметной, особенно при кашле или чихании. Боли, поначалу тянущие, со временем становятся схваткообразными. Присоединяются нарушения функции кишечника: метеоризм, запоры, расстройства. Нередко возникают трудности с мочеиспусканием.

Пациент становится пассивным, в результате интоксикации организма больного беспокоят слабость, тошнота, рвота, возможно повышение температуры. Поначалу грыжа небольшого размера не вызывает деформации живота. Однако со временем дискомфорт усиливается, образования больших размеров могут нарушить работу всего организма.

Грыжа такого типа возникает у около 20 % оперированных пациентов. Из этого числа у половины больных патология возникает уже на первом году после вмешательства. Другая половина пациентов наблюдают появление грыжи в течение 5 лет.

Риск развития послеоперационной грыжи повышается, если хирургическое вмешательство проходило в экстренном порядке. Если патология появилась после иссечения грыжи, то такая патология называется рецидивной вентральной грыжей.

Лечение. Применяют хирургическое лечение. При небольших грыжах возможно закрытие дефекта за счет местных тканей. При больших грыжах операция представляет трудности из-за сращения содержимого грыжи с грыжевым мешком и наличия значительных дефектов брюшной стенки. В этих случаях применяют методы аутопластики, аллопластики и комбинированной пластики (если закрыть дефект местными тканями не представляется возможным). В качестве аллопластического материала наиболее час то используют синтетическую сетку, которую подшивают к краям грыжевых ворот поверх ушитой после грыжесечения и вправления внутренностей в брюшную полость брюшины.

11. Особенности течения язвенной болезни желудка у работников нефтехимической промышленности.

medfsh.ru

Язва желудка - хроническое заболевание, при котором происходит образование язвенных дефектов слизистой оболочки желудка. Наиболее часто язвой желудка страдают мужчины от 20 до 50 лет. Для заболевания характерно хроническое течение с частыми рецидивами, которые обычно бывают весной и осенью. Немалую роль в возникновении заболевания играет бактерия Helicobacter pylori, жизнедеятельность которой приводит к повышению кислотности желудочного сока.

Симптомами язвы желудка являются: сильная боль,голодные боли,ночные боли,рвота кислым, изжога. Для язв, протекающих с чрезмерно высокой кислотностью, характерны запоры, нередко с кишечными коликами. Наконец, у язвенных больных часто наблюдается чувство внутренней напряженности и повышенная раздражительность.

Течение язвенной болезни у данной категории больных характеризуется упорным и монотонным течением и наличием длительно нерубцующихся язв. Функциональные расстройства желудка встречаются в 2 раза чаще, осложнения — в 2,6 раза чаще.

У лиц со стажем работы до 3-х лет клиническая картина язвенной болезни не отличается от течения язвенной болезни. Однако, характернообилие жалоб диспепсического характера. Больные жалуются на боли в подложечной области, боли носят режущий и колющий характер, преимущественно в ночное время или натощак, в то время, как у больных с обычной ЯБ— ноющий и тянущий характер.

Течение язвенной болезни у рабочих со стажем от 3-х до 10 лет также имеет сноим особенности. Клиническая картина становится монотонной, приобретает вялое течение, не характеризуется сезонностью.

Особенностью язвенной болезни у работников данного производства является усиленная кислотопродуцирующая функция желудка в первые годы работы и истощение секреторной функции после 10 лет работы с формированием атрофического гастрита.

У каждого второго работника нефтеперерабатывающего производства, страдающего язвенной болезнью, обнаруживается сочетание дискинезий желчевыводящих путей, хронического холецистита с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для больных язвенной болезнью, работников нефтеперерабатывающего предприятия, характерна супрессия отдельных показателей всех трех звеньев системы иммунитета.

Наиболее рациональной терапией язвенной болезни у работников нефтеперерабатывающего предприятия является комбинация базисного лечения с препаратами, улучшающими функциональное состояние гепатобилиарной системы и коррекцией иммунитета.

13. Современные принципы малоивазивной хирургии.

С помощью таких диагностических мероприятий как эндоскопия, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ангиография, можно осуществлять малоинвазивные лечебные мероприятия без вскрытия грудной или брюшной полости.

Оборудование. Принципиальный набор аппаратуры и инструментов, необходимый для выполнения любой видеолапароскопической операции, можно разделить на 3 основные группы.

1. Оптическое оборудование. В этот набор входит 10-миллиметровый лапароскоп, присоединяемая к нему миниатюрная видеокамера, источник света (аналогичный используемому при рутинной диагностической эндоскопии), присоединенный к лапароскопу, один или два видеомонитора, на которые с помощью видеокамеры передается изображение операционного поля.

2. Оборудование для обеспечения доступа в брюшную полость. К нему относятся инсуффлятор газа в брюшную полость, присоединенный к баллону с газом, и троакары различного диаметра, через которые вводят инструменты. Пневмоперитонеум накладывают с помощью специальной атравматической иглы (игла Вереша). Инсуффлятор обеспечивает автоматическую подачу газа в

medfsh.ru

брюшную полость в зависимости от величины внутрибрюшного давления. Если оно превышает определенный показатель, введение газа прекращается. После наложения пневмоперитонеума, для чего используется углекислый газ, в брюшную полость вводят лапароскоп и осматривают органы брюшной полости. Только после этого под контролем зрения вводят троакары. В просвете троакара имеется специальный шариковый клапан, позволяющий беспрепятственно вводить через его просвет различные инструменты, но препятствующий выхождению газа из брюшной полости.

3. Набор лапароскопических хирургических инструментов. Обычно в него входят миниатюрные зажимы, диссектор, крючок для рассечения и коагуляции тканей, ножницы, атравматические иглы и иглодержатель, инструмент для наложения на кровеносные сосуды металлических клипс, эндоскопические сшивающие аппараты, пластиковый мешок для помещения в него удаленного органа, наконечник электроотсоса. В зависимости от типа операции количество инструментов в наборе можно расширять или, наоборот, сокращать.

Обезболивание. Лапароскопические операции выполняют под интубационным наркозом с применением миорелаксантов. Общая анестезия в отличие от других способов обезболивания (местного, перидурального) позволяет полностью контролировать адекватную легочную вентиляцию, что особенно важно в условиях всасывания углекислого газа в кровь из брюшной полости и высокого стояния диафрагмы, дыхательные экскурсии которой ограничены.

К *абсолютным противопоказаниям* относят различные виды некорригируемых коагулопатий, геморрагический шок, заболевания сердца, сопровождающиеся выраженной недостаточностью кровообращения, бронхообструктивные заболевания легких с дыхательной недостаточностью, распространенный гнойный перитонит, беременность, многочисленные оперативные вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе, тонкокишечную непроходимость с резким вздутием кишечных петель, спаечную болезнь, сопутствующие заболевания, требующие выполнения лапаротомии.

Относительные противопоказания столь четко не определены и зависят от опыта и мастерства хирурга, технической оснащенности операционной. Среди них наиболее часто называют местный диффузный перитонит, запущенные онкологические заболевания органов брюшной полости, крайние степени ожирения, диафрагмальные грыжи, а также противопоказания для проведения общего обезболивания.

Круг оперативных вмешательств, выполняемых лапароскопически, довольно широк. Их можно разделить на 2 основные группы.

К ***первой группе*** относятся общепринятые операции, используемые чаще, чем открытые: холецистэктомия, аппендэктомия, паховая герниопластика, фундопликация, ваготомия, спленэктомия, адреналэктомия, резекция толстой кишки, адгезиолизис.

Ко второй группе: ушивание перфоративной язвы, дистальная резекция поджелудочной железы, резекция желудка, эзофагокардиомиотомия, экстирпация прямой кишки.

Торакоскопическая хирургия: атипическая резекция легкого, лобэктомия, резекция пищевода.

Интервенционная радиология развивается в основном по двум направлениям — эндоваскулярная хирургия и чрескожное введение различных инструментов (дренажей, катетеров, эндопротезов, баллонных дилататоров и т. п.) в просвет полых, паренхиматозных органов брюшной полости или их выводных протоков (чаще всего желчевыводящих путей печени).

Оперативные вмешательства, выполняемые с помощью интервенционной радиологии, можно разделить на следующие группы:

medfsh.ru

— восстановление просвета суженных трубчатых структур (артерий, желчевыводящих путей, различных отделов желудочно-кишечного тракта);
— дренирование полостных образований во внутренних органах;
— окклюзия просвета сосудов.

14. Хирургическая тактика при ущемленной грыже.

Тактика хирурга при ущемленной грыже

1. Недопустимо насильственное вправление ущемленной грыжи, так как это может вызвать кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и ее брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того подобная попытка может привести к мнимому вправлению грыжи.
2. 2. Все больные с ущемленными грыжами или с подозрением на нее подлежат операции по жизненным показаниям. Единственным противопоказанием к операции является агональное состояние больного. Лишь в исключительных случаях, когда больной категорически отказывается от операции или имеются такие заболевания как свежий инфаркт миокарда, нарушению мозгового кровообращения, а с момента ущемления прошло не более 1- 1, 5 часов, допустимо применение некоторых консервативных мер: - введение подкожно 1,0 мл-0,1% раствора атропина; - опорожнение мочевого пузыря; - теплая очистительная клизма; - обкалывание тканей вблизи грыжевых ворот 0, 25 % раствором новокаина; - приподнимание таза.

Подготовка к операции должна состоять из бритья операционного поля и введения сердечных средств, опорожнения мочевого пузыря. Наркотики и спазмолитики до операции вводить не следует ввиду опасности спонтанного вправления содержимого грыжи в брюшную полость.
Тактика во время операции
На ранних сроках ущемления без осложнений показана местная инфильтрационная анестезия по А.В.Вишневскому. При осложненных наружных и внутренних грыжах рекомендуется эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.
Цель операции при ущемленной грыже:
1. Ликвидировать ущемление и освободить орган путем рассечения грыжевого кольца.
2. Обследовать ущемленный орган и решить вопрос о его жизнеспособности.
3. Резецировать некротизированный участок органа.
4. Удалить грыжевой мешок, если нет противопоказаний (флегмона грыжевого меш-ка), произвести пластику грыжевых ворот.
Операционный доступ обусловливается видом грыжи. При паховых - косой, выше и параллельно пупартовой связке. При бедренной - вертикальный, через грыжевое выпячивание для предупреждение повреждения сосудов: косой, параллельно и ниже пупартовой связки, дугообразный, паховый. При грыже пупочной и белой лини живота - вертикальный или поперечный.
Техника операции при ущемленной грыже
Выделяется и вскрывается грыжевой мешок, ущемленный орган удерживается в ране. Необходимо помнить о возможном инфицировании "грыжевой воды" - обкладывание салфетками, аспирация, посев грыжевых вод. Ущемляющее кольцо рассекается с учетом вида грыжи (при паховой косой - кнаружи и вверх, при паховой прямой - вверх и внутри, при бедренной - медиально и вверх, при пупочной и белой линии живота горизонтально или вверх). Ускользнувший в брюшную полость ущемленный орган необходимо осмотреть, для чего следует произвести герниолапаротомию. После рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов. Ущемленные отделы сальника следует резецировать во всех случаях. Что же касается определения жизнеспособности кишечной стенки, то правильность решения этого вопроса во многом от опыта квалификации хирурга. Основными критериями при определении степени жизнеспособности тонкой кишки

medfsh.ru

являются: - восстановление нормальной окраски и тонуса; - блеск и гладкость серозной оболочки; - отсутствие странгуляционной борозды и темных пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку; - сохранение пульсации сосудов брыжейки; - наличие перистальтики. Если все указанные признаки налицо то кишка может быть признана жизнеспособной и погружена в брюшную полость. Кроме того для оценки жизнеспособности ущемленной грыжи применяют следующие методы: а) введение 0,25 % раствора новокаина в брыжейку кишки, б) введение в брыжейку кишки 0,2-0,3 мл раствора ацетилхолина 1:10000 В.В Иванов (1966), в) согревание петли кишки салфеткой, смоченной теплым физраствором в течение 10-15 минут, г) окклюзионная термометрия по М.Ю. Розенгартену (1976), д) трансиллюминация по М.З. Сигалу, е) доплеро- и миография, ж) лазерная аутофлюоресцентная спектроскопия. Если после проведенный реанимационных мер не изменяется цвет, не восстанавливается перистальтика, тургор стенки кишки, прозрачность серозного слоя, пульсация брыжеечных сосудов, то необходима резекция измененной части кишки. Уровень резекции в проксимальном направлении - 40 см и в дистальном - 15 см от места ущемления. При этом производится декомпрессия электроотсосом раздутого приводящего отдела кишки. Если диаметр приводящего и отводящего отделов равны, то можно формировать анастомоз конец в конец. Если диаметр приводящего отдела в 2 и более раза больше отводящего, то показан анастомоз бок в бок. Гангренозный сальник резецируется. При пристеночном некрозе производится резекция измененного участка кишки с анастомозом конец в конец. При флегмоне грыжевого мешка проводится операция Замтера, которая начинается с среднесрединной лапаротомии. Производят резекцию участка кишечника находящегося в грыжевом мешке, между отводящей и приводящей петлями накладывается анастомоз. Лапаротомная рана ушивается наглухо. Затем разрезом над грыжевой "опухолью" рассекают кожу, клетчатку , грыжевой мешок. Удаляют гнойный экссудат. Очень осторожно надсекают грыжевые ворота, ровно настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки, оставленные в брюшной полости. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят. Если выполнять резекцию некротизированной кишки не представляется возможным (отсутствие опыта у хирурга, крайне тяжелое состояние больного), то она выводится из брюшной полости и фиксируется к коже для формирования кишечного свища. Просвет кишки можно вскрыть на операционном столе с введением толстой трубки для отведения кишечного содержимого. Пластика грыжевых ворот при ущемленных грыжах та же, что и при плановых. Если грыжа паховая косая, то пластика осуществляется по Жирару - Кимбаровскому М.А., Спасо-кукоцкому С.И., Мартынову А.В., если прямая - по Бассини, Постемскому, Шалдайсу. При бедренной грыже пластика по Локвуду - Бассини, Абражанову А.А., Праксину И.А., Руджи, Райху, Парлавечи. При пупочной и белой линии пластика по Шпитци, Мейо, Сапежко К.М. Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка, перитоните, больших грыжах, существовавших у больных многие годы. После наложения швов на рану брюшины следует только частично зашить брюшную стенку.

15. Ущемленные грыжи. Клиника, диагностика, диф.диагностика.

Для ущемления характерны четыре признака:

1) резкая боль в области грыжи или по всему животу;

2) невправимость грыжи;

3) напряжение и болезненность грыжевого выпячивания;

4) отсутствие передачи кашлевого толчка.

Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях не сложна. Необходимо прежде всего учитывать анамнез, из которого удается выявить наличие у больного грыжи, которая до момента появления болей была вправимой и безболезненной. Следует учитывать также, что моменту ущемления предшествует, как правило, сильное физическое напряжение: подъем тяжести, бег, прыжок, акт дефекации и др.

medfsh.ru

Физикальное обследование больного должно быть очень внимательным, так как начальная картина ущемления имеет сходные черты с некоторыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. В связи с этим при болях в животе, прежде всего, необходимо осмотреть все те «слабые» места брюшной стенки, которые могут служить грыжевыми воротами. Настоятельная необходимость такого осмотра возникает потому, что иногда встречаются так называемые первично ущемленные грыжи. В это понятие включают грыжи, которые ущемляются непосредственно в момент своего первоначального появления, без предшествующего грыжевого анамнеза. Особенно часто первичному ущемлению подвергаются грыжи редких локализаций: спигелиевой (полулунной) линии, поясничных областей, запирательного канала и др.

При осмотре грыжевое выпячивание обычно хорошо заметно, оно не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения тела больного. Пальпаторно выпячивание резко напряжено и болезненно, особенно в области грыжевых ворот. Передаточный кашлевой толчок отсутствует. Перкуссия выпячивания в ранней стадии ущемления кишки может выявить тимпанит, однако позже вследствие появления грыжевой воды тимпанит сменяется тупым перкуторным звуком. При аускультации над ущемленной грыжей перистальтика не выслушивается, но над брюшной полостью нередко можно выявить усиленную перистальтику приводящего отдела ущемленной кишки. При осмотре живота иногда удается отметить шум плеска, симптом Валя и другие симптомы кишечной непроходимости. Наличие последней в случае ущемления грыжи может быть также установлено при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, при которой обычно хорошо заметны уровни жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними (чаши Клойбера).

Дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи приходится проводить с рядом патологических состояний, связанных как с самим грыжевым выпячиванием, так и не имеющих непосредственного отношения нему. Конечно, в типичных случаях диагноз ущемления несложен, но иногда в силу ряда обстоятельств (первично ущемленная грыжа, наличие сопутствующей патологии органов брюшной полости и др.) её распознавание представляет собой большие трудности.

Прежде всего необходимо дифференцировать ущемленную грыжу от невправимой. Последняя, как правило, не напряжена, малоболезненна, хорошо передает кашлевой толчок. Также следует дифференцировать от копростаза.
Клиницист может столкнуться и с такой ситуацией, когда ущемление грыжи, как истинная причина кишечной непроходимости, остается нераспознанным, а заболевание расценивают как следствие странгуляции кишки в брюшной полости. На догоспитальном и стационарном этапах следует выполнять следующие действия.

Догоспитальный этап:

1. При болях в животе необходим целенаправленный осмотр больного на наличие грыжи.

2. При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, пациент подлежит экстренной госпита лизации в хирургический стационар.

3. Опасны и недопустимы попытки насильственного вправления ущемленных грыж.

4. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла или холода больным с ущемленными грыжами противопоказано.

5. Больного доставляют в стационар на носилках в положении лежа на спине.

Стационарный этап:

1. Основанием для диагноза ущемленной грыжи являются:

medfsh.ru

а) наличие напряженного, болезненного и не вправляющегося самостоятельно грыжевого выпячивания при отрицательном кашлевом толчке;

б) клинические признаки острой кишечной непроходимости или перитонита у больного с грыжей.

2. Определяют: температуру тела и температуру кожи в области грыжевого выпячивания. Если выявляют признаки местного воспаления, проводят дифференциальную диагностику между флегмоной грыжевого мешка и другими заболеваниями (паховой аденофлегмоной, острым тромбофлебитом аневризматически расширенного устья большой подкожной вены).

3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи и другие по показаниям.

4. Инструментальные исследования: рентгенография грудной клетки, ЭКГ, обзорная рентгенография брюшной полости, по показаниям – УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания.

5. Консультации терапевта и анестезиолога, в случае необходимости - эндокринолога.

16 РЕТРОГРАДНОЕ, ПРИСТЕНОЧНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

Ретроградное ущемление возникает, когда в грыжевом мешке находится несколько (2 и более) кишечных петель в относительно благополучном состоянии, а наибольшие изменения претерпевают соединяющие их отделы кишки, расположенные в брюшной полости (находятся в худших условиях кровоснабжения, так как брыжейка несколько раз перегибается, входя в грыжевой мешок и выходя из). Эти петли некротизируются в первую очередь, а находящиеся в грыжевом мешке, могут быть ещё жизнеспособны. Ретроградное ущемление протекает значительно тяжелее, чем обычное, так как основной пат процесс развивается не в замкнутом грыжевом мешке, а в свободной брюшной полости (значительно большая возможность для быстрого перитонита).

Пристеночное ущемление (грыжа Рихтера) происходит в узких грыжевых воротах, когда ущемляется только часть кишечной стенки, обычно противоположная брыжеечному краю кишки. Кишка сдавливается не на всю величину своего просвета, а частично, механической кишечной непроходимости не возникает. Для этого вида характерны выраженные расстройства кровообращения в ущемлённом участке кишки и быстрое развитие некроза. Диагностировать сложно из-за отсутствия выраженных болей, поскольку не ущемляется брыжейка кишки. Этот вид ущемления характерен для небольших грыж с узкими грыжевыми воротами (бедренной, пупочной грыж, грыжи белой линии живота).

Клиническая картина: 1.Боль — главный симптом ущемления. Она возникает в момент сильного физического напряжения и не стихает, даже когда оно прекращается. Так сильна, что больному трудно удержаться от стонов, остаётся очень сильной в течение нескольких часов, до того момента, когда происходит некроз ущемлённого органа с гибелью интрамуральных нервных элементов. Поведение его беспокойно, кожные покровы бледнеют, возможно развитие болевого шока с тахикардией и снижением АД. Иногда боль может принимать схваткообразный характер, что связано с развитием кишечной непроходимости. **2.Невправимость грыжи** —больные отмечают, что грыжевое выпячивание, которое раньше свободно вправлялось, с момента появления болей вправляться перестало. **3.Напряжение грыжевого выпячивания** и некоторое увеличение его размеров сопутствуют ущемлению как вправимой, так и невправимой грыжи (этот признак имеет большее значение для распознавания ущемления). Выпячивание становится напряжённым, резко болезненным. **4.Отсутствие передачи кашлевого толчка** в области грыжевого выпячивания — наиболее важный признак ущемления, так как в момент ущемления грыжевой становится как бы изолированным. Повышающееся внутрибрюшного давления, возникающее в момент кашля, не передаётся в полость грыжевого мешка (отрицательный симптом кашлевого толчка). Трудно оценить при больших вентральных грыжах, в которых содержится значительная часть органов брюшной полости: нужно охватить грыжевое выпячивание двумя руками.

medfsh.ru

Диагностика ущемлённой грыжи Необходимо при любых болях в животе осмотреть все «слабые» места брюшной стенки, способные стать грыжевыми воротами, потому что иногда встречают так называемые первично-ущемлённые грыжи (грыжи, ущемление которых происходит непосредственно в момент их первоначального появления). Часто это грыжи редких локализаций: спигелиевой линии, поясничной области.

1. Хорошо заметно, не исчезает и не изменяеттся при изменении положения.
2. Резко напряжено и болезненно, особенно в области грыжевых ворот.
3. Передаточный кашлевой толчок отсутствует.
4. Перкуссия грыжи в начале тимпанит, потом тупой.
5. При аускультации над грыжей перистальтика не выслушивается, а над брюшной полостью усиленная перистальтика.
6. Симптомы кишечной непроходимости-«шум плеска» (уровни жидкости, выявляемые на обзорной рентгенограмме).

Недопустимо насильственное вправление ущемленной грыжи-кровоизлияние в мягкие ткани, стенку кишки и ее брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки-может привести в мнимому вправлению грыжи, отделить весь грыжевой мешок от окружающих тканей и вправить его вместе с ущемленным органом в брюшную полость, оторвать шейку от остальных отделов грыжевого мешка. Все больные с ущемленными грыжами или с подозрением подлежат операции по жизненным показаниям.

Техника операции: **1-**На ранних сроках ущемления без осложнений показана местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому. При осложненных-эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. **2-**Выделяется и вскрывается грыжевой мешок, ущемленный орган удерживается в ране. Возможно инфицирование "грыжевой воды"-обкладывание салфетками, аспирация, посев грыжевых вод. **3-**Ущемляющее кольцо рассекается. **4-** Ущемленный орган необходимо осмотреть, вскрыть грыжевой мешок.**5-**После рассечения ущемляющего кольца, осмотр и оценка жизнеспособности органов. **6-**Ущемленные отделы сальника резецировать во всех случаях. Критерии жизнеспособности тонкой кишки являются: восстановление нормальной окраски и тонуса; блеск и гладкость серозной оболочки; отсутствие борозды и пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку; пульсация сосудов брыжейки; наличие перистальтики. Для оценки(введение 0,25 % раствора новокаина в брыжейку кишки, введение в брыжейку кишки 0,2-0,3 мл раствора ацетилхолина, согревание петли кишки салфеткой, смоченной теплым физраствором в течение 10-15 минут, доплеро- и миография). **7-** Если реанимация не помогла, то резекция измененной части (уровень в проксимально- 40 см и дистально- 15 см от места ущемления). **8-**Проводим декомпрессию электроотсосом раздутой приводящей кишки. Если диаметр равнен-то анастомоз конец в конец, в 2 раза- бок в бок. Гангренозный сальник резецируется. При пристеночном некрозе производится резекция измененного участка кишки с анастомозом конец в конец. Если выполнять резекцию невозможно, то она выводится и формируется кишечный свищ. **9-**Пластика грыжевых ворот при ущемленных грыжах, что и при плановых. Паховая косая- Кимбаровскому, Спасокукоцкому, прямая - по Бассини, бедренная-Локвуду - Бассини, Райху,пупочной и белой линии -Мейо, Сапежко. Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка, перитоните, больших грыжах, существовавших у больных многие годы.

17 ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

1.Аппендикулярный инфильтрат- ограниченная воспалительная опухоль, вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка, к которому фибринозными наложениями припаиваются петли кишечника, большой сальник и близко расположенные органы. Аппендикулярный инфильтрат локализуется в месте расположения червеобразного отростка. В клиническом течении аппендикулярного инфильтрата различают две фазы: раннюю (прогрессирования) и позднюю (отграничения). В ранней стадии инфильтрат только начинает формироваться, он мягкий, болезненный, без четких границ. Его клиническая картина сходна с картиной острого деструктивного аппендицита. Симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз со сдвигом влево. В поздней стадии-общее удовлетворительное состояние. Общая и местная воспалительные реакции затихают,

medfsh.ru

температура до 38°С, иногда нормальная, пульс не учащен. При пальпации живота-малоболезненный плотный инфильтрат, четко отграниченный от брюшной полости. Начинаем лечить консервативно: строгий постельный режим, пища без наличия большого количества клетчатки, двусторонняя паранефральная блокада 0,25%-ным раствором новокаина по Вишневскому, антибиотики. После лечения аппендикулярный инфильтрат может рассосаться, при неэффективном лечении – нагноиться и образовать аппендикулярный абсцесс. Через 7 дней после рассасывания, не выписывая больного, проводят аппендэктомию.

2. Периаппендикулярный абсцесс-это отграниченное скопление гноя в правой подвздошной области вокруг червеобразного отростка. Из анамнеза выявляем, что несколько дней назад появились жалобы, характерные для острого аппендицита. На 2-3 сутки боли в правой подвздошной области усилились, пульсирующими, температура 39, озноб. При пальпации– резкие боли в правой подвздошной области, локальное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина – Блюмберга, при глубокой пальпации-объемное болезненное образование с нечеткими контурами (иногда–флюктуация). УЗИ -наличие жидкостного образования в правой подвздошной области. Показано экстренное оперативное вмешательство – внебрюшинное вскрытие, опорожнение и дренирование гнойника. В последние годы применяется и пункционный метод лечения, когда под ультразвуковым наведением внебрюшинно производится чрескожная пункция полости абсцесса троакаром с последующим введением в нее трубки, через которую эвакуируется гной, полость промывается и активно дренируется.

3. Разлитой перитонит-неотграниченное скопление экссудата в брюшной полости с распространением воспаления на большую часть брюшины, усиление болей по всему животу, тошнота и рвота, выраженной интоксикацией организма, сухостью языка, напряжением мышц всей передней брюшной стенки, положительным симптомом Щеткина – Блюмберга по всему животу, ростом лейкоцитоза с резким сдвигом лейкоформулы влево. Показана экстренная операция – срединная лапаротомия, удаление аппендикса, промывание и высушивание брюшной полости с последующим адекватным ее дренированием.

4. Пилефлебит-септический тромбофлебит воротной вены, ослаблении защитных сил больного. В венах, отводящих кровь от аппендикса, формируются инфицированные тромбы, возможно проникновение этих тромбов по ходу воротной вены в печень с развитием в ней множественных абсцессов. Клинически симптомы выраженной общей интоксикации, боли в области печени, выраженный лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоформулы влево, а также желтуха. Необходима экстренная аппендэктомия с последующей интенсивной терапией – антибактериальной, антикоагулянтной, гепатотропной и дезинтоксикационной.

5.Тазовый аппендикулярный абсцесс-от тазового аппендицита, сопровождает флегмонозные или гангренозные формы аппендицита. Гнойный выпот опускается на дно малого таза и скапливается в дугласовом пространстве. Содержимое оттесняет кверху петли тонкой кишки, отграничивается от свободной брюшной полости спайками, которые образуются между петлями кишечника, большим сальником и пристеночной брюшиной. Клинически -боль в глубине таза, болезненностью при надавливании над лобком, вздутием живота. Местные симптомы раздражения смежных с гнойником органов и тканей – прямой кишки, мочевого пузыря. Бывают частые бесплодные позывы, понос с примесью слизи, отечность слизистой вокруг заднего прохода, сфинктер зияет. Мочеиспускание учащенное, болезненное, а иногда наблюдается его задержка. При пальцевом обследовании per rectum на передней стенке прямой кишки определяется флуктуирующее болезненное образование, при пункции обнаруживается гной. Лечение тазового инфильтрата до нагноения такое же, как и аппендикулярного, при нагноении – оперативное.

6.Межкишечные, забрюшинные и поддиафрагмальные абсцессы.

Если гнойник прочно спаян с париетальной брюшиной, то опорожнить его без вскрытия свободной брюшной полости. Разрез над инфильтратом, после разделения мышечного слоя тупым путем дойти до стенки абсцесса и на месте размягчения вскрыть его. После осушения гнойной полости и осторожного обследования пальцем, в полость вводится тампон. Когда оперируют, не дожидаясь прочного спаяния гнойника с брюшиной, тогда вскрывается брюшная полость и вокруг инфильтрата вводят отграничивающие тампоны, а затем производят вскрытие абсцесса.

medfsh.ru

Забрюшинные абсцессы-перфорация забрюшинно расположенного отростка. Гной проникает в забрюшинное пространство (не исключается возможность расплавления заднего листка париетальной брюшины и перехода воспаления на забрюшинную клетчатку). Или путем распространения инфекции из воспаленного отростка по лимфатическим путям узлам. Признаки: лихорадка, болезненность по ходу гребня подвздошной кости и в поясничной области, а также контрактура в тазобедренном суставе. Положение с подтянутой к животу и согнутой в коленном суставе ногой.

Поддиафрагмальные абсцессы- интраперитонеальные, или внебрюшинные. После светлого промежутка после аппендэктомии вновь симптомы гнойного очага. Боли ощущаются то в нижних отделах грудной клетки, то в верхнем квадранте живота. Присоединяется болезненный кашель, раздражается диафрагмальный нерв. Боли в правом подреберье, при глубоком вдохе, отдают в правую лопатку и плечо, выпячивание подложечной области, сглаженность межреберий, живот остается мягким, напряжение в о правом подреберьи. Рентген-высокое стояние диафрагмы, пузырь с горизонтальным уровнем жидкости под диафрагмой. Прокол-проводим под обезболиванием в сидячем положении больного с отведенной и высоко поднятой правой рукой. Для опорожнения поддиафрагмального пространства существуют чрез- и внеплевральный подходы.

18 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВПРАВИВШЕЙСЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ.

Если оно произошло до госпитализации, то больного всё равно необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. Имеющийся факт ущемления длительностью свыше 2 ч, особенно при явлениях острой кишечной непроходимости, служит показанием к экстренной операции (проводимой путём срединной лапаротомии) или диагностической лапароскопии. Находят ущемлённый орган и оценивают его жизнеспособность. Во всех остальных случаях спонтанного вправления: при сроке ущемления менее 2 ч, сомнении в достоверности имевшего место ущемления - необходимо динамическое наблюдение за состоянием больного. В тех ситуациях, когда состояние брюшной полости в ближайшие сутки после ущемления не вызывает тревоги (нет болей и признаков интоксикации), больного можно оставить в стационаре и после необходимого обследования провести плановое грыжесечение. Если у больного повышается температура тела, сохраняется болезненность в животе и появляются симптомы раздражения брюшины, производят экстренную срединную лапаротомию и резецируют орган, подвергшийся ущемлению и некрозу. Спонтанное вправление грыжи может произойти по пути в операционную, во время вводного наркоза или начала местной анестезии. Несмотря на это, приступают к операции. После вскрытия грыжевого мешка (при необходимости выполняют герниолапаротомию), осматривают близлежащие органы. Обнаружив орган, подвергшийся ущемлению, извлекают его в рану и оценивают жизнеспособность. При затруднении в поисках ущемлённого органа прибегают к помощи лапароскопии через устье вскрытого грыжевого мешка. Далее операцию продолжают и заканчивают по общепринятым для ущемлённой грыжи правилам. Предоперационная подготовка и обезболивание Подготовка пациента перед хирургическим вмешательством, производимым по поводу ущемлённой грыжи, чаще всего минимальна: больного просят помочиться или выводят мочу с помощью катетера, бреют область операционного поля и осуществляют гигиеническую её подготовку. При необходимости опорожняют желудок с помощью зонда. Больные с длительным ущемлением, с симптомами выраженной системной воспалительной реакции и тяжёлыми сопутствующими заболеваниями подлежат госпитализации в блок интенсивной терапии для соответствующей коррекции нарушенных показателей гомеостаза в течение 1,5-2 ч. Необходимые мероприятия можно провести в операционной, после чего начинают операцию. Вопрос о необходимости специальной подготовки больного к хирургическому вмешательству решают старший хирург и анестезиолог. Особое внимание следует уделять пациентам пожилого и старческого возраста с серьёзной патологией со стороны сердечно-сосудистой системы. Вне зависимости от характера подготовки операцию необходимо производить как можно быстрее (не позже первых 2 ч после госпитализации), так как с

medfsh.ru

каждым последующим часом возрастает опасность некроза кишки. Задержка операции за счёт расширения объёма обследования больного недопустима. Обезболивание Многие хирурги отдают предпочтение местной анестезии. Считают, что она не приводит к нежелательному вправлению грыжи. Между тем опыт показывает, что эта опасность преувеличена. Предпочтение при любой локализации ущемлённой грыжи следует отдавать перидуральной (спинальной) анестезии либо комбинированному эндотрахеальному наркозу. Он настоятельно необходим при расширении объёма оперативного вмешательства в связи с кишечной непроходимостью или перитонитом.

Техника операции: 1-На ранних сроках ущемления без осложнений показана местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому. При осложненных-эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами. 2-Выделяется и вскрывается грыжевой мешок, огран который был ущемлен оценивается. 3- Критерии жизнеспособности тонкой кишки являются: восстановление нормальной окраски и тонуса; блеск и гладкость серозной оболочки; отсутствие борозды и пятен, просвечивающих сквозь серозную оболочку; пульсация сосудов брыжейки; наличие перистальтики. Для оценки(введение 0,25 % раствора новокаина в брыжейку кишки, введение в брыжейку кишки 0,2-0,3 мл раствора ацетилхолина, согревание петли кишки салфеткой, смоченной теплым физраствором в течение 10-15 минут, доплеро- и миография). 4-Если реанимация не помогла, то резекция измененной части (уровень в проксимально- 40 см и дистально- 15 см от места ущемления). 5-Проводим декомпрессию электроотсосом раздутой приводящей кишки. Если диаметр равнен-то анастомоз конец в конец, в 2 раза- бок в бок. Гангренозный сальник резецируется. При пристеночном некрозе производится резекция измененного участка кишки с анастомозом конец в конец. Если выполнять резекцию невозможно, то она выводится и формируется кишечный свищ. 6-Пластика грыжевых ворот при ущемленных грыжах, что и при плановых. Паховая косая- Кимбаровскому, Спасокукоцкому, прямая - по Бассини, бедренная-Локвуду - Бассини, Райху,пупочной и белой линии -Мейо, Сапежко. Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка, перитоните, больших грыжах, существовавших у больных многие годы.

19) 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.

* По характеру клинического течения различают:

1) острый перитонит - наиболее частая форма;

2) подострый перитонит;

3) хронический перитонит.

По этиологическому фактору:

medfsh.ru

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

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

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

* По характеру выпота в брюшной полости:

1) серозный;

2) фибринозный;

3) фибринозно-гнойный;

4) гнойный;

5) геморрагический;

6) гнилостный.

По распространенности воспалительного процесса на поверхности брюшины:

1) отграниченный перитонит (абсцесс) - четко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фибринозными налетами, большим сальником и другими органами брюшной полости. Наиболее часто встречаются периаппендикулярные, поддиафрагмальные, подпеченочные, межкишечные и тазовые абсцессы;

2) диффузный разлитой перитонит - поражает большую или меньшую площадь брюшины без четких анатомических границ и тенденции к отграничению:

а) местный диффузный перитонит - локализован в непосредственной близости от источника инфекции и занимает только одну анатомическую область живота;

б) распространенный диффузный перитонит - занимает несколько анатомических областей живота;

в) общий перитонит - поражение всей брюшины;

В хирургической практике чаще всего встречается разлитой острый гнойный перитонит.

В клинике различают **3 стадии:**

- реактивная. В первые часы от начала заболевания преобладает болевой синдром. Наблюдаются тошнота, задержка стула и газов. Брюшная стенка становится напряженной, появляются симптомы раздражения брюшины, тахикардия, повышение температуры. Язык становится сухим. Нарастает лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево;

- токсическая, 2-3 дни заболевания. Состояние ухудшается, больной беспокоен, появляются одышка, заостряются черты лица, язык сухой. Появляются признаки пареза кишечника - живот вздут, напряжение брюшной стенки выражено меньше, сохраняются симптомы раздражения брюшины, перестает прослушиваться перистальтика кишечника, наблюдается задержка стула, газов. Рвота усиливается, и рвотные массы приобретают кофейный оттенок. Нарастает лейкоцитоз с резким нейрофильным сдвигом и появлением иных форм. Интоксикация приводит к нарушению функций других органов и в первую очередь к явлению печеночно-почечной недостаточности. Нарастают нарушения электролитного и белкового обмена, усиливается ацидоз. Диурез понижается, в моче появляются белок, цилиндры, эритроциты;

- терминальная. Может протекать различно. В результате лечения к 3-6 дню с момента заболевания наступает отграничение воспалительного процесса с уменьшением интоксикации и улучшением состояния больного.

При прогрессировании процесса на 4-5 день, а иногда и раньше, наступает мнимое улучшение состояния больного. Боли в животе уменьшаются, однако объективные показания свидетельствуют о тяжелой интоксикации. Черты лица заострены, глаза западают, страдальческое лицо, неподвижное положение тела, частая рвота или срыгивание зеленоватой или коричневатой жидкостью. Живот вздут, мягкий, язык сухой,

medfsh.ru

обложен налетом, пульс частый, слабого наполнения, дыхание поверхностное, брюшная стенка в дыхании не участвует. Смерть наступает на 4-7 сутки.

Общие принципы **лечения перитонита:**

1) устранение источника;

2) санация брюшной полости;

3) адекватное дренирование брюшной полости;

4) адекватная антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителей;

5) обязательный контроль водно-электролитного обмена. Коррекция раствором Рингера, 5%-ным раствором глюкозы;

6) проведение детоксикации путем форсированного диуреза. В тяжелых случаях в условиях дефицита белка вначале вводят протеины, а затем проводят форсированный диурез;

7) использование гемо-, плазмо- и лимфосорбции.

20) Поддиафрагмальный абсцесс – локальный гнойник, сформировавшийся между куполом диафрагмы и прилегающими к ней органами верхнего этажа брюшной полости (печенью, желудком и селезенкой). Поддиафрагмальный абсцесс проявляется гипертермией, слабостью, интенсивной болью в эпигастрии и подреберье, одышкой, кашлем. Диагностическое значение имеют осмотр больного, данные рентгеноскопии, УЗИ, КТ, общего анализа крови. Для полного излечения поддиафрагмального абсцесса выполняют хирургическое вскрытие и дренирование гнойника, назначают антибактериальную терапию.

Поддиафрагмальный абсцесс является сравнительно редким, но очень серьезным осложнением гнойно-воспалительных процессов брюшной полости. Располагается поддиафрагмальный абсцесс преимущественно внутрибрюшинно (между диафрагмальным листком брюшины и прилегающими органами), редко - в забрюшинном пространстве (между диафрагмой и диафрагмальной брюшиной). В зависимости от нахождения гнойника поддиафрагмальные абсцессы разделяют на правосторонние, левосторонние и срединные. Чаще всего встречаются правосторонние поддиафрагмальные абсцессы с передневерхней локализацией.

Форма поддиафрагмального абсцесса может быть различной: чаще - округлой, при сдавлении его прилежащими к диафрагме органами – плоской. Содержимое поддиафрагмального абсцесса представлено гноем, иногда с примесью газа, реже - желчных камней, песка, кала.

Поддиафрагмальный абсцесс нередко сопровождается образованием плеврального выпота, при значительном размере в той или иной степени оказывает давление и нарушает функции диафрагмы и соседних органов. Поддиафрагмальный абсцесс обычно встречается у 30-50-летних пациентов, при этом у мужчин - в 3 раза чаще, чем у женщин.

Диагностика поддиафрагмального абсцесса

Обнаружение поддиафрагмального абсцесса облегчается после его полного созревания. С целью диагностики используют данные анамнеза и осмотра больного, результаты рентгенологического, ультразвукового, лабораторного исследований, КТ.

Пальпация верхних отделов живота при поддиафрагмальном абсцессе показывает болезненность и мышечное напряжение брюшной стенки в эпигастральной области или в подреберьях. Выявляется сглаженность и расширение межреберных промежутков, выпячивание подреберной области, при правостороннем абсцессе - увеличение печени.

Если поддиафрагмальный абсцесс не содержит газ, перкуссия грудной клетки обнаруживает притупление звука выше границы печени, снижение или отсутствие подвижности нижнего края легкого. При скоплении газа в полости поддиафрагмального абсцесса выявляются участки разных тонов («перкуторная радуга»). При аускультации наблюдается изменение дыхания (от ослабленного везикулярного до бронхиального) и внезапное исчезновение дыхательных шумов на границе абсцесса.

medfsh.ru

Лабораторное исследование крови показывает изменения, характерные для любых гнойных процессов: анемию, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, нарастание СОЭ, наличие С-реактивного белка, диспротеинемию.

Главное значение в диагностике поддиафрагмального абсцесса отводится рентгенографии и рентгеноскопии грудной клетки. Для поддиафрагмального абсцесса характерно изменение в области ножек диафрагмы, более высокое стояние купола диафрагмы на пораженной стороне и ограничение ее подвижности (от минимальной пассивной подвижности до полной неподвижности). Скопление гноя при безгазовых поддиафрагмальных абсцессах видно как затемнение над линией диафрагмы, наличие газа – как полоса просветления с нижним горизонтальным уровнем между абсцессом и диафрагмой. Определяется выпот в плевральной полости (реактивный плеврит), снижение воздушности нижних частей легкого.

МСКТ и УЗИ брюшной полости позволяют подтвердить наличие жидкости, гноя и газа в брюшной или плевральной полости, изменение положения и состояния прилежащих внутренних органов (например, деформацию желудка, смещение продольной оси сердца и др.). Диагностическая пункция абсцесса допустима лишь во время операции.

Поддиафрагмальный абсцесс дифференцируют с язвенной болезнью желудка, язвенной болезнью 12п. кишки, гнойным аппендицитом, заболеваниями печени и желчевыводящих путей, нагноившимся эхинококком печени.

Лечение поддиафрагмального абсцесса

Основным методом лечения поддиафрагмального абсцесса в оперативной гастроэнтерологии является хирургическое вскрытие и дренирование гнойника.

Операция по поводу поддиафрагмального абсцесса выполняется трансторакальным или трансабдоминальным доступом, что позволяет обеспечить адекватные условия для дренирования. Основной разрез иногда дополняют контрапертурой. Проводят медленное опорожнение поддиафрагмального абсцесса и ревизию его полости. Для быстрого очищения поддиафрагмального абсцесса используют метод приточно-аспирационного дренирования двухпросветными силиконовыми дренажами.

В комплексное лечение поддиафрагмального абсцесса входит антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая и общеукрепляющая терапия.

21) Абсцесс дугласова пространства – инкапсулированный гнойный очаг, расположенный в маточно-прямокишечном (прямокишечно-пузырном) углублении малого таза. Клиника абсцесса дугласова пространства характеризуется неспецифическими проявлениями (интоксикацией, фебрильной температурой, ознобами) и местной симптоматикой (болью в нижних отделах живота, дизурическими явлениями, частыми позывами на дефекацию). Диагностика абсцесса малого таза включает ректальное и вагинальное (у женщин) исследование, УЗИ малого таза, КТ, пункцию гнойника через прямую кишку или задний свод влагалища. Лечение абсцесса дугласова пространства заключается в его вскрытии через прямую кишку или влагалище, дренировании и санации, проведении антибиотикотерапии. Симптомы абсцесса дугласова пространства

Организация абсцесса дугласова пространства, как правило, происходит через 5-10 суток после операции по поводу первичного гнойного заболевания. В первую очередь появляются общие неспецифические симптомы, характеризующиеся внезапным развитием озноба, повышением температуры тела до фебрильных значений, тахикардией, тошнотой, головной болью. На этом фоне отмечаются ощущения распирания и резкие боли внизу живота, усиливающиеся при ходьбе, движениях, физиологических отправлениях.

При абсцессе дугласова пространства пациентов могут беспокоить учащенные и болезненные мочеиспускания, тенезмы, жидкий стул с примесью слизи и крови, недержание газов и кала. Обширные гнойники, окруженные массивным инфильтратом, иногда приводят к сдавлению прямой кишки, вызывая механическую кишечную непроходимость.

Дальнейшее прогрессирование абсцесса дугласова пространства может осложниться прорывом гнойника в свободную брюшную полость или полые органы - мочевой пузырь, матку, прямую кишку. Длительное течение тазового абсцесса приводит к развитию тромбофлебита тазовых вен и тромбоэмболической болезни.

Диагностика абсцесса дугласова пространства

medfsh.ru

При сборе анамнестических данных учитываются недавно перенесенные операции и заболевания, что позволяет заподозрить вероятность абсцесса дугласова пространства.

Пальпаторно определяется болезненность в области малого таза, локальное напряжение мышц, положительный симптом Щёткина — Блюмберга. При ректальном или влагалищном исследовании выявляется болезненный тугоэластический инфильтрат с размягчением и флюктуацией в центре. У женщин абсцесс дугласова пространства пальпируется выше шейки матки, определяется нависание заднего свода влагалища.

Для дифференциальной диагностики с тубооваариальным абсцессом у женщин проводится УЗИ малого таза; для исключения абсцесса предстательной железы у мужчин – УЗИ простаты. В сложно дифференцируемых случаях может потребоваться выполнение компьютерной рентгеновской томографии.

Для окончательного распознавания абсцесса дугласова пространства прибегают к диагностической пункции гнойника под ультразвуковым наведением через прямую кишку либо задний свод влагалища. Полученное гнойное содержимое подвергается бактериологическому исследованию.

Лечение абсцесса дугласова пространства

На инфильтративной стадии назначаются микроклизмы, антибиотики; после окончательного формирования абсцесса, о котором судят по размягчению инфильтрата и появлению флюктуации, производится вскрытие гнойника.

Абсцессы дугласова пространства вскрывают через стенку прямой кишки или через задний свод влагалища. Вначале выполняется пункция гнойника толстой иглой. После получения гноя, для обеспечения его свободного оттока из полости абсцесса, отверстие по ходу иглы рассекается, расширяется тупым путем, и в него устанавливается двухпросветный дренаж (или катетер с раздутой манжеткой). Проводится послеоперационная санация гнойной полости.Для вскрытия абсцесса дугласова пространства у женщин может применяться задняя кольпотомия. При невозможности вскрытия абсцесса трансерктально или трансвагинально, используется оперативный доступ в подвздошной области с последующим введением дренажа в малый таз.

22 Обтурационная желтуха. частота. дифференциальная диагностика.

Механическая или подпеченочная, желтуха развивается в результате частичной или полной непроходимости желчевыводящих путей, нарушения пассажа желчи в кишечник. Обтурационная желтуха чаще обусловлена холедохолитиазом, стриктурой протоков, стенозом большого сосочка 12п.к, опухолью головки поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

Дифф.диагностика. с гемолитической желтухой- при ней кожные покровы приобретают умеренно выраженную лимонно-желтую окраску, кожного зуда нет.печень норм размеров или несколько увеличена. Моча темная за счет повышения концентрации уробилиногена и стеркобилиногена, реакция мочи на билирубин отр, кал интенсивно окрашен в темно бурый цвет, концентр стеркобилина резко повышена. В анализах крови повышение непрямого билирубина,

С печеночной при ней кожа шафраново желтая с рубиновым оттенком,зуд незначительный,печень увеличена,плотная,болезненна,.селезенка у большинства увеличена что позволяет исключить обтурацию. В крови повышение уровня прям и непрям билирубина. В моче повышение реакции на уробилин и уробилинноген.

А при обтурационной кожа желтовато зеленоватого цвета,при обтурациижелчевыыводящих путей земленистый оттенок. При жкб в начале боли приступообразные,кожный зуд,печень не увел,селезенка не увел,кал светлый, а при полной непроходимости-ахоличный,моча цвета пива. В крови увел соэ, лейкоцитоз,увеличено в крови прямого и не прям билирубина,трансаминазы в крови умеренно увел, щелочн фосфотаза увел.

Для диагности так же использ рентген,эндоскопич,узи,кт.

Частота больше чем другие виды желтух.

23 Межкишечные абсцессы.клиника,диагностика,лечение ,профилактика.

Брыжейка поперечно-ободочной кишки служит анатомическим барьером, препятствующим распространению гнойника на верхние этажи брюшной полости. Межкишечный абсцесс нередко сочетается с абсцессом дугласова пространства, аппендикулярным абсцессом. По количеству

medfsh.ru

сформировавшихся гнойных полостей межкишечные абсцессы часто бывают множественными.Межкишечные абсцессы возникают при распространенном перитоните, при острых хирургических, гинекологических заболеваниях органов брюшной полости.

Клиника и диагностика. тупые боли в животе умеренной интенсивности, без четкой локализации, периодическое вздутие живота. температура повышается до 38 гр и выше. Живот мягкий, признаков раздражения брюшины нет, и лишь при близкой локализации гнойника к передней брюшной стенке и при его больших размерах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. В анаизах крови умеренный лейкоцитоз,ускорение соэ. При больших абсцессах на R снимках выявляется очаг затемнения, иногда с уровнем жидкости и газа.,КТ и УЗИ.

Лечение. Полость абсцесса пунктируют и друнируют под контролем УЗИ,КТ или лапароскопии. При невозможности использования этого способа абсцесс вскрывают хирургическим путем через лапаротомный разрез.

Проофилактика. заключается в своевременном лечении заболеваний органов ЖКТ, тщательной ревизии брюшной полости при оперативных вмешательствах, внимательном послеоперационном ведении пациентов, перенесших перитонит.

24 Врожденная непроходимость кишечника. Клиника. Диагностика и лечение..Острая врожденная непроходимость кишечника

часто связана пороком развития самой кишечной трубки (атрезии и стенозы кишки). обусловлена сдавлением нормально сформированной кишечной трубки (наружный тип непроходимости). Сдавление вызвано различными причинами(опухоли,спайки),мекониальная непроходимость, раннее и тяжелое проявление врожденного кистофиброзного перерождения поджелудочной железы. В отличие от остальных видов непроходимости просвет кишечной трубки при мекониальном илеусе сохранен. Явления непроходимости возникают в связи с закупоркой терминального отдела подвздошной кишки измененным мекониум. Расширенная ее часть может внутриутробно перфорироваться,ведет к возникновению спаечного процесса. Перфорация, возникшая после рождения, сопровождается развитием перитонита.Непроходимость бывает высокая, препятствие расположено в двенадцатиперстной или начальном отделе тощей кишки, и низкую,нарушение возникло в более дистальных отделах тонкой и толстой кишок.

Клиника высокой ранним симптомом рвота. При непрох 12пк выше *p. Vateri* рвота после рождения, количество рвотны обильное, в составе нет желчи, которая целиком поступает в кишечник. При непрох 12пк ниже*p. Vateri,*а также при препятствия в начальном отделе тощей кишки рвота окрашены желчью. У детей с высокой врожденной непроход, бывает отхождение мекония. Если непроходимость расположена выше*p. Vateri,*количество и цвет мекония почти обычные и отхождение его наблюдается до 3–4–го дня. При более низкой непроход количество мекония невелико, консистенция более вязкая,а цвет сероватый. Это связано с невозможностью пассажа желчи и амниотической жидкости в дистальные отделы киш-ка. У новорож-х с множественной атрезией отхождение мекония нет. При врожденных заворотах меконий отходит, но в скудном количестве .Поведение с высокой непроход ухудш. потеря массы (0,2–0,25 кг в сутки) явления обезвоживания.Живот вздут в верхних отделах.живот мягкий, безболезненный. В крови больных с высокой непроход гипохлоремия, изменяется соотнош и уменьш кол-во ионов K^-и Na^+. На фоне эксикоза отмечается сгущение крови: повышение гематокрита, гемоглобина, увеличение количества эритроцитов и лейкоцитов.

Диагностика. Rграмма/Дифф диагнозПилороспазм проявляется в первые дни после рождения рвотой, носит непостоянный характер,по количеству менее обильна, чем при врожденной непроход кишечника в рвотных массах при пилороспазме нет желчи. в случаях непроход 12пк выше*p. Vateri*желчи в рвотных массах также не бывает Обзорные R уточняют диагноз для высок непрох по симптому 2 чаш и отсутствию газа в кишечнике. R с контр вещ-вом при непроход показывает частичную задержку йодолипола в желудке и свободное прохождение его в12пк.Подозрение на пилоростеноз. Постоянная рвота, обезвоживание и истощение, мало кала и вздутие эпигастральной области с видимой перистальтикой желудка делают эти заболевания сходными. постоянное окрашивание желчью рвотных масс исключает пилоростеноз. Диагноз подтверждают R: при

medfsh.ru

пилоростенозе имеется один большой газовый пузырь, соответствующий расширенному желудку, в остальных отделах кишечника видно равномерное распределение газа.Врожденная диафрагмальная грыжа иногда сопровождается рвотой, что дает повод к дифф диа-ке с высокой врожденной непроход. В отличие от непроходимости при врожденной диафрагмальной грыже у новор-ного на первый план выступают нарушения функции дых и ссс. При Rвыявляют смещение кишечника в грудную полость.

Клиника низкой непроход основной симптом отсутствие мекония. Рвота появляется сравнительно поздно, и с приемом пищи обычно не связана. Количество рвотных масс различное но всегда имеется окрашивание желчью. Вскоре рвота принимает мекониальный характер и приобретает неприятный запах.Общее состояние быстро ухудшается, явления интоксикации, вялым, адинамичным, кожные сероземлистую окраску, темпер тела (37,5—38 С).Размеры живота после рвоты не уменьшаются. Через переднюю брюшную стенку контурируются растянутые меконием и газом кишечные петли. Перкуторно тимпанит во всех отделах живота. При аускультации редкие глухие шумы.Живот болезненный, сопровождается беспокойством ребенкаАтрезия подвздошной, а также толстой кишки может осложняться мекониальным перитонитом,возникающий вследствие перфорации перерастянутого слепого конца кишки. Общее состояние резко ухудшается, рвота становится непрерывной, повышается темпер-ра тела. Передняя брюшная стенка пастозная, видны расширенные венозные сосуды. В паховых областях и промежности появляется отек (особенно мошонки). Брюшная стенка напряжена.

R обзорных снимков брюшной полости. определяются раздутые петли кишечника с множественными неравномерными горизонтальными уровнями (непроход дистальных отделов подвздошной и толстой кишок) или несколькими крупными газовыми пузырями с широкими уровнями (непроход тощей или подвздошной кишки, мекониальная непроход). При подозрении на низкую непроход проводится исследование водорастворимым контрастным веществом, вводимым в прямую кишку шприцем через катетер

ДиффдиагнозПри низкой непроход сходные симптомы с динамической непроходимостью (парезом кишечника) и болезнью Гиршпрунга. Паралитическая непроходимость (в отличие от врожденной) возникает постепенно на фоне тяжелого общего заболевания (перитонит, пневмония, сепсис, энтероколитит), Rc введением через прямую кишку контрастного вещества для диагностики.. При паралитической непроходимости выявляются хорошо сформированные прямая и сигмовидная кишки с нормальным просветом. Болезнь Гиршпрунга (острая форма) с первых дней жизни проявляется отсутствием самостоятельного стула. В отличие от врожденной механической низкой непроход можно сравнительно легко добиться отхождения газов и каловых масс консервативными методами (массаж живота, введение газоотводной трубки, клизма). Решающим в постановке диагноза является контрастное R, при котором выявляют характерное для болезни Гиршпрунга расширение просвета толстой кишки с наличием суженной зоны аганглиоза.

ЛечениеДегидратационная терапия. Антибиотико терапия.обязательное постоянное отсасывание содержимого из желудка (каждые 3–4 ч) до тех пор, пока не прекратится отхождение жидкости зеленого цвета у детей.. создания кишечных анастомозов (из—за недостаточной функции образованного соустья).У детей после образования «разгрузочного» Y – образного анастомоза введение жидкости через дренаж начинают со следующего дня после операции (по 3–5 мл каждые 2 ч), а с 3–4–го дня назначают дозированное кормление через рот. Введенный в проксимальный (расширенный) отдел кишки дренаж служит для периодического (каждые 2–4 ч) отсасывания застойного содержимого уменьшение которого указывает на нормальную функцию анастомоза. Это обычно отмечается на 6–8–й день. Тогда дренажи удаляют.Ведение с мекониальной непроходимостью после операции создания энтеростомы по Микуличу имеет некоторые особенности. Ребенку два раза в сутки в течение 5–7 дней вливают в приводящий и отводящий концы выведенной кишки 5 %-ный раствор панкреатина (4–5 мл), что способствует размягчению мекония и его механическому удалению.

medfsh.ru

25 ТИРЕОТОКСИКОЗ.КЛАССИФИКАЦИЯ.КЛИНИКА,ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРДЫ,ДИАГНОСТИКА,ЛЕЧЕНИЕ.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) — генетически детерминированное аутоиммунное заболевание, обусловленное стойким повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой под влиянием специфических тиреоидстимулирующих аутоантител с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем, в первую очередь сердечно-сосудистой и центральной нервной системы.

Заболевание чаще возникает у женщин 20—50 лет

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.Ххарактерна триада симптомов: зоб, экзофтальм, тахикардия.

С ССС будет тахикардией, постоянной синусовой или мерцательной тахиаритмией, высоким пульсовым давлением; "тиреотоксическое сердце", недостаточностью кровообращения.

При центр и периф нервной системы отмечается повышенная возбудимость, снижение концентрации внимания, плаксивость, быстрая утомляемость, расстройство сна, тремор всего тела (симптом "телеграфного столба") и особенно пальцев рук (симптом Мари), повышенная потливость, покраснение лица, стойкий красный дермографизм, повышение сухожильных рефлексов.

Глазные симптомы. При осмотре выделяют характерные симптомы:

симптом Штельвага — редкое мигание век; симптом Мебиуса — потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии: вследствие слабости приводящих глазных мышц фиксированные на близко расположенном предмете глазные яблоки расходятся и занимают исходное положение; симптом Жоффруа — отсутствие наморщивания лба при взгляде вверх; симптом Розенбаха — мелкий тремор закрытых век; симптом Репнева—Мелехова — гневный взгляд.

Перечисленные глазные симптомы необходимо дифференцировать от *аутоиммунной офтальмопатии*

Проявляется похуданием на фоне повышенного аппетита, субфебрилитетом,появлению пигментации вокруг глаз (симптом Еллинека); Приступы болей в животе, рвота, неустойчивый стул со склонностью к поносам, иногда пожелтение кожи, что связано с нарушением функции печени

Поражение надпочечников или развитие сахарного диабета при ДТЗ обусловлены не только тиреотоксикозом, но могут развиться и в результате сочетания ДТЗ с другими аутоиммунными заболеваниями.

Выделяют следующие степени тяжести тиреотоксикоза:

легкая — частота сердечных сокращений 80—100 в 1 мин, нет мерцательной аритмии, резкого похудания, слабый тремор рук, работоспособность снижена незначительно.

medfsh.ru

средняя — частота сердечных сокращений 100—120 в 1 мин, увеличение пульсового давления, нет мерцательной аритмии, похудание до 20% от исходной массы тела, выраженный тремор, работоспособность снижена.

тяжелая — частота сердечных сокращений более 120 в 1 мин, мерцательная аритмия, тиреотоксический психоз, тиреогенная надпочечниковая недостаточность, дистрофические изменения паренхиматозных органов, масса тела резко снижена (до кахексии), трудоспособность утрачена.

При УЗИ отмечается диффузное увеличение щитовидной железы, паренхима умеренно гипоэхогенная, однородной структуры, контуры четкие. Характерно значительно повышенное кровоснабжение ткани железы.

Сканирование щитовидной железы позволяет выявить диффузное повышенное накопление РФП всей тканью железы.

В крови выявляют высокий уровень T_3 и T_4, при этом уровень ТТГ (определяемый высокочувствительными методами) снижен или не определяется. У большинства больных выявляют тиреоидстимулирующие аутоантитела (антитела к ТТГ-рецептору).

Лечение. При ДТЗ применяют консервативное лечение: 1) лекарственную терапию (антитиреоидные средства, бета-адреноблокаторы, транквилизаторы и седативные средства, препараты йода и др.); 2) радиоактивный йод (I^{131}) и 3) хирургическое лечение — субтотальная резекция щитовидной железы.

Консервативное лечение направлено на угнетение внутритиреоидного гормоногенеза, блокаду синтеза тиреоидстимулирующих аутоантител, периферической конверсии T_4 в T_3. Применяют тиреостатические препараты мерказолил (метимазол, тиамазол), пропилтиоурацил (пропицил) и дополнительно вводится заместительная терапия L-тироксином (25—50 мкг/сут). Курс лечения проводится в течение 1 — 1 , 5 лет (у детей — 2 года), под контролем уровня ТТГ, гормонов щитовидной железы, тиреоидстимулирующих антител каждые 3— 4 мес.

Лечение антитиреоидными средствами целесообразно сочетать с бета-ад-реноблокаторами (анаприлин, обзидан, атенолол), что позволяет быстрее достичь клинической ремиссии.

В последнее время в лечении диффузного токсического зоба применяют плазмаферез.

Лечение радиоактивным йодом (I^{131}) бета-лучи вызывать гибель фолликулярного эпителия щитовидной железы с последующим замещением его соединительной тканью. Применение I'^{31} противопоказано в молодом возрасте (до 40 лет), при беременности и лактации, выраженной лейкопении.

Показания: большие размеры зоба с признаками компрессии окружающих органов и анатомических структур; отсутствие стойкого эффекта от консервативной терапии, рецидив заболевания; непереносимость тиреостатических препаратов; загрудинное расположение зоба.

Противопоказания: диффузный токсический зоб тяжелой формы с декомпенсацией функций внутренних органов (недостаточность кровообращения III степени, анасарка, асцит и т. п.), тяжелые сопутствующие заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы, психические заболевания, а также неадекватная предоперационная подготовка.

medfsh.ru

Операции — субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением небольшого количества ткани с каждой либо с одной стороны (суммарно 4—6 г).

Послеоперационные осложнения — кровотечение с образованием гематомы (0,3—1%), парез или паралич голосовых связок в результате повреждения возвратного гортанного нерва (менее 5%), гипопаратиреоз транзи-торного или постоянного характера (0,5—3%), тиреотоксический криз, ги-потиреоз, трахеомаляция.

26 ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.

- Демпинг-си ндром

-Гипогликемический синдром

-Синдром приводящей петли (после резекции желудка по Бильрот-II)

-Рефлюкс-гастрит

-Пострезекдионный хронический панкреатит

-Рецидив язвы и ее осложнения

-Рак культи желудка

-Метаболические нарушения (потеря массы тела, нарушения минерального

обмена)

-Анемия

Демпинг-си ндром

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 кото-рого 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

medfsh.ru

хроническое страдание может развиться после резекции желудка по способу Бильрот-II, когда образуется односторонне выключенный отдел кишечника (двенадцатиперстная кишка и сегмент тощей кишки до соединения с желудком и нарушается его моторно-эвакуаторная функция.

Патогенез синдрома сложен. В основе его лежит нарушение эвакуации содержимого из приводящей петли и его рефлюкс в желудок, причиной чего могут быть как механические моменты (ее перегиб, спаечный процессе, дефекты оперативной 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.

27 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.

Хирургический метод лечения Оперативный доступ зависит от характера и локализации препятствия в кишечнике. 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. Иногда определение места непроходимости бывают затруднены из-за резкого вздутия кишечника. Поэтому во время операции в тонкую кишку, по возможности до баугиниевой заслонки, вводят длинный двухпросветный назоинтестинальный зонд с множеством отверстий для аспирации содержимого. 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.

medfsh.ru

Для устранения непроходимости используют различные оперативные приемы. В зависимости от вида, характера, 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) энтеротомию 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.

Резекцию кишки обязательно проводят в пределах здоровых тканей. Жизнеспособность кишки определяют по наличию пульсации сосудов и перистальтических сокращений, изменению цвета. Если жизнеспособность сомнительна, петлю кишки согревают марлевыми салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором. Линия пересечения кишки в проксимальном направлении должна быть проведена на расстоянии не менее 40—60 см от места препятствия, а в дистальном — на расстоянии 10—15 см от него. После резекции тонкой кишки операцию заканчивают наложением межкишечного анастомоза. Это правило не относится к толстокишечной непроходимости, в хирургическом лечении которой одномоментное наложение межкишечного анастомоза часто приводит к недостаточности швов и развитию перитонита. Только при правосторонней локализации опухоли, обтурирующей восходящую и правую половину поперечной ободочной кишки, у молодых больных при незапущенной кишечной непроходимости допустима одномоментная правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.

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. Если вовлеченная в этот процесс кишка жизнеспособна (восстановился нормальный цвет кишки, заметна перистальтика и пульсация сосудов брыжейки), то операция на этом заканчивается. В случае некроза ущемленной кишки производят резекцию нежизнеспособного участка.

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.).

medfsh.ru

28. АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Аппендикулярный инфильтрат — конгломерат рыхло спаянных между собой органов и тканей, расположенных вокруг воспалённого червеобразного отростка. В его образовании принимают участие слепая кишка, большой сальник, петли тонкой кишки и париетальная брюшина. Возникновение инфильтрата — следствие защитной реакции, отграничивающей воспалительный процесс в брюшной полости. Он чаще всего развивается при флегмонозно изменённом червеобразном отростке, однако иногда в центре воспалительного конгломерата находится отросток, подвергшийся полной деструкции.

Типичная картина аппендикулярного инфильтрата развивается, как правило, через 3-5 дней от начала заболевания. Имевшиеся в начале болезни самостоятельные боли в животе почти полностью стихают, самочувствие больных улучшается, хотя температура тела остаётся субфебрильной. При объективном исследовании живота не удаётся выявить мышечного напряжения и других симптомов раздражения брюшины. В правой подвздошной области, где чаще всего локализуется инфильтрат, можно прощупать довольно плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование. В диагностике аппендикулярного инфильтрата исключительно важную роль играет анамнез. Если появлению указанного образования в правой подвздошной области предшествовал приступ болей в животе с характерным для острого аппендицита симптомом Кохера—Волковича, однократной рвотой и умеренным повышением температуры тела, то можно быть уверенным в правильной диагностике аппендикулярного инфильтрата.

Аппендикулярный инфильтрат необходимо дифференцировать от опухоли слепой кишки, особенно у лиц пожилого возраста. Для новообразования характерен длительный анамнез с постепенным развитием болевого синдрома без существенного повышения температуры тела. Кроме того, опухоль слепой кишки часто сопровождается анемией, может вызывать явления кишечной непроходимости, чего почти никогда не наблюдают при аппендикулярном инфильтрате. Динамическое наблюдение за аппендикулярным инфильтратом позволяет отметить уменьшение в размерах опухолевидного образования, при новообразовании этого не бывает.

В диагностике аппендикулярного инфильтрата используют УЗИ, дающее возможность определения внутренней структуры образования, динамики воспалительных изменений с течением времени и под влиянием проводимого лечения, что позволяет уточнить лечебную тактику.

Исходом аппендикулярного инфильтрата может быть либо его полное рассасывание, либо абсцедирование. Это обусловливает консервативно-выжидательную хирургическую тактику. **Операция противопоказана** при спокойном течении аппендикулярного инфильтрата, когда при динамическом наблюдении регрессирует воспаление и есть явная тенденция к его рассасыванию. Этому способствуют антибиотикотерапия, ограничение физической активности пациента и щадящая диета, предотвращающая чрезмерную перистальтику кишечника. Поскольку перенесённое воспаление вызывает стойкую деформацию червеобразного отростка и частичную облитерацию просвета с нарушением дренажной функции, вероятность повторного аппендицита очень высока. В связи с этим следует выполнить аппендэктомию в «холодном» периоде — через 3—4 мес после рассасывания инфильтрата.

Если в процессе наблюдения в стационаре у больного вновь появляются боли в правой подвздошной области, развивается системная воспалительная реакция, **следует предположить абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.** При этом его размеры могут увеличиваться, возрастает пальпаторная болезненность, в центре иногда определяется размягчение. Развитие периаппендикулярного абсцесса можно подтвердить с помощью УЗИ. Сформированный абсцесс — полостное образование округлой формы с однородным гипо- или анэхогенным содержимым и плотной пиогенной капсулой от 5 до 8 мм толщиной.

Периаппендикулярный абсцесс — показание к хирургическому вмешательству. Вскрытие нагноившегося инфильтрата выполняют под общей анестезией. Проводят разрез Волковича—Дьяконова. Вскрывают полость гнойника, эвакуируют гной, промывают полость раствором антисептика, устанавливают в ней один или два тампона и трубчатый дренаж. Операционную рану ушивают до тампонов. При латеральной локализации нагноившегося аппендикулярного инфильтрата целесообразно опорожнить гнойник внебрюшинным доступом Пирогова. **При вскрытии нагноившегося аппендикулярного инфильтрата не следует стремиться к одновременной аппендэктомии.**

В послеоперационном периоде больным назначают дезинтоксикационную терапию и антибиотики широкого спектра действия. Во избежание рецидива острого аппендицита больным настоятельно рекомендуют

плановую аппендэктомию через 3—4 мес после выписки из стационара.

medfsh.ru

29 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТОРОГО ПАНКРЕАТИТА

подавление секреции поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки; снижение ферментной токсинемии;

ликвидация гиповолемии, водно-электролитных и метаболических расстройств;

устранение гипертензии в желчевыводящих и панкреатических путях;

улучшение реологических свойств крови и минимизация микроциркуляторных расстройств; борьба с гипоксемией;

лечение пареза ЖКТ;

купирование болевого синдрома.

Адекватная инфузионная терапия — основа лечения панкреонекроза. Лечение начинают с переливания изотонических растворов и препаратов калия хлорида при гипокалиемии. используют коллоидные растворы (препараты крахмала, белки

Параллельно проводят мероприятия, направленные на подавление функциональной активности поджелудочной железы, создание «физиологического покоя», строгое ограничение приёма пищи в течение 5—7 сут. Эффективного снижения панкреатической секреции достигают аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд, промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия).

С целью снижения кислотности желудочного секрета назначают щелочное питьё и Н2-блокаторы желудочной секреции (фамотидин, ранитидин) или препараты омепрозола.
Для подавления секреторной активности органов гастропанкреатодуоденальной зоны в первые 3—5 сут активной гиперферментемии используют синтетические аналоги соматостатина (октреотида ацетат, стиламин), а для ликвидации энзимной токсинемии применяют ингибиторы протеаз: апротинин (контрикал или гордокс) внутривенно капельно.

С целью системной детоксикации целесообразно использование экстракорпоральных методов детоксикации: плазмаферез, ультрафильтрация крови.

антибактериальной профилактики и терапии инфекции при панкреонекрозе имеет ведущее патогенетическое значение. Препараты выбора как для профилактического, так и лечебного применения: карбапенемы, цефалоспорины III и IV поколений + метронидазол, фторхинолоны + метронидазол.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ

Острый интерстициальный панкреатит и стерильные формы панкреонекроза, осложнённые развитием ферментативного перитонита, — показания к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.

Показанием к лапаротомному вмешательству при стерильном панкреонекрозе считают сохранение или прогрессирование полиорганной недостаточности, несмотря на проведение интенсивной консервативной терапии, лапароскопической санации и дренирования брюшной полости и/или чрескожных операций, выполняемых под УЗИ- или КТ-контролем.

В доинфекционную фазу патологического процесса лапаротомное вмешательство, предпринятое по этим показаниям, направлено на удаление некротических тканей, эвакуацию богатого ферментами и токсинами экссудата из забрюшинного пространства и брюшной полости, их адекватное дренирование.

medfsh.ru

Важнейший этап оперативного вмешательства — устранение патологии жёлчных путей. Наличие признаков билиарной гипертензии — показание к холецистостомии. При деструктивном холецистите выполняют холецистэктомию в сочетании с наружным дренированием общего жёлчного протока.

Инфицированные формы панкреонекроза, независимо от степени полиорганных нарушений, требуют незамедлительного хирургического вмешательства.

При формировании инфицированного панкреонекроза в сочетании с абсцессом на первом этапе хирургического лечения используют малоинвазивные технологии чрескожного дренирования гнойно-некротического очага под УЗИ- или КТ-контролем. Подобная тактика позволяет выполнить лапаротомное вмешательство на 2- 3-й неделе заболевания, когда возможно разграничение зон некроза и жизнеспособных тканей, что обеспечивает оптимальные условия для одномоментной и полноценной некрэктомии и секвестрэктомии с минимальной интраоперационной кровопотерей.

Чрескожное дренирование панкреатогенного абсцесса или инфицированной псевдокисты, выполняемое под УЗИ- или КТ-контролем, представляется оптимальным способом их хирургического лечения в тех ситуациях, когда объём некроза минимален, полость абсцесса или псевдокисты не содержит крупных секвестров и замазкообразного детрита, провоцирующих постоянную обтурацию трубчатых дренажей.

При распространённом инфицированном панкреонекрозе выполняют лапаротомию, удаляют некротические ткани или секвестры, проводят санацию зон поражения и широкое дренирование ретроперитонеальной клетчатки

Выбор лапаротомного хирургического доступа зависит от локализации и распространённости поражения поджелудочной железы и различных отделов забрюшинной клетчатки. Основные оперативные доступы:

срединная лапаротомия;
двухподрёберный доступ;
люмботомия.

Резекцию поджелудочной железы при панкреонекрозе выполняют в случае полного (на всю толщу органа) некроза в области хвоста и/или тела поджелудочной железы на фоне стабильного состояния больного (отсутствие признаков шока).

Абдоминизация поджелудочной железы направлена на декомпрессию парапанкреальной клетчатки, адекватную эвакуацию панкреатогенного и/или инфицированного высокотоксичного выпота из забрюшинного пространства. С этой целью рассекают брюшину по нижнему и верхнему краям в области тела и хвоста органа, тупым путём выделяют железу из забрюшинной парапанкреальной клетчатки

Некрэктомия предполагает удаление некротизированных тканей в пределах кровоснабжаемых зон, связанных с паренхимой органа, тогда как секвестрэктомия включает удаление свободно лежащих некротических масс в пределах нежизнеспособных тканей. Обязательный элемент каждой операции — промывание всех поражённых зон забрюшинной локализации физиологическим раствором или антисептиками.

30 ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ.

Осложнения. Острый панкреатит может сопровождаться многочисленными осложнениями. Наиболее тяжелыми из них являются:

- гиповолемический шок;
- полиорганная, в том числе острая почечная, недостаточность, появляющаяся вследствие прогрессирования синдрома системной реакции на воспаление и развитие шока;
- плевролегочные осложнения, проявляющиеся дыхательной недостаточностью в связи с развитием шокового легкого, экссудативного плеврита, ателектаза базальных отделов легких, высокого стояния диафрагмы;

medfsh.ru

- печеночная недостаточность; этому способствуют заболевание желчных путей и сопутствующий им холангит;
- абсцессы поджелудочной железы и экстрапанкреатические абсцессы в забрюшинной клетчатке, появление которых обусловлено инфекцией, легко развивающейся в очагах некроза;
- наружные панкреатические свищи чаще образуются на месте стояния дренажей или послеоперационной раны; внутренние свищи обычно открываются в желудок, двенадцатиперстную, тонкую и толстую кишку;
- распространенный гнойный перитонит возникает при прорыве парапанкреатического гнойника в свободную брюшную полость или транслокации бактерий из кишечника в свободную брюшную полость, асептический панкреатогенный перитонит становится гнойным;
- кровотечения, возникающие вследствие аррозии сосудов. Внутренние кровотечения чаще всего являются следствием эрозивного гастрита, стрессовой язвы, синдрома Мэллори-Вейса, а также в связи с нарушениями в системе гемостаза.

Алкоголь, инфекции, травмы

Часто причиной острого панкреатита является чрезмерное употребление алкоголя и прием жирной пищи. Известно, что алкоголь усиливает тонус и резистентность сфинктера Одди. Это может послужить причиной затруднения оттока экзокринного секрета поджелудочной железы и повышения давления в мелких протоках. Экспериментальными исследованиями доказано, что энтеральное введение алкоголя повышает давление в протоках поджелудочной железы и увеличивает проницаемость стенок мелких протоков для макромолекул панкреатического сока. Имеются сообщения о том, что крупные молекулы белка могут вызвать затруднение оттока панкреатического сока. Алкоголь усиливает секрецию желудочного сока и продукцию соляной кислоты, которая стимулирует продукцию секретина, вызывающего экзо-кринную гиперсекрецию поджелудочной железы, создает предпосылки для повышения давления в протоках.

Бесконтрольное употребление лекарственных препаратов, например: «Азатиоприн», «Аспирин» и другие НПВС, глюкокортикостероиды, ингибиторы холинэстеразы, «Метронидазол», «Тетрациклин», тиазидные диуретики, сульфаниламиды, «Фуросемид», эстрогены;

Переедание, особенно с преобладанием пищи жирного, острого, жаренного, копченного и острого характера;
Употребление продуктов, обработанных пестицидами, а также вредных продуктов питания, содержащих в себе большое количество химических добавок Е***;

Если у человека есть склонность к хроническому перееданию, то риск развития панкреатита увеличивается в несколько раз, особенно на фоне употребления жареной и жирной еды. Вообще, всегда важно знать, что любит поджелудочная, чтобы поддерживать этот орган в порядке.
При ранах, тупых травмах, а также вследствие неудачных операций на двенадцатиперстной кишке и желчном пузыре может появиться острый воспалительный процесс в поджелудочной железе.

31 РЕЦИДИВНЫЕ ГРЫЖИ. ЭТИОЛОГИЯ. КЛИНИКА. ХИР ЛЕЧЕНИЕ

Послеоперационные (рецидивные) грыжи образуются в области послеоперационного рубца. Причинами их образования являются расхождение краев сшитого апоневроза или оставление дефекта в нем (при тампонировании брюшной полости), нагноение раны, большая физическая нагрузка в послеоперационном периоде.

Клиника зависит от степени нарушения функции внутренних органов, особенно входящих в состав грыжевого содержимого, от наличия спаек между передней брюшной стенкой и внутренними органами.

При рецидивных грыжах больших размеров нарушаются функции брюшной стенки. Что сопровождается диспептическими и дизурическими нарушениями, скоплением химуса в просвете кишечника, эндогенной интоксикации.
При нарушении функции брюшной стенки опосредованно нарушается функция экстраабдоминальных органов.

Лечение. Применяют хирургическое лечение. При небольших грыжах возможно закрытие дефекта за счет местных тканей. При больших грыжах операция представляет трудности из-за сращения содержимого грыжи с грыжевым мешком и наличия значительных дефектов брюшной стенки.

medfsh.ru

В этих случаях применяют методы аутопластики, аллопластики и комбинированной пластики (если закрыть дефект местными тканями не представляется возможным). В качестве аллопластического материала наиболее часто используют синтетическую сетку, которую подшивают к краям грыжевых ворот поверх ушитой после грыжесечения и вправления внутренностей в брюшную полость брюшины.

Рецидивы грыж наступают у 5-10 % больных. Уменьшение частоты возникновения рецидивов грыжи любой локализации может быть достигнуто: 1) применением современных способов хирургических вмешательств с использованием современных пластических материалов; 2) индивидуальным подходом к лечению каждого больного; 3) точным выполнением этапов избранного способа пластики грыжи. Профилактика грыж заключается, прежде всего, в устранении условий, способствующих их образованию, укреплении передней брюшной стенки за счет физических упражнений, лечении заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления (надсадный кашель, гипертрофия предстательной железы, запоры). Профилактика рецидивов — это раннее оперативное лечение грыж и применение адекватных для каждого вида грыжи методов герниопластики.

32 ДИФ Д-КА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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.

Все виды непроходимости кишечника подразделяют на следующие основные группы.

I. Механическая непроходимость: обтурационная; странгуляционная; со четай ная (обтурация и странгуляция).

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

При механической непроходимости в зависимости от уровня препятствия различают высокую (тонкокишечную) и низкую (толстокишечную) непроходимость.

По степени закрытия просвета кишки выделяют полную и частичную непроходимость. Среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости непроходимость наблюдается в 3,5—9% случаев.

Дифференциальная диагностика. Острую кишечную непроходимость необходимо дифференцировать от всех остро развивающихся заболеваний органов брюшной полости. Важно дифференцировать механическую и динамическую непроходимость кишечника, так как тактика, методы предоперационной подготовки и лечение этих двух видов непроходимости различны.

В отличие от механической при динамической паралитической непроходимости схваткообразные боли отсутствуют, они не имеют четкой локализации, бывают, как правило, постоянными, распирающими. При тщательном исследовании выявляются симптомы основного заболевания, вызвавшего динамическую непроходимость кишечника. При паралитической непроходимости живот вздут равномерно; перистальтика с самого начала ослаблена или отсутствует, что является очень важным признаком. При спастической непроходимости живот не вздут, а иногда втянут, боли могут быть схваткообразными. Ошибки в диагностике непроходимости кишечника часто связаны с недостаточно полноценным клиническим и инструментальным исследованием, отсутствием динамического наблюдения за больным с неясной клинической картиной заболевания.

33 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Развивающийся острый аппендицит практически всегда требует экстренного хирургического вмешательства, во время которого удаляют воспаленный червеобразный отросток. К операции хирурги прибегают и даже в том случае, если диагноз вызывает сомнения. Подобное лечение объясняется тем, что осложнения острого аппендицита порой бывают настолько серьезными, что могут привести к летальному исходу. Операция – аппендэктомия риск части опасных для человека последствий аппендицита сводит к минимуму.

medfsh.ru

Послеоперационный осложненный аппендицит приводит к развитию патологий со стороны раны и внутренних органов. Принято осложнения после операции подразделять на несколько групп, к ним относят:

- Осложнения, выявленные со стороны ушитой раны. Это гематома, инфильтрат, нагноение, расхождение краев раны, кровотечение, свищ.
- Острые воспалительные реакции со стороны брюшной полости. Чаще всего это инфильтраты и абсцессы, образующиеся в разных частях брюшной полости. Также после хирургического вмешательства может развиться местный или общий перитонит.
- Осложнения, затрагивающие органы ЖКТ. Аппендэктомия может привести к кишечной непроходимости, к кровотечениям, образованию свищей в разных отделах кишечника.
- Осложнения со стороны сердца, сосудов и дыхательной системы. В послеоперационный период у части больных возникают тромбофлебиты, пилефлебит, эмболия легочной артерии, пневмония, абсцессы в легких.
- Осложнения со стороны мочевыделительной системы – острый цистит и нефрит, задержка мочи.

Большинство осложнений послеоперационного периода предупреждаются выполнением рекомендаций врача. Так, например, кишечная непроходимость может возникнуть при несоблюдении диеты и под влиянием недостаточной физической активности. Тромбофлебит предупреждается использованием компрессионного белья до и после операции, введением антикоагулянтов.

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 и кишечные свищи.

34 КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА , ЛЕЧЕНИЕ.

Кишечный свищ — сообщение просвета кишки с поверхностью тела или с просветом другого полого органа.

Классификация кишечных свищей I.По времени возникновения: врожденные, приобретенные. II. По этиологии: травматические, наложенные с лечебной целью, возникшие при заболеваниях тонкой кишки. III. По функции: полные, неполные. IV. По характеру свища: губовидные, трубчатые. V. По уровню расположения на кишке: высокие, низкие, смешанные. VI. По наличию осложнений: неосложненные, осложненные. VII. По количеству: одиночные и множественные.

Свищи тонкой кишки могут быть врожденными (например, при незаращении желточного протока) и приобретенными. Приобретенные свищи возникают в результате травмы, болезней (дивертикулез толстой кишки, бо лезнь Крона), операций, при которых свищ накладывают с лечебной целью (еюностомия при неоперабельном тотальном раке желудка, колостомия при острой обтурационной кишечной непроходимости на фоне рака сигмовид ной кишки).

Свищи могут развиться в результате длительного стояния тампонов и дренажей в брюшной полости, несостоятельности швов тонкой или толстой кишки.

Свищ, соединяющий просвет кишки с поверхностью тела, называют наружным, один орган с другим — внутренним. При полном свище все кишечное содержимое изливается наружу, при неполном — часть его проходит в от водящую петлю кишки. Если свищ открывается непосредственно на поверх ности тела и слизистая оболочка кишки сращена с кожей, это состояние на зывают губовидным свищом. Когда между кишкой и поверхностью тела име ется ход, это — трубчатый свищ.

Свищи, расположенные на двенадцатиперстной и тощей кишке, относят к высоким, на подвздошной и толстой — к низким. Возникающие в организме изменения связаны с потерей через свищ бел ков, жиров, углеводов, витаминов, воды, электролитов и ферментов. Чем оральнее расположен свищ, тем больше эти потери и тем более выражены нарушения обмена веществ и водно-электролитногобаланса. На коже во круг свища может возникать мацерация (дерматит). К местным осложнени ям относят абсцессы, флегмону брюшной стенки, гнойные или каловые за теки. Кроме того, могут возникать выпадения кишки, парастомальные гры жи, кровотечения из свища, энтерит (колит). К общим осложнениям отно сят кахексию, почечную и печеночную недостаточность.

Клиническая картина и диагностика. Наружные тонкокишечные свищи проявляются выделением жидкого тонкокишечного содержимого. Из свищей толстой кишки выделяются кал и газы. Локализацию свища, его функ цию и уровень расположения уточняют во время рентгенологического ис следования. При тонкокишечных свищах контрастное вещество вводят че рез рот и следят за его пассажем, при толстокишечных — через прямую кишку (ирригоскопия). Важным способом диагностики является фистулография, при которой водорастворимое контрастное вещество вводят в на ружное отверстие свища.

При трубчатых свищах двенадцатиперстной, тощей и подвздошной ки шки обычно проводят консервативное лечение: калорийное парентеральное и энтеральное (зондовое) питание, коррекцию нарушений обмена веществ и водно-электролитныхрасстройств, окклюзию свища с помощью различ ных устройств (пелоты, обтураторы), уход за кожей

medfsh.ru

вокруг свища. У ряда больных положительного результата достигают при проведении полного парентерального питания. В целом курс консервативной терапии дает эффект у30—40% больных при его продолжительности1—1,5мес.
Неэффективность консервативного лечения свища двенадцатиперстной кишки после резекции желудка может быть обусловлена дуоденостазом, синдромом приводящей петли, что требует проведения реконструктивной операции. При свищах нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки из-занесостоятельности билиодигестивного анастомоза или травмы, сопровож дающихся значительными потерями желчи и содержимого кишки, показана операция на отключение двенадцатиперстной кишки, однако прогноз у этой категории больных, особенно при инфрапапиллярных свищах, сомни тельный.
При губовидных и длительно незаживающих свищах тонкой кишки по казано хирургическое лечение. При неполных трубчатых и губовидных сви щах целесообразно использовать внебрюшинные методы их закрытия, при остальных видах свищей методом выбора является лапаротомия с внутрибрюшинной резекцией участка кишки, несущей свищ, и наложением ана стомоза между приводящей и отводящей петлями по типу конец в конец.
При губовидных свищах толстой кишки прибегают к операциям, вариант которых зависит от типа свища (полный или неполный). При небольших неполных губовидных свищах используют внебрюшинные способы их за крытия. Для этого выделяют стенку кишки в зоне свища и ушивают дефект двухрядным швом. При больших неполных и при полных губовидных сви щах показано применение внутрибрюшных способов закрытия. С этой це лью выделяют кишку по всему периметру свища, выводят ее в рану и уши вают свищевое отверстие (при неполных свищах) или накладывают анасто моз (при полных свищах). При множественных свищах, расположенных на одной кишечной петле, целесообразно резецировать ее и наложить анастомоз.

35 СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА.

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. Заболевание характеризуется сильными болевыми ощущениями и асимметричным вздутием живота, рвотой, невозможностью отхождения газов и стула, постепенным нарастанием признаков интоксикации.
Спаечная кишечная непроходимость – нарушение продвижения пищевых масс и пищеварительных соков по кишечнику, связанное с формированием спаек. Это довольно распространенная патология, которая является серьезной проблемой хирургии и гастроэнтерологии, она занимает примерно 30-40% среди всех типов кишечной непроходимости.
Проявляется одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, независимо от возраста. Актуальность заболевания в последнее время значительно возросла из-за роста количества и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости. По данным многих авторов, примерно 40% всех операций сопровождаются появлением спаек, при этом до 60% всех лапаротомий выполняется по поводу спаечной кишечной непроходимости.
Причинами формирования спаек могут быть травматические повреждения, кровотечение в брюшную полость, ишемия желудочно-кишечного тракта, инородные тела, негативное воздействие токсинов, гнойные процессы брюшной полости (перитонит, аппендикулярный абсцесс и пр.), оперативные вмешательства, в ходе которых происходит пересушивание брюшины (чаще всего это аппендэктомии, операции по поводу патологии матки и придатков), генетическая предрасположенность.
Механизм образования спаек объясняется расстройством процессов рассасывания воспалительных элементов и их замещением соединительной тканью. Известно, что брюшина в ответ на травму и любое воздействие продуцирует экссудат, который обладает клейкими свойствами. Из его клеток образуются соединительнотканные волокна, постепенно выпадает фибрин, который должен рассасываться по окончании процессов заживления. Если этого не происходит, он прорастает коллагеновыми и эластическими волокнами, сосудами – так образуются спайки.
Профилактика и прогноз спаечной кишечной непроходимости
Профилактика спаечной кишечной непроходимости заключается в бережном проведении операции, предотвращении пересушивания брюшины и введения сухих препаратов, своевременной эвакуации крови и инородных предметов. После операции хороший эффект дает физиотерапия: УВЧ, электрофорез, а также лечебная физкультура и соблюдение диеты.
Прогноз спаечной кишечной непроходимости при проведении своевременной диагностики и рациональной терапии благоприятный, но высока вероятность рецидива патологии.

36 ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА. ЧАСТОТА, КЛИНИКА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Инвагинация кишечника – самый частый вид приобретенной непроходимости кишечника у детей до года (1,5–4случая на 1000 новорожденных). Наиболее часто она встречается в азиатских странах. Во многих случаях частота инвагинации соответствует частоте врожденного пилоростеноза или дивертикула Меккеля.
Среди всех инвагинаций кишечника у детей 2/3 возникают на первом году жизни, но чаще всего – на 5–8-ммесяце жизни. Встречается также заболевание во внутриутробном периоде и у новорожденных. Соотношение мальчиков и девочек составляет 3:2

medfsh.ru

Инвагинация кишечника – разновидность кишечной непроходимости, заключающаяся во внедрении одного сегмента кишечника в просвет другого. Чаще всего (в 90% случаев) данное заболевание развивается у детей грудного возраста, обычно в 5-7 месяцев, в период введения прикормов. Распространенность патологии составляет 3-4 случая на 1000 грудных детей, причем чаще болеют мальчики. Инвагинация кишечника, возникающая у детей более старшего возраста, а также у взрослых, всегда имеет механические предпосылки. Факторами риска развития инвагинации кишечника являются: грудной возраст, вирусные кишечные инфекции, протекающие с гипертрофией пейеровых бляшек (часто наблюдается при ротавирусной и аденовирусной инфекции), нерациональное введение прикорма, мужской пол, отягощенный семейный анамнез, а также плохие бытовые условия.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а.1) В первые часы заболевания клиническая картинаподвздошно-ободочнойинвагинации кишечника как острого хирургического заболевания живота довольно типична. Один из главных симптомов инвагинации кишечника – это сильная коликообразная боль в животе, во время которой ребенок сгибается, подтягивает ноги, занимаетколенно-локтевоеположение в положении на животе и «сучит ножками» лежа на спине. Через3–5мин боль отступает, ребенок успокаивается (иногда интересуется игрушками). Во время первого приступа боли может наблюдаться рвота, но особенно она характерна для последующих приступов. Рвотные массы в начале заболевания не имеют примеси желчи, но постепенно окрашиваются в желтый цвет. Через10–15мин, иногда позже, приступ боли в животе повторяется с прежней силой и ребенок опять кричит, мечется от боли, т. е. все начинается сначала. На фоне продолжающегося ухудшения общего состояния больного приступы беспокойства сменяются так называемыми «светлыми» промежутками, которые становятся все продолжительнее. Между приступами боли дети вялы и сонливы.
2)Примесь крови в стуле – важнейший признак инвагинации, появляющийся у больного через 3–12ч от начала заболевания. Через несколько часов от начала заболевания у ребенка наблюдается самостоятельный стул со слизью или стул с примесью крови типа «малиновое желе» или «мясные помои».
3) Симптом Данса – запустевание при пальпации правой подвздошной области (рис. 2). Очень ценную информацию для диагностики инвагинации можно получить при пальцевом исследовании через прямую кишку. Введенным в прямую кишку пальцем определяют тонус наружного и внутреннего сфинктеров (расслабленный сфинктер – характерный для инвагинации симптом Гиршспрунга). При расположении инвагината в нисходящей ободочной кишке или в сигме можно достичь головки или прощупать подвижную опухоль бимануально. Следует обратить внимание на наличие крови и слизи в прямой кишке. Следы крови могут быть обнаружены уже через2–3ч. В позднюю стадию из анального отверстия выделяется жидкая кровь, что является одним из достоверных признаков инвагинации кишечника. Очень редко (в запущенных случаях) головка инвагината видна через расслабленный сфинктер прямой кишки или выпадает наружу.

Лечение и профилактика инвагинации кишечника

Лечение всех пациентов с инвагинацией кишечника проводится в стационаре. При идиопатической инвагинации у детей в возрасте 3-36 месяцев, в случае ранней госпитализации и отсутствия осложнений, возможно консервативное лечение. Это допустимо, если от начала заболевания прошло не более десяти часов. В таком случае во время диагностической рентгенографии проводятся и лечебные мероприятия: осуществляется нагнетание воздуха в кишечник при помощи баллона Ричардсона до полного расправления инвагината. Далее для отведения воздуха устанавливается газоотводная трубка. После процедуры продолжается наблюдение в стационарных условиях отделения хирургии или гастроэнтерологии. Обязательно проводится контрольное рентгенконтрастное исследование. При своевременном обращении за медицинской помощью консервативное лечение эффективно в 60% случаев. В рамках медикаментозного лечения инвагинации кишечника проводится антибиотикотерапия, инфузионная терапия.

Если от начала выраженной симптоматики прошло более десяти часов, а также при наличии нейтрофильного лейкоцитоза в общем анализе крови, неэффективности консервативного лечения, признаках выраженного кишечного кровотечения, обезвоживании более 5% проводится хирургическое лечение путем лапаротомии. Производится устранение инвагинации, оценивается жизнеспособность кишечника, при необходимости его часть подлежит резекции. При своевременной госпитализации пациента и проведении адекватного лечения прогноз благоприятный. Возможно развитие таких осложнений, как рецидивирование инвагинации, перфорация кишечника с развитием перитонита, формирование внутренних грыж и спаек после оперативного лечения. Профилактика инвагинации кишечника заключается в своевременном правильном введении прикорма (не ранее 6 месяцев, с постепенным введением новых блюд и плавным увеличением объемов пищи, приготовлении для прикорма гомогенных блюд), лечении новообразований кишечника

37 ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Мастит (mastitis) - воспаление паренхимы и интерстициальной ткани молочной железы. Острый мастит в основном встречается в первые 2 нед послеродового периода у кормящих женщин - послеродовой (лактационный) мастит, реже - у некормящих, крайне редко - у беременных. Частота развития послеродового мастита колеблется от 1,5 до 6% (по отношению к количеству родов). Возникновению маститов способствует изменение видового состава возбудителей гнойной инфекции, их антигенных свойств и антибиотикорезистентности. Обычно мастит развивается в одной молочной железе, двусторонний мастит встречается редко.

Различают следующие фазы развития острого мастита: серозную, инфильтративную и абсцедирующую. В фазе се¬розного воспаления ткань железы пропитана серозной жидкостью, вокруг сосудов отмечается скопление лейкоцитов, характерное для местной реак¬ции на воспаление. При прогрессировании воспалительного процесса се¬розное пропитывание сменяется диффузной гнойной инфильтрацией па¬ренхимы молочной железы с мелкими очагами гнойного расплавления, ко¬торые, сливаясь, образуют абсцессы. Особой тяжестью течения отличаются множественные и гангренозные формы мастита. По локализации абсцессы делят на подкожные, субареолярные, интрамаммарные, ретромаммарные.

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. Острый мастит начинается с боли и нагрубания молочной железы, подъема температуры тела. По мере прогрессирования заболевания боль усиливается, увеличивается отек молочной же лезы, в ней четко определяются болезненные очаги плотной инфильтрированной ткани, появляется гиперемия кожи. Подмышечные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере, повышается температура тела, появляется озноб. В крови выявляется лейкоцитоз, повы шение СОЭ. Переход серозной формы мастита в инфильтративную и гнойную происходит быстро — в течение 4—5 дней. Крайне тяжелое состояние больных наблюдается при множественных абсцессах, флегмонозном и ган гренозном мастите. Оно обусловлено переходом контролируемой иммунной системой местной реакции в тяжелый синдром системной реакции на воспаление, при котором контроль иммунной системы ослабевает. В связи этим появляются характерные для тяжелого синдрома системной реакции на воспаление признаки — повышение температуры тела до 39°С и выше пульс учащается до 100—130 в 1 мин, увеличивается частота дыхания, молочная железа становится резко болезненной, увеличивается в объеме. Кожа над очагами воспаления гиперемирована, появляются участки цианоза и отслойки эпидермиса. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при посеве крови иногда удается выделить бактерии. В моче определяется белок. На этом фоне часто развивается полиорганная недостаточность со смертельным исходом.

Лечение. В начальном периоде острого мастита применяют консервативное лечение: возвышенное положение молочной железы, отсасывание молока молокоотсосом. До определения возбудителей инфекции показана антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия. После бактериологического выделения возбудителя препараты назначают с учетом чувствительности микрофлоры. Паралелльно с этим проводят интенсивную терапию для коррекции метаболических сдвигов. При любой форме мастит кормление грудью прекращают, чтобы не инфицировать ребенка. Сцеженное из здоровой груди женщины молоко используют для кормления ребенка лишь после пастеризации.

После излечения мастита несколько раз делают посев молока. При отсутствии роста микрофлоры разрешают восстановить кормление ребенка грудью. При тяжелом течении острого мастита показано подавление лактации. Назначают препараты, ингибирующие секрецию пролактина: бромокриптин (парлодел), комбинацию эстрогенов с андрогенами; ограничивают при ем жидкости. Тугое бинтование груди нецелесообразно. Показанием к подавлению лактации является быстро прогрессирующий мастит, особенно гнойный (флегмонозный, гангренозный).

При абсцедирующем гнойном мастите необходимо хирургическое лечение — вскрытие абсцесса, удаление гноя, рассечение перемычек между гнойными полостями, удаление всех нежизнеспособных тканей, хорошее дренирование двухпросветными трубками для последующего промывания гнойной полости.

Операцию производят под наркозом. Лишь при небольших подкожных абсцессах возможно применение местной анестезии. В зависимости от локализации абсцесса разрез выполняют над местом наибольшего уплотнения или флюктуации. При подкожном и интрамаммарном абсцессах производят радиальный разрез, при околоареолярном — дугообразный по краю ареолы. При ретромаммарном абсцессе разрез Барденгейера по нижней переходной складке молочной железы дает оптимальные возможности для вскрытия ретромаммарного гнойника и близко расположенных гнойников в ткани железы, иссечения нежизнеспособных тканей и дренирования ретромам-марного пространства, при этом появляется возможность вскрыть и глубоко расположенные абсцессы в задних отделах молочной железы, прилегающих к грудной стенке. Во время операции удаляют гной, все некротические тка¬ни и ликвидируют перемычки и затеки. Полость абсцесса промывают анти¬бактериальным раствором и дренируют одной или двумя двухпросветными трубками, через которые в последующем осуществляют промывание полос¬ти. Дренирование гнойной раны однопросветной трубкой, рассчитанное на пассивный отток гноя, не обеспечивает достаточное дренирование. От при¬менения однопросветной трубки, а также тампонов, резиновых выпускни¬ков и пункционного метода лечения следует отказаться, так как при этом не удается провести полноценную санацию гнойной полости.

38 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

ОА у стариков встречается реже, чем у остальных возрастных групп, всего 10% от общего числа ОА. 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-

medfsh.ru

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, вследствии 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 12х10^9/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 неинстенсивных 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 обезбаливания – 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.

39 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ.

ОА у беременных встречается гораздо чаще чем среди остального населения, чему способствует ряд факторов. Постепенно увеличивающаяся матка смещает кверху слепую кишку и аппендикс, что приводит к его растяжению и перегибу, нарушение его опорожняемости, а также ухудшению кровоснабжения из-за изменения анатомических соотношений органов. Важную роль играет склонность беременных к запорам, что приводит к застою содержимого и повышению вирулентности среды. Определенное значение имеет снижение иммунитета из-за гормональных сдвигов. Указанные факторы приводят к тяжелому течению аппендицита, особенно во второй половине беременности, что в свою очередь в ряде случаев может привести к прерыванию и гибели плода.

Особое рассмотрение ОА у беременных обусловлено тем что часть признаков (боли в животе, рвота, лейкоцитоз) характерны для обычного течения беременности.

Клиническое течение ОА в первой половине беременности практически ничем не отличается от течения вне беременности, существенные отличия наблюдаются во второй половине.

Прежде всего обращают внимание на невыраженность болевого синдрома, больные не обращают на него внимание, связывая боли с болями вследствие растяжения связочного аппарата матки. Внимательный расспрос позволит установить начало болей в эпигастральной области и постепенное их смещение к локализации червеобразного отростка(симптом Кохера-Волковича). Рвота не играет особой роли, т.к. она наблюдается при беременности вообще.

При исследовании живота нужно учитывать что по мере увеличения срока беременности, локализация отростка смещается кверху. Вследствие растяжения брюшной стенки локальное напряжение выражено слабо. При поздних сроках беременности, когда слепая кишка и аппендикс находятся позади увеличенной матки, могут быть отрицательными и другие симптомы раздражения брюшины: Щ-Блюмберга, Воскресенского и др. В этот период хорошо выражен псоас-симптом Образцова(боль в правой подвздошной области при поднимании больным выпрямленной правой ноги, причиной является раздражение рецепторов воспаленного аппендикса при напряжении большой поясничной мышцы и мышц передней брюшной стенки), и в ряде случаев Симптомы Ситковского и Бартомье-Михельсона(болезненность при пальпации правой подвздошной области увеличивается при положение больного на левом боку).

Температурная реакция выражена слабее чем вне беременности. Число лейкоцитов умеренно повышается, нужно помнить что лейкоцитов до 12х10^9/л у беременных – физиологично.

40 ЖКБ. XX. Методы оперативного лечения

Желчнокаменная болезнь – это заболевание желчевыделительной системы, при котором в желчных протоках или желчном пузыре образуются конкременты (камни).

Этиология.

medfsh.ru

экзо- и эндогенные факторы, увеличивающие вероятность возникновения ЖКБ.
К эндогенным факторам относятся, прежде всего, пол и возраст, конституциональный фактор. Способствуют развитию ЖКБ некоторые врождённые аномалии, затрудняющие отток жёлчи, например, стенозы и кисты гепатикохоледоха, парапапиллярные дивертикулы двенадцатиперстной кишки, а из приобретённых заболеваний — хроническиегепатиты с исходом в цирроз печени.
Из экзогенных факторов главную роль играют, по-видимому, особенности питания, связанные с географическими, национальными и экономическими особенностями жизни населения.
Начальным процессом образования желчных камней является образование замазкообразной желчи (билиарного сладжа). Причиной появления билиарного сладжа являются: беременность, прием гормональных препаратов, резкое снижение массы тела и др
Различают холестериновые, пигментные, известковые и смешанные камни. Конкременты, состоящие из одного компонента, относительно редки. Подавляющее число камней имеют смешанный состав с преобладанием холестерина. Они содержат свыше 90 % холестерина, 2-3 % кальциевых солей и 3-5 % пигментов.

Симптомы

В чистом виде болезнь практически не даёт симптомов, первые признаки появляются через 5-10 лет. Единственным проявлением собственно ЖКБ можно назвать желтуху, а также приступ жёлчной колики, вызванной движением камня по жёлчным путям. Внезапная боль, приступ колики возникает при увеличении давления в жёлчном пузыре или жёлчном протоке из-за преграды к опорожнению жёлчи в виде камня.

Все остальные симптомы дают сопутствующие заболевания. Боль носит режущий, колющий характер, возможна иррадиация болей в поясницу, правую лопатку, правое предплечье. Иногда боли иррадиируют за грудину, что симулирует приступ стенокардии (холецистокоронарный симптом Боткина).

Случается, что камни в жёлчном пузыре не вызывают болезненных симптомов вообще. В таком случае их могут обнаружить случайно при УЗИ или при рентгенологическом обследовании.

Диагностика

Самым популярным методом диагностики ЖКБ является ультразвуковое исследование. Хотя для диагностики может использоваться также холецистоангиография, ретроградная панкреатохолангиорентгенография. Компьютерная томография и ЯМР томография дороже, но с большей точностью позволяют диагностировать течение болезни.

Хронический холецистит - воспаление желчного пузыря, сопровождающееся нарушением его моторной функции и в некоторых случаях – образованием конкрементов. Клинически проявляется болью и тяжестью в правом подреберье, возникающими часто после приема жирной пищи и алкоголя, тошнотой, рвотой, сухостью и горечью во рту. Информативными методами диагностики хронического холецистита служат биохимические пробы крови, УЗИ желчного пузыря, холецистография, дуоденальное зондирование.
Существуют 2 основных вида хронического холецистита:

- некалькулезный (безкаменный) – (воспаление стенок желчного пузыря без образования камней);
- калькулезный (с образованием твердых конкрементов – камней).

В зависимости от течения болезни различают 3 формы заболевания – вялотекущую, рецидивирующую и гнойноязвенную.
Безкаменный холецистит

Причинами возникновения безкаменного холецистита являются застой желчи и изменение ее состава, а также наличие инфекции. Оба эти фактора взаимно усиливают друг друга. Застой желчи способствует проникновению инфекции в желчный пузырь, а возникающее воспаление выводного

medfsh.ru

протока и его стенок, в свою очередь, еще более усиливает это явление. Поверхность стенок постепенно разрушается.

Калькулезный хронический холецистит

Несмотря на то, что безкаменный хронический холецистит встречается значительно чаще, чем желчекаменная болезнь, застой желчи в любом случае приводит к появлению конкрементов – это лишь вопрос времени. Способствуют этому процессу изменение состава желчи и наличие воспаления.

Желчь состоит из желчных кислот, липидов, пигментов и минеральных веществ. При изменении соотношения этих составляющих поступающий в организм с пищей холестерин выпадает в осадок и кристаллизуется – образуются твердые конкременты. Причинами таких изменений являются постоянные погрешности в питании и некоторые состояния:

- избыток в пище жиров, холестерина, авитаминоз;
- избыточный вес;
- сахарный диабет;
- инфекционные заболевания.

Лечения

Рекомендуется диета Певзнера № 5. Для консервативного лечения может использоваться ударно-волновая литотрипсия, применение рекомендуется при отсутствии холецистита и совокупном диаметре камней до 2 см, хорошей сократимости жёлчного пузыря (не менее 75 %).

Из малоинвазивных методов применяется лапароскопическая холицистэктомия и лапароскопическая холецистолитотомия. Эти методы не всегда позволяют достичь желаемого результата, поэтому выполняется лапаротомическая холецистэктомия «от шейки».

Консервативная терапия при помощи препаратов желчных кислот (урсодезоксихолевая и хенодезоксихолевая кислота) или путём стимуляции синтеза жёлчных кислот препаратами растительного происхождения (экстракт бессмертника песчаного).

41 МАСТОПАТИЯ,КЛАССИФИКАЦИЯ,КЛИНИКА,ДИАГНОСТИКА,ЛЕЧЕНИЕ.

Мастопатия – понятие, объединяющее в себе группу заболеваний молочных желез, характеризующихся развитием патологических изменений в ткани железы с нарушением соотношения эпителиальных и соединительнотканных компонентов. Согласно нозологической классификации ВОЗ от 1984 года под мастопатией понимают фиброзно-кистозную болезнь молочных желез.

Мастопатия представляет собой доброкачественное изменение ткани железы, имеющее прямую зависимость от нейрогуморальной регуляции. Это означает, что факторами развития мастопатии являются как патологии, связанные с нарушениями состояния нервной регуляции,так и расстройство гормонального баланса и внутреннего гомеостаза организма.

Факторы, способствующие развитию мастопатии: ранняя менопауза, нарушения менструального цикла,продолжительное отсутствие родов, многочисленные, заболевания половых органов, лактация менее трех месяцев, эндокринные патологии, наследственная предрасположенность.

Есть предположение, что наиболее значимый патогенетический фактор развития мастопатии – дефицит прогестерона при избытке эстрогенов. При этом имеет место усиление пролиферации эпителиальных клеток и соединительнотканных клеточных элементов. Помимо этого, в патогенезе мастопатии заметную роль играет выработка пролактина. Пролактинемия способствует повышению чувствительности тканей молочной железы к эстрогенам.

_Классификация

По источникам возникновения наблюдается:

1) протоковая (диффузная) мастопатия, исходящая из внедольковых мелких молочных протоков (фиброзно-кистозная мастопатия).В свою очередь при диффузной форме мастопатии различают 4 формы: с преобладанием железистого компонента (аденоз), с преобладанием фиброзного компонента, с преобладанием кистозного компонента, смешанная форма.

medfsh.ru

2) лобулярная (узловая) мастопатия, обусловленная гиперплазией долек, пролиферацией эпителия, образованием плотных узлов — «опухолей», ограниченных только долькой железы. По выраженности атипии, пролиферации клеток долек и молочных протоков железы выделяют 4 стадии (по Prechtel).
1. Доброкачественная дисплазия паренхимы без пролиферации эпителия.
2. Доброкачественная дисплазия паренхимы с пролиферацией эпителия без атипии клеток.
ЗА. Дисплазия паренхимы с пролиферацией эпителия и умеренной атипией.
ЗБ. Дисплазия паренхимы с пролиферацией эпителия и часто встречающейся атипией
В клинической практике классификация мастопатий выделяет три формы: масталгия (мастоплазия или мастодиния), диффузный фиброаденоматоз и локализованный фиброаденоматоз.

Клиника
Пациентки наиболее часто жалуются на боль в молочной железе, выделения из сосков, отмечают узловатые образования и уплотнение всей железы или части ее. При диффузной мастопатии молочные железы болезненны при пальпации. В железе определяется диффузное уплотнение ткани, множество мелких кист округлой или овальной формы, небольшие мягкие узелки.
При узловой мастопатии определяются одиночные или множественные малоболезненные похожие на опухоль подвижные узлы, не связанные с кожей и соском. Размеры узлов варьируют от нескольких миллиметров до 2— 3 см и более.
Диагностика
1)пальпация молочной железы
2) Биоконтрастная маммография представляет собой рентгенологическое исследование молочных желез.
3) УЗИ молочных желез.
4) Методика диафаноскопии заключается в просвечивании молочно железы с помощью источника света. При этом новообразование в ее толще будет отмечаться как более темное пятно.
5)С помощью дуктографии исследуется система млечных протоков. В молочную железу через сосок вводят контрастное вещество, после чего производят рентгенографию.

Лечение
В лечении мастопатии значительную роль играет коррекция гормонального баланса организма.
При выраженной эстрогении (и значительной болезненности) могут назначать средства, снижающие влияние этих гормонов на молочную железу (тамоксифен, фарестерон).
Для нормализации менструального цикла применяют оральные контрацептивы (выбирают в соответствии с гормональным статусом).
Помимо прочего, применяются препараты прогестерона местного действия .

При мастопатии, сопровождающейся пролиферацией и атипией клеток, резецируют наиболее измененную часть железы. При распространенном поражении и подозрении на рак производят подкожную или простую мастэк-томию. При узловой мастопатии показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием макропрепарата.

42 ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Фиброаденома (аденофиброма) — доброкачественная опухоль молочной железы, наиболее часто встречающаяся в возрасте 15—35 лет в основном (90%) в виде одиночного узла. Некоторые исследователи относят фиброаденому к дисгормональным дисплазиям.

Патологоанатомическая картина. Опухоль состоит из пролиферирую-щих эпителиальных элементов и соединительной ткани. Различают пери-и интраканаликулярные фиброаденомы. Размеры опухоли различны — от микроскопических до гигантских (листовидная опухоль молочной железы).

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. Фиброаденома имеет округлую форму, четкие контуры, ровную гладкую поверхность, не спаяна с окружающими тканями. Пальпация ее безболезненна. При пальпации молочной железы в положении лежа опухоль не исчезает. На маммограмме видна тень округлой формы с четкими контурами (рис. 5.5). Более информативно УЗИ, так как позволяет выявить полость кисты и тем самым помочь дифференциальной диагностике между кистой и фиброаденомой. У пожилых женщин в фиброаденоме на фоне выраженного фиброза могут быть выявлены отложения кальция. При гистологическом исследовании отмечаются разные составляющие повышенного риска малигнизации, особенно у молодых женщин.
Лечение. Опухоль обычно удаляют вместе с выраженной капсулой и небольшим количеством окружающей молочную железу ткани. У молодых женщин при операции следует позаботиться о косметическом результате. Разрез рекомендуют делать по краю ареолы. Затем несколько туннелируют ткань для доступа и удаления аденомы. При удалении ее одновременно убирают минимум здоровой ткани для получения хорошего косметического результата. Швы в глубине раны не накладывают. В Европе при уверенности в диагнозе фиброаденомы небольших размеров не удаляют. Фиброаденомы больших размеров (около 5 см в диаметре), наблюдающиеся иногда у молодых женщин, подлежат удалению и срочному гистологическому исследованию. По клиническим данным фиброаденому почти невозможно отличить от гамартомы. В таких случаях опухоль подлежит удалению.
Липома — доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани, обычно располагается над тканью молочной железы и в ретромаммар-ном пространстве. Опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения. Встречается чаще у пожилых женщин. На маммограмме выявляется в виде просветления с четкими ровными контурами на фоне более плотной железистой ткани.
Лечение. Удаление опухоли.
Дифференциальная диагностика

Характеристика	Доброкачественная опухоль	Злокачественная опухоль
Рост	медленный	быстрый
Поверхность	гладкая	бугристая
Граница	чёткая	нечёткая
Консистенция	мягкоэластическая, плотноэластическая	каменистой плотности деревянистой плотности
Подвижность	сохранена	может отсутствовать
Связь с кожей	отсутствует	определяется
Нарушение целостности кожи	отсутствует	может быть изъязвление
Регионарные лимфатические узлы	не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

43 Подготовка больных с гастродуоденальными язвами к операции.

Предоперационная подготовка

Предоперационная подготовка включает в себя устранение дегидратации и гиповолемии, улучшение окислительных процессов и функции почек, корреляцию нарушений электролитного баланса и борьбу с дыхательной недостаточностью.

Алгоритм действий при подготовке больных к операции.

• Введение постоянного назогастрального зонда для декомпрессии желудка и прекращения попадания содержимого желудка в свободную брюшную полость.

• Введение постоянного катетера в мочевой пузырь для наблюдения за количеством и качеством выделяемой мочи.

• Обеспечить доступ к одной из крупных вен для длительных инфузий и измерения ЦВД, под контролем которого можно корригировать темп, количество и качество вводимых инфузионных растворов.

• Желательно ввести катетер в перидуральное пространство для эффективной продленной перидуральной анестезии, нормализации кишечного тонуса и перистальтики.

medfsh.ru

• Правильный выбор трансфузионных сред. Среди последних различают: гемодинамические; дезинтоксикационные; регуляторы водно-солевого баланса и КЩС; жировые иммульсии; белки и смеси аминокислот.

Трансфузионные среды должны отвечать, как минимум, четырем требованиям: а) ликвидировать дефицит ОЦК, восстановив в первую очередь объем циркулирующей плазмы путем внутривенного введения альбумина, протеина, полиглюкина; б) восстановить капиллярный кровоток, то есть микроциркуляцию для нормализации функции органов и тканей, поддерживающих жизнедеятельность организма. Для этого необходимо вливание растворов, способных препятствовать агрегации форменных элементов крови в застойных капиллярах, улучшить реологические свойства крови и «вымывать» клетки в капиллярный кровоток, восполняя объем циркулирующих эритроцитов. Для этого используются низковязкостные растворы, обладающие реографической активностью (альбумин, протеин, реополиглюкин, реоглюман, желатиноль и др.); в) восполнить дефицит интерстициональной жидкости для нормализации транскапиллярного обмена, что достигается использованием только солевых растворов как эквилибрированных, так и сбалансированных (растворы Рингер-Локка, рингер-лактат, лактасоль и др.). Эти растворы легко проникают в интерстициональное пространство в силу своего низкого удельного веса (молекулярной массы); г) восстановить кислородно-транспортную функцию крови путем восполнения недостающей кислородной емкости. Для этого показано переливание крови, лучше цельной или эритроцитарной массы. Их целесообразно разводить реалогически активными препаратами в соотношении 1:2 или 1:3.

• Необходимо также запомнить, что в среднем человеку на 1 кг массы тела необходимо 30 мл воды, 1 гр. белка, 0,7 гр. жиров, 5,0 углеводов. Соотношение потребности в воде и в калорийности вводимых растворов составляют 1 мл воды на 1 ккал или 1:1.

В зависимости от сопутствующих заболеваний в предоперационную подготовку вносились соответствующие коррективы.

Общее время всей предоперационной подготовки не должно превышать 2-3 часа.

44 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

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

Нарушения эвакуации содержимого желудка после резекции могут зависеть от развития воспалительного процесса как в самом анастомозе, так и в окружности его. Образующийся при этом воспалительный инфильтрат сдавливает анастомоз или отводящую петлю, что приводит к нарушению эвакуации желудочного содержимого.

Причинами возникновения анастомозитов служат многие факторы, среди которых выделяют инфекцию раны, травматизацию тканей в зоне анастомоза, склонность организма к гиперпластическим процессам, непереносимость шовного материала (в большей степени кетгут). Все же ведущим моментом является техника наложения шва на «губы» анастомоза. В процессе заживления любого анастомоза швы прорезываются в просвет его; при шве с узелками, внутри прорезывание происходит значительно лучше. В этом и заключается преимущество этой методики.

Отек тканей в области анастомоза в первые 2 — 3 дня после операции развивается почти всегда в ответ на травму как проявление фазы гидратации. В выраженных случаях отек анастомоза в сочетании с гипотонией культи и подавленной секрецией ведет к резкому нарушению эвакуации, застою содержимого, продолжающимися от 3 до 5 дней. Затем с уменьшением отека, восстановлением тонуса, застой уменьшается и в большинстве случаев отек себя ничем не проявляет, так как захватывает только слизистую, и вскоре исчезает. Если же воспалительный отек распространяется со слизистой на мышечную и серозную оболочку, то возникает анастомозит (7 — 10 сутки после операции) и в дальнейшем — инфильтрат, который и является наиболее частой причиной непроходимости анастомоза.

Клинически анастомозит проявляется болями в эпигастральной области, чувством переполнения, тяжести и рвотой обильными количествами желудочного содержимого с примесью желчи или без нее. Рвоты приносят кратковременное облегчение, но повторяются многократно в течение суток. При осмотре больного определяется запавший ниже пупка и вздутый в эпигастрии **живот**, выражен шум плеска, иногда пальпируется инфильтрат. При фиброгастроскопии соустье резко сужено, спазмировано; края его отечны, гиперемированы.

При возникновении анастомозита проводится энергичное противовоспалительное лечение: **антибиотики**, атропин, супрастин, хлористый кальций внутривенно, новокаин внутривенно и внутрь, смесь спирта с глицерином, согревающие компрессы и диатермия на брюшную стенку. Обязательной является постоянная эвакуация желудочного содержимого из культи желудка, количество которого при нормальном послеоперационном периоде на третьи сутки не превышает 500 мл, а на пятые — 100 мл, тогда как при нарушении эвакуации количество его достигает 2 — 3 литров.

medfsh.ru

Отсюда необходимость адекватной коррекции потерь электролитов (особенно калия), белков, жидкости. В связи с этим важно правильно и рационально питать больного естественным путем. Оральный конец дренажа выводится трансназально и фиксируется пластырем. Наряду с этим проводится промывание культи желудка раствором ромашки с добавлением адреналина, вводятся кортикостероиды к области анастомоза.

При прогрессировании инфильтрата и неуспехе консервативной терапии и динамическом рентгенологическом подтверждении нарушения пассажа по абсолютным показаниям предпринимается операция, которая обычно заключается в наложении нового гастроэнтероанастомоза.

Нарушения эвакуации из культи желудка могут быть вызваны и органическими причинами, возникающими в результате изменившихся анатомических взаимоотношений в результате операции, а также ошибками оперативной техники. К ним относятся различного рода внутренние ущемления: в не полностью ушитом отверстии брыжейки поперечно-ободочной кишки петли тонкой или толстой кишки, соскальзывание культи желудка и **ущемление** ее в отверстии мезоколон. Клинически эти осложнения проявятся картиной высокой кишечной непроходимости: болями в эпигастральной области, рвотой содержимым желудка и желчью; иногда может определяться шум плеска и неподвижное болезненное образование в брюшной полости. Лечение только оперативное и заключается в освобождении ущемленного органа и повторной тщательной фиксации культи желудка в отверстии мезоколон. Профилактика внутренних ущемлений заключается в тщательном ушивании образовавшихся после операций щелей и карманов за приводящей петлей, между брыжейками петель анастомоза и в брыжейке поперечной ободочной кишки.

Тяжелым послеоперационным осложнением резекций желудка является послеоперационный панкреатит, наблюдаемый в 0,6 — 6,2%. Основными причинами развития панкреатита считают травму поджелудочной железы, сосудистые нарушения, застой в желчных и панкреатических протоках и культе двенадцатиперстной кишки, асептическое или микробное поражение брюшины, окружающей железу. Клиника такого панкреатита отличается своеобразием, поскольку он возникает на фоне других послеоперационных нарушений (атония культи желудка, парез кишечника), которые и маскируют начало панкреатита. Болевой синдром менее выражен, локализуется он в верхней половине живота, иррадиирует в поясничную область. Болям предшествует повторная рвота.

Лечение послеоперационного панкреатита проводится так же, как и острого, и направлено на создание функционального покоя поджелудочной железе и инактивацию ее ферментов, борьбу с. болью, явлениями шока и инфекцией. В последние годы при лечении послеоперационных панкреатитов стали применять гипотермию и рентгенотерапию на область поджелудочной железы. При безуспешности консервативной терапии, появлении признаков перитонита предпринимается оперативное лечение. Операция заключается в ревизии органов брюшной полости, удалении некротический измененных тканей и секвестров, санации и введении в область поджелудочной железы новокаина с антибиотиками и подведении ниппельного дренажа под капсулу поджелудочной железы для введения новокаина, антибиотиков и ингибиторов протеаз.

Результаты лечения этого осложнения остаются неудовлетворительными: 75 — 85% больных погибают.

Перитонит — самое грозное осложнение после операций на желудке. Перитонит является самой частой причиной неотложных релапаротомий, составляя 57,5%, при этом в 66,2% перитонит вторичный, а в остальных — продолжающийся. Мы отметили развитие перитонита после резекций желудка у 42% больных. Перитонит является и основной причиной смерти больных.

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.

Общая послеоперационная летальность у лиц старше 60 лет составляет 15,3 — 22,8%; при плановых вмешательствах — 13,7 — 15,8%; при экстренных — 18,7 — 26%

45 ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Отечественная хирургия начала свое развитие, с одной стороны медицина (костоправы), а с другой как военная хирургия. В XVII веке русские войска уже имели своих полковых врачей.

Еще при Петре I (в 1706 г.) в Москве был открыт госпиталь, который служил одновременно первой медико-хирургической школой. Такие же школы для подготовки главным образом хирургов для армии были открыты и в Петербурге. Для тех же целей в посл'едующие годы были основаны Медико-хирургическая академия и Медико-хирургический институт. Первую отечественную анатомическую и хирургическую школу возглавлял П. О. Загорский (1764 1846) автор учебника по анатомии, на основании изучения которого начала развиваться хирургия. Первым профессором хирургии был И. Ф. Буш, написавший в 1807 г. первое руководство по хирургии на русском языке.

Из созданной им хирургической школы вышел ряд профессоров, в частности преемник И. Ф. Буша проф. И. В. Буяльяский блестящий хирург и анатом. И. В. Буяльскому принадлежит классический труд анатомо-хирургические таблицы. Он является основоположником клинико-анатомического направления в хирургии.

В открывшемся в Москве в 1755 г. университете преподавались медицинские науки и, в частности, хирургия. Наиболее выдающимся преподавателем ее в Московском университете был Е. О. Мухин, давший описание хирургических операций (1807). Однако хирургия начала развиваться как самостоятельная наука только при Н. И. Пирогове. Значение Н. И. Пирогова чрезвычайно велико для развития как отечественной хирургии, так и мировой медицинской науки. Его работы по анатомии создали новую эпоху в развитии хирургии, дав для последней научную анатомическую основу; этому способствовало также более глубокое изучение анатомии, ставшее возможным благодаря предложенному им методу замораживания и распиливания трупов.

medfsh.ru

До Пирогова наркоз в России не применялся. Он применил наркоз не только в мирных условиях, но и впервые в истории военной медицины в военно-полевой обстановке; кроме того, Пирогов предложил использовать при ранениях иммобилизующие гипсовые повязки.

Н. И. Пирогову принадлежит первый в мировой литературе капитальный труд по военно-полевой хирургии, в котором высказана глубокая, до сих пор не потерявшая своего значения мысль: «Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны».

Н. И. Пирогов был самым выдающимся хирургом. Он близко подошел к разрешению основного вопроса, затруднявшего распространение хирургической помощи: предупреждению заражения операционных ран. Он высказывал уверенность, что причиной инфекционных осложнений является инфекция «миазмы», как он говорил, и предлагал меры защиты против ее попадания в рану.

Ученик Н. И. Пирогова П. И. Пелехин ввел в практику отечественной хирургии антисептику, которая впервые в мире была широко применена во время русско-турецкой войны 1877 1878 гг. С введением наркоза, с повсеместным применением антисептики, а затем асептики были созданы условия для широкого развития хирургии.

В конце XIX и в начале XX века появляется несколько отечественных хирургических школ. Крупнейшими представителями московской хирургической школы того времени были Н. В. Склифосовский и П. И. Дьяконов. Н. В. Склифосовский возглавлял отечественную хирургию на протяжении 80 90-х годов прошлого столетия. Он пользовался большим авторитетом у врачей и был очень популярен среди населения. Н. В. Склифосовский блестяще владел хирургической техникой, был широко образованным хирургом, выдающимся организатором и активно участвовал во многих военных кампаниях (австро-прусская, русско-турецкая война). Благодаря своему огромному авторитету он смог ввести в практику наших хирургических клиник антисептику, а затем и асептику.

Н. В. Склифосовский оставил после себя много учеников, оказавших большое влияние на развитие отечественной хирургии.

Клиника проф. П. И. Дьяконова при Московском университете привлекала много земских врачей и связывала широкие круги хирургов с академической хирургией. Начиная с Н. А. Вельяминова, талантливого и выдающегося хирурга петербургской школы, появилась плеяда блестящих хирургов. К ним надо отнести С. П. Федорова автора многочисленных монографий по отдельным разделам хирургии (хирургия почек и мочеточников, желчнокаменная болезнь), В. А. Оппеля, Ю. Ю. Джанелидзе. Клиника проф. С. П. Федорова при Военно-медицинской академии воспитала особенно много талантливых врачей, которые получили звание профессоров и в настоящее время занимают хирургические кафедры.

Большое влияние на развитие хирургии оказал также ряд хирургов, работавших не в Петербурге и Москве, а в других городах России.

В истории отечественной хирургии большая роль должна быть отведена городской и земской медицине.

Клиники имелись только в больших городах, количество коек в них было невелико и оказание хирургической помощи являлось задачей городских и земских, особенно губернских, больниц.

В Петербурге приобрела заслуженную славу Обуховская больница, а в Москве Старо-Екатерининская, которые вели очень большую хирургическую работу и из которых вышли такие крупнейшие хирурги, как И. И. Греков, П. А. Герцен, В. Н. Розанов и др.

46 АППЕНДЭКТОМИЯ. ПОКАЗАНИЯ, ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

Аппендеэтомия – удаление червеобразного отростка.
Показания- остр. и обострение хр. аппендицита, новообразования.
Доступ при аппендэктомии. Как правило, используется косой переменный доступ Волковича—Дьяконова. Реже применяют параректальный разрез Леннандера.
Виды аппендектомии: антеградная и ретроградная.
Антеградная: I — выведение слепой кишки и червеобразного отростка; II — перевязка брыжейки; III — отсечение отростка от брыжейки; IV — наложение кисетного шва вокруг основания отростка; V — перевязка червеобразного отростка кетгутовой лигатурой; VI — отсечение отростка, обработка его культи; VII — погружение культи отростка в кисетный шов; VIII — наложение серозно- мышечного Z-образного шва.
Ретроградная аппендэктомия выполняется при возникновении трудностей в выведении червеобразного отростка в рану, например, при спаечном процессе в брюшной полости, ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении отростка. В этом случае сначала накладывается кетгутовая лигатура у основания отростка через отверстие в брыжеечке. Отросток отсекают под зажимом, его культя погружается в слепую кишку и накладываются кисетный и Z-образные швы, как это было описано выше. И только после этого приступают к постепенной перевязке брыжеечки червеобразного отростка.

Послеоперационный период.

medfsh.ru

После операции под местной анестезией больному в постели придается полусидячее положение. Активные движения в постели разрешаются уже в день операции.После оперативных вмешательств по поводу деструктивных форм и аппендицита, осложненного перитонитом, для борьбы с инфекцией проводится лечение антибиотиками. Через ниппельную трубку (введенную во время операции) внутрибрюшинно антибиотики вводятся 2-3 раза в сутки по 200— 300 тыс. единиц пенициллина и 0,25 г стрептомицина в 20 мл 0,25% раствора новокаина или другие антибиотики. Внутрибрюшинное введение антибиотиков применяется в течение 3-4 дней, после чего дренажная трубка удаляется. Кроме этого, антибиотики вводятся также внутримышечно, дробно до установления нормальной температуры и картины крови.
В целях борьбы с интоксикацией применяется внутривенная и инфузионная терапия. Для стимуляции сердечно-сосудистой деятельности, если это необходимо, применяется подкожное введение камфарного масла, кофеина, кордиамина, кордиазола и других средств.
При метеоризме показано введение газоотводной трубки, а также внутривенное введение 100-150 мл 5% раствора поваренной соли, церукал внутримышечно. В ряде случаев может быть применена двусторонняя поясничная новокаиновая блокада. Клизму очистительную при задержке стула не следует применять ранее 5-6 дней после операции. Для устранения задержки мочеиспускания применяется тепло на область мочевого пузыря, в случае неуспеха можно при отсутствии противопоказаний поставить больного на ноги для того, чтобы он помочился. Прибегнуть к вызыванию рефлекса, медикаментозным пособиям. Если эти меры не помогают, моча выводится с помощью катетера. После катетеризации целесообразно промыть мочевой пузырь теплым физиологическим раствором, или фурациллином, ввести антибиотики.
Швы снимаются на 6-7 день после операции.
Послеоперационные осложнения при остром аппендиците встречаются в 2,5-3,0% всех случаев. Наиболее частыми являются осложнения со стороны операционной раны: гематомы, нагноения раны, инфильтраты брюшной стенки, лигатурные свищи.

47 Невправимые грыжи. Диагностика. Клиника. Лечение.

Невправимость грыжи - это состояние, при котором вправить грыжевое содержимое не удается, а птомы ущемления или воспаления грыжи отсутствуют. Невправимость развивается в результате азования сращений между содержащимися в грыжевом мешке органами, а также органами и стенкой жевого мешка. Формирующиеся сращения часто разделяют полость грыжевого мешка на отдельные еры (полости), в которых происходит приращение вышедших в грыжевой мешок органов. Образованию щений способствуют травмы грыжевого мешка, частое ущемление грыжевого содержимого. правимость может быть частичной и полной. В большинстве наблюдений невправимость осложняет ение больших паховых, бедренных и пуп.

При невправимой грыже изменяется ранее наблюдавшаяся симптоматика, могут появиться прежде утствовавшие тянущие боли в месте локализации выпячивания, которые, в ряде случаев, иррадиируют в сницу. При осмотре врач наблюдает, что ни в горизонтальном положении пациента, ни при легком авливании на грыжу, выпячивание не исчезает. Грыжа при этом может несколько уменьшиться в мерах, но полного вправления не происходит, у хирурга при этом нет возможности прощупать грыжевое ьцо.

Проявления невправимых грыж зависят от содержащихся в них органов и сроков существования олевания. При сращении со стенкой грыжи кишечника постепенно развивается картина хронической ечной непроходимости. У больных с невправимыми паховыми грыжами отмечается учащенное еиспускание. Во время осмотра больных с невправимыми грыжами обнаруживают **положительные птомы кашлевого толчка**, пальпируемое образование мягкоэластической консистенции. При культации над ним определяется кишечная перистальтика, а при перкуссии – тимпанит (содержимое – ечник) или притупление (содержимое – сальник).

могут присоединиться следующие симптомы: запоры, тошнота,общая слабость; боли в области гастрия; ухудшение аппетита;снижение работоспособности.

Наиболее грозными осложнениями невправимых грыж являются их ущемление, спаечная кишечная роходимость.

Лечение- грыжесечение.

48 Острая кишечная непроходимость. Классификация.

medfsh.ru

Непроходимость кишечника — заболевание, характеризующееся частичным или полным нарушением продвижения ржимого по пищеварительному тракту, наблюдается в большинстве случаев в возрасте 30—60 лет, у мужчин олько чаще, чем у женщин.

Все виды непроходимости кишечника подразделяют на следующие основные группы.

Механическая непроходимость: обтурационная; странгуляционная; со-
нная (обтурация и странгуляция).

инамическая непроходимость: 1) паралитическая; 2) спастическая.
При механической непроходимости в зависимости от уровня препятствия различают высокую (тонкокишечную) и ую (толстокишечную) непроходимость.
По степени закрытия просвета кишки выделяют полную и частичную непроходимость.

Обтурационная непроходимость кишечника может быть вызвана закрытием просвета кишки изнутри предметами, не анными с ее стенкой (собственно обтурация плотными каловыми "камнями", безоарами, крупными желчными нями, провалившимися в кигиеч-ник при образовании фистулы между желчным пузырем и кишкой, инородными ми).
Обтурация кишки может возникнуть при сдавлении ее снаружи: кистами, большими опухолями, исходящими из их органов, фиброзными тяжами и спайками.
Просвет кишки может быть закрыт патологическими образованиями, исходящими из стенки кишки

Странгуляционная непроходимость кишечника возникает при завороте кишечной петли вокруг своей оси, образовании между несколькими петлями кишки, ущемлении кишечных петель, их брыжеек и сосудов в грыжевых воротах при ужных и внутренних грыжах, сдавлении кишки с брыжейкой спайками или Рубцовыми тяжами.
При странгуляционной непроходимости сдавления сосудов и нервов в ущемленной петле кишки нарушается вообразование, что и отличает этот вид непроходимости от обтурационной.

К ***сочетанной механической непроходимости*** кишечника относят инвагинацию — внедрение одной кишки в другую. этом внедрившаяся кишка закупоривает просвет другой кишки (обтурация), происходит сдавление сосудов жейки инвагинировав-шейся петли (странгуляция).
При выделении с п а е ч н о й н е п р о х о д и м о с т и к и ш е ч н и ка подчеркивается только этиологический момент икновения непроходимости — наличие спаек в брюшной полости в случае сдавления кишки вместе с брыжейкой и ходящими в ней сосудами и нервами. Она может быть обтурационной или странгуляционной.

Динамическая непроходимость кишечника характеризуется стойким парезом или параличом кишечника или стойким мом. Функциональные
тройства, ведущие к паралитической динамической непроходимости, бывают обусловлены острыми
алительными процессами в брюшной полости или забрюшинной клетчатке, травмами и травматичными
рациями, интоксикацией, острыми нарушениями кровообращения в органах брюшной полости, забрюшинными
томами и др. Метаболические нарушения, интоксикация, гипокалиемия также могут привести к развитию
алитической непроходимости кишечника. Спастическая динамическая непроходимость чаще вызывается аскаридами,
влением свинцом, плоскостными спайками в брюшной полости, печеночной порфирией
ущими симптомами острой кишечной непроходимости являются схваткообразные боли в животе, задержка стула и в, рвота, усиленная перистальтика в первые часы и отсутствие ее при истощении сократительной способности шечной оболочки.
Указанные симптомы наблюдаются при всех формах механической непроходимости кишечника, но степень их аженности бывает различной и зависит от вида, характера и уровня непроходимости, а также от сроков, прошедших с ала заболевания.
О б щ е е с о с т о я н и е у большинства больных тяжелое, они беспокойны. Температура тела в начале заболевания мальная или субнормальная (35,5—35,8 °С), при осложнении (перитонит) температура тела повышается до 38—40 °С. вляются характерные признаки синдрома системной реакции на воспаление (выраженная тахикардия, частота дыхания ше 20 в 1 мин, лейкоцитоз свыше 12 000). Отмечается снижение артериального давления. Дисфункция органов имеет денцию к переходу в полиорганную н ед остато ч н ость.
Язык при выраженной клинической картине сухой, покрыт желтым налетом. В терминальных стадиях заболевания вляются трещины слизистой оболочки, афты, что указывает на тяжелую интоксикацию, обезвоживание и наличие итонита.
При механической непроходимости иногда прослеживается видимая на глаз перистальтика кишечника, она бывает бенно выражена при подост-рых и хронических формах частичной обтурационной непроходимости, когда успевает ертрофироваться мышечный слой приводящего отдела кишечника.
Брюшная стенка при поверхностной пальпации обычно не напряжена. При глубокой пальпации иногда определяется ая болезненность в месте расположения кишечных петель, подвергшихся странгуляции. Иногда удается прощупать сированную и растянутую в виде баллона петлю кишки (симптом Валя), над кишкой слышен тимпанический звук с аллическим оттенком (положительный симптом Кивуля). В поздние сроки заболевания при сильном растяжении ечника и вздутии живота определяется характерная резистентность брюшной стенки. При илеоцекальной агинации в правом нижнем квадранте живота пальпируется плотное образование цилиндрической формы.
П е р и с т а л ь т и ч е с к и е шумы в первые часы заболевания усилены, нередко слышны на расстоянии. Бурная истальтика более характерна для обтурации. При странгуляции усиление перистальтических шумов наблюдают в ч.че заболевания. В дальнейшем вследствие некроза кишки и перитонита перистальтические шумы ослабевают и ностью исчезают

medfsh.ru

При п е р к у с с и и живота над растянутыми кишечными петлями определяют высокий тимпанит. Толчкообразными жениями руки над растянутыми кишечными петлями можно вызвать и услышать шум плеска, что свидетельствует о лении в приводящей петле жидкости и газа.

При п а л ь ц е в о м и с с л е д о в а н и и прямой кишки нередко выявляют баллонообразное расширение пустой улы прямой кишки и зияние заднего прохода вследствие ослабления тонуса сфинктера прямой кишки (положительный том Обуховской больницы).

При и с е л е д о в а н и и к р о в и в связи с дегидратацией и гемоконие-трацией обнаруживают увеличение количества роцитов (до 5—6 10^9/л), повышение содержания гемоглобина, высокий уровень гематокрита, а в более поздних иях, при развитии воспалительных изменений, резко увеличивается лейкоцитоз (до 10—20- 10^9/л и более) и СОЭ.

язи с тяжелыми патофизиологическими сдвигами при лабораторных исследованиях наблюдают уменьшение объема кулирующей плазмы, различные степени дегидратации, снижение содержания калия и хлоридов крови, опротеинемию, азотемию и изменения кислотно-основного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза (в симости от стадии заболевания). По мере увеличения сроков заболевания превалирует ацидоз

medfsh.ru

49 ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

(ЖКБ) – это обменное заболевание гепато-билиарной системы, сопровождающееся образованием желчных камней в желчных протоках (внутрипеченочный холестаз), в общем желчном протоке (холедохолитиаз) или в желчном пузыре (холецистолитиаз). Камни бывают холестериновые, холестериново-пигментно-известковые и пигментные (билирубиновые).
Этиология определяется факторами, которые способствуют изменению физико-химических свойств желчи (липсогенность):1) генетическая предрасположенность;2) неправильное питание;3) нарушение основного обмена веществ в организме;4) гормональная дисфункция;5) воспалительные заболевания печени, желчных путей и желчного пузыря.

КлассификацияПервая стадия – физико-химическая; вторая – латентная, бессимптомная, камненосительство. Третья – клинических проявлений (калькулезный холецистит, ЖКБ с хроническим холециститом в фазе обострения, неполной ремиссии и ремиссии).
Причины образования камней
1 Пересыщение желчи холестерином (индекс литогенности больше 1) и активация в ней процессов перекисного окисления липидов.
2. Изменение баланса факторов, ингибирующих выпадение холестерина в осадок (снижение содержания в желчи веществ белковой природы, снижение холато-холестеринового коэффициента, то есть соотношения желчных кислот и холестерина, и лецитин-холестеринового коэффициента; сдвиг реакции желчи в кислую сторону).
3. Резкое снижение или полное отсутствие липидного комплекса в желчи. Он обеспечивает коллоидальную устойчивость желчи, препятствуя кристаллизации холестерина и образованию камней. В состав этого комплекса входят желчнокислые соли, фосфолипиды, холестерин, электролиты, витамин В12.
4. Под влиянием инициирующих факторов (пищевой дисбаланс, аллергия, аутоантитела, микрофлора) развивается воспаление, и стенкой желчного пузыря выделяется слизь, содержащая гликопротеид.
5. В комочках слизи происходит отложение холестерина, чему способствует появление в желчи положительно заряженных мукоидных и белковых веществ, в то время как комплекс холестерина с желчными кислотами и мылами представляет отрицательно заряженную коллоидную группу.
6. Слияние и рост комочков приводит к образованию холестериновых желчных камней, а последующие процессы перекристаллизации сопровождаются образованием микро-, а затем макротрещин, через некоторые внутрь камня попадают пигменты, образуя его ядро.

Клинические симптомы
1 Интенсивные приступообразные боли в правом подреберье, отдающие лопатку, правое плечо, шею. Сопровождаются рвотой, , сухостью во рту, кожным зудом, повышением температуры 2. Возможно появление желтухи.3. Напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и в проекции желчного пузыря при пальпации.4. После купирования боли прощупывается увеличенный желчный пузырь.
Диагностика
1. Указание в анамнезе на приступы желчных колик.
2. Объективное исследование, при пальпации выявляются положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского, Мерфи.
3. В ОАК лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ

medfsh.ru

4. В ОАМ желчные пигменты.
5. Повышение уровня связанного билирубина в крови.
6. Пузырная желчь: микролиты, песок, снижение холатно-холестеринового коэффициента, большое количество билирубината кальция, холестерина, лейкоцитов, эпителия. Холецистография и УЗИ: конкременты.

Тактика

1. Радикальный метод лечения - оперативный (холецистэктомия).
2. При обострении и приступе желчной колики показана госпитализация в хирургический стационар, и после купирования через 5-7 дней можно провести оперативное лечение.
3При наличии осложнений (холедохолитиаз, механическая желтуха, перфорация) показано срочное оперативное лечение после предварительной подготовки больного

50 МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

а) обтурационная (обтурация опухолью, закупорка инородным телом, каловым или желчным камнем, клубком аскарид, копростаз);

б) странгуляционная (заворот, узлообразование, вну треннее ущемление);

в) смешанные формы обтурационной и странгуля ционной непроходимости (спаечная, инвагинация)

При механической непроходимости имеет место нарушение проходимости кишечника в результате какоголибо механического препятствия. Симптоматология механической кишечной непроходимости складывается из болевого и диспепсического синдромов, нарушения гемодинамики и расстройств водносолевого, белкового, углеводно го обменов, из осложняющих факторов, связанных с ра звитием перитонита. Диагноз выясняется при тщательном сборе анамнеза, объективном клиническом обследовании, рентгено логическом исследовании органов брюшной и грудной полостей, лабораторных исследованиях крови и мочи.

В зависимости от степени нарушения кровоснабже ния кишечника механическая непроходимость делит ся на обтурационную и странгуляционную. Клиническая картина механической кишечной не проходимости чрезвычайно многообразна и зависит от срока заболевания, уровня и вида непроходимости, индивидуальных особенностей больного (возраст, пол, общее состояние к моменту заболевания). Чем выше уровень непроходимости, тем тяжелее протекает это заболевание

Диагностика и лечение. При собирании анамнеза необходимо уста новить, не было ли у больного травм живота, операций на органах брюшной полости, не страдает ли больной язвенной болезнью, холециститом, аппендицитом, а женщины — воспалительными заболеваниями гени талий. Все эти данные могут привести к мысли о

medfsh.ru

нали чии у больного спаечной кишечной непроходимости. Далее необходимо уделить внимание деятельности кишечника (наличие запоров, сменяющихся поноса ми). Важно выяснить, когда и что ел больной перед на чалом заболевания, не было ли грубых нарушений в режиме и качестве питания или внезапного повыше ния внутрибрюшного давления при поднятии тяжести и других физических напряжениях. Начало заболевания бывает острое или постепен ное. Острое начало говорит о тяжелой обтурационной или странгуляционной непроходимости или же об ос трой форме инвагинации. Больные при этом указы вают точное время начала заболевания. При обостре нии хронической кишечной непроходимости часто заболевание начинается не столь бурно. Один из постоянных симптомов кишечной непрохо димости — схваткообразная боль. После затихания она снова появляется. Периодичность и схваткооб разный характер боли вызываются усилением перистальтики петель кишечника

Аускультативно прослушиваются кишечные шумы различной высоты, которые весьма разно образны по своему характеру (звонкие, трескучие, иногда напоминающие лопанье пузырьков). Наличие кишечных шумов указывает на сохранившуюся пе ристальтику. Для кишечной непроходимости харак терно совпадение кишечных шумов с перистальтикой и приступами болей. При развитии перитонита в брюшной полости наступает тишина, лишь изредка можно слышать шум падающей капли (симптом Спасокукоцкого) или ред кие перистальтирующие шумы на высоких тонах. При пальцевом исследовании per rectum можно об наружить баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки, «зияющий анус» (симптом Обуховской больницы). В большинстве случаев температура в начале забо левания нормальная, а при развитии перитонеальных симптомов достигает 37,5—38,5 °С.

Рентгенологические признаки кишечной непрохо димости: скопление газа в желудочнокишечном трак те и появление горизонтальных уровней жидкости с газовыми пузырями над ними в виде опрокинутых чаш, получивших название чаш Клойбера.

Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости

Обтурационная непроходимость. При обтурацион ной кишечной непроходимости сдавление брыжейки ки шечника с ее сосудистонервным аппаратом отсутству ет, в связи с чем кровоснабжение кишки в месте обтурации в начале заболевания почти не нарушается. В более поздний срок в приводящем отделе кишечника возникает венозный стаз, и в связи с перерастяжением этого отдела кишечника нарушается проницаемость ка пилляров, что ведет к цианозу и отеку стенки кишечника. Причины1) опухоли, вызывающие закупорку просвета кишеч ника, клубки аскарид, каловые и желчные камни; 2) опухоли других органов брюшной полости, воспа лительные инфильтраты, которые сдавливают ки шечник извне; 3) спайки и тяжи, вызывающие перегиб петель ки шечника; 4) рубцовые стенозы как следствие язвенных процес сов в кишечнике (туберкулезного или другого ха рактера). Лечение обтурационной механической непроходи мости при раке толстой кишки только оперативное. При развившейся острой кишечной

medfsh.ru

непроходимости с отсутствием симптомов прободения опухоли внача ле необходимо наложить каловый свищ, радикальную операцию провести после ликвидации кишечной не проходимости. При устранении кишечной непроходимости, вызванной сужением кишечника, характер оперативного вмешательства зависит не только от степени сужения кишки и причины сужения, но и от количества стриктур, их локализации и протяженности сужения. При подозрении на копростаз проводят консерва тивное лечение: сифонные клизмы, ручное удаление кала при его задержке в прямой кишке. В случае не эффективности консервативного лечения показана операция.

Странгуляционная кишечная непроходимость. При странгуляционной непроходимости ущемляется или сдавливается брыжейка кишечника с проходящими в ней сосудами и нервами, что ведет к резкому наруше нию кровоснабжения. Характер расстройства кровос набжения зависит от степени ущемления или сдавле ния сосудов брыжейки и от состояния кровеносных сосудов до начала заболевания. К странгуляционному илеусу относится заворот, узлообразование, ущемле ние кишечных петель спайками и тяжами во внутренних грыжевых кольцах и врожденных дефектах брыжейки.

51 МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВАГОТОМИИ

Показания к хирургическому лечению разделяют на абсолютные и относительные. Абсолютными показаниями считают перфорацию язвы, профуз-ное или рецидивирующее гастродуоденальное кровотечение, пилородуоде-нальный 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

medfsh.ru

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 (антрумэктомией). При этой операции подавляются вагальная и гуморальная фазы секреции при сохранении резер-вуарной функции желудка.

Наиболее часто применяют следующие виды оперативных вмешательств: а) стволовую в аготомию с пилоропластикой (по Гейнеке—Микуличу, Финнею, Жабуле) (рис. 11.13; 11.14; 11.15) или, что наиболее выгодно, с дуоденопластикой ; б) ваготомию с ант румэктомией и анастомозом по Бильрот-I, Бильрот-П 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-П или по Ру. Удаление значительной части тела желудка производят для снижения ки-слотопродукции 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 позадиободочным 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.**

medfsh.ru

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 (рис. 11.17).

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 (рис. 11.18) 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.

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

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

Различают завороты тонкой, сигмовидной и слепой кишки.

Этиология: среди причин заворотов кишки выделяют предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим причинам относят:

а) врожденную или приобретенную чрезмерно длинную брыжейку кишки, мальротацию,

б) рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера,

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

К производящим причинам относят:

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

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

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

Заворот слепой кишки возможен в тех случаях, когда кишка имеет собственную брыжейку или общую с брыжейкой тонкой кишки. Наиболее часто бывает заворот сигмовидной кишки. Помимо значительной длины брыжейки завороту способствует рубцовое сморщивание корня брыжейки сигмовидной кишки при мезосигмоидите. Следствием этого является сближение петель кишки,

medfsh.ru

которые располагаются почти параллельно (по типу «двустволки»). При усилении перистальтических сокращений или переполнения плотным и газообразным содержимым кишка легко закручивается вокруг своей оси, что приводит к непроходимости.

Основные симптомы заворота кишечника

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

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

Рвота с самого начала многократная и не приносит облегчения. Сначала она рефлекторная, неизмененным желудочным содержимым и желчью, а затем принимает фекалоидный характер.

Задержка стула и газов бывает не всегда. Часто в начале заболевания бывает однократный стул за счет опорожнения нижних отделов кишечника, не приносящий облегчения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

medfsh.ru

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

Лечение при заворотах кишечника

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

53 **Эндоскопия** — метод, позволяющий осмотреть внутренние органы с использованием оптических инструментов и аппаратуры с целью диагностики и лечения.

Повышению диагностических возможностей эндоскопии способствовало внедрение в практику аппаратуры на стекловолокнах, так называемых фиброскопов. С конца 60-х годов эндоскопию широко используют в диагностике хирургических заболеваний, в том числе и в экстренной хирургической патологии.

Закладываются основы совершенно нового раздела — эндоскопической хирургии: полипэктомия, остановка желудочно-кишечных кровотечений, извлечение инородных тел и другие манипуляции. В систему эндоскопических методов входят: эзофагоскопия, гастроскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, лапароскопия, бронхоскопия и другие, менее распространенные методы.

Эзофагогастродуоденоскопия — метод, позволяющий осмотреть верхние отделы желудочно-кишечного тракта с помощью фиброскопов. Для осмотра пищевода в настоящее время используют жесткие и фиброволоконные эзофагоскопы. В последнее время широкое распространение получили гастроскопы, дуоденоскопы, желудочно-кишечные фиброскопы, или панэндоскопы. Эти аппараты дают возможность визуально осмотреть внутреннюю поверхность пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, взять материал для гистологического исследования, произвести фотографирование. С помощью фиброскопов выполняют и лечебную эндоскопию: остановку желудочно-кишечного кровотечения, полипэктомию, электрокоагуляцию, извлечение инородных тел.

Эндоскопия широко показана при гастродуоденальных кровотечениях. При этом выявляется источник, факт и интенсивность кровотечения, определяются показания к дальнейшей тактике.

Противопоказания делятся на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям относят: резкое сужение пищевода и кардии, глубокие язвы, большие дивертикулы и резко выраженные варикозно расширенные вены пищевода, аневризму аорты, сердечно-легочную недостаточность III степени, острые нарушения кровообращения сердца и головного мозга, гемофилию, психические заболевания (проводить исследования нужно под общим обезболиванием), резко выраженный сколиоз, большой зоб.

К относительным противопоказаниям можно отнести острые воспалительные заболевания, по ликвидации которых или при улучшении хронического процесса фиброскопия может быть выполнена без каких-либо затруднений.

Осложнения во время эндоскопии при использовании фиброскопов редки. Наиболее серьезным осложнением является перфорация.

medfsh.ru

Эзофагодуаденоскопия позволяет диагностировать эрозии пищевода ,острые и хронические язвы ,доброкачественные и злокачественные опухоли

Колоноскопия. Данный метод означает осмотр внутренней поверхности толстой кишки, области баугиниевой заслонки с помощью фиброволоконных аппаратов, которые позволяют детально осмотреть слизистую толстой кишки, взять биопсион-ный материал, выполнить полипэктомию. Дистальный отдел толстой кишки может быть обследован и обычными жесткими ректоскопами, аноскопами, зеркалами.

Показания и противопоказания. Ректороманоскопия показана каждому больному, который обращается с жалобами на кишечный дискомфорт, выделения из заднего прохода крови, слизи. Обязательно проведение ректороманоскопии перед рентгенологическим обследованием толстой кишки.

Фиброколоноскопия в первую очередь показана:

1) больным с подозрением на злокачественные новообразования толстой кишки для выявления локализации опухоли и ее распространенности, для гистологического подтверждения;

2) для выявления сопутствующих заболеваний при раке толстой кишки, обнаруженном рентгенологическим обследованием;

3) для диагностики доброкачественных воспалительных заболеваний

4) больным с полипозом толстой кишки и другими доброкачественными опухолями с целью дифференциальной диагностики со злокачественными;

5) для динамического наблюдения за больными с доброкачественными новообразованиями, которым оперативное вмешательство не показано;

6)для выявления источника кишечного кровотечения;

7) для определения причин и уровня толстокишечной непроходимости.

Лапароскопия. Метод осмотра внутренней поверхности и органов брюшной полости с помощью оптических приборов, введенных в брюшную полость через прокол в передней брюшной стенке, получил название лапароскопии. Данный метод является оперативным и требует соответствующей подготовки и организации, соблюдения всех правил асептики и антисептики. Для выполнения лапароскопии используются линзовые лапароскопы, позволяющие визуально обследовать органы брюшной полости, произвести дополнительные методы исследования.

Показания и противопоказания к лапароскопии. Показания к лапароскопии подразделяются на общие и местные. В общем виде показания следующие: на лапароскопическое исследование направляются больные, у которых не удалось установить диагноз на основании данных современных клинико-лаборатор-ных исследований, у которых имеется возможность исследовать пораженный орган с помощью лапароскопии.

54 Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (ЯБ)

– хроническое общее заболевание с локализацией деструктивного процесса в виде язвы в желудке или 12-перстной кишке и наличием функциональных и анатомических изменений в нервной системе и в других органах (Федоров ,Емельянов 2005)

Патогенез

Эрозия поражает поверхностные слои, процессы регенерации проходят без образования рубцов. Язва же разъедает стенку органа вплоть до мышечной ткани (при перфорации полностью истончается и мышечный слой), поэтому на этапе восстановления избежать развития соединительнотканного рубца не удаётся.

Этапы формирования рубцовой деформации **компенсации, субкомпенсации, декомпенсации**.

medfsh.ru

Для **компенсационной, субкомпенсационной** стадий характерно наличие просвета в зоне луковицы двенадцатиперстной кишки не меньше 0,5 см.

О **декомпенсации** процесса говорят, когда степень сужения значительная (диаметр просвета < 0,5 см), или просвет и вовсе отсутствует.

В начальных фазах заболевания за счёт гипертрофии мышечной ткани желудка, усиленной перистальтики, повышенного давления желудочного содержимого на участок сужения пищевой комок проходит через изменённую зону. В фазе декомпенсации, когда мышечная ткань атрофируется, снижаются моторика, тонус, желудок выглядит как расширенный, растянутый мешок. Тело его смещается вниз, что ещё больше усиливает эвакуаторную дисфункцию.

Клиника

Пациенты с деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки – люди с длительным анамнезом заболевания. Клинически каждая из 3 описанных выше стадий характеризуется определёнными признаками. Рассмотрим их подробнее.

Фаза компенсации. Перемещение пищевого комка по отделам ЖКТ нарушено незначительно. Задержка желудочного содержимого происходит на протяжении 6-8 часов.

Больные жалуются на:

1. чувство тяжести в эпигастральном участке после еды;
2. тошноту;
3. периодическую рвоту;
4. отрыжку (присутствует ощущение кислоты во рту).

При выраженном сопутствующем воспалительном процессе наблюдаются и периодические боли. Присутствует глубокая, усиленная перистальтика.

Фаза субкомпенсации характеризуется признаками моторно-эвакуаторной недостаточности, пищевой комок задерживается в желудке до 24 часов, перистальтика ослаблена. Выражены следующие симптомы:

- Постоянное чувство тяжести с локализацией в эпигастрии.
- Отрыжка усиливается, приобретая «тухлый» характер.
- Обильная, частая рвота. Возможно даже в утреннее время, когда больной ещё не завтракал. При этом из желудка выходит большое количество съеденной пищи с признаками брожения. Люди часто искусственно вызывают рвоту, так как это приносит на некоторое время чувство облегчения.
- Неприятный запах изо рта возникает вследствие застоя, гниения белков.

В фазе декомпенсации происходит нарастание признаков интоксикации. Из-за отсутствия просвета в участке рубцовой деформации развиваются симптомы полной кишечной непроходимости.

Наблюдается:

- Слабость, явное ухудшение общего состояния.
- Прогрессирующее снижение массы тела.
- Наличие симптомов обезвоживания: кожа сухая, землистого цвета, заострённые черты лица.
- Ощущение повышенной сухости во рту.
- Снижается диурез.
- Нарастает тахикардия.

Усиление нарушений водно-электролитного обмена приводит к выраженной гипохлоремии, гипокальциемии. А это в свою очередь вызывает появление признаков судорожного синдрома.

Диагностика

Диагноз «рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки» ставят на основе описанного симптомокомплекса, данных гастроскопии, результатов рентгенологического исследования, при изучении моторной функции органов ЖКТ. Обязательной составляющей диагностических мероприятий является проведение комплексного лабораторного обследования.

medfsh.ru

Рентген показан для обнаружения участка стеноза вследствие рубцовой деформации, уточнения его природы, стадии компенсации патологического процесса.

1. Исследование проводят после опорожнения желудка с применением полипозиционной методики.
2. Используют и способ двойного контрастирования с помощью контрастной бариевой смеси и воздуха.
3. Сужение просвета 12-перстной кишки по причине язвенной болезни характеризуется ровными контурами, гладкой слизистой оболочкой. При опухолевом же процессе отмечается постоянная ригидность участка стеноза, контуры неровные, изъедены, наблюдается дефект наполнения.
4. В стадии декомпенсации рентгенологически определяют значительное расширение желудка, содержащего большое количество слизи, жидкости, остатков пищи. Так как стенки гипотоничны, контрастная масса сразу же опускается на дно, формируя чашу с горизонтальным уровнем.

Лабораторное исследование. Массивное обезвоживание приводит к потере электролитов, солей, белка, воды, хлоридов.

Наблюдается:

- Гипопротеинемия.
- Гипокалиемия.
- Азотемия.
- Алкалоз.
- Водно-электролитный дисбаланс: гипохлоремия, гипокальциемия.
- Сгущение крови.
- Полигиповитаминоз.
- Понижение функции почек.

Лечение

Лечение больных с рубцовой деформацией 12-перстной кишки оперативное. Весомое значение отводится и предоперационной подготовке, которая включает меры, направленные на нормализацию моторики, восстановление метаболических нарушений.

В первую очередь показано регулярное промывание желудка. Учитывая уровень гипохлоремии, гипокалиемии, азотемии, метаболического алкалоза, гипопротеинемии, проводят внутривенные инфузии полиионных растворов, белковых гидролизатов:

- С целью коррекции водно-электролитного состава вводят изотонический раствор.
- Для восстановления углеводного обмена используют 10-20%-ю глюкозу.
- **Нормализация белкового баланса достигается применением плазмы, протеинов, альбуминов.**
- Сердечные гликозиды назначают для стабилизации работы сердечно-сосудистой системы.
- Витамины группы В, С, К показаны при гиповитаминозе..

55. Диф.диагностика при остром аппендеците

1) сначала исключают сходные по клинической картине другие острые хи¬рургические заболевания органов брюшной полости, требующие срочной операции; 2) затем — острые

medfsh.ru

заболевания органов живота, не требующие ургентной хирургической помощи; 3) наконец исключают другие нехирур¬гические заболевания, протекающие под маской "острого живота".

1)Перфоративная язва желудка и 12п. кишки отличается внезапная кинжальная боль в эпигаст-ральной области, "доскообразное" напряжение мышц брюшной стенки,редко бывает рвота, температура тела в первые часы не повышена, можно определить свободный газ в брюшной полости как перкуторно (исчезновение печеночной тупости), так и рентгенологически (светлая полоска газа под куполом диафрагмы),боль именно распространяется, а не перемещается из эпигастрия в гипогастрий. При прободной язве боль, болезненность, защитное напряжение в верхней части живота, симптомы раздражения брюшины в эпигастрии сохраняются. Острая кишечная непроходимость может напомнить атипично протекающий острый аппендицит. но боль при это сопровождается многократной рвотой, не приносящей облегчения, при пальпации живота признаки раздражения брюшины не выявляются, а во время рентгенологического исследования органов брюшной полости в петлях кишечника обнаруживают "чаши Клойбера". Для нарушенной трубной беременности типично появление острой схваткообразной боли внизу живота, иррадиирующей в надплечье, поясницу, прямую кишку. Появлению боли предшествует задержка менструации. Боль в животе сопровождается симптомами внутреннего кровотечения (общая слабость, головокружение, кратковременный обморок). При осмотре обращают внимание на бледность кожи и слизистых оболочек, частый мягкий пульс. Больные предпочитают сидеть, так как в горизонтальном положении кровь раздражает диафрагмальную брюшину, что проявляется болью в надплечье (симптом "ваньки-встаньки"). Отличительным признаком является то, что живот остается мягким!. Вагинальное исследование помогает уточнить диагноз. Маятникообразные смещения шейки матки болезненны (симптом Промптова); матка, как правило, увеличена, часто определяются темно-коричневые выделения. В анализе крови — картина нормо-хромной анемии. При перекрутах и разрывах больших кист яичников, которые протекают как внематочная беременность, иногда удается при бимануальном вагинальном исследовании пропальпировать округлое, объемное образование с плотной поверхностью.

2) Острый холецистит начинается с очень острой боли в эпигастрии, локализующейся затем в правом подреберье. Начальная стадия приступа сопровождается нередко многократной рвотой пищей и желчь, зона максимальной боли и болезненности на проекции дна желчного пузыря. Здесь же обнаруживают напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, пальпируют увеличенный болезненный желчный пузырь, а также выявляют симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси.

Эпигастральную фазу острого аппендицита можно принять за острый панкреатит, если она проявляется особенно ярко и сопровождается давящей болью в надчревье, тошнотой и обильной рвотой. Для панкреатита: иррадиация боли в спину, опоясывающая больного по типу "обруча" , выраженную тахикардию при нормальной температуре тела, живот остается мягким, болезненным только в эпигастрии, симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскре¬сенского (отсутствие пульсации брюшной аорты)полож.. При УЗИ и КТ находят характерные для панкреатита изменения поджелудочной железы в размерах и плотности.

У больных острым аднекситом приступ часто совпадает с началом менструаций или их окончанием, переохлаждением, физическим перенапряжением. Боль, в отличие от тазового аппендицита, сразу начинается внизу живота и иррадиирует в поясницу, промежность, сопровождается обильными слизисто-гнойными выделениями из влагалища, температура тела, выше 38°С, но лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг выражены умеренно. Острый мезентериальный лимфоаденит имеет весенне-осеннюю сезонность, чаще всего развивается у лиц моложе 20 лет, характеризуется приступом боли в правой подвздошной области с распространением на околопупочную, высокая температура тела. При пальпации живота выявляют болезненность в проекции корня

medfsh.ru

брыжейки тонкой кишки, мышечное напряжение отсутствует, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Течение заболевания характеризуется монотонностью, выраженностью явлений интоксикации .
3) Атипичную форму аппендицита следует дифференцировать с правосторонней почечной коликой. Она начинается острой болью в правой половине поясничной области,рвота, частыми позывами на мочеиспускание. Боль может смещаться в правую подвздошную область, иррадиировать в бедро, промежность, половые органы. При этом нет ни интенсивной, типичной для аппендицита, локальной болезненности в животе, ни симптомов раздражения брюшины. Температура тела нормальная.
Псевдоаппендикулярная форма иерсиниоза отличается острым повышением температуры до 38—39 "С. Лихорадка сопровождается выраженной интоксикацией (озноб, проливной пот, головная боль, миалгия), тошнотой, рвотой, частым жидким стулом, болью в животе без четкой локализации. Затем боль концентрируется в правой подвздошной области, здесь же появляется выраженная локальная болезненность: симптомы раздражения брюшины выражены нерезко. В крови находят нейтрофильный лейкоцитоз (до 15 • 109/л) и значительное увеличение СОЭ. При геморрагическом васкулите (болезнь Шенлейна —Геноха) боль в животе схваткообразная, без определенной локализации. Несмотря на интенсивную боль брюшная стенка остается мягкой, хорошо доступной пальпации, характерны петехиальные высыпания на нижних конечностях и ягодицах.

56.Хронический аппендицит. Частота,методы диагностики, лечение

Хронический аппендицит возникает после перенесенного острого приступа, закончившегося выздоровлением без оперативного вмешательства. Частота встречаемости увеличивается у пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, но в целом острый и хронический аппендицит может развиваться у человека любого возраста. Для диагностики важны данные анамнеза, косвенными признаками хронического аппендицита при пальпации живота могут быть локальная болезненность в правой подвздошной области, нередко положительный симптом Образцова, иногда – положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Выполняют рентгенконтрастную ирригоскопию толстого кишечника, позволяющую выявить отсутствие или частичное заполнение барием слепого отростка и замедление его опорожнения, что свидетельствует об изменении формы аппендикса, деформации, сужении его просвета. Проведение колоноскопии помогает отвергнуть наличие новообразований в слепой и толстой кишке, а обзорной рентгенографии и УЗИ – в брюшной полости. Клинические анализы крови и мочи больного при хроническом аппендиците, как правило, без выраженных изменений. При установленном диагнозе хронического аппендицита и стойком болевом синдроме показано хирургическое лечение: удаление слепого отростка – аппендэктомия открытым способом или лапароскопическим способом. В ходе операции также выполняют ревизию органов брюшной полости для выявления других возможных причин болей в правой подвздошной области.После операции а/б.

57.малоинвазивная хирургия. Методы и показания к применению

Методы: в основном 2 направления- видеоэндоскопическая хирургия и интервенционная радиология. Видеоэндоскопическая хирургия: Видеолапароскопическая хирургия- (для этих операций нужно: Оптическое оборудование, оборудование для обеспечения доступа в брюшную полость, набор лапароскопических хирургических инструментов. К таким операциям относятся: холецистэктомия, аппендэктомия, Паховая герниопластика,ваготомия, спленэктомия, тФундопликация при диафрагмальных грыжах,адреналэктомия, Резекция толстой кишки, Ушивание перфоративной язвы);торакоскопическая хирургия (Атипическая резекция легкого,лобэктомия,резекция пищевода, Операции на небольших опухолях средостения,).

medfsh.ru

Интервенционная радиология: эндоваскулярная хирургия и чрескожное введение различных инструментов (дренажей, катетеров, эндопротезов, баллонных дилататоров и т. п.) в просвет полых, паренхиматозных органов брюшной полости или их выводных протоков (чаще всего желчевыводящих путей печени). Оперативные вмешательства, выполняемые с помощью интервенционной радиологии, можно разделить на следующие группы:

— восстановление просвета суженных трубчатых структур (артерий, желчевыводящих путей, различных отделов желудочно-кишечного тракта);
— дренирование полостных образований во внутренних органах;
— окклюзия просвета сосудов.

Данные методы применяются для удаление инородных тел, небольших доброкачественных и злокачественных опухолей из бронхов, пищевода, желудка, толстой кишки, папиллотомия и удаление камней из общего желчного протока при желчнокаменной болезни, установка эндопротезов (стентов) при протяженных стриктурах общего желчного протока, расправление заворота сигмовидной кишки при острой кишечной непроходимости, при окклюзии артерий.

58. Холангиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Холангит — 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 и хронический.

Клинически острый холангит характеризуется внезапным повышением 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 — грозного предвестника возможной декомпенсации функции жизненно важных органов, развития полиорганной недостаточности, септического состояния, септического шока. При указанных симптомах системной реакции на воспаление необходимы неотложные меры для того, чтобы не допустить дальнейшего развития осложнений.

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 подпече-ночном пространстве. Это свидетельствует о генерализации инфекции, *т.е.* сепсиса, и неблагоприятном прогнозе.

Помимо клинических данных о наличии острого холангита свидетельствуют гепатомегалия, желтуха, ахоличный кал. Вместе с тем в случае отсутствия полной

medfsh.ru

обтурации желчных путей стул может быть окрашенным. В крови находят лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ, гипербилирубинемию и гипохолестеринемию, рост активности щелочной фосфатазы, АсАТ, АлАТ, тимоловой пробы. У .лиц с хроническим холангитом отмечаются анемия, угнетение иммунной системы. Диагноз уточняют ЭРХГ, УЗИ, интраоперационная ревизия желчных путей.

Хронический склерозирующий холангит —хроническое воспаление желчных путей, сопровождающееся утолщением и склерозам их стенок, которое приводит к обструкции внутрипеченочных желчных протоков. В большинстве случаев это генерализованный процесс, захватывающий все желчные пути. Различают первичный и вторичный склерозирующий хо-лангит, возникающий на фоне желчнокаменной болезни, после хирургических манипуляций и цирроза печени. Этиология склерозирующего холангита неизвестна.

Клинически заболевание проявляется безболевой обтурационной желтухой. Кожные покровы больных приобретают бронзово-желтую окраску. Диагноз нередко становится ясным после исключения рака желчных путей.

Консервативное **лечение** холангита заключается в соблюдении голода в течение первых суток заболевания с последующим переходом на щадящую диету. Для подавления жизнедеятельности возбудителей, вызвавших холангит, применяются антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения в сочетании с метронидазолом, амоксициллин-клавуланат и т.д.). Препараты из группы анальгетиков (анальгин, кеторолак и т.д.) и спазмолитиков (дротаверин, мебеверин и пр.) используются с целью купирования болей, а при выраженной интоксикации осуществляют внутривенные вливания глюкозо-солевых растворов.

В тех случаях, когда причиной развития холангита является паразитарная инвазия, лечение заболевания подразумевает обязательное применение противогельминтных средств (альбендазол и мебендазол, метронидазол и т.д.). С целью защиты печени при застое желчи показано применение препаратов из группы гепатопротекторов (урсодезоксихолиевая кислота, адеметионин и т.д.) в том числе нормализующих обмен желчных кислот. Следует помнить, что холангит не терпит самолечения и поэтому все лекарственные препараты должны приниматься лишь после соответствующего назначения врача.

Корректное лечение холангита невозможно без устранения причины, вызвавшей нарушение оттока желчи по желчевыводящим протокам. В ряде случаев для этого оказывается необходимым применение различного плана хирургических вмешательств (эндоскопическая папиллосфинктеротомия и чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия, лапароскопическая холецистэктомия и др.).

Профилактика холангита заключается в своевременном лечении хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (холецистита, желчнокаменной болезни и панкреатита, гастродуоденита и т.д.), глистных инвазий и протозойных заболеваний.

medfsh.ru

59. Острый гнойный мастит. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Острый мастит — воспаление молочных желез. Заболевание может быть острым и хроническим. Мастит обычно развивается в одной молочной железе; двусторонний мастит встречается в 10% наблюдений. Послеродовой мастит у кормящих женщин составляет около 80—90% всех заболеваний острым маститом.

Этиология и патогенез. Возбудителями мастита обычно является стафилококк, стафилококк в сочетании с кишечной палочкой, стрептококком, очень редко протей, синегнойная палочка, грибы типа кандида. Первостепенное значение придают внутрибольничной инфекции. Входными воротами являются трещины сосков, протоки (при сцеживании молока, кормлении). Инфекция может распространяться на железу гематогенным или лимфогенным путем из других инфекционных очагов. Развитию заболевания способствуют нарушения оттока молока.

Различают следующие **фазы развития** острого мастита: серозную, инфильтративную и абсцедирующую. В фазе серозного воспаления ткань железы пропитана серозной жидкостью, вокруг сосудов отмечается скопление лейкоцитов, характерное для местной реакции на воспаление. При прогрессировании воспалительного процесса серозное пропитывание сменяется диффузной гнойной инфильтрацией паренхимы молочной железы с мелкими очагами гнойного расплавления, которые, сливаясь, образуют абсцессы. Особой тяжестью течения отличаются множественные и гангренозные формы мастита. По локализации абсцессы делят на подкожные, субареолярные, интрамаммарные, ретромаммарные.

Клиническая картина и диагностика. Острый мастит начинается с боли и нагрубания молочной железы, подъема температуры тела. По мере прогрессирования заболевания боль усиливается, увеличивается отек молочной же лезы, в ней четко определяются болезненные очаги плотной инфильтрированной ткани, появляется гиперемия кожи. Подмышечные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере, повышается температура тела, появляется озноб. В крови выявляется лейкоцитоз, повы шение СОЭ. Переход серозной формы мастита в инфильтративную и гнойную происходит быстро — в течение 4—5 дней. Крайне тяжелое состояние больных наблюдается при множественных абсцессах, флегмонозном и ган гренозном мастите. Оно обусловлено переходом контролируемой иммунной системой местной реакции в тяжелый синдром системной реакции на воспаление, при котором контроль иммунной системы ослабевает. В связи этим появляются характерные для тяжелого синдрома системной реакции на воспаление признаки — повышение температуры тела до 39°С и выше пульс учащается до 100—130 в 1 мин, увеличивается частота дыхания, молочная железа становится резко болезненной, увеличивается в объеме. Кожа над очагами воспаления гиперемирована, появляются участки цианоза и отслойки эпидермиса. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, при посеве крови иногда удается выделить бактерии. В моче определяется белок. На этом фоне часто развивается полиорганная недостаточность со смертельным исходом.

medfsh.ru

Лечение. В начальном периоде острого мастита применяют консервативное лечение: возвышенное положение молочной железы, отсасывание молока молокоотсосом. До определения возбудителей инфекции показана антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия. После бактериологического выделения возбудителя препараты назначают с учетом чувствительности микрофлоры. Паралелльно с этим проводят интенсивную терапию для коррекции метаболических сдвигов. При любой форме мастит кормление грудью прекращают, чтобы не инфицировать ребенка. Сцеженное из здоровой груди женщины молоко используют для кормления ребенка лишь после пастеризации.

После излечения мастита несколько раз делают посев молока. При отсутствии роста микрофлоры разрешают восстановить кормление ребенка грудью. При тяжелом течении острого мастита показано подавление лактации. Назначают препараты, ингибирующие секрецию пролактина: бромокриптин (парлодел), комбинацию эстрогенов с андрогенами; ограничивают при ем жидкости. Тугое бинтование груди нецелесообразно. Показанием к подавлению лактации является быстро прогрессирующий мастит, особенно гнойный (флегмонозный, гангренозный).

При абсцедирующем гнойном мастите необходимо хирургическое лечение — вскрытие абсцесса, удаление гноя, рассечение перемычек между гнойными полостями, удаление всех нежизнеспособных тканей, хорошее дренирование двухпросветными трубками для последующего промывания гнойной полости.

Операцию производят под наркозом. Лишь при небольших подкожных абсцессах возможно применение местной анестезии. В зависимости от локализации абсцесса разрез выполняют над местом наибольшего уплотнения или флюктуации. При подкожном и интрамаммарном абсцессах производят радиальный разрез, при околоареолярном — дугообразный по краю ареолы. При ретромаммарном абсцессе разрез Барденгейера по нижней переходной складке молочной железы дает оптимальные возможности для вскрытия ретромаммарного гнойника и близко расположенных гнойников в ткани железы, иссечения нежизнеспособных тканей и дренирования ретромам-марного пространства, при этом появляется возможность вскрыть и глубоко расположенные абсцессы в задних отделах молочной железы, прилегающих к грудной стенке. Во время операции удаляют гной, все некротические ткани и ликвидируют перемычки и затеки. Полость абсцесса промывают антибактериальным раствором и дренируют одной или двумя двухпросветными трубками, через которые в последующем осуществляют промывание полости. Дренирование гнойной раны однопросветной трубкой, рассчитанное на пассивный отток гноя, не обеспечивает достаточное дренирование. От применения однопросветной трубки, а также тампонов, резиновых выпускников и пункционного метода лечения следует отказаться, так как при этом не удается провести полноценную санацию гнойной полости.

60. Методы хирургического лечения больных холециститом.

Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48— 72 ч состояние больного не улучшается, продолжаются или усиливаются боли в животе и защитное

medfsh.ru

напряжение брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или поднимается температура, увеличивается лейкоцитоз, то показано срочное хирургическое вмешательство для предупреждения перитонита и других тяжелых осложнений.

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, через ткань печени эвакуируют его инфицированное содержимое (желчь, гной), после чего в просвете пузыря устанавливают гибкий пластмассовый 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 вынужденных, рискованных для больного оперативных вмешательств на высоте процесса и не производить оперативное вмешательство без надлежащей предоперационной подготовки.

Ситуация значительно усложняется при развитии обтурационной желтухи на фоне острого холецистита. Болезнь может осложниться холангитом, повреждением гепатоцитов, дальнейшим усугублением интоксикации, развитием печеночно-почечной недостаточности. Обтурационная желтуха развивается нередко у лиц пожилого и старческого возраста, компенсаторные возможности организма которых весьма ограничены, и оперативное вмешательство на фоне острого холецистита представляет большой риск. В этой ситуации перспективной является срочная **эндоскопическая папиллотомия.**

Через биопсийный канал дуоденоскопа в большой сосочек двенадцатиперстной кишки вводят тонкую канюлю, после чего с помощью специального папиллотома рассекают его верхнюю стенку. При этом конкременты из протоков либо отходят самостоятельно, либо их удаляют специальными щипчиками с помощью петли (корзинки) Дормиа или зонда Фогарти. Такая манипуляция позволяет ликвидировать желчную и панкреатическую гипер-тензию, уменьшить желтуху и интоксикацию. В последующем выполняют операцию на желчном пузыре в плановом порядке.

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 (холедохото-мия, Т-образный дренаж и др.). В брюшной полости оставляют дренаж для контроля за крово- и желчеистечением.

Летальность после холецистэктомии, выполненной по поводу острого холецистита, составляет 6 — 8%, достигая улиц пожилого и старческого возраста 15-20%.

Холецистостомия (операция образования наружного свища желчного пузыря**)** с удалением конкрементов и инфицированного содержимого желчного пузыря показана в редких

medfsh.ru

случаях, в качестве вынужденной меры при общем тяжелом состоянии пациента и массивном воспалительном инфильтрате вокруг желчного пузыря, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Эта операция позволяет лишь ликвидировать острые воспалительные изменения в стенке желчного пузыря. В отдаленные сроки после операции, как правило, в желчном пузыре вновь образуются конкременты и больных приходится оперировать повторно.

Делают разрез в правом подреберье, отграничивают желчный пузырь салфетками и, опорожнив его пункцией, вскрывают на небольшом протяжении в области дна. Удаляют из пузыря камни и вводят в него резиновую трубку, которую укрепляют кисетным швом к стенке пузыря. Желчный пузырь подшивают к краям раны брюшной стенки. Из наложенного свища желчного пузыря 3—4 недели выделяются желчь и иногда мелкие камни (количество выделившейся желчи необходимо тщательно регистрировать), затем свищ закрывается самостоятельно. Иногда для закрытия свища приходится прибегать к операции.

61.Острый панкреатит. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.

Острый панкреатит — заболевание поджелудочной железы, возникающее

в результате аутолиза тканей поджелудочной железы липолитическими и

активированными протеолитическими ферментами.

Этиология и патогенез. Патогенез острого панкреатита недостаточно изучен.

Причины: 1.аутолиз паренхимы поджелудочной железы.

2. чрезмерное употребление алкоголя и прием жирной пищи. Известно, что алкоголь усиливает тонус и резистентность сфинктера Одди. Это может послужить причиной затруднения оттока экзокринного секрета поджелудочной железы и повышения давления в мелких протоках.3. ЖКБ

4.Травмы

Классификация. В зависимости от причины внутрипротоковой гипертензии различают билиарный и алкогольный панкреатит.

По характеру изменений в поджелудочной железе выделяют: 1) отечный или интерстициальный панкреатит; 2) жировой панкреонекроз и 3) геморрагический панкреонекроз.

Отечная или абортивная форма панкреатита развивается на фоне незначительного, микроскопического повреждения клеток поджелудочной

medfsh.ru

железы. Фаза отека может в течение 1—2 дней превратиться в фазу некроза. При

прогрессирующем панкреатите развивается жировой панкреонекроз, который по мере развития кровоизлияний превращается в геморрагический с

образованием обширного отека в забрюшинной клетчатке и появлением геморрагического выпота в брюшной полости (панкреатогенный асептический перитонит). В ряде случаев наблюдаются смешанные формы панкреатита: геморрагический панкреатит с очагами жирового некроза и жировой панкреонекроз с кровоизлияниями

В зависимости от распространенности процесса различают очаговый, субототальный и тотальный панкреонекроз.

Клиническая картина и диагностика. Клинические симптомы острого

панкреатита зависят от морфологической формы, периода развития и тяжести синдрома системной реакции на воспаление. В начальном периоде заболевания (1—3-й сутки) больные жалуются на резкие, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину (опоясывающие боли), тошноту, многократную рвоту. В редких случаях острый панкреатит протекает без болей, но с резко выраженным синдромом системной реакции, проявляющимся гипотензией, гипоксией, тахикардией, дыхательной недостаточностью, нарушением сознания. Живот обычно мягкий, все отделы участвуют в акте дыхания, иногда отмечают некоторое вздутие живота. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Примерно у 1—2 % тяжелобольных на левой боковой стенке живота появляются синюшные, иногда с желтоватым оттенком пятна (симптом Грея Тернера) и следы рассасывания кровоизлияний в области поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, свидетельствующие о геморрагическом панкреатите. При очень тяжело протекающем панкреатите развивается синдром системного ответа на воспаление, нарушаются функции жизненно важных органов, возникает дыхательная недостаточность, проявляющаяся увеличением частоты дыхания, респираторным дистресс-синдромом взрослых (интерстициальный отек легких, накопление транссудата в плевральных полостях), сердечно-сосудистая недостаточность (гипотензия, частый нитевидный пульс, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек,

medfsh.ru

уменьшение ОЦК, ЦВД, минутного и ударного объема сердца, признаки ишемии миокарда на ЭКГ), печеночная, почечная и гастроинтестинальная недостаточность (динамическая кишечная непроходимость, геморрагический гастрит).

У большинства больных наблюдают расстройство психики: возбуждение,

спутанное сознание, степень нарушения которого целесообразно определять по баллам шкалы Глазго.

Функциональные нарушения печени обычно проявляются желтушной

окраской кожных покровов(при биллиарном панкреатите- механическая желтуха)

Диагностика: данные анамнеза, физикальное обследование, УЗИ,КТ, МРТ, Рентгенография, эзофагогастродуоденоскопию выполняют при желудочно-кишечном кровотечении из острых эрозий и язв, являющихся осложнениями

острого (чаще всего деструктивного) панкреатита, Л а п а р о с к о п и я показана при неясном диагнозе, при необходимости лапароскопической установки дренажей для лечения острого панкреатита

Лечение. Первоочередной задачей является снятие боли и спазма сфинктера Одди. С этой целью назначают ненаркотические анальгетики, спазмолитики, холинолитики. При твердой уверенности в диагнозе допустимо введение и

наркотических анальгетиков. Применение препаратов морфинного ряда,

вызывающих спазм сфинктера Одди, недопустимо.

Для предотвращения гормональной стимуляции экзокринной функции

железы необходимо полностью исключить прием пищи через рот

Важную роль в лечении панкреатита отводят угнетению

секреторной функции желудка с помощью блокаторов Н2-гистаминовых

рецепторов, антацидов, антихолинергических препаратов (гастроцепин,

атропин).

Для борьбы с ферментной токсемией в первой фазе острого панкреатита

medfsh.ru

используют ингибиторы протеаз (трасилол, контрикал, гордокс и др.). Эти

препараты ингибируют протеолитические ферменты и калликреин и тем самым уменьшают интоксикацию.

Для коррекции ОЦК внутривенно вводят растворы коллоидных и кристаллоидных растворов

Парентеральное питание является обязательным компонентом лечения,

так как питание через рот прекращают на 3—5 дней. Энергетические потребности организма больного (30 калорий в день на 1 кг массы тела с последующим повышением до 60 калорий на 1 кг массы тела в день) обеспечивают, вводя концентрированные растворы глюкозы с инсулином, белковые гидролизаты, растворы аминокислот.

Для дезинтоксикации часто применяют форсированный диурез. Антибактериальную терапию при панкреонекрозе проводят как для профилактики инфицирования очагов некроза, так и для лечения уже развивающейся инфекции. Предпочтение отдают антибиотикам широкого спектра действия (цефалоспорины 3—4-го поколения, карбопенемы, аминогликозиды), подавляющим развитие грамположительной и грамотрицательноймикрофлоры. Обязательным компонентом антибактериальной терапии является введение метронидазола (флагил), который избирательно воздействует на неклостридиальную микробную флору.

при выраженном множественном очаговом панкреонекрозе в сочетании

с перитонитом прибегают к поэтапной некрэктомии, т. е. программированиеной ревизии и промывании брюшной полости

ри очаговом панкреонекрозе в области хвоста поджелудочной железы

и безуспешности комплексного интенсивного лечения возможно проведение дистальной резекции железы.

62.Современные принципы комплексного лечения острого перитонита.

Перитонит — острое диффузное воспаление висцеральной и париетальной брюшины, не имеющее тенденции к отграничению. Самой частой причиной перитонита является деструктивный аппендицит (свыше 60 %)

medfsh.ru

Распространенный гнойный перитонит является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству. 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 опрации; в) длительным промыванием брюшной полости через дренажи; г) дренированием 1—2 дренажами; д) созданием лапаростомы;

3) применение адекватной антибактериальной терапии до и после операции;

4) ликвидацию паралитической непроходимости кишечника (аспирация желудочного и кишечного содержимого через гастроинтестинальный зонд, промывание и стимуляция перистальтики кишечника);

5) интенсивную терапию, направленную на восполнение дефицита ОЦК, коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, белкового обмена с помощью массивной инфузионной терапии, парентерального питания, экстракорпоральной детоксикации;

6) поддержание на оптимальном уровне функционального состояния сердечно-сосудистой системы, легких (своевременное проведение искусственной вентиляции), печени, почек (проведение гемодиализа).

В качестве операционного доступа используют срединную лапаротомию. Аспирируют экссудат, в тонкую кишку вводят длинный двухпросветный зонд для аспирации кишечного содержимого. Если источником перитонита является орган, который может быть удален (аппендикс, желчный пузырь,

medfsh.ru

некротический участок кишки), а условия позволяют это сделать, то его удаляют (аппендэктомия, холецистэктомия, резекция кишки и т. п.). В случае перфорации полого органа (язва желудка, двенадцатиперстная кишка) ушивают перфоративное отверстие или производят более радикальную органосохраняющую операцию на желудке. Некротизированные участки кишки при механической кишечной непроходимости или тромбозе мезентериальных сосудов резецируют. Если орган, послуживший причиной перитонита, удалить или вывести на брюшную стенку нельзя, то приходится ограничиваться удалением гноя, подведением дренажей для аспирации гнойного или кишечного содержимого. Брюшную полость в конце операции тщательно промывают 10—15 л изотонического раствора натрия хлорида до чистой воды. К 1 л раствора натрия хлорида необходимо добавлять 100 мл 3 % раствора перекиси водорода

63.Мастопатия. Принципы профилактики.

При этом заболевании наблюдается широкий спектр клинических и гистологических изменений молочных желез, для которого характерно сочетание мелких и средних размеров кист, узловатых образований (фиброаденоматоз, фиброаденоз), пролиферации стромы, гиперплазии и дисплазии эпителия протоков и долек желез.

Таким образом, в процесс вовлекаются все ткани железы.

Каждая женщина должна соблюдать профилактические меры, направленные на предупреждение мастопатии.

Важные принципы профилактики таковы:
1.Родите ребенка

Рождение ребенка (и не единожды). Полноценное грудное вскармливание – вот к чему готовятся молочные железы весь период гормонального становления и репродуктивного возраста. Если этого не происходит, то в организме образуется излишек эстрогена – женского гормона, что и провоцирует развитие мастопатии и не только ее. Но современные леди не готовы ежегодно рожать «для профилактики», поэтому иногда идут на риск, прямиком ведущий к мастопатии – аборт.

2.Грамотно предохраняйтесь

medfsh.ru

Аборт является главным фактором возникновения уплотнений в груди. Настроившись на беременность, организм должен резко повернуть все процессы вспять, что не может положительно сказываться на состоянии молочной железы, ведь к вскармливанию она готовится уже с первой недели после зачатия. забота о методах сексуальной защиты предотвращает риск появления второго фактора развития мастопатии – гинекологических заболеваний. Известно, что до 75% воспалительных заболеваний женской сферы влекут изменения в молочной железе.

3.Ведите активную сексуальную жизнь

4.Избегайте стрессов

Как и многие заболевания, мастопатия является порождением неврологических расстройств. Частые стрессы, психотравмирующие ситуации, постоянное нервное напряжение, депрессивное состояние и бессонница активизируют патологические процессы в том числе в молочных железах.

5. Обследуйтесь раз в год

Молочная железа – гормонально зависимый орган, то есть состояние ее тканей меняется в зависимости от фазы менструального цикла. Его нарушения могут повлечь изменения и в груди. Поэтому при изменениях цикла не откладывайте визит к врачу, возможно, есть необходимость гормональной терапии.

6.Выявляйте сопутствующие заболевания

Спровоцировать мастопатию могут различные эндокринные заболевания яичников, поджелудочной и щитовидной железы, почек, печени. Таким образом своевременное обнаружение и адекватное лечение болезней поможет не допустить развития мастопатии.

7.Знайте свою наследственность

Часто случается, что мастопатия становится семейным заболеванием, поэтому, если вы имеете наследственную предрасположенность по материнской линии, особенно тщательно следите за состоянием груди. Обязательно посоветуйтесь со своим гинекологом о терапевтических методах профилактики. Современная медицина может провести цитологическое исследование оценить риски возникновения мастопатии и

medfsh.ru

рака молочной железы на генетическом уровне, например с помощью выявлении гена BRCA1/2.

8.Ведите здоровый образ жизни

9.Подберите правильное белье

Как тесная одежда вызывает застой крови в органах, так и давящий бюстгальтер ухудшает кровоснабжение в груди.

10.Самообследование и самомассаж

И, наконец, самый важный пункт профилактики – своевременное обнаружение проблемы. Помимо ежегодных визитов к маммологу и гинекологу самостоятельно ежемесячно прощупывайте грудь, тем более что самомассаж тоже является профилактикой мастопатии.

62.Современные принципы комплексного лечения острого перитонита.

Перитонит — острое диффузное воспаление висцеральной и париетальной брюшины, не имеющее тенденции к отграничению. Самой частой причиной перитонита является деструктивный аппендицит (свыше 60 %)

Распространенный гнойный перитонит является абсолютным

показанием к экстренному оперативному вмешательству. 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 опрации; в) длительным промыванием брюшной полости через

дренажи; г) дренированием 1—2 дренажами; д) созданием лапаростомы;

3) применение адекватной антибактериальной терапии до и после операции;

medfsh.ru

4) ликвидацию паралитической непроходимости кишечника (аспирация желудочного и кишечного содержимого через гастроинтестинальный зонд, промывание и стимуляция перистальтики кишечника);

5) интенсивную терапию, направленную на восполнение дефицита ОЦК, коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, белкового обмена с помощью массивной инфузионной терапии, парентерального питания, экстракорпоральной детоксикации;

6) поддержание на оптимальном уровне функционального состояния сердечно-сосудистой системы, легких (своевременное проведение искусственной вентиляции), печени, почек (проведение гемодиализа).

В качестве операционного доступа используют срединную лапаротомию. Аспирируют экссудат, в тонкую кишку вводят длинный двухпросветный зонд для аспирации кишечного содержимого. Если источником перитонита является орган, который может быть удален (аппендикс, желчный пузырь, некротический участок кишки), а условия позволяют это сделать, то его удаляют (аппендэктомия, холецистэктомия, резекция кишки и т. п.). В случае перфорации полого органа (язва желудка, двенадцатиперстная кишка) ушивают перфоративное отверстие или производят более радикальную органосохраняющую операцию на желудке. Некротизированные участки кишки при механической кишечной непроходимости или тромбозе мезентериальных сосудов резецируют. Если орган, послуживший причиной перитонита, удалить или вывести на брюшную стенку нельзя, то приходится ограничиваться удалением гноя, подведением дренажей для аспирации гнойного или кишечного содержимого. Брюшную полость в конце операции тщательно промывают 10—15 л изотонического раствора натрия хлорида до чистой воды. К 1 л раствора натрия хлорида необходимо добавлять 100 мл 3 % раствора перекиси водорода

63.Мастопатия. Принципы профилактики.

medfsh.ru

При этом заболевании наблюдается широкий спектр клинических и гистологических изменений молочных желез, для которого характерно сочетание мелких и средних размеров кист, узловатых образований (фиброаденоматоз, фиброаденоз), пролиферации стромы, гиперплазии и дисплазии эпителия протоков и долек желез.

Таким образом, в процесс вовлекаются все ткани железы.

Каждая женщина должна соблюдать профилактические меры, направленные на предупреждение мастопатии.

Важные принципы профилактики таковы:
1.Родите ребенка

Рождение ребенка и полноценное грудное вскармливание – вот к чему готовятся молочные железы весь период гормонального становления и репродуктивного возраста. Если этого не происходит, то в организме образуется излишек эстрогена – женского гормона, что и провоцирует развитие мастопатии и не только ее.

2.Грамотно предохраняйтесь

Аборт является главным фактором возникновения уплотнений в груди. Настроившись на беременность, организм должен резко повернуть все процессы вспять, что не может положительно сказываться на состоянии молочной железы, ведь к вскармливанию она готовится уже с первой недели после зачатия. забота о методах сексуальной защиты предотвращает риск появления второго фактора развития мастопатии – гинекологических заболеваний. Известно, что до 75% воспалительных заболеваний женской сферы влекут изменения в молочной железе.

3.Ведите активную сексуальную жизнь

4.Избегайте стрессов

Как и многие заболевания, мастопатия является порождением неврологических расстройств. Частые стрессы, психотравмирующие ситуации, постоянное нервное напряжение, депрессивное состояние и бессонница активизируют патологические процессы в том числе в молочных железах.

5. Обследуйтесь раз в год

medfsh.ru

Молочная железа – гормонально зависимый орган, то есть состояние ее тканей меняется в зависимости от фазы менструального цикла. Его нарушения могут повлечь изменения и в груди. Поэтому при изменениях цикла не откладывайте визит к врачу, возможно, есть необходимость гормональной терапии.

6.Выявляйте сопутствующие заболевания

Спровоцировать мастопатию могут различные эндокринные заболевания яичников, поджелудочной и щитовидной железы, почек, печени. Таким образом своевременное обнаружение и адекватное лечение болезней поможет не допустить развития мастопатии.

7.Знайте свою наследственность

Часто случается, что мастопатия становится семейным заболеванием, поэтому, если вы имеете наследственную предрасположенность по материнской линии, особенно тщательно следите за состоянием груди. Обязательно посоветуйтесь со своим гинекологом о терапевтических методах профилактики. Современная медицина может провести цитологическое исследование оценить риски возникновения мастопатии и рака молочной железы на генетическом уровне, например с помощью выявлении гена BRCA1/2.

8.Ведите здоровый образ жизни

9.Подберите правильное белье

Как тесная одежда вызывает застой крови в органах, так и давящий бюстгальтер ухудшает кровоснабжение в груди.

10.Самообследование и самомассаж

И, наконец, самый важный пункт профилактики – своевременное обнаружение проблемы. Помимо ежегодных визитов к маммологу и гинекологу самостоятельно ежемесячно прощупывайте грудь, тем более что самомассаж тоже является профилактикой мастопатии.

64 Послеоперационное ведение больных перитонитом.

Если во время операции выявлен распространенный гнойный перитонит, а источник инфекции удален, то для подавления резидуальной инфекции через установленные дренажные трубки осуществляют постоянное промывание (перитонеальный диализ/лаваж) брюшной полости. Предполагают, что этим достигается дальнейшее механическое очищение брюшной полости от резидуальной инфекции. В первые же сутки

medfsh.ru

в верхние дренажи капельно вводят изотонический раствор хлорида натрия с добавлением к нему калия, натрия, хлора, кальция, учитывая их содержание в крови. Отток раствора происходит через нижние дренажи. Необходимо следить за тем, чтобы жидкость не накапливалась в брюшной полости, а количество введенной и выделенной жидкости было одинаковым. Такой способ промывания (диализа) называют проточным. Если количество оттекающей жидкости значительно меньше количества вводимой, то для предотвращения задержки жидкости в животе переходят на фракционное промывание. В этом случае вводят раствор в тот или иной дренаж и на несколько часов перекрывают его, а затем аспирируют жидкость и экссудат. Фракционное промывание уступает по эффективности проточному. При проточном промывании в течение суток капельно в брюшную полость вводят 8—10 л раствора, при фракционном — 2—3 л. Проточное промывание проводят в течение 2—3 дней. За это время, как правило, удается более или менее хорошо отмыть брюшную полость, удалить накапливающийся экссудат и пленки фибрина. Несмотря на промывание в брюшной полости образуются рыхлые спайки, отграничивающие дренажи от свободной брюшной полости, препятствующие ирригации всех отделов ее. Дальнейшее проведение промывания становится нецелесообразным. В настоящее время для лечения распространенного гнойного перитонита с успехом применяют программированное промывание (повторную ревизию и санацию) брюшной полости. В этом случае после операции края раны брюшной стенки лишь сближают швами на специальных прокладках. Через не полностью закрытую рану (лапаростому) происходит отток экссудата из брюшной полости. В зависимости от общего состояния пациента через 24— 48 ч проводят повторную ревизию брюшной полости, промывая ее, как во время операции. Повторные ревизии прекращают, когда брюшная полость становится чистой, а экссудат прозрачным.

Антибактериальная терапия включает введение антибиотиков внутривенно или внутримышечно. Вводят антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины последнего поколения, аминогликозиды, метронидазол или карбопенемы). Предпочтение отдается комбинации из 2—3 препаратов разных групп, для того чтобы воздействовать на анаэробную и аэробную флору. После результатов на чувствительность к а/б назначают препарат с учетом чувствительности микрофлоры.

В послеоперационном периоде производят постоянную аспирацию содержимого кишечника и желудка. Через зонд можно вводить энтеросорбенты, не всасывающиеся в кишечнике антибактериальные препараты. Периодически зонд и кишечник необходимо промывать. Указанные мероприятия позволяют уменьшить интоксикацию и транслокацию эндотоксинов и бактерий. Для стимуляции кишечника используют антихолинэстеразные препараты, накожную электростимуляцию кишечника, клизмы.

Перед операцией и после нее необходимо проводить адекватную интенсивную терапию для коррекции нарушений гомеостаза. При этом необходимо учитывать и восполнять ощутимые потери воды и электролитов (потери жидкости с мочой, рвотой, выделениями по дренажам и кишечному зонду), а также неощутимые потери (выделение жидкости с потом и выдыхаемым воздухом) — приблизительно 1 — 1 , 5 л/сут.

Для проведения инфузионной терапии сразу после поступления тяжело больного в стационар ему необходимо ввести зонд в желудок для предотвращения аспирации содержимого желудка в дыхательные пути при индукции наркоза, подключичный катетер для быстрого восполнения ОЦК и измерения центрального венозного давления с целью контроля за адекватностью введения растворов. В мочевой пузырь вводится катетер для измерения почасового диуреза.

Восполнение дефицита ОЦК: в/в кристаллоидные растворы(0,9% раствор натрия хлорида, 5% и 10% растворы глюкозы) ,затем коллоидные растворы для поддержания онкотич. давления плазмы и удержания жидкости в сосуд. русле (полиглюкин,

medfsh.ru

реополиглюкин, гемодез). Для устранения ДВС-синдрома применяют препараты, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин, дезагреганты, гепарин).

Для парентерального питания используют 10—20% растворы глюкозы, легкоусвояемые растворы аминокислот, жировые эмульсии. Позднее, когда восстановится перистальтика кишечника, приступают к энтеральному зондовому, а затем и пероральному питанию.

Для дезинтоксикации организма используют методику гемодилюции с форсированным диурезом (введение фуросемида), в более тяжелых случаях -— экстракорпоральные методы очищения организма (плазмаферез — более эффективный метод, а также плазмо- и гемосорбцию).

65. Осложнения после операции на желудке. Диагностика, лечение, профилактика. Сокращала, как могла.

Операции на желудке изменяют его форму и функции. Наиболее заметные изменения наблюдаются после резекции желудка и ваготомии с пилоропластикой, разрушающей привратник и его функции. К синдромам, обусловленным морфологическими изменениями, относят синдром малого желудка, рецидив язвы, синдром приводящей петли, рефлюкс-эзофагит и рефлюкс-гастрит. К синдромам, вызываемым послеоперационными функциональными нарушениями, относят демпинг-синдром, диарею, анемию, мальабсорбцию, метаболические расстройства.

Расстройства, возникающие у больных после резекции желудка, связывают: 1) с утратой резервуарной функции желудка вследствие удаления значительной его части; 2) с быстрой эвакуацией содержимого культи в двенадцатиперстную или тощую кишку в связи с удалением привратника; 3) с исключением пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке и снижением ее участия в нейрогуморальной регуляции пищеварения (при резекции желудка по способу Бильрот-П); 4) с функциональными и метаболическими расстройствами.

Демпинг-синдром (ранний демпинг-синдром) — комплекс симптомов нарушения гемодинамики и нейровегетативных расстройств в ответ на быстрое поступление желудочного содержимого в тонкую кишку. *Диагностика* основывается на характерных симптомах демпинг-реакции -слабость, потливость, головокружение, обморочное состояние, "приливы жара" во всем теле, сердцебиение через 10—15 мин после приема пищи, особенно после сладких, молочных, жидких блюд. При объективном обследовании во время демпинг-реакции отмечают учащение пульса, колебание артериального давления, падение ОЦК. При рентгенологическом исследовании выявляют быстрое опорожнение оперированного желудка (у больных после резекции по Бильрот-2 эвакуация часто осуществляется по типу "провала"), отмечается ускоренный пассаж контраста по тонкой кишке, дистонические и дискинетические расстройства.
Лечение. Консервативное лечение применяют при легкой и средней степени тяжести демпинг-синдрома. Основа- диетотерапия: частое высококалорийное питание небольшими порциями (5—6 раз в день), полноценный витаминный состав пищи, заместительная витаминотерапия преимущественно препаратами группы В, ограничение углеводов и жидкости. Все блюда готовят на пару или отваривают. Пищу рекомендуется принимать в теплом виде. Замедления эвакуации содержимого из желудка и снижения перистальтики тощей кишки добиваются, назначая координакс (цизаприд). Также используют октреотид — синтетический аналог соматостатина (подкожно). Заместительная терапия-панкреатин, панзинорм, фестал, поливитамины с

medfsh.ru

микроэлементами. *Хирургическое лечение* применяют при тяжелом демпинг-синдроме (III степень) и неэффективности консервативного лечения при демпинг-синдроме II степени. Наиболее распространенной реконструктивной операцией является реконверсия Бильрот-П в Бильрот-I или Бильрот-Н с гастроеюналь-ным анастомозом на выключенной по Ру петле. Применяют также гастроеюнодуоденопластику.

Гипогликемический синдром (поздний демпинг-синдром) развивается через 2—3 ч после приема пищи. *Клиническая картина и диагностика.* Характерны остро развивающееся чувство слабости, головокружение, резкое чувство голода, сосущая боль в эпигастральной области, дрожь, сердцебиение, снижение артериального давления, иногда брадикардия, бледность кожных покровов, пот. Возможна потеря сознания. Эти симптомы быстро проходят после приема небольшого количества пищи, особенно богатой углеводами. Симптомы гипогликемии могут возникать при длительных перерывах между приемами пищи, после физической нагрузки.

Лечение. Ликвидируют демпинг-синдром. Для нормализации моторно-эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта назначают: метоклопрамид, цизаприд или сульпирид.

Синдром приводящей петли. Может развиваться после резекции желудка по методу Бильрот-2, особенно в модификации Гофмейстера—Финстерера. При этой операции нередко создаются благоприятные условия для попадания пищи из культи желудка в короткую приводящую петлю, т. е. в двенадцатиперстную кишку. При застое содержимого в двенадцатиперстной кишке и повышении давления в ней в раннем послеоперационном периоде может возникнуть несостоятельность ее культи. *Диагностика.* Больных беспокоят боли в эпигастральной области и в правом подреберье после приема пищи (особенно жирной). Боли носят тупой, иногда схваткообразный характер, иррадиируют под правую лопатку, интенсивность их обычно нарастает в конце дня. Вслед за этим наступает обильная рвота желчью вследствие внезапного опорожнения содержимого растянутой приводящей петли в культю желудка. После рвоты обычно наступает облегчение.

При рентгенологическом исследовании натощак в культе желудка определяется жидкость, попавшая в ее просвет в связи с рефлюксом из приводящей петли. Контрастное вещество, введенное в культю желудка, быстро поступает в приводящую петлю и длительно задерживается в ней.

Лечение. Эндоскопическое дренирование приводящей петли назоинтестинальным зондом для декомпрессии и промывания ее, антибактериальная терапии. Назначают прокинетики, нормализующие моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (координакс, метоклопрамид холестирамин). Хирургическое лечение показано при тяжелых формах синдрома приводящей петли с частой и обильной желчной рвотой. Во время операции устраняют анатомические условия, способствующие попаданию и застою содержимого в приводящей петле. Наиболее обоснованной операцией является реконструкция анастомоза по Гофмейстеру—Финстереру и анастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки или Бильрот-1.

Рефлюкс-гастрит. Развивается вследствие заброса в культю желудка желчных кислот, лизолецитина и панкреатического сока, находящихся в дуоденальном содержимом. *Клиническая картина и диагностика.* Основными симптомы- боль в эпигастральной области, срыгивание и рвота, потеря массы тела. Боль усиливается после приема пищи, бывает тупой, иногда жгучей. Частая рвота не приносит облегчения. Больных беспокоит ощущение горечи во рту. Присоединение рефлюкс-эзофагита сопровождается изжогой, дисфагией. При прогрессировании болезни развиваются гипо- и ахлоргидрия, анемия, похудание.

Повторные воздействия желчи и кишечного содержимого на слизистую оболочку оперированного желудка, особенно в области анастомоза, могут вызвать эрозивный гастрит, а впоследствии привести к атрофическим изменениям слизистой оболочки с

medfsh.ru

кишечной метаплазией и дисплазией эпителия желудка. Эрозивный гастрит сопровождается потерей крови и способствует развитию гипохромной анемии. Выявляют при рентгенологическом исследовании. При эндоскопии находят желчь в оперированном желудке, гиперемию и отечность слизистой оболочки, однако небольшое количество желчи в желудке не дает основания для диагноза рефлюкс-гастрита. Более надежны и информативны радиоизотопная сцинтиграфия и биопсия слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптатов обнаруживают изменения, характерные для гастрита, и определяют вид заболевания.

Лечение. Консервативное лечение включает диетотерапию и лекарственную терапию. Обычно назначают холестирамин, сукральфат (вентер), антацидные препараты, содержащие гидроксиды магния и алюминия, связывающие желчные кислоты; препараты, нормализующие моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (метоклопрамид, координакс). Хирургическое лечение показано при значительной выраженности симптомов и значительной продолжительности заболевания, а также в случае развития осложнений в виде кровотечения из эрозий и возникновения анемии.Операцию проводят с целью отведения дуоденального содержимого от оперированного желудка. Наиболее эффективной считают реконструктивную операцию с формированием гастроеюнального анастомоза по Ру.

Метаболические нарушения развиваются чаще после обширной дистальной резекции желудка или гастрэктомии вследствие удаления значительной части париетальных клеток желудка, секретирующих фактор Касла. У ряда пациентов развивается железодефицитная анемия, дефицит витамина B_{12}. При мальабсорбции нарушается всасывание многих ингредиентов пищи, часто возникает стеаторея. Это приводит к резкому похуданию и даже кахексии. *Лечение.* Обычно рекомендуют принимать высококалорийную пищу малыми порциями по нескольку раз в день. Витамин B_{12}, препараты железа (тардиферон, железа глюконат, ферронал и др.). В тяжелых случаях показано стационарное лечение с целью корригирования метаболических нарушений.

Рецидив язвы. После операции на желудке по поводу язвенной болезни (резекция или ваготомия) с :большей или меньшей частотой возникает рецидив язвы. Причины; недостаточное снижение продукции соляной кислоты вследствие экономной резекции или оставление части слизистой оболочки антрального отдела над культей двенадцатиперстной кишки. В связи с выключением регулирующей кислотопродукцию функции антрального отдела оставшиеся гастринпродуцирующие клетки продолжают выделять гастрин и поддерживать достаточно высокий уровень выделения соляной кислоты в культе желудка. Синдром Золлингера—Эллисона включает триаду симптомов: 1) первичную пептическую язву, локализующуюся преимущественно в двенадцатиперстной кишке, часто рецидивирующую, несмотря на адекватное медикаментозное и стандартное хирургическое лечение; 2) резко выраженную гиперсекрецию соляной кислоты, обусловленную избыточным выделением гастрина; 3) наличие гастриномы — нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы, выделяющей гастрин. Заподозрить наличие синдрома Золлингера—Эллисона позволяют агрессивное течение язвенной болезни, частые рецидивы и осложнения (кровотечение, перфорация в анамнезе), малая эффективность лечения, рецидив язвы после стандартной операции на желудке. Важным критерием для дифференциальной диагностики является определение концентрации гастрина в крови и продукции соляной кислоты. Наиболее информативными методами диагностики являются эндоскопия и рентгенологическое исследование.

Лечение. При рецидиве язвы после ваготомии хороший эффект дает применение одного антисекреторного препарата (омепразола, ранитидина, фамотидина, сукральфата) и двух антибиотков для эрадикации геликобактер-ной инфекции (триплексная схема). Отмечено, что маргинальные язвы, располагающиеся на месте гастроеюнального соединения, плохо поддаются медикаментозному лечению. В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения или при появлении опасных для жизни осложнений

medfsh.ru

показано реконструктивное хирургическое вмешательство. Целью операции является устранение причины рецидива язвы.

66. Острый холецистит. Определение понятия, клиника, лечение.

-острое воспаление желчного пузыря. Острый холецистит при желчнокаменной болезни называют "каменным" в противоположность "бескаменному", возникающему при отсутствии камней в желчном пузыре.

Клиническая картина. Различают следующие клинико-морфологические формы острого холецистита: катаральный, флегмонозный и гангренозный. 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. Развивается умеренная тахикардия до 80—90 ударов в 1 мин, иногда наблюдается некоторое повышение артериального давления. Язык влажный, может быть обложен беловатым налетом. Живот участвует в акте дыхания, отмечается лишь некоторое отставание верхних отделов правой половины брюшной стенки в акте дыхания. 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 имеет более выраженную клиническую симптоматику: 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, тахикардия возрастает до 100 ударов в 1 мин и более. Живот несколько вздут за счет пареза кишечника, при дыхании больной щадит правую половину брюшной стенки, кишечные шумы ослаблены. 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 • 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. На первый план выступают 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 некоторое уменьшение болевых ощущений и кажущееся улучшение общего состояния больного. Это связано с гибелью чувствительных нервных окончаний в желчном пузыре. Однако довольно быстро этот период мнимого благополучия сменяют нарастающая интоксикация и симптомы распространенного перитонита. Состояние больных становится тяжелым. Защитное напряжение мышц передней брюшной стенки становится более выраженным, выявляются симптомы раздражения брюшины.

Лечение. Все больные находятся в стационаре под постоянным наблюдением хирурга. При наличии симптомов местного или распространенного перитонита показана

medfsh.ru

экстренная операция. В остальных случаях проводят консервативное лечение. Ограничивают прием пищи, разрешая лишь щелочное питье (кислое желудочное содержимое, белки и жиры стимулируют выделение кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы). Для уменьшения болей применяют ненаркотические анальгетики. Болевые ощущения могут быть уменьшены благодаря применению холинолитических спазмолитиков (атропин, платифиллин, баралгин, но-шпа). На область правого подреберья кладут пузырь со льдом для уменьшения кровенаполнения воспаленного органа. Для подавления активности микрофлоры назначают антибиотики широкого спектра действия, за исключением препаратов тетрациклинового ряда, обладающих гепатотоксическими свойствами. Для дезинтоксикации и парентерального питания назначают инфузионную терапию в общем объеме не менее 2—2,5 л растворов в сутки. Если на фоне проводимого лечения острого холецистита в течение 48— 72 ч состояние больного не улучшается, продолжаются или усиливаются боли в животе и защитное напряжение брюшной стенки, учащается пульс, сохраняется на высоком уровне или поднимается температура, увеличивается лейкоцитоз, то показано срочное хирургическое вмешательство для предупреждения перитонита и других тяжелых осложнений.

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.

67.Современные методы обследования больных язвенной болезнью желудка и 12-персной кишки. Гастродуоденофиброскопия.

Секреция желудочного сока исследуется путем зондирования желудка тонким зондом и pH-метрии

Эзофагогастродуоденоскопия является основным методом диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и решающим — в диагностике злокачественных новообразований, так как дает возможность произвести гастробиопсию, взять материал для цитологического и гистологического исследований. Во время эндоскопического исследования по специальным - показаниям выполняют pH-метрию, измеряют интрамуральную разность потенциалов в пищеводе,

medfsh.ru

разных отделах желудка и двенадцатиперстной кишке, производят лечебные манипуляции (удаление полипа, термокоагуляция кровоточащих сосудов, вводят в слизистую оболочку препараты для остановки кровотечения).
Рентгенологическое исследование применяют для выявления функциональных нарушений, локализации, характера, протяженности патологических изменений
После обзорной рентгеноскопии больному дают контрастное вещество — водную взвесь сульфата бария. Исследование проводят в различных проекциях при вертикальном и горизонтальном положениях больного, а при необходимости и в положении Тренделенбурга.
Во время исследования изучают форму, величину, положение, тонус, контуры органа и его смещаемость (активную и пассивную), перистальтику, эластичность стенок, функцию привратника, сроки начала и завершения эвакуации.
Опорожнение желудка происходит отдельными порциями и заканчивается через 1 '/2—2 ч. При зиянии привратника эвакуация завершается быстрее, при сужении выхода из желудка — значительно медленнее. Иногда при органическом стенозе выходного отдела желудка контрастная масса задерживается в нем в течение нескольких дней.
Полезную информацию дает УЗИ органов брюшной полости. Наиболее точные сведения об изменениях в стенке желудка и расположенных по малой и большой кривизне лимфатических узлах можно получить при эндоскопическом ультразвуковом исследовании. Компьютерная томография позволяет определить опухоль, ее размеры и распространенность.
Гастродуоденофиброскопия. Осмотр слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью специального оптического прибора -гастроскопа, является сейчас одним из основных инструментальных методов исследования. ФГДС может быть диагностической или лечебной, а по срочности ее выполнения - экстренной или плановой. Плановая ФГДС проводится утром натощак, экстренная - в любое время суток.
При ФГДС обращают внимание на количество содержимого в желудке и его характер (слизь, желчь, кровь), оценивают состояние слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки (отек, покраснение.эрозии, кровоизлияния в слизистую оболочку, атрофии, гипертрофии). Отмечают все характеристики язвенного дефекта (локализацию, форму, размеры, состояние краев, дна и окружающей слизистой оболочки), опухолевых изменений (размеры, характер роста и другие). Уточняют наличие или отсутствие деформации желудка и 12-перстной кишки, выраженность перистальтики, наличие двигательных нарушений (заброс желудочного содержимого в пищевод или содержимого 12-перстной кишки в желудок, нарушение эвакуации из желудка его содержимого).
При необходимости (в первую очередь при обнаружении в желудке язв. опухоли, полипов) ФГДС дополняют гастробиопсией (отщипывание кусочка слизистой с последующим его исследованием). Биопсия является достаточно ответственной манипуляцией. До 5-10% всех биопсий при инфильтративно-язвенной форме рака желудка дают ложноотрицательный результат, что может привести к выбору неправильной тактики лечения и в итоге отразиться на судьбе больного.

68.Динамическая кишечная непроходимость. Клиника, методы лечения.

Паралитическая непроходимость кишечника обусловлена значительным угнетением или даже полным прекращением перистальтической активности кишечника, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки.
Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обусловливает застой содержимого в кишечнике. Наиболее часто паралитический илеус наблюдается у больных с перитонитом. Основной причиной является воспаление,ишемия стенки кишки, нарушение функции ауэрбахова и мейснерова нервных сплетений в стенке кишки.

medfsh.ru

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

По сравнению с механической кишечной непроходимостью рвота при динамической непроходимости наблюдается реже, хотя при развитии перитонита она может быть многократной.Живот равномерно вздут, пальпаторно определяют резистентность брюшной стенки. При аускультации перистальтические шумы ослаблены или отсутствуют.

Отдельную тяжелую группу составляют те виды паралитической непроходимости, которые возникают в связи с острыми нарушениями кровообращения в мезентериальных сосудах. При обзорной рентгеноскопии живота наблюдается равномерное вздутие всех отделов кишечника, преобладание в раздутой кишке газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости как в тонкой, так и в толстой кишке одновременно.
Л**ечение**. В первую очередь необходимо устранить патологический процесс, приведший к развитию паралитической непроходимости кишечника. Для восстановления моторной функции кишечника и устранения его пареза применяют аминазин, снижающий угнетающее действие на перистальтику симпатической нервной системы, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), активирующие перистальтику путем усиления влияния парасимпатической нервной системы на контрактильную функцию кишечника,клизму через 30—40 мин после введения препаратов.

Необходима определенная последовательность в использовании этих препаратов. Вначале вводят аминазин или аналогичные ему лекарственные средства, через 45—50 мин — прозерин, затем назначают очистительную клизму. Эффективна также электростимуляция кишечника. В последние годы появились новые препараты — прокинетики (цисаприд и его производные), применяемые для стимуляции моторной деятельности кишечника.
Больным проводят постоянную декомпрессию желудка и кишечника путем аспирации с помощью назоеюнального зонда, устанавливаемого в просвет тощей кишки с помощью эндоскопа.
Хирургическое лечение при паралитической непроходимости кишечника показано лишь в случаях возникновения ее на фоне перитонита, тромбоза или эмболии брыжеечных сосудов.

Спастическая непроходимость кишечника Затруднение или полное прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки. Длительность спазма может быть различная — от нескольких минут до нескольких часов.
Клиническая картина и диагностика. Сильные схваткообразные висцеральные боли без определенной локализации. В период схваток больной мечется по кровати, кричит. Диспепсические расстройства нехарактерны. Задержка стула и газов наблюдается не у всех больных, она редко бывает стойкой. Общее состояние больного нарушается незначительно. Живот имеет чаще обычную конфигурацию, если же брюшная стенка втянута, то он принимает ладьевидную форму.

При обзорной рентгеноскопии живота выявляют спастически атоническое состояние кишечника. Иногда по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой по ходу

medfsh.ru

брыжейки тонкой кишки. При контрастном исследовании пищеварительного тракта с барием определяют замедленный пассаж бариевой взвеси по тонкой кишке, четкообразные участки вздутия кишечника.

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

69 Принципы диспансеризации хирургических больных.

Диспансеризацию хирургических больных проводит фельдшер ФАП под руководством хирурга-куратора.
Различают два вида диспансеризации. Это диспансеризация больных, страдающих определенными хроническими заболеваниями, и диспансеризация отдельных контингентов здоровых. Примером последнего метода может служить диспансеризация детей, беременных или групп, объединенных какими-то особенностями труда и жизни, например, механизаторов, работников молочных ферм, пастухов и др.

При диспансеризации хирургических больных нужно выделить следующие группы лиц:
• лица, страдающие хроническими хирургическими заболеваниями (по отдельным болезням);
• лица, перенесшие оперативные вмешательства.
Первая группа — здоровые лица — подлежит профилактическому осмотру один раз в год перед началом интенсивных полевых работ. При выявлении каких-либо хирургических заболеваний или необходимости стационарного обследования этих больных направляют в поликлинику или стационар для обследования и хирургической санации согласно плану, составленному врачом. Диспансеризацию второй группы — больных с хроническими хирургическими заболеваниями — проводят 2—4 раза в год с участием не только хирургов, но и врачей других специальностей. Основной задачей диспансерных осмотров является активная хирургическая санация больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезнью, хроническим холециститом, грыжами, варикозным расширением вен нижних конечностей, хроническим остеомиелитом и др.

С помощью хирурга-куратора выявляют лиц, подлежащих плановому оперативному вмешательству, и составляют план направления в хирургическое отделение. Эти больные перед направлением в ЦРБ подлежат обследованию в поликлинике. Предварительное предоперационное амбулаторное обследование сокращает время пребывания пациента на больничной койке, что значительно удешевляет лечение.

Часть больных, страдающих теми или иными хроническими хирургическими заболеваниями, в силу разных обстоятельств не могут быть радикально оперированы из-за запущенности процесса или общих противопоказаний. Больные этой группы нуждаются в консервативной терапии, целью которой должно быть максимальное восстановление здоровья и трудоспособности. План их лечения, направление в стационар, санаторно-курортное лечение и др. также составляет хирург с учетом сезонности обострения болезни.

Выделяют и другую группу пациентов, которые по своему заболеванию нуждаются в санаторно-курортном лечении или в лечении в центре реабилитации, например, после резекции желудка по поводу язвы, холецистэктомии и т.п.

medfsh.ru

Следующая группа — это больные, требующие поддерживающего лечения или проведения противорецидивного курса. Сюда включают больных хроническими заболеваниями сосудов, рожей, фурункулезом, трофическими язвами, не подлежащих в силу ряда причин радикальному лечению.

70. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений. Влияние факторов внешней среды на исход.

Кровотечение разной степени интенсивности может происходить из артерий, вен, капилляров. Различают кровотечения скрытые (оккультные), проявляющиеся вторичной гипохромной анемией, и явные.Скрытые кровотечения часто бывают хроническими и происходят из капилляров, сопровождаются железодефицитной анемией, слабостью, снижением гемоглобина и эритроцитов. Скрытое кровотечение можно выявить исследованием кала или желудочного содержимого на присутствие крови (бензидиновая или гваяковая пробы). Источниками желудочно-кишечных кровотечений чаще всего являются язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, стрессовые язвы, острые эрозии слизистой оболочки (эрозивный гастрит). Реже кровотечения наблюдаются при синдроме Мэллори—Вейса (продольный разрыв слизистой оболочки кардиального отдела желудка, возникающий при многократной рвоте).

Клиническая картина и диагностика. Ранними признаками острой массивной кровопотери являются внезапная слабость, головокружение, тахикардия, гипотония, иногда обморок. Позже возникает кровавая рвота, а затем мелена. Многократная кровавая рвота и появление впоследствии мелены наблюдаются при массивном кровотечении. Рвота, повторяющаяся через короткие промежутки времени, свидетельствует о продолжающемся кровотечении; повторная рвота кровью через длительный промежуток времени — признак возобновления кровотечения. При обильном кровотечении кровь способствует быстрому раскрытию привратника, ускорению перистальтики кишечника и выделению испражнений в виде "вишневого желе" или примеси малоизмененной крови. При осмотре обращают на себя внимание страх и беспокойство больного. Кожные покровы бледные или цианотичные, влажные, холодные. Пульс учащен; артериальное давление может быть нормальным или пониженным. Дыхание учащенное. При значительной кровопотере больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта. По данным эндоскопического исследования различают три стадии язвенных кровотечений (по Форрест), имеющие значение в алгоритме выбора метода лечения:

I стадия — активно кровоточащая язва.

II стадия — признаки остановившегося свежего кровотечения, видны тромбированные сосуды на дне язвы, сгусток крови, прикрывающий язву или остатки крови в желудке или двенадцатиперстной кишке.

III стадия — отсутствие видимых признаков кровотечения. Иногда указанные стадии обозначают как Форрест 1; 2; 3.

Хирургическое лечение кровоточащей язвы. Экстренная операция показана больным с активным кровотечением (Форрест 1), которое не удается остановить эндоскопическими и другими методами; ее необходимо проводить в ранние сроки от начала кровотечения, так как прогноз при поздних вмешательствах резко ухудшается. При геморрагическом шоке и продолжающемся кровотечении операцию проводят на фоне массивного переливания крови, плазмозамещающих растворов и других

medfsh.ru

противошоковых мероприятий. Срочная операция показана больным, у которых консервативные мероприятия и переливание крови (до 1500 мл за 24 ч) не позволили стабилизировать состояние больного. После остановки кровотечения (Форрест 2—3) операция показана больным с длительным язвенным анамнезом, рецидивирующим кровотечением, каллезной и стенозирующей язвой, при возрасте пациента свыше 50 лет. При кровоточащей язве желудка рекомендуются следующие операции: стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка и гастроеюнальным анастомозом по Ру или Бильрот-I. У ослабленных больных предпочтительнее малотравматичная операция — стволовая ваготомия, гастротомия с иссечением язвы и пилоропластикой. Наконец, при крайне тяжелом общем состоянии допустимы гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда или иссечение язвы с последующим наложением шва.

При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки производят стволовую или селективную проксимальную ваготомию с прошиванием кровоточащих сосудов и пилоропластикой; при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и желудка — стволовую ваготомию в сочетании с антрумэктомией и анастомозом по Ру.

Если консервативная терапия была эффективна, кровотечение не возобновилось, то больных оперируют в плановом порядке после предоперационной подготовки, проводимой в течение 2—4 нед в целях заживления язвы или уменьшения периульцерозного воспаления. Летальность после операций колеблется от 5 до 15%.

При синдроме Мэллори—Вейса применяют тампонаду зондом Блейкмора. При безуспешности тампонады производят операцию гастротомии с ушиванием дефекта слизистой оболочки.

Факторы, определяющие исход кровотечений

1. Общее состояние организма - легче переносят кровопотерю здоровые люди, устойчивость организма к кровопотере снижают травма, анемия, голодание, психическая и физическая перегрузка, длительные операции, сердечная недостаточность, нарушение свертывающей системы крови.
2. Эффективность механизмов адаптации к кровопотере - быстрее адаптируются к кровопотере женщины и доноры, так как потеря крови при менструации или постоянное донорство создают благоприятные условия для развития компенсаторных реакций, необходимых для адаптации организма к острой анемии.
3. Пол и возраст - играют значительную роль в исходе кровопотери. Женщины легче переносят кровопотерю, чем мужчины. В силу анатомо-физиологических особенностей организма, а также функционального состояния сердечно-сосудистой системы дети и старики тяжело переносят кровопотерю.
6. Неблагоприятные факторы внешней среды - переохлаждение и перегревание отрицательно сказываются на приспособляемость организма к кровопотере.

71. Заболевания ободочной кишки. Классификация. Методика обследования больных. Фиброколоноскопия. Влияние факторов внешней среды на исход.

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).

medfsh.ru

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.

Методы исследования толстого кишечника. Заболевания ободочной кишки относятся к разделу проктологии, к нему же принадлежат и заболевания прямой кишки. Поэтому методы исследования больных с заболеваниями ободочной и прямой кишок целесообразно рассмотреть совместно.

Для успешного исследования ободочной и прямой кишок необходимо накануне подготовить кишечник. Обследование по срочным показаниям можно проводить без специальной подготовки, которая состоит только из очистительной клизмы. Вначале клизму ставят накануне вечером, а затем в 7 – 8 утра – в день обследования. При подготовке к рентгенологическому исследованию ободочной кишки накануне вечером больному не дают есть. В 5 ч утра ему ставят очистительную клизму.

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.

medfsh.ru

Контрастный завтрак, контрастная клизма, исследование рельефа слизистой, метод «двойного контраста» – этапы полноценного рентгенологического исследования. Их нельзя рассматривать как заменяющие или как конкурирующие методы. Однако из всех этих способов наибольший удельный вес имеет контрастная клизма, которую вводят под контролем экрана, с пальпаторным исследованием через переднюю брюшную стенку и рентгенограммами. Контрастная клизма – наилучший метод для уточнения расположения опухоли, она помогает хирургу в выборе оперативного доступа, в ориентировке при лапаротомии, а также в составлении плана оперативного вмешательства.

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.

Фиброколоноскопия кишечника (ФКС) – это эффективный точный и современный метод эндоскопического исследования прямой и толстой кишки с помощью прибора – фиброколоноскопа

Показания к фиброколоноскопии — подозрение на заболевание толстой кишки при отрицательных данных рентгенологического исследования; доброкачественные и злокачественные новообразования; удаление небольших доброкачественных опухолей; биопсия.

Противопоказания к фиброколоноскопии — сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, дивертикулит, запущенные формы язвенного колита.

Подготовка больного к исследованию:
1) щадящая бесшлаковая диета в течение 3 дней; 2) вечером накануне исследования прекратить прием пищи; 3) 30—50 мл касторового масла накануне исследования, а после стула — очистительная клизма; 4) очистительная клизма на ночь перед исследованием.

Положение больного — на левом боку. Анестезия не требуется. По показаниям за 1 ч перед исследованием вводят 1 мл 2 % раствора промедола или 2 мл 0,5 % раствора седуксена. Аппарат смазывают вазелином или мыльным раствором и вводят под контролем зрения, инсуффлируя небольшое количество воздуха для расправления стенок кишки.

Введение воздуха может сопровождаться неприятными ощущениями, связанными с растяжением кишки.
Осложнения фиброколоноскопии — перфорация (редко) и кровотечение после биопсии. В обоих случаях показано направление больного в стационар. В стационаре в случае перфорации — неотложная операция. При кровотечении — гемостатическая терапия.

72. Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, лечение. Влияние факторов внешней среды на течение.

Хронический неспецифический язвенный колит - это хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание толстой кишки с преимущественным поражением слизистой оболочки в виде эрозивно-язвенных изменений. Хронический неспецифический язвенный колит имеет хроническое рецидивирующее течение, которое нередко сопровождается развитием грозных осложнений.
Этиология. Причина развития хронического неспецифического язвенного колита до сих пор окончательно не выяснена. Существует множество теорий развития язвенного колита.

medfsh.ru

Предположительно в развитии хронического неспецифического язвенного колита может участвовать инфекция. Однако, до сих пор выделить какой-либо возбудитель из содержимого толстого кишечника не удалось. Есть сведения о генетической предрасположенности к этому заболеванию. Существует также аллергическая, ферментативная, нейрогенная теория развития заболевания. Наибольшее распространение получила развитие иммунная теория развития болезни. В норме иммунная система человека в организме вырабатывает особые защитные белки сыворотки крови (антитела), которые действуют на чужеродные агенты, попадающие в организм, и помогают обезвреживать их. При сбое в работе иммунной системы начинают вырабатываться аутоантитела, то есть антитела направленные против клеток самого организма человека с развитием аутоиммунного воспаления. Развивается аутоиммунное заболевание. При язвенном колите антитела начинают атаковать клетки слизистой оболочки толстой кишки и разрушают их. К сожалению, на данный момент ни одна из этих теорий не объясняет причину и механизм развития язвенного колита.

Клиника. Основными проявлениями язвенного колита в период обострения заболевания являются частый жидкий стул с примесью крови, слизи, гноя, боли в животе, усиливающиеся перед актом дефекации, слабость, лихорадка, похудание.

Язвенный колит может протекать с системными проявлениями: с поражением глаз (увеит,кератит), поражением слизистых оболочек (гингивит, афтозный стоматит), поражение суставов (артрит, сакроилеит), поражением кожи (пиодермия, псориаз), тромбозами сосудов, поражением печени (гепатит, склерозирующий холангит, билиарный цирроз).

Диагностика заболевания основана на оценке данных анамнеза, жалоб больного, результатов ирригографии, колоноскопии, биопсии. Характерными рентгенологическими признаками считают неровность и зернистость слизистой оболочки, псевдополипоз, изъязвления, отсутствие гаустрации, укорочение кишки, сужение ее просвета и отсутствие контрастного вещества в пораженном участке кишечника.

Эндоскопическая картина определяется стадией процесса — от гиперемии, отечности и зернистости слизистой оболочки (в виде "булыжной мостовой") до обширных зон изъязвлений, псевдополипоза, наличия гноя и крови в просвете кишки.

Неспецифический язвенный колит относят к предраковым заболеваниям.

Лечение. Лечебная тактика при язвенном колите определяется локализацией патологического процесса в толстой кишке, его протяженностью, тяжестью заболевания, наличием местных и/или системных осложнений. Консервативная терапия направлена на наиболее быстрое купирование воспаления, предупреждение рецидива заболевания и прогрессирования процесса. Пища больных должна быть калорийной и включать продукты, богатые белками, витаминами, с ограничением жиров животного происхождения и исключением грубой растительной клетчатки, поскольку она способствуют развитию диареи. Все лекарственные препараты, используемые в схемах лечения язвенного колита, можно условно разделить на две большие группы. Первая объединяет базисные противовоспалительные препараты и включает в себя аминосалицилаты, т. е. препараты, содержащие 5 аминосалициловую кислоту (5 АСК, месалазин), кортикостероиды и иммунодепрессанты. Все другие препараты в терапии язвенного колита играют либо вспомогательную роль, либо находятся на стадии клинического изучения.

При дистальных формах заболевания (проктит, проктосигмоидит) активно применяется местная терапия – противовоспалительные микроклизмы и свечи.

medfsh.ru

Оперативные вмешательства при язвенном колите необходимы у 10–20 % пациентов. Хирургический метод может быть радикальным – тотальная проктоколэктомия. Однако эта тяжелая травматичная операция приводит у подавляющего большинства больных к утрате анальной дефекации и формированию постоянной илеостомы на передней брюшной стенке. В связи с этим оперированные больные становятся инвалидами, и это обстоятельство значительно ограничивает использование хирургического лечения. Показания к операции в настоящее время подразделяются на три основные группы:

1) Неэффективность консервативной терапии, прогрессирование клинических симптомов;

2) Осложнения язвенного колита (кишечное кровотечение, токсическая дилатация ободочной кишки, перфорация толстой кишки);

3) Возникновение колоректального рака на фоне язвенного колита. При своевременно начатой терапии удается добиться стойкой клинической ремиссии у 75–80 % больных. Болезнь Гиршпрунга

73. Дифференциальная диагностика острого холицестита.

Дифференцировать острый холецистит чаще всего приходится с дискинезией желчных путей, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом, пищевым отравлением и рядом других заболеваний брюшной полости и грудной клетки.

Дискинезия желчных путей сопровождается кратковременными неинтенсивными болями в правом подреберье, иногда с иррадиацией, характерной для заболевания желчевыводящих путей (френикус-симптом). Клинических признаков воспалительной интоксикации не наблюдается. По данным клинического и биохимического анализов крови, отсутствуют признаки воспалительной реакции в организме. При ультразвуковом и рентгеноконтрастном исследованиях желчевыводящих путей не обнаруживаются признаки их органического поражения.

При приступе печеночной колики, так же как и при остром холецистите, могут отмечаться интенсивные боли в правом подреберье. Они иррадиируют в правое плечо, правую лопатку, правое надплечье. Однако напряжение мышц передней брюшной стенки при печеночной колике отсутствует. В отличие от острого холецистита при печеночной колике температура тела остается нормальной, а по данным анализа крови нет признаков воспалительных изменений в организме. После прекращения болевого приступа общее состояние больных быстро приходит к норме.

В отличие от прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки при остром холецистите редко наблюдается внезапное начало заболевания, проявляющееся "кинжальными" болями в животе. Кроме такой специфической болевой реакции, перфорация язв сопровождается выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины и шоковым общим состоянием больных.

Клинические проявления острого панкреатита развиваются так же быстро, как и при

medfsh.ru

остром холецистите. Самопереваривание поджелудочной железы характеризуется интенсивными болями в верхних отделах живота опоясывающего характера. Боли сопровождаются многократной рвотой, не приносящей облегчения. Из-за значительных потерь жидкости и электролитов с рвотой при остром панкреатите быстро развивается дегидратация и, нередко, коллаптоидное состояние больных. Тяжелое общее состояние обусловливается ферментативным шоком. Диагноз острого панкреатита часто подтверждается увеличением активности ферментов в крови и моче. Изменения в поджелудочной железе отчетливо обнаруживаются при ее ультразвуковом исследовании.

Воспалительные изменения в червеобразном отростке могут проявляться симптомокомплексом заболеваний желчевыводящих путей при двух обстоятельствах: при птозе печени и при локализации илеоцекального отдела рядом с висцеральной поверхностью печени. Дифференциальная диагностика в этих случаях крайне затруднительна. Ориентиром в диагностике деструктивных изменений в желчевыводящих путях остается типичная иррадиация болевых ощущений в правую половину грудной клетки, правое плечо, под правую лопатку. При остром холецистите пальпация живота чаще всего наиболее болезненна в области правого подреберья, а при аппендиците - в правой подвздошной области. Кроме того, желчный пузырь, пальпируемый при остром холецистите, имеет отчетливые контуры, тогда как аппендикулярный инфильтрат не имеет четких границ.

Правосторонняя почечная колика отличается от острого холецистита приступами интенсивных болей в правом боку с иррадиацией в правое бедро, половые органы. Кроме того, отмечаются учащенное мочеиспускание и болезненность при поколачивании по пояснице справа. При исследовании мочи больных почечной коликой обычно выявляется гематурия. Развитие острого пиелита справа проявляется постоянными неинтенсивными болями в пояснице, повышением температуры, лейкоцитурией или пиурией.

Болевые ощущения в животе при блуждающей правой почке быстро уменьшаются в горизонтальном положении больных. Блуждающую почку часто удается пропальпировать в вертикальном положении больных или в положении их лежа на левом боку.
Пищевое отравление обычно сопровождается обильной рвотой пищей и частым жидким стулом. В отличие от острого холецистита при исследовании живота больных пищевым отравлением он остается мягким и безболезненным. Температурная реакция при пищевом отравлении обычно отсутствует.
Воспалительный процесс в нижней доле правого легкого манифестируется симптомами легочного заболевания - одышкой, кашлем, иногда - цианозом. Эти явления не свойственны острому хирургическому заболеванию органов брюшной полости. Кроме аскультативных данных, подтверждающих воспаление легких, в определении пневмонического очага существенная роль отводится рентгенологическому исследованию органов грудной клетки.

74. Дивертикулез ободочной кишки. Частота, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.

Определение. Дивертикулы ободочной кишки могут быть истинными и ложными. Ис-

medfsh.ru

тинный дивертикул представляет собой грыжеподобное выпячивание всех слоев стенки кишки размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Истинные дивертикулы встречаются редко; они являются врожденными. При ложных дивертикулах через дефект в мышечной оболочке кишки выпячивается только слизистый и подслизистый слои, покрытые снаружи серозной оболочкой. Дивертикулы бывают одиночными (дивертикул) и множественными (дивертикулез).

Частота. Дивертикулез встречается более чем у 50% лиц старше 40 лет. С возрастом заболеваемость возрастает. У женщин дивертикулез встречается с такой же частотой, как у мужчин. Заболеваемость дивертикулезом в XX столетии значительно возросла. По данным аутопсии, в 1910 г. дивертикулез был обнаружен у 5%, а в 1970 — уже у 40%. Это объясняется, с одной стороны, лучшим распознаванием дивертикулеза, с другой — изменением условий жизни и питания. У жителей Европы и США дивертикулез локализуется в левой половине толстой кишки, а у жителей Азии — в правой. Следовательно, возникновение дивертикулеза связано не только с характером питания, но и с другими факторами.

Клиническая картина и диагностика. Принято выделять 3 основные клинические формы дивер-тикулеза:

1) дивертикулез без клинических проявлений, случайно выявляемый при исследовании кишечника при диспансерном осмотре;

2) дивертикулез с клиническими проявлениями;

3) дивер-тикулез, сопровождающийся осложнениями (дивертикулит, параколические абсцессы, внутренние и наружные свищи, перфорация, кровотечение).

С развитием дивертикулита (у 10—20% больных) 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. 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. Осложнения дивертикула.

1 — кровотечение;

2 — перфорация;

3 — стриктура, непроходимость;

4 — абсцесс;

5 — коловезикальнам фистула (по Цоллингеру).

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. Следует помнить, что грубое колоноскопическое и рентгенологическое исследования опасны в связи с возможностью перфорации дивертикула.

medfsh.ru

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. Хирургическому лечению подлежат до 30% больных с кровотечением (промывается кровоточащий сосуд, инвагинируется дивертикул в просвет кишки, если это удается технически). Смертность при экстренных операциях достигает 20%.

75. 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.

medfsh.ru

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 супрастенотическои 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 аганглионар-ной зоны и

medfsh.ru

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%.

76. Заболевания прямой кишки. Классификация. 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.

medfsh.ru

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 обтуратором, обильно смазанные вазелиновым или другим индифферентным маслом, вводится ротирующими движениями не более чем на глубину 4—5 см. После того, как тубус проведен за сфинктер, обтуратор 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 аноскоп. 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 анокопчиковой линии (при положении тела больного на спине).

77. Геморрой. Классификация, клиника, лечение.

Геморрой — варикозное расширение вен в области заднего прохода, обусловленное гиперплазией кавернозных телец прямой кишки. Геморроем страдает более 10 % всего взрослого населения в возрасте 30—50 лет. Эти больные составляют 15—28 % от общего числа проктологических больных. Мужчины болеют в 3—4 раза чаще, чем женщины.

Классификация геморроя:

I. По течению:
А. Хронический.
Б. Острый.
II. По форме:
А. Внутренний.
Б. Наружный.
В. Комбинированный.

Стадии хронического геморроя:

1-я стадия клинически определяется выделением крови из заднего прохода без выпадения геморроидальных узлов.

medfsh.ru

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 силы кровотечением, а в ряде случаев – воспалением и даже ущемлением геморроидальных узлов. Таким образом, геморрой протекает всегда хронически с периодами обострения и ремиссии.

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

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

Анальный зуд при геморрое обычно связан с выпадением узлов и попаданием слизи на кожу, в результате чего развивается мацерация кожных покровов перианальной области. Перианальный отек наиболее характерен для острого геморроя и достаточно редко встречается при хроническом течении. Острый тромбоз геморроидальных узлов может

medfsh.ru

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 блокировать артерию, снабжающую узел кровью). При II стадии используют вышеперечисленные методы, а также лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами; при III стадии — либо лигирование, либо геморроидэктомию.

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

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

78. Трещина прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение.

Анальная трещина - это спонтанно возникающий линейный или эллипсовидный дефект слизистой оболочки анального канала. Остро появившиеся анальные трещины чаще всего

medfsh.ru

(у 90 % больных) заживают спонтанно или на фоне терапии. Однако у некоторых пациентов этого не происходит, что приводит к хронизации процесса.
Заболевание имеет временные (хронологические) и морфологические критерии диагноза. Чаще всего острые анальные трещины заживают в сроки до 6–8 нед.
Существование язвы в этой области более длительный период времени и, как правило, сопровождается появлением отличительных морфологических признаков: присутствие волокон мышц внутреннего анального сфинктера на дне язвы, ее плотные "каллезные" края, разрастание грануляций в виде фиброзного уплотнения ("сторожевой бугорок") на дистальном конце трещины, уплотнение верхушки прямокишечной крипты ("анальный сосочек") на ее проксимальном конце.

Хроническая анальная трещина встречается у 2–2,5 % взрослого населения, в структуре проктологических заболеваний она составляет 12–15 % (3-е место после геморроя и парапроктита). Трансформация острой анальной трещины в хроническую обычно развивается на фоне стойкого спазма внутреннего анального сфинктера, разрешение которого является ключевой проблемой в заживлении язвы.

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

medfsh.ru

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.

79.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 выявляют 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, откр-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, транссфинктерный, экстрасфинктерный.
4. По степени сложности: простые, сложные.

medfsh.ru

Острый парапроктит хар-ся быстр. разв-м процесса. Клин. 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.

Подкожный парапроктит — до 50 % всех больных парапроктитом. Характерны острые, дергающие боли, усил-ся при движении, натуживании, дефекации; наблюдается дизурия. Т тела до 39 "С, часто ознобы. Осмотр: гиперемия, отечность и выбухание кожи на огр-м участке вблизи ануса, деформацию анального канала. При пальпации резкая болезненность, иногда флюктуация. Пальцевое исследование пр. к. вызывает усиление болей.

Ишиоректальный парапроктит у 35—40 % больных. Вначале появляются общие признаки гнойного процесса, хар-е для синдр сист р-ии на восп с резким ↑Т тела, ознобом, тахикардией и тахипноэ, высокие лейкоциты в кр. Наряду с этим отмечаются слабость, нарушение сна, признаки интоксикации. Тупые боли в глубине промежности становятся острыми, пульсирующими. Они усиливаются при кашле, физической на грузке, дефекации. При локал-ии гнойника спереди от пр. к. возникает дизурия. Лишь через 5—7 дней от начала болезни отмечают умер-ю гиперемию и отечность кожи промежности в зоне расп-я гнойника. Обр-т внимание асимметрия ягод. обл, сглаженность полулунной складки на стороне поражения. Болез-ть при пальпации кнутри от сед-го бугра умеренная. Весьма ценным в диагностике ишиоректальных гнойников явл пальцевое иссл-е пр. к. В начале заболевания можно определить болезненность и уплотнение стенки кишки выше прямокишечно-заднепроходной лин, сглаженность складок слиз. обол. пр. к. на стороне поражения.

Подслизистый парапроктит наблюдается у 2—6% больных с острым парапроктитом. Боли при этой форме заболевания умеренные, усиливаются при дефекации. Темп. тела субфебрильная. Пальпаторно опр-т выбухание в просвете кишки, в зоне гнойника, резко болезненное. После самопроизвольного прорыва гнойника в просвет кишки наступает выздоровление.

Пельвиоректальный парапроктит — наиболее тяж. форма заболевания, встр-ся у 2—7 % больных с острым парапроктитом. Вначале отмечаются общая слабость, недомогание, ↑Т тела до субфебрильной, озноб, головная боль, потеря аппетита, ноющие боли в суставах, тупые боли внизу живота. При абсцедировании инфильтрата пельвиоректальной

medfsh.ru

клетчатки (через 7—20 дней от начала заболевания) темп. тела становится гектической, выражены симптомы гнойной интоксикации. Боли становятся более интенсивными, локализованными, отмечаются тенезмы, запор, дизурия. Болезненности при пальпации промежности нет. Диагноз может быть подтвержден УЗИ, КТ или МРТ. Без инструментальных исследований диагноз поставить трудно до тех пор, пока гнойное расплавление мышц тазового дна не приведет к распространению воспалительного процесса на седалищно-прямокишечную и подкожную жировую клетчатку с появлением отека, и гиперемии кожи промежности, болезненности при надавливании в этой области. Пальцевое исследования пр. к.: инфильтрация стенки кишки, инфильтрат в окружающих кишку тканях и выбухание его в просвет кишки. Верхний край выбухания пальцем не достигается.

Ретроректальный парапроктит наблюдается у 1,5—2,5 % всех больных парапроктитом. Хар-ны интенсивные боли в пр. к. и крестце, усиливающиеся при дефекации, в положении сидя, при надавливании на копчик. Боли иррадиируют в область бедер, промежность. Пальцевое исследование пр. к.: резко болезненное выбухание ее задней стенки. Спец. методы иссл-я: ректороманоскопия, информативна при пельвиоректальном парапроктите. Обращают внимание на гиперемию и легкую кровоточивость слиз. обол. в обл. ампулы, сглаживание складок и инфильтрацию стенки, внутреннее отверстие свищевого хода при прорыве гнойника в просвет кишки. При др. формах эндоскопия не нужна. *Лечение.* При остром парапроктите хир. леч.. **(продолжение в 81 вопросе)**

80. Пенетрирующая язва. Клиника, диагностика, лечение.

Пенетрация – это проникновение и распространение язвы за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в рядом лежащие органы и ткани. Язва постепенно углубляется, достигает наружной оболочки желудка и проникает в ткань, которая прилегает к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Язвы тела желудка пенетрируют в малый сальник или тело поджелудочной железы. Язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки проникают в головку поджелудочной железы, печень или желчные пути, связку между печенью и желудком. Иногда такие язвы пенетрируют в толстую кишку или брыжейку толстой кишки. Пенетрация язвы развивается постепенно и ее достаточно сложно выявить.

Выделяют **три стадии развития пенетрации**:

1. стадия распространения язвы на все слои стенки желудка или двенадцатиперстной кишки
2. стадия соединительнотканного сращения с рядом лежащим органом. Развивается сращение по типу спайки между наружной оболочкой желудка или двенадцатиперстной кишки и наружной оболочкой соседнего органа
3. стадия проникновения язвы в ткань органа.

Пациента беспокоят боли в верхней половине живота. Характер болей постоянный, связи с приемом пищи или временем суток выявить не удается. В отличие от болей при простой язве желудка или двенадцатиперстной кишки, прием антацидных препаратов боль не уменьшает.

Часто боль начинает отдавать в тот орган, в который язва пенетрирует. При пенетрации в поджелудочную железу боли возникают в спине или пояснице, могут иметь

medfsh.ru

опоясывающий характер. Изредка такие болевые ощущения усиливаются после еды и ночью. Если язва проникает в малый сальник – боль развивается под правой реберной дугой или отдает в ключицу, правое плечо, шею.

Иногда боли, отдающие в область сердца, бывает тяжело отличить от приступа стенокардии. Особенно часто это происходит при пенетрации язв, расположенных в верхних отделах желудка.

При пенетрации язвы в брыжейку толстой кишки – боль иррадиирует в область пупка. При прощупывании живота порой удается обнаружить ограниченную болезненность в области пенетрации и даже уплотнение тканей вокруг нее (инфильтрат).

Диагноз пенетрирующей язвы устанавливают при помощи фиброгастродуоденоскопии. **Пенетрирующая язва** имеет характерный вид. У нее обычно округлые края, возвышающиеся вокруг язвы в виде валиков. Кроме этого язва имеет большую глубину. При рентгеноскопическом исследовании с контрастированием барием также обнаруживают увеличенную глубину язвы и уменьшение подвижности того органа, в который пенетрирует язва. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявляют изменения в тех органах, в которые проникла язва. Уточняют диагноз при помощи лапароскопии.

Лечение пенетрирующих язв только оперативное.

81. Параректальные свищи, этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.

Хронический парапроктит (свищи прямой кишки) у 30—40 % всех проктологических больных.

Заб-е разв-ся всл-е перенесенного остр. парапроктита и прояв-ся свищами пр. к. Это происходит, если имеется внутреннее отверстие, ведущее из пр. к. в полость гнойника. При формировании хрон. парапроктита внутр. отверстие свища открывается в просвет пр. к., наружное — на коже промежности. В свищ из пр. к. попадают газы и кал, что постоянно поддерживает восп. процесс. Прич. перехода острого парапроктита в хрон. явл-ся: — поздняя обращ-ть больных за медицинской помощью после самопроизвольного вскрытия гнойника; — ошибочная хир. тактика в остр. периоде (вскрытие гнойника без санации входных ворот инфекции).

Свищ м.б полным и неполным. Полный свищ имеет 2 или более отверстий: внутреннее — на стенке прямой кишки и наружное — на ко же промежности. Неполный свищ имеет одно отверстие на стенке пр. к., слепо заканчиваясь в параректальной клетчатке (внутр. свищ) Такие свищи наблюдают у 10 % больных. Они возн-т в рез-те самопроизвольного вскрытия гнойника в просвет пр. к. Свищ пр. к. в завис-ти от его расположения по отношению к волокнам сфинктера м.б. интрасфинктерным, транс- сфинктерным и экстрасфинктерным. При интрасфинктерном свище свищевой канал полностью находится кнутри от сфинктера пр. к. Обычно такой свищ прямой и короткий. У 25—35 % больных. При транссфинктерном свище часть свищевого канала проходит через сфинктер, часть расположена в клетчатке. У 40—45 % больных. При экстрасфинктерном свище свищевой канал проходит в клетчаточных пространствах таза и открывается на коже промежности, минуя сфинктер. У 15—25 % больных. Транс- и экстрасфинктерный свищи могут соединяться с полостями в ишиоректальной и пельвиоректальной клетчатке (сложные свищи).

medfsh.ru

Клин картина и диагностика. Кол-во гнойного отделяемого из свища различно и зависит от объема полости, которую он дренирует, а также от степени восп-го процесса в ней. При широком свищевом ходе ч/з него могут выходить газы и кал, при узком — скудное серозно- гнойное отделяемое. Эпизодическое закрытие свища ведет к нарушению дренирования гнойной полости, скоплению гноя, обострению парапроктита. Такое чередование обострений и ремиссий нередко наблюдается при хрон парапроктите, длит-ть ремиссий может достигать неск-х лет. Боли возникают лишь при обостр. забол-я, исчезая в период функционирования свища. Свищи пр. к. приводят к проктиту, проктосигмоидиту, мацерации кожи промежности. У некот. больных мыш. волокна сфинктера пр. к. замещаются соед. тк., что делает его ригидным и ведет к сужению анального канала, нарушению замыкательной функции сфинктера → к недержанию газов и кала (особенно жидкого). Длительно существующие свищи пр. к. могут малигнизироваться.

При осмотре обращают внимание на кол-во свищей, рубцов, хар-р и кол-во отделяемого из них, наличие мацерации кож. покровов. Уже при пальпации перианальной зоны нередко удается определить свищевой ход. Пальцевое исследование пр. к.: тонус сфинктера пр. к., иногда — выявить внутр. отверстие свища, его размеры, установить сложность свища, его ход и особенности. Доп. сведения о локал-ии внутр. 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. При консерв. лечении назначают сидячие ванны после дефекации, промывание свища антисепт р-рами, введение в свищевой ход а/б, исп. микроклизм с облепих. маслом, колларголом. Консерв. лечение не приводит к полному выздоровлению больных, поэтому его обычно исп. лишь в кач-ве подготов. этапа перед операцией. Хир. вмешательство явл. радикальным методом лечения свищей пр. к..

Сроки опер. вмешательства зависят от хар-ра теч-я заб-я: — при обострении хрон. парапроктита показано срочное хир. вмешательство; — при подостром течении парапроктита (наличии инфильтратов) проводят противовосп. лечение в течение 1—3 нед, затем — хир. вмешательство; — при хрон. течении — плановая операция; — в случае стойкой ремиссии операция откладывается до обострения парапроктита. Хир. вмешательство при свищах пр. к. проводят в зависимости от типа свища (его отношения к сфинктеру), наличия восп. процессов в параректальной клетчатке, гнойных затеков, состояния тканей в зоне внутр. отверстия свища. При интрасфинктерных свишах их иссекают в просвет прямой кишки. Иссечение свища лучше производить клиновидно вместе с кожей и клетчаткой. Дно раны выскабливают ложкой Фолькмана. При наличии гнойной полости в ПЖК ее вскрывают по зонду, выскабливают стенки ложкой Фолькмана и вводят марлевую турунду с мазью (левосин, левомеколь и т. п.), устанавливают газоотводную трубку. Транссфинктерные свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет пр. к. с ушиванием глубоких слоев раны (мышц сфинктера) или без него, дренированием гнойной полости. При экстрасфинктерных свищах, являющихся наиболее сложными, при бегают к различным операциям, суть которых сводится к полному иссечению свищевого хода и ликвидации (ушиванию) внутр. отверстия свища. При сложных свищах применяют лигатурный метод. Неполные свищи иссекают в просвет пр.к. с помощью изогнутого под прямым углом зонда.

82.Методы исследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей

medfsh.ru

1. Дуоденальное зондирование.
При получении дуоденального содержимого проводится его микроскопическое, биохимическое, бактериологическое, реже иммунологическое исследования.
2.Кристаллография желчи.
Метод основан на способности ряда кристаллообразующих веществ образовывать различные структуры с последующей их микроскопией.. При переводе желчи в твердую фазу методом клиновидной дегидратации, при физиологическом состоянии организма препарат характеризуется четким разделением на центральную и краевую зоны. Центральная зона выполнена дендритными кристаллами солей, а краевая – аморфными массами органических продуктовКристаллографическая картина нормальной желчи выглядит в виде негустых пучков с центрами кристаллизации и сохранностью лучей. В условиях воспаления будут нарушаться центры кристаллизации и непрерывность лучей с появлением разветвления кристаллов.
3.Ультразвуковое исследование желчевыводящей системы.В настоящее время метод ультразвуковой диагностики органов брюшной полости стал своего рода «золотым стандартом» диагностики острых и хронических заболеваний, желчнокаменной болезни, аномалий развития. Преимуществами метода являются его неинвазивность, безопасность, высокая специфичность. Метод дает объемное представление об органе, позволяет оценивать структуру и функцию органа в режиме реального времени.
4.Рентгенологические методы исследования

В настоящее время среди них выделяют следующие:
-выделительная внутривенная холецисто- и холецистохолангиография;
-выделительная пероральная холецисто- и холецистохолангиография;
-интраоперационная, послеоперационная холангиография;

Все известные рентгенологические методы основаны на способности печени выделять введенные в организм определенные рентгеноконтрастные вещества и их концентрировать в желчном пузыре. Рентгеноконтрастные вещества могут вводиться в организм исследуемого пациента через рот, внутривенно. В случае приема внутрь контраст всасывается в кишечнике и по системе воротной вены проникает в печень, откуда выделяется клетками печени в желчь и попадает в желчный пузырь. При внутривенной холеграфии контраст непосредственно попадает в кровяное русло, достигает клеток печени и выделяется с желчью.
5.Транспеченочная холангиография.При механической желтухе результаты внутривенной холеграфии оказываются мало информативными, поскольку контрастное вещество выделяется не печенью, а почками. В этих случаях приходиться прибегать к чрезбрюшинной пункции расширенного внутрипеченочного желчного протока и введения водорастворимой контрастной взвеси под контролем УЗИ или рентгеноскопии с последующим выполнением серии рентгенограмм.

6.Ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография. Наиболее достоверный метод, позволяющий исследовать панкреатические и желчные протоки путем сочетания дуоденоскопии и рентгеноконтрастного исследования. Метод можно использовать и с лечебной целью – проведение сфинктеротомии с экстракцией и самопроизвольным пассажем камней.

7.Компьютерная томография. Компьютерная томография – это усовершенствованный рентгенологический метод с высокой диагностической способностью, позволяющий получить большое количество поперечных срезов

medfsh.ru

исследуемого органа, на основании которых можно судить о его размерах, взаиморасположении, форме и структуре.Желчный пузырь на компьютерной томограмме имеет вид округлого или эллипсовидного участка невысокой плотности, с ровными и четкими контурами. Визуализация желчных протоков затруднена, поэтому используется их контрастирование рентгеноконтрастными веществами.

8.Радионуклидная холесцинтиграфия. Гепатосцинтиграфия – методика радионуклидного исследования с радиофармпрепаратом (РФП), проходящим транзитом через полигональные клетки печени и желчевыделительную систему в кишечник. Холесцинтиграфия – диагностический метод, основанный на ослаблении сцинтиграфического изображения желчного пузыря в результате поглощения клетками печени радиоактивного вещества.

9. Термография, тепловидение.Метод основан на регистрации инфракрасного излучения с поверхности тела исследуемого пациента в черно-белом или цветном изображении при электронно-оптическом сканировании. В области поражения, местно, температура тела повышается на 0,3-2 градуса. Чем ярче «свечение», тем выраженнее воспаление в желчном пузыре.

10. Лапароскопия. Это метод исследования органов брюшной полости, основанный на прямом осмотре с помощью эндоскопической техники. Он позволяет осмотреть поверхность печени и желчного пузыря, определить наличие кист, опухолей, абсцессов, провести прицельную биопсию печени при подозрении на онкологический процесс.

83. Полипы и полипоз прямой кишки. Клиника ,диагностика ,лечение.

Полипы относят к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, они склонны к малигнизации. Полипы обнаруживают у 10—12% проктологических больных, а среди лиц, которым при профилактическом осмотре выполняют колоноскопию, — у 2—4%. Мужчины заболевают в 2—3 раза чаще, чем женщины.

Полипы могут быть одиночным и множественными. Обычно их диаметр равен 0,5—2 см, но изредка они достигают 3—5 см и более. 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).

Ювенильные полипы наблюдаются преимущественно у детей. Чаще поражается слизистая оболочка прямой кишки. Макроскопически полипы имеют вид виноградной грозди, обладающей ножкой, поверхность их гладкая, окраска более интенсивная по сравнению с окружающей неизмененной слизистой оболочкой. Они являются характерными железисто-кистозными образованиями, в которых строма преобладает над железистыми элементами. Как правило, ювенильные полипы не малигнизируются.

Гиперпластические (метапластические) полипы — мелкие (2—4 мм) образования, чаще имеют форму конуса. В них сохраняется нормальное строение слизистой оболочки кишки с правильными строением и ориентацией желез при значительном увеличении их

medfsh.ru

числа, за счет чего и создается впечатление об утолщении слизистой оболочки в виде полипа. Малигнизируются очень редко.

Аденоматозные (железистые) полипы наблюдаются наиболее часто (90%). Аденоматозный полип имеет вид опухоли с гладкой поверхностью, округлой формы, располагается на ножке на широком основании, представляет собой участок гиперплазии слизистой оболочки, построен из разнообразных по форме желез, нередко кистозно-расширенных, выстланных цилиндрическим эпителием. Эти полипы часто малигнизируются при размерах более 2 см — в 50% случаев (чем больше размеры полипа, тем чаще выявляют малигнизацию).

Ворсинчатый полип (аденопапиллома) имеет дольчатое строение, бархатистую поверхность, покрыт тонкими нежными ворсинками.

Ворсинчатая опухоль выступает в просвет кишки, расположена на широ¬ком основании (узловая форма). Одной из разновидностей ворсинчатых опухолей является стелющаяся, ковровая форма, при которой опухолевого узла нет. В таком случае процесс распространяется по поверхности слизистой оболочки, занимая иногда довольно большую площадь по всей окружности кишки, и проявляется ворсинчатыми или мелкодольчатыми разрастаниями. Склонность к малигнизации ворсинчатых опухолей очень большая (до 90%). Среди всех новообразований толстой кишки они составляют около 5%. Наиболее часто ворсинчатые опухоли локализуются в прямой и сигмовидной ободочной кишке.

Клинически ворсинчатые опухоли толстой кишки проявляются выделе¬нием 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 выявле¬ния их необходимы пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография. Биопсия необходима для определе¬ния 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). Частота малигнизации при полипозе достигает 70—100%, т. е. он является облигатным предраком. Врожденный семейный полипоз передается по наследству, поражая нескольких членов семьи. Заболевание обычно выявляют у детей и людей молодого возраста. Полипы могут локализоваться на всем протяжении желудочно-кишечного тракта. Частота малигнизации приближается к 100%. 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.

medfsh.ru

Лечение. Выбор метода лечения полипов и множественного полипоза толстой кишки должен быть индивидуализирован. 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 субтотальную колэктомию с наложением илеоректального или илеосигмовидного анастомоза. При локализации множественных полипов на ограниченном участке производят резекцию пораженного отдела кишки.

84.Послеоперационное ведение больных с заболеваниями желчно-выводщих путей.

Больные с заболеванием желчного пузыря - это, как правило, лица пожилого и старческого возраста, страдающие различными сопутствующими заболеваниями.Таких больных помещают в послеоперационную палату, обеспечивают постоянную кислородную терапию. Больным с желтухой в первые сутки вливают до 3 л жидкости внутривенно.

После неосложненных холецистэктомий количество вливаемой жидкости должно быть минимальным. Антибиотики назначают при воспалении в желчном пузыре или протоках. В первые сутки вводят сердечные, обезболивающие средства. Больным с желтухой после операции продолжают витаминотерапию.

С первых суток послеоперационного периода проводят профилактику легочных осложнений: назначают дыхательную гимнастику, отхаркивающие средства, банки. Необходимо раннее активирование больных. Кормить и поить их можно со 2-го дня после операции, постепенно расширяя диету. Жирная, острая и жареная пища должна быть исключена. Дренаж из брюшной полости удаляют на 3-4-е сутки, швы снимают на 10-й день.

В большинстве случаев при гладком течении операции послеоперационное ведение больных такое же, как и при других вмешательствах на животе. Питание больных, если не было дополнительных вмешательств на желудке, ДПК, поджелудочной железе, начинают на 2-й день после удаления желчного пузыря. Вставать больным можно разрешить на 3-й день с операции, если нет к этому каких-либо противопоказаний, а общее состояние больного удовлетворительно. Швы снимают на 8-й день, а у ослабленных больных и больных раком — на 12-й день. В эти же сроки обычно удаляют из брюшной полости дренажи и тампоны. Выписка больных производится через 14—20 дней после операции, зависимо от операции, тяжести больного и наличия или отсутствия осложнений.

medfsh.ru

У ряда больных особенности ведения послеоперационного периода определяются характером произведенных операций, особенно если применялось дренирование желчных протоков. Важное значение имеет правильный уход за раной. Сначала после таких операций необходимо отведение желчи в специальный сосуд, чтобы не допускать намокания повязки. Одновременно для предупреждения мацерации кожи желчью необходимо смазывать кожу в окружности раны цинковой мазью или пастой Лассара. Сменять дренажи нужно не ранее 12-го послеоперационного дня. При этом всегда желательно предварительно произвести фистулографию через дренаж, чтобы убедиться в свободной проходимости желчных протоков. Некоторые хирурги рекомендуют промывание протоков через дренаж антибиотиками для борьбы с инфекцией желчных путей. Удаление дренажей производится при операции холецистостомии не ранее 14-го дня, а при дренировании желчных протоков — не ранее 21-го дня после удаления желчного пузыря. В некоторых случаях, например при пластических операциях, дренажи следует удалять в значительно более поздние сроки, иногда оставляя их на несколько месяцев.

Борьба с отдельными послеоперационными осложнениями ведется индивидуально, зависимо от характера, происхождения и тяжести этих осложнений.

Весьма важную роль после удаления желчного пузыря играет восстановление функциональной способности печени, недостаточность которой может сопровождаться гепаторенальным синдромом и холемическими кровотечениями. Отсюда следует, что таким больным после операции показаны введение достаточного количества белков и углеводов путем переливания крови, плазмы и внутривенных вливаний больших доз глюкозы, назначение камполона, препаратов глютаминовой кислоты, оксигенотерапия, а также введение витамина К. Для борьбы с парезом следует применять непрерывное отсасывание содержимого желудка тонким зондом, проведенный через нос, поясничные новокаиновые блокады, инъекции прозерина.

Важное значение имеет своевременное выявление нагноения операционной раны, которая в этих случаях должна быть широко раскрыта и хорошо дренирована. В дальнейшем уход за такой раной ведется по общим правилам гнойной хирургии. При наличии наружных желчных свищей необходимо отведение желчи в специальный сосуд для предупреждения намокания повязки и мацерации кожи, тщательная защита кожи смазыванием ее цинковой мазью и предупреждение нагноения вокруг введенного дренажа. Одновременно большое значение имеет поддержание общих сил больного, страдающего от потери жидкости, электролитов и ахолии в связи с выделением желчи наружу. Таким больным необходимо назначать полноценное питание, систематически производить введение жидкости и переливание крови, а также давать витамин К, чтобы своевременно и хорошо подготовить их к последующей реконструктивной операции.

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

Обтурационная кишечная непроходимость

medfsh.ru

Причина.

- Интрамуральная: опухоль, болезнь Крона, туберкулез, рубцовая стриктура
- интраорганная: глистная инвазия, инородные тела, каловые и желчные камни
- экстраорганная: киста брыжейки, забрюшинная опухоль, киста яичника, опухоль матки, придатков

При обтурационной кишечной непроходимости отсутствует сдавление брыжейки, кровоснабжение кишки в начале заболевания нарушается. В дальнейшем в связи с перераспределением вышележащих отделов кишечника отмечается венозный стаз, повышенная проницаемость капилляров. Кишечные петли выше места закупорки расширены, перерастянуты. Клинические симптомы обтурации появляются при сохранении просвете кишки до 0,6-1 см. Чаще непроходимость возникает при эндофитных опухолях в левой половине ободочной кишки. Развитие непроходимости зависит от стадии заболевания.

Клиника и диагностика.

Жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, отсутствие стула, вздутие живота. Осмотр язык сухой, неприятный запах изо рта, снижение АД в поздних стадиях. **Живот** вздут,может отмечаться ассиметрия живота с видимой перистальтикой кишечника. **При перкуссии** тимапнит, при аускультации усиление перистальтики, шум падающей капли.
Пальпация живот вздут, болезненный во всех отделах. П**ри тонкокишечной непроходимости** выявляется симптом плеска (симптом Склярова-матье). **При толстокишечной непроходимости** – метеоризм в зоне илеоцекального угла. Положительные симптомы Шланге. Появление симптомов раздаржения брюшины. При инвагинации можно прощупать инвагинат.
Ректальное исследование выявляют инородное тело, опухоль, каловые камни, инвагинат. **При толстокишечной непроходимости** баллонообразное вздутие ампулы прямой кишки (симптом обуховской больницы, симптом Грекова). **При завороте сигмовидной кишки** с помощью клизмы можно ввести не более 0,5 л жидкости (симптом Цеге-Мантейфеля).
Лабораторно лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево. Гипокпалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипопротеинемия, диспротеинемия.
Рентген на обзорной рентгенографии выявляют чаши Клойбера, арки, симптом растянутой пружины. При контрастной энтерографии происходит задержка бария в месте непроходимости. При толстокишечной непроходимости – ирригография – задержка бария в месте препятствия.
Эндоскопия выявляются причины непроходимости толстой кишки (опухоль, копростаз, инородное тело). Возможны реканализация участка кишки, обтурированного опухолью, удаление полипа, инородного тела определяется состояние кишечника, наличие выпота, перитонита. В некоторых случаях под контролем зрения можно пересечь спайки.

Тактика до операции при отсутствии перитонита и странгуляционной кишечной непроходимости:

medfsh.ru

1. Дренирование желудка, паранефральная новокаиновая блокада, прозерин, гипертонический раствор хлорида натрия, электролитные растворы. Очистительная (сифонная) клизмы. Продолжительность не более 2 часов.
2. Если после проведения консервативной терапии кишечная непроходимость разрешилась, то в дальнейшем подлежит клиническому обследованию в плане выявления причины кишечной непроходимости.
3. При отсутствие эффекта от консервативной терапии больной подлежит экстренной операции

Предоперационная подготовка:

1. Дренирование желудка, инфузионная терапия в необходимом объеме (полиглюкин, растворы глюкозы, Рингера-Локка, гемодез, нативная или сухая плазма, солевые и полиионные растворы. Гидрокортизон при низком АД.
2. препараты для регуляции систем дыхания и кровообращения (кордиамин, коргликон и др)
3. премедикация: промедол, атропина сульфат, димедрол

Операция

1. 1.Обезболивание- эндотрахеальный наркоз
2. Операционный доступ – срединная лапаротомия, новокаиновая блокада брыжейки кишечника
3. Осмотр — при ревизии петли кишечника перемещают осторожно с помощью салфеток, смоченных в изотоническом раствор

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;

medfsh.ru

•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.

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

Эндемический зоб — заболевание, ведущим симптомом которого является прогрессирующее увеличение щитовидной железы, поражает большие контингента населения в географических районах с дефицитом йода во внешней среде.

Спорадический зоб — заболевание, сопровождающееся увеличением щитовидной железы у лиц, проживающих вне районов зобной эндемии. Спорадический зоб возникает вследствие некоторых неблагоприятных эндогенных факторов, в основном генетического порядка.

Клиническая картина. Больные отмечают увеличение щитовидной железы, "чувство неловкости" в области шеи при движении, реже — сухой кашель. При большом зобе, особенно расположенном частично загрудинно, возможны нарушение дыхания, ощущение тяжести в голове при наклоне туловища, дисфагия

Воспалительный процесс, развивающийся в неизмененной до этого щитовидной железе, называют **тиреоидитом** , а воспаление, развивающееся на фоне зоба, **струмитом**

В зависимости от возникновения и течения заболевания различают различные виды тиреодитов:

- Острый тиреоидит(может быть гноцным и негнойным)
- Подострый или тиреоидит де Кервена.
- Хронический фиброзный типреоидит или зоб Риделя.
- Аутоиммунный хронический или тиреоидит Хошимото.

1-Острый тиреоидит.(гнойный) Редко встречающееся воспалительное заболевание щитовидной железы, обусловленное заносом гнойной инфекции гематогенным, лимфогенным или контактным путем из соседних органов. Возбудителем чаще является пиогенный стрептококк или золотистый стафилококк. **Клиническая картина.** Заболевание начинается с повышения температуры тела до 39—40 0С, головной боли и сильной боли в области щитовидной железы, иррадиирующей в затылочную область и уши. На передней поверхности шеи появляются гиперемия, припухлость, смещающаяся при глотании. Тяжелым осложнением тиреоидита является гнойный медиастинит. Иногда развивается сепсис. В крови — выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Зоб Хашимото (аутоимунный тиреоидит) представляет собой воспалительный процесс в щитовидной железе хронического характера, который обусловлен какими-либо аутоиммунными нарушениями. В этом случае иммунная система человека начинает вырабатывать антитела к клеткам собственной щитовидки, считая их чужеродными, что и приводит к воспалению и гибели ткани железы.

Клинические варианты развития аутоиммунного тиреоидита Хашимото:

-Гиперпластическая (гипертрофическая) форма, для которой характерно образование зоба.

-Атрофическая форма, при которой происходит склерозирование ткани, то есть замена ткани щитовидной железы соединительной тканью. По причине гибели тиреоцитов происходит уменьшение размеров самой щитовидки, а также развивается гипотиреоз (недостаток гормонов, вырабатываемых щитовидной железой). Это уже терминальная стадия аутоиммунного процесса

Фиброзный тиреоидит (тиреоидит Риделя). Редкое заболевание щитовидной железы, относящееся к висцеральным фиброматозам.

medfsh.ru

Заболевание характеризуется разрастанием в щит.железе соединительной ткани, замещающей ее паренхиму, вовлечением в патологический процесс окружающих анатомических структур. Описаны сочетания тиреоидита Риделя с ретроперитонеальным фиброзом, медиастинальным фиброзом, фиброзирующим альвеолитом, склерозирующим холангитом и др

Клинически заболевание проявляется зобом каменистой плотности, безболезненным при пальпации, малоподвижным (инвазивный рост), не смещаемым при глотании. Пациенты в большинстве наблюдений находятся в эутиреоидном состоянии, однако по мере прогрессирования фиброза развивается гипотиреоз.

I. Тиреотоксикоз, обусловленный повышенной продукцией гормонов ЩЖ

1. Болезнь Грейвса
2. Многоузловой токсический зоб

II. Тиреотоксикоз, обусловленный продукцией тиреоидных гормонов вне ЩЖ
III. Тиреотоксикоз, не связанный с гиперпродукцией гормонов ЩЖ

1. Медикаментозный тиреотоксикоз
2. Тиреотоксическая фаза деструктивных тиреоидитов (подострый, послеродовый)

Синдром гипотиреоза

I. Первичный гипотиреоз
II. Гипотиреоз центрального генеза (вторичный)
III. Нарушение транспорта, метаболизма и действия тиреоидных гормонов

Заболевания ЩЖ, протекающие без нарушения функции

I. Эутиреоидный зоб
1. Зоб, обусловленный нарушением синтеза тиреоидных гормонов
2. Зоб, обусловленный зобогенными веществами
II. Тиреоидная неоплазия
1. Доброкачественные опухоли
2. Злокачественные опухоли
III. Тиреоидиты

Рентген. узи

Уровень белковосвязанного йода (БСЙ) в крови отражает действительное функциональное состояние щитовидной железы. У здоровых людей БСЙ в крови составляет 3,5–7,5 мкг.

Исследование с радиоактивными веществами позволяет изучить неорганическую и органическую фазы йодного обмена, судить о периферическом этапе йодного и гормонального обмена. В норме накопление I131 в щитовидной железе через 2 ч составляет от 5 до 10%, через 24 ч 20–30%. При повышенной функции щитовидной железы (гипертиреозе) оно значительно выше.

Сцинтиграфия позволяет определить контуры и размеры щитовидной железы (рис. 2), выявить опухолевидные образования и метастазы, аберрантную тиреоидную ткань. При узловом зобе повышенное накопление I131 узлом указывает на его функциональную гиперактивность

Исследование гормонов производят с помощью радиоиммунных методов. Возможно определение тироксина (Т4), коэффициента активного тироксина в сыворотке крови, трийодтиронина (Тз) и соотношения Тз : Т4 тиреотропного гормона. Эти исследования помогают установить взаимосвязь функции гипофиза и щитовидной железы.

medfsh.ru

Проба с тиреотропным рилизинг-гормоном (TRH) дает точную информацию о расстройствах, которые могут возникнуть на уровне гипоталамуса, гипофиза и щитовидной железы. Особенно важен тест с тиреотропным рилизинг-гормоном при гипотиреозе.

88.Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с острым холециститом.

Острый холецистит - острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, которое следует рассматривать независимо от того первично оно или является обострением хронического холецистита, так как для диагностики, прогноза и непосредственной лечебной тактики важнее стадия воспаления - острая или хроническая, чем вопрос о первичном или рецидивном его возникновении.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА - необходимая часть любого хирургического вмешательства. Плановые операции должны быть выполнены при оптимальных условиях с полной физической и психологической подготовкой пациента, информированного не только о предстоящей операции, но и возможных осложнениях, прогнозе. Неотложные операции, с другой стороны, могут выполняться в менее идеальных условиях.

Предоперационная подготовка пациента к плановой операции должна начинаться с профилактических мероприятий под руководством врача общей практики или семейного врача.

АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП. Оценка состояния больного и подготовка к хирургическому вмешательству начинаются во время первого посещения врача поликлиники. Внушение больному врачом общей практики спокойствия и уверенности является началом психологической подготовки и обеспечивает ему неоценимую информацию, основанную на длительном наблюдении больного семейным врачом. К обязанностям семейного врача относится профилактика заболеваний органов дыхания, полости рта, предупреждение об ограничении курения; назначение при необходимости специальной диеты; предупреждение о возможном переливании препаратов крови, советы по использованию мочеприемника и подкладного судна. Кроме этого, семейный врач должен передать хирургу информацию о непереносимости пациентом лекарств, а также данные собственных наблюдений и исследований, касающихся операционного риска. К ним относятся недиагностированные состояния типа гипертензии или сахарного диабета, которые могут быть выявлены и корригированы заранее.

ОЦЕНКА РИСКА МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ. Любое сопутствующее заболевание, которое увеличивает риск анестезии, может быть выявлено при опросе и обследовании пациента. Особое внимание следует уделить обследованию сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем. Так, у тех пациентов, которые недавно (1-2 месяца назад) перенесли инфаркт миокарда, операция должна быть отсрочена; риск реинфаркта удваивается, если операция выполняется в первые 4-6 недель, но заметно снижается в течение следующих 6-12 месяцев.

Отмечается использование больным различных препаратов: уделяется особое внимание стероидам, инсулину, антикоагулянтам, антибиотикам, психотропным препаратам и лекарствам, используемым для лечения сердечной недостаточности и гипертензии. Женщин детородного возраста опрашивают, не принимают ли они оральные контрацептивы, так как эстрогенсодержащий оральный контрацептив перед выполнением

medfsh.ru

любых вмешательств должен быть отменен не менее чем за 4 недели перед большой плановой операцией и всеми операциями на нижних конечностях с целью снижения риска тромбоэмболии. При склонности к тромбофлебитам или наличии их в анамнезе проводится профилактика подкожным введением гепарина или пероральным приемом аспирина, если предложенная операция большая по объему.

У беременных женщин из-за риска выкидыша и действия потенциально тератогенных препаратов крайне редко прибегают к плановым операциям.

АЛЛЕРГИИ И ГИПЕРСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ. У каждого пациента при сборе анамнеза тщательно выясняются все предыдущие операции, наркозы, и особенно те случаи, когда после предыдущей операции или анестезии возникали какие-либо осложнения. Факт наличия в анамнезе необъясненной желтухи после назначения летучих анестетиков, фторотана или длительного прекращения дыхания после использования мышечных релаксантов может существенно повлиять на выбор метода анестезии. Так, нецелесообразно, чтобы фторотановый наркоз был дан дважды пациенту в течение 3 месяцев, если нет специфического показания для его использования. Описания предыдущих сеансов анестезии должны тщательно анализироваться.

АЛКОГОЛЬ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКАМИ (другими препаратами). Если пациент злоупотребляет алкоголем или психотропными препаратами, то это должно быть зарегистрировано, поскольку это может вызвать толерантность к обезболивающим лекарствам, создать трудности при введении в наркоз и поддержании анестезии или вызвать синдром отмены после операции.

КУРЕНИЕ. Всем пациентам необходимо рекомендовать прекращение курения сразу же после принятия решения об операции. Чем длиннее интервал между прекращением курения и операцией, тем ниже риск послеоперационных осложнений со стороны органов дыхания.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Общее состояние пациента, его вес и рост обычно регистрируются при первичном обращении пациента к врачу. Это необходимо и в связи с тем, что доза некоторых препаратов (например, некоторых цитотоксичных агентов) определяется площадью поверхности тела точнее, чем весом. Истощенные со сниженным питанием больные плохо переносят операцию. В такой ситуации может рассматриваться вопрос о назначении дополнительного поддерживающего питания, в том числе и с назначением медикаментов. Алиментарное питание всегда предпочтительнее парентерального. Состояние питания, кроме веса, оценивается определением альбуминов сыворотки крови. При чрезмерно повышенном питании у тучных пациентов также может быть немало проблем (пункция вены и введение венозного катетера могут быть затруднены, ориентиры нечеткие, хирургические манипуляции утомительны) из-за часто возникающих послеоперационных дыхательных расстройств, высокого риска тромбоэмболии, раневой инфекции и расхождения швов. Несрочные операции в таких случаях целесообразно отложить до тех пор, пока не будет достигнуто существенного уменьшения веса.

Из лабораторных исследований оцениваются анализы крови и мочи. Коагулограмма анализируется в тех случаях, когда в анамнезе имеется нарушение свертываемости или наблюдалось чрезмерное кровотечение при предыдущей операции; пациент получал цитостатическую терапию или препараты, воздействующие на свертываемость; имеется острое или хроническое заболевание печени; имеются геморрагическая сыпь или спонтанные кровоизлияния.

medfsh.ru

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА. В день перед операцией хирург посещает пациента, подтверждает показания к операции либо ставит его в известность об изменениях, если таковые имеются. Накануне операции пациента посещает анестезиолог. В случае односторонних поражений, например при наличии у больного грыжи, варикозных вен, сторона операции отмечается несмываемым маркером.

По завершении обследования пациента лечащий врач пишет предоперационный эпикриз, где отражает обоснование клинического диагноза, результаты основных исследований, показания и противопоказания к операции. Отражаются и проблемы, которые могут появиться в ходе выполнения операции или после ее завершения, необходимость интраоперационного рентгенологического или другого исследования (например, операционной холангиографии). Заявка направляется в радиорентгенологический кабинет. Аналогично, в патологоанатомическую или гистологическую лабораторию сообщается о возможности срочного выполнения гистологического исследования материала, удаленного при операции (например, исследование замороженных срезов биопсийного материала).

Хирург должен удостовериться в том, что имеется достаточный запас совместимой крови или ее заменителей, других необходимых в послеоперационном периоде лекарств.

Пациента обычно знакомят с планом процедур, которые будут предприняты до введения его в наркоз, и предупреждают о том, где он может оказаться по завершении операции и пробуждении после наркоза, то есть в общей палате или палате интенсивной терапии.

Пациента обычно ставят в известность о необходимости применения в раннем послеоперационном периоде наркотических анальгетиков, он должен быть готов к необходимости применения внутривенных систем (или катетеризации центральной вены), желудочного или интестинального зонда, мочевого катетера, мониторного оборудования.

Послеоперационное ведение больных с острым холециститом

1. Больной на 1-3 дня помещается в послеоперационную палату. При срочных и экстренных операциях продолжается массивная консервативная терапия, направленная на борьбу с интоксикацией, воспалительным процессом, парезом желудочно-кишечного тракта, почечно-печеночной и сердечно-легочной недостаточностью.

2. Диета: в первые сутки можно пить, в последующие назначить стол 5а и 5.

3. Перевязки первые пять дней ежедневные; на 3-й день извлечь дренаж из подпеченочного пространства и микроирригатор, на 4-й день подтянуть тампон, на 5-й извлечь и сменить тампон; в дальнейшем перевязки делать через день со сменой тампонов, до заполнения раны грануляциями. Снятие швов постепенное, начиная с 6-го дня.

4. При холецистостомии и холедохостомии - пережатие дренажа, начиная с 10-го дня после подтверждения полной проходимости холедоха путем фистулографии и ликвидации явлений холангита. Смена дренажа на 14-й день или удаление его при отсутствии выделений желчи.

medfsh.ru

5. Сидеть и ходить после удаления тампонов и дренажей из брюшной полости. Если вводился лишь мягкий латексный дренаж в подпеченочное пространство, и рана вокруг него ушита наглухо, сидеть можно на 2-е сутки, ходить - на 3-и сутки.

6. Выписка из стационара после холецистэктомии на 14-15 день, после наложения холедохо- и холецистостом - по мере закрытия свищей. 89.Предоперационная подготовка больных механической желтухой.

Особенно тщательной должна быть предоперационная подготовка больных механической желтухой. Прежде всего следует устранить изменения в свертывающей системе крови, связанные с отсутствием поступления желчи в кишечник, вызывающей нарушение всасывания жирорастворимого витамина К, что сопровождается ослаблением синтеза протромбина и появлением геморрагического синдрома. Нарушение свертываемости крови может зависеть также от печеночной недостаточности вследствие изменений содержания факторовVII,X и других компонентов свертывающей системы. Необходимо исследование у всех больных желтухой показателей коагулограммы, чтобы выявить ее нарушения и принять - соответствующие профилактические меры. Важную роль здесь играет парентеральное введение препарата витамина К (1% раствор викасола по 1—3 мл ежедневно). Одновременно следует производить переливание крови, которое улучшает способность печени синтезировать протромбин, а также восстанавливать другие фактор свертывающей системы.

Очень важно в период предоперационной подготовки устранить печеночную недостаточность. На ее наличие, помимо клинических данных, указывают лабораторные показатели и особенно снижение диуреза. Борьба с печеночной недостаточностью должна включать назначение диеты богатой белками, углеводами и витаминами, внутривенное вливание 10% раствора глюкозы до 1 л в сутки, повторные переливания плазмы, а также постельный режим для максимального снижения обменных процессов печени, введение препаратов липоевой кислоты, сирепара, маннитола, глютаминовой кислоты и других препаратов, улучшающих процессы обмена в печени.

Специальная предоперационная подготовка требуется больным с сопутствующими изменениями поджелудочной железы. При обострении панкреатита предоперационная подотовка должна быть направлена на ликвида-цию ее воспаления. Для этого необходимы разгрузочная диета вплоть до полного голодания, постоянное отсасывание желудочного содержимогр при одновременном приеме щелочной минеральной воды, проведение новокаиновых блокад. Препараты-антиферменты (трасилол, контрикал и др.) назначают в больших дозах—-от 300 000 до 500 000 ЕД в сутки в течение нескольких дней. У ряда больных поражение поджелудочной железы вызывает сахарный диабет, в связи с этим таким больным необходимы соответствующая диетотерапия и назначение инсулина с целью компенсации обменных нарушений к моменту операции.

Необходимо подчеркнуть, что предоперационная подготовка больного с непроходимостью жёлчных протоков должна быть активной, энергичной, но не должна чрезмерно затягиваться, поскольку лучшим способом выве-[1] дения больного из тяжелого состояния нередко является само хирургическое вмешательство. Непосредственная подготовка больных к операции обычно не требует ничего специального и включает в себя очищение кишечника .клизмой, бритье операционного поля, гигиеническую ванну и смену постельного белья, которые проводят накануне.

90. эндоскопические методы исследования больных билио- панкреотодуоденальной зоны.

УЗИ позволяет определить наличие опухолевого узла более 2 см, его локализацию, форму, размеры, контур, структуру и распространенность на прилежащие органы. УЗИ дает возможность

medfsh.ru

исследования уровня васкуляризации опухолевых образований поджелудочной железы с применением режима энергетического цветового допплеровского картирования и оценить взаимоотношение с магистральными сосудами, используя различные режимы допплерографии. Важным признаком злокачественной опухоли ПЖ является наличие неоднородного гипоэхогенного образования (на фоне гиперэхогенной интактной ткани) с неровными контурами. В структуре опухоли иногда определяются немногочисленные гиперэхогенные включения. При поражении головки ПЖ может наблюдаться расширение вирсунгова протока. В ряде случаев наблюдается расширение общего желчного протока с одновременным расширением внутрипеченочных желчных протоков, увеличение размеров желчного пузыря. Важное значение имеет УЗИ для определения распространенности опухоли ПЖ на прилежащие магистральные сосуды. Верхняя брыжеечная артерия, чревный ствол и его ветви вовлекаются в процесс, как правило, на поздних стадиях заболевания.

1.3 Эндоскопические методы исследования (ФГДС и ЭРПХГ)

ФГДС - это следующий этап обследования больных с подозрением на опухоль ПДЗ. При новообразованиях двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска данный метод позволяет не только оценить форму, размеры, направленность роста, но и произвести прицельную биопсию под визуальным контролем. Морфологическое исследование биоптата в ряде случаев дает дополнительную информацию при дифференциальной диагностике опухоли ДК и врастания опухоли головки ПЖ в стенку ДК. При поражениях кишки, обусловленных раком ПЖ, морфологически чаще обнаруживаются изменения воспалительного характера, а при опухолях БДС или двенадцатиперстной кишки биопсия подтверждает наличие опухоли [16].

При раке головки ПЖ и дистального холедоха в ходе дуоденоскопии определяется компрессия ДК извне либо прорастание опухолью стенки двенадцатиперстной кишки. Кишка при этом резко деформирована, в ее просвете определяется плотная, бугристая, легко кровоточащая опухоль.

ЭРПХГ является дополнительным методом диагностики, позволяющим в ряде случаев проводить дифференциальный диагноз между опухолевым и воспалительным процессом в головке ПЖ, а также между опухолью дистального отдела холедоха и головки ПЖ. Выделяют три основных типа изменений на ретроградных панкреатикограммах при раке ПЖ. Это обтурация главного ППЖ; стенозирование протока; неровность контуров ППЖ

1.4 Лучевые методы исследования (МСКТ, МРТ, MRCP, ЧЧХГ, ангиографическое исследование, рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, радиоизотопное исследование)

Компьютерная томография ПДЗ (КТ)

КТ имеет два преимущества в определении прорастания сосудов - это определение циркулярного сужения при контрастировании и возможность построения трехмерной реконструкции, позволяющей наглядно передать соотношение патологического очага с прилежащими сосудами

С этой целью используется пероральное введение водорастворимого контрастного вещества для визуализации просвета кишки, а также сканирование интересующей области с меньшим шагом, позволяющее получить большую разрешающую способность при изучении кишечной стенки. В сочетании с УЗИ, КТ повышает точность диагностики опухолей ПЖ с 80 до 90%.

Показаниями для МРТ ПЖ являются локальное увеличение ПЖ, выявляемое при УЗИ или КТ, биохимически предполагаемая островковоклеточная опухоль без видимых достоверных изменений при КТ, спорные случаи, когда необходимо провести дифференциальную диагностику между опухолевым и воспалительным характером изменений. Кроме того, возможности МРТ выше соответствующих возможностей УЗИ и КТ в выявлении метастатического поражения печени и брюшины

medfsh.ru

Для купирования желтухи используют различные способы, но методом выбора считается чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков **(ЧЧДЖП**), которое позволяет одновременно решить две задачи:

лечебную (производится собственно декомпрессия)

диагностическую [выполняется **чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ)**, при которой уточняется характер и уровень обтурации; осуществляется биопсия на уровне блока через холангиостомический канал]. Наиболее характерным рентгенологическим признаком является наличие полного блока и конической или полукруглой культи с неровными, нечеткими контурами.

Ангиографическое исследование играет ключевую роль в оценке степени распространенности и вовлечения в опухолевый процесс магистральных артериальных и венозных сосудов. Обычно производится целиакография и верхняя мезентерикография, в ряде случаев дополняемые суперселективной артериографией. В ходе исследования обязательным условием является получение возвратных сплено- и мезентерикопортограмм.

Рак поджелудочной железы сопровождается различными изменениями внутри- и внеорганных сосудов, визуализируемыми в ходе ангиографии. Это:
патологические сосуды в зоне опухоли;
опухолевая инфильтрация артерий (симптомы «узурации», «культи»);
смещение артерий;
увеличение пораженной части поджелудочной железы;
аваскулярные зоны;
гиперваскуляризация тела и хвоста железы.

Рентгеновское исследование желудка и двенадцатиперстной кишки не является приоритетным при обследовании пациента с подозрением на опухоль ПДЗ, но может в ряде случаев, дополнить общую клинико-диагностическую картину.

При опухолях головки ПЖ и двенадцатиперстной кишки в зависимости от степени и характера патологического процесса выявляются некоторые рентгенологические симптомы поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако специфические рентгенологические симптомы отсутствуют.

Опухоль, не прорастающая двенадцатиперстную кишку, а поддавливающая ее стенки извне, создает компрессию складок слизистой оболочки, что проявляется в виде различной интенсивности тени компрессионных и неизмененных складок слизистой оболочки - «симптом полутени». При малой степени инвазии опухолью стенки двенадцатиперстной кишки, на определенном участке медиального контура кишки выявляется сглаженность киркринговых складок, выпрямленность контура, ригидность стенки.

91.УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ.

Методика ультразвукового исследования печени

Ультразвуковое исследование печени следует проводить со стороны эпигастрия и правого подреберья в трех плоскостях: косой, продольной и поперечной.

Дополнительным приемом при исследовании печени целесообразно использовать доступ через межреберье - по передней аксиллярной и средней ключичной линии справа, располагая датчик по ходу межреберья.

Проводить ультразвуковое исследование целесообразно в положении пациента лежа на спине или лежа на левом боку.

Для получения хорошего изображения структуры паренхимы печени следует проводить ультразвуковое исследование в различные фазы дыхания: на максимальном вдохе, на выдохе и при нормальном дыхании.

medfsh.ru

Для исследования левой доли печени сначала располагают датчик параллельно, а затем перпендикулярно к правой реберной дуге справа от мечевидного отростка, при каждом положении датчика плавно осуществляют скольжение датчиком вдоль реберной дуги и меняют угол сканирования датчиком от 0о до 90о для осмотра всех отделов печени. Аналогичным образом в двух взаимно перпендикулярных проекциях осматривается правая доля печени, располагая датчик сначала параллельно, а затем перпендикулярно правой реберной дуге, при этом перемещаем датчик вдоль реберной дуги от левой доли печени до передней подмышечной линии справа и обратно, плавно меняя угол сканирования датчиком от 0о до 90о

Основные показатели, которые следует оценивать при ультразвуковом исследовании печени: • угол нижнего края левой доли печени<45°;

•угол нижнего края правой доли печени<75°;

•косой вертикальный размер правой доли-до150мм;

•краниокаудальный размер левой доли-до100мм;

•толщина правой доли печени-до110-140мм;

• толщина левой доли-до60мм.

Размеры трубчатых структур печени в норме:

• воротная вена

•печеночные вены

• нижняя полая вена

• печеночная артерия–

• долевые желчные проток

•общий желчный проток–4-6мм.

Структура паренхимы печени в норме:

•мелко-зернистое изображение, состоящее из множества мелких точечных и линейных структур равномерно распределенных;

• эхогенность – сопоставима или несколько превышает эхогенность коркового вещества почек

• звукопроводимость – характеризует отражающую, поглощающую и рассеивающую способность ткани.

Общие подходы к оценке ультразвукового исследования печени:

• оценка формы,контуров и анатомического строения печени;

•оценка размеров печени в целом и каждой из долей по отдельности;

• оценка структуры и эхогенности печени;

• оценка сосудистого рисунка печени в целом, конкретных сосудов и протоковой системы;

• проведение дифференциальной диагностики выявленных изменений;

• при недостаточной определенности выявленных изменений - проведение динамического наблюдения.

3. Диффузные заболевания печени

1.– жировая дистрофия печени

2.– острый гепатит;

3.– хронический гепатит;

4.– цирроз печени;

5.– вторичные диффузные изменения печени

Этиология **ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ** разнообразна, она обусловлена токсическими агентами, несбалансированным питанием, врожденными и приобретенными эндогенными метаболическими нарушениями. признаки жировой инфильтрации печени:

• формапечени-существеннонеизменяется;

• контуры печени-ровные, нечеткие;

• капсулапечени-четконедифференцируется;

• может наблюдаться значительное увеличение размеров печени;

• крайпечени-можетбытьзакруглен;

• структура паренхимы-диффузнонеравномерногетерогенна;

• наблюдается обеднение сосудистого рисунка печени;

medfsh.ru

• могут выявляться очаги пониженной или различной эхогенности;
• звукопроводимость-снижена;
• эхогенность - значительно повышена.

ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ является распространенным заболеванием.
Ультразвуковая картина при остром гепатите зависит от тяжести и стадии заболевания. Некоторую роль в изменениях ультразвуковой картины играют этиопатогенетические факторы – варианты вирусных, токсических и метаболических проявлений. Можно систематизировать признаки, которые выявляются при ультразвуковом исследовании больных с острым вирусным гепатитом. **Ультразвуковые признаки острого гепатита:**
• формапечени-неизменяется;
• контуры-ровные,четкие;
• капсула-дифференцируется лучше;
• отмечается увеличение размеров печени;
• край печени-острый, как в норме;
• структура паренхимы - неравномерно гетерогенна, за счет чередования участко в сниженной, средней и повышенной эхогенности;
• звукопроводимость-повышена;
• эхогенность - снижена;
• определяется синдром выделяющихся сосудов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ - хронический воспалительный процесс в печени, который протекает без улучшения в течение более шести месяцев.
Ультразвуковая картина при хроническом гепатите зависит от стадии процесса, продолжительности и тяжести заболевания. При легкой степени ультразвуковая картина мало, чем отличается от нормы. паренхимы, что выявляется при ультразвуковом исследовании.
Ультразвуковые признаки хронического гепатита:
•форма печени-изменяется несущественно;
• контуры-ровные,четкие;
• капсула - дифференцируется нечетко;
• отмечаетсяувеличениеразмеровпечени;
• край печени - закруглен, угол увеличивается;
• структура паренхимы-неравномерно гетерогенна;
•отмечается обеднение периферических мелких сосудов, усиление отражения перипортальных структур;
• звукопроводимость-снижена;
• эхогенность-повышена.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ
В начальной стадии цирроза печени и при хроническом гепатите, существенных отличий в ультразвуковой картине не выявляется.
Основные при- знаки, характерные для цирроза печени, могут быть выявлены при ультразвуковом исследовании.
Ультразвуковые признаки цирроза печени:
• форма печени-может изменяться;
• контуры-неровные,бугристые;
• капсула - четко недифференцируется;
• отмечается значительное увеличение размеров печени;
• крайпечени-закруглен, угол правой доли тупой;
• структура паренхимы - диффузно неравномерно гетерогенна, могут выявляться очаги от 0,2 см до 2,0 см и более;
• определяется обеднение сосудистого рисунка (за счет мелких и средних сосудов);
• расширение воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен;
•звукопроводимость значительно снижена;
• эхогенность - значительно повышена (особенно в области ворот).

medfsh.ru

3.5. ВТОРИЧНЫЕ ДИФФУЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

Ультразвуковые признаки вторичных диффузных изменений паренхимы печени:

• форма печени - существенно не изменяется;

•контуры - ровные,четкие;

• капсула-четко не дифференцируется;

• определяется увеличение размеров печени;

• крайпечени-закруглен;

• структура паренхимы-равномерно гетерогенна;

• определяется расширение нижней полой и печеночных вен; • звукопроводимость-снижена;

• эхогенность-повышена;

• выявляется жидкость в брюшной и плевральной полостях.

4.1. ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ ГЕМАНГИОМЫ –

являются одними из наиболее часто встречающихся доброкачественных образований печени.

• состоят из множества мелких полостных структур;

• формаокруглаяилиэлипсоидная;

•расположены вблизи ветвей печеночных и воротной вен;

эхоструктура - равномерно гетерогенна;

• контуры-четко дифференцируются;

• размеры - порядка 30-40 мм;

• эхогенность-повышена;

• допплеровские методики дополнительной информации не дают.

КАВЕРНОЗНЫЕ ГЕМАНГИОМЫ

Ультразвуковые признаки кавернозной гемангиомы печени:

• состоят из множества крупных полостных структур;

• форма-чаще неправильная;

• эхоструктура-неоднородна;

•контуры-четко недифференцируются;

• размеры-порядка80-150мм

; • эхогенность - различная (гипер-,гипо-,анэхогенна);

• дают эффект дистального псевдоусиления сигнала; • допплеровскиеметодикималоинформативны.

ОЧАГОВАЯ УЗЛОВАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ.

Ультразвуковые признаки очаговой узловой гиперплазии печени:

• форма печени-зависит от размеров-0,5–20см;

• локализация - чаще правая доля V,VI,VII сегменты;

• форма-чаще округлая;

• контуры - ровные, четкие или расплывчатые;

• эхогенность-повышена,понижена или изоэхогенна;

• структура - диффузно неоднородная, мелкоочаговая;

• капсула-не определяется;

• при больших размерах наблюдается деформация сосудов и протоков.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ АДЕНОМЫ ПЕЧЕНИ.

• форма печени-зависит от размеров;

•локализация-любые отделы печени;

• форма-чащеокруглаяилинеправильная;

•контуры -четкие, могут быть неровными;

medfsh.ru

• эхогенность - гипер-, гипо-, изо- или смешанная;
• капсула-имеется, но не всегда определяется; • при больших размерах наблюдается деформация сосудов и проток.

92.ЭНДЕМИЧЕСКИЙ И СПОРАДИЧЕСКИЙ ЗОБ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

92.Эндемический зоб — заболевание, ведущим симптомом которого является прогрессирующее увеличение щитовидной железы, поражает большие контингента населения в географических районах с дефицитом йода во внешней среде.

Спорадический зоб — заболевание, сопровождающееся увеличением щитовидной железы у лиц, проживающих вне районов зобной эндемии. Спорадический зоб возникает вследствие некоторых неблагоприятных эндогенных факторов, в основном генетического порядка.

Классификация

По морфологии зоб бывает диффузный, узловой и смешанный.

По величине щитовидной железы классифицируется от нулевой до пятой степени.

По функциональности различают эутиреоидный и гипотиреоидный.

По месторасположению – грудинный, загрудинный, кольцевой и дистопированный из эмбриональных закладок.

Классификация эндемического зоба: 0—невозможно пальпировать щитовидную железу. 1 степень—заметен перешеек щитовидной железы, ясно прощупываемый при осмотре во время глотания. 2 степень— определяется перешеек и боковые доли щитовидной железы при ощупывании и при глотании. 3 степень—железа заполняет всю переднюю поверхность шеи, способствует сглаживанию ее контуров, и видна во время осмотра—так называемая "толстая шея". 4 степень—форма шеи сильно изменена. Железа выступает в виде опухоли. 5 степень—щитовидная железа огромных размеров

Клиническая картина. Больные отмечают увеличение щитовидной железы, "чувство неловкости" в области шеи при движении, реже — сухой кашель. При большом зобе, особенно расположенном частично загрудинно, возможны нарушение дыхания, ощущение тяжести в голове при наклоне туловища, дисфагия

Лечение: Консервативное лечение проводят препаратами неорганического йода, тиреоидином, тироксином и трийодтиронина гидрохлоридом. Тиреоидин и гормональные препараты эффективнее препаратов йода.
Консервативное лечение обеспечивает хорошие результаты лишь у больных эндемическим зобом с диффузным увеличением щитовидной железы. У больных же с узловым эндемическим и спорадическим зобом, наблюдаемым у большинства, главным методом лечения является оперативный.

medfsh.ru

93. Предоперационная подготовка больных остр. киш. непроход-ю.
Объем и содержание предоперационной подготовки у больных с острой кишечной непроходимостью определяются прежде всего формой и стадией непроходимости, а так же тяжестью общего состояния.

Инфузионная терапия для:
1) устранения волемических расстройств, степень которых определяется показателями ОЦК и его компонентов. Сложность этой задачи связана с ограниченными сроками подготовки и в то же время - с необходимостью соблюдения осторожности в увеличении темпа инфузии (особенно у пожилых больных) на фоне сердечно-легочной декомпенсации. Основными критериями для оценки достаточности инфузионной терапии и ее темпа являются показатели ЦВД, гематокрита, частоты пульса, почасового диуреза. Многие авторы (Г.Н. Цыбуляк, 1979; Г.А. Рябов, 1983; О.С. Кочнев, 1984) рекомендуют измерять ЦВД через каждые 15-20 мин или после введения 400-500 мл того или иного раствора. При быстром увеличении ЦВД до 200 мм вод. ст. и выше темп инфузии необходимо уменьшить.

2)устранение тканевой гипогидрации. Эта задача не может быть выполнена в пределах предоперационной подготовки. Выполнение ее продолжается, в ходе анестезиологического обеспечения операции, в дальнейшем - в послеоперационном периоде. При этом нередко требуется весьма значительный объем (до 70-100 мл и более на 1 кг массы тела больного) и достаточно сложный состав вводимых инфузионных сред.
Нередко в ходе предоперационной подготовки возникает необходимость **регулировать темп введения жидкости, применять кардиотонические, антиаритмические средства или использовать гормональные препараты** (преднизолон, гидрокортизон) для стабилизации гемодинамики на уровне, допускающем возможность начала операции.
В связи с этим в ходе предоперационной подготовки наряду с определением ЦВД и почасового диуреза необходимо постоянно **контролировать частоту сердечных сокращений, их ритмичность, уровень систолического и диастолического артериального давления, адекватность внешнего дыхания**.

Для комплексной оценки этих показателей целесообразно использовать мониторное наблюдение.
Особое место среди мероприятий предоперационного периода занимает **превентивная антибактериальная терапия**. Смысл ее при ОКН определяется высоким риском гнойных послеоперационных осложнений. Частота инфекционных послеоперационных осложнений при кишечной непроходимости составляет от 11 до 42 %. Это связано с рядом обстоятельств, важнейшими среди которых являются дисбактериоз и перемещение в проксимальные отделы кишечника несвойственной им микрофлоры, снижение секреторного иммунитета и барьерной функции желудочно-кишечного тракта, а также общая иммунодепрессия. Вполне очевидно, что на таком фоне дополнительная травма тканей и механическое разрушение биологических барьеров (брюшины, кишечной стенки), неизбежные в ходе вмешательства, создают дополнительные предпосылки для развития инфекционного процесса. В связи с этим создание в тканях к моменту операции необходимой лечебной концентрации антибактериальных препаратов может оказаться полезным и решающим фактором в послеоперационном течении заболевания. Выбор антибиотиков определяется широтой спектра их действия, высокой активностью в отношении большинства возбудителей инфекционных осложнений при острых заболеваниях органов брюшной полости.
Общий срок предоперационного периода при установленном диагнозе и показаниях к операции не должен превышать 2-3 часов при наличии странгуляции и перитонита и 12-24 часов при обтурационных формах тонко- и толстокишечной непроходимости соответственно.

94)МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

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

medfsh.ru

Физикальные методы исследования. Осмотр молочных желез проводят в светлом помещении (женщина должна быть раздета до пояса) в положении пациентки — стоя с опущенными руками, стоя с поднятыми руками и в положении лежа на спине и на боку. Подобная методика позволяет выявить малозаметные симптомы. Обращают внимание на развитие молочных желез, их размер, форму, уровень стояния молочных желез и ареол (симметричность), а также на состояние кожи, сосков, ареол. Известно, что сосудистый рисунок, окраска кожи, втяжения ее, деформация контуров, изъязвление соска и ареолы могут быть очень важными признаками рака и других заболеваний молочной железы.

Пальпацию производят в положении стоя, лежа на спине и боку. При поверхностной пальпации кончиками пальцев исследуют область ареолы, затем периферические отделы железы — последовательно, начиная от верхненаружного квадранта к верхневнутреннему, а затем — от нижневнутреннего к нижненаружному квадранту. В такой же последовательности производят глубокую пальпацию. Сначала пальпируют здоровую молочную железу. При выявлении опухолевидного образования определяют его размеры, консистенцию, характер поверхности, подвижность по отношению к коже. Затем пальпируют подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы. Больная должна расслабить руки, положив их себе на талию или на плечи исследующего. При пальпации надключичных лимфатических узлов лучше стоять позади больной; она должна слегка наклонить голову в сторону обследования для расслабления грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Определяют величину, консистенцию, количество, подвижность, болезненность лимфатических узлов.

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

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

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

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

Специальные методы исследования.

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

medfsh.ru

Поэтому исследование целесообразно сочетать с ультразвуковым, позволяющим отличить кистозный узел от солидного, и другими методами.

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

Ультразвуковое исследование в настоящее время является одним из основных методов инструментального исследования молочных желез. УЗИ дает возможность определить изменения структуры молочной железы, выявить узелки опухоли, провести дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными опухолями молочной железы, выявить образования небольших размеров (кисты выявляются от 0,5 см в диаметре). Пунк-ционная тонкоигольная биопсия, проводимая под контролем УЗИ, позволяет получить материал для цитологического исследования и верификации диагноза быстрее и точнее, чем при маммографии. Непосредственно перед операцией УЗИ позволяет точно указать локализацию опухоли и более приемлемый доступ к ней. В последние годы появились специальные аппараты для ультразвуковой стереотаксической биопсии молочных желез. Стереотаксический метод позволяет производить не только тонкоигольную биопсию для цитологического исследования, но и биопсию для получения столбика ткани и последующего гистологического изучения препарата. Аппаратура для подобного исследования молочных желез пока доступна только крупным онкологическим учреждениям. В связи с отсутствием лучевой нагрузки УЗИ можно использовать многократно в любой возрастной группе.

Магнитно-резонансная томография (МР-томография) позволяет не только визуализировать патологический очаг в молочной железе, но и дать характеристику его (киста, опухоль, содержащая мало жидкости), а также изменениям в окружающей ткани. Этот дорогостоящий метод следует применять по специальным показаниям.

Морфологическое исследование является основным методом дифференциальной диагностики. Для этой цели используют тонкоигольную биопсию опухоли под контролем УЗИ. Полученный материал, так же как выделения из соска, подлежит цитологическому исследованию. Отрицательный ответ не исключает наличия злокачественной опухоли. Только обнаружение опухолевых клеток дает уверенность в диагнозе и позволяет наметить план лечения больной до операции. Окончательный ответ в сомнительных случаях может быть получен только после гистологического исследования удаленного сектора, содержащего опухоль. Биопсию следует производить только в тех лечебных учреждениях, где возможно затем выполнить срочную радикальную операцию.

95.ТИРЕОДИТЫ И СТРУМИТЫ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

95) Воспалительный процесс, развивающийся в неизмененной до этого щитовидной железе, называют **тиреоидитом** , а воспаление, развивающееся на фоне зоба, **струмитом**

В зависимости от возникновения и течения заболевания различают различные виды тиреодитов:

medfsh.ru

- Острый тиреоидит(может быть гноцным и негнойным)
- Подострый или тиреоидит де Кервена.
- Хронический фиброзный типреоидит или зоб Риделя.
- Аутоиммунный хронический или тиреоидит Хошимото.

1-Острый тиреоидит.(гнойный) Редко встречающееся воспалительное заболевание щитовидной железы, обусловленное заносом гнойной инфекции гематогенным, лимфогенным или контактным путем из соседних органов. Возбудителем чаще является пиогенный стрептококк или золотистый стафилококк.

Клиническая картина. Заболевание начинается с повышения температуры тела до 39—40 0С, головной боли и сильной боли в области щитовидной железы, иррадиирующей в затылочную область и уши. На передней поверхности шеи появляются гиперемия, припухлость, смещающаяся при глотании. Тяжелым осложнением тиреоидита является гнойный медиастинит. Иногда развивается сепсис. В крови — выраженный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Лечение. Больные острым тиреоидитом подлежат госпитализации. Показана антибиотикотерапия. Сформировавшийся абсцесс вскрывают и дренируют во избежание распространения гнойного процесса на шею и средостение (флегмона шеи, гнойный медиастинит).

Острый негнойный тиреоидит. Крайне редкое заболевание, протекающее по типу асептического воспаления, вследствие травмы, кровоизлияния в железу или лучевой терапии. Возможны умеренно выраженные явления тиреотоксикоза. В лечении используют анальгетики, бета-адреноблокаторы.
2-Подострый тиреоидит (гранулематозный зоб де Кервена)
Как правило, заболевание возникает после вирусной инфекции (грипп, эпидемический паротит, корь и т. п.). Вторичный аутоиммунный процесс развивается в ответ на воспалительные изменения в щитовидной железе и высвобождение антигена (тиреоглобулина), поступающего в кровь при разрушении тиреоцитов.

Клиническая картина. В начальной стадии (от нескольких недель до 2 мес) заболевание протекает по типу острого тиреоидита. Отмечаются значительное повышение СОЭ, лейкоцитоз, лимфоцитоз. При явлениях тиреотоксикоза в крови повышаются уровни Т3 и Т4, в дальнейшем появляются антитела к тиреоглобулину
.
Для диагностики применяют тест Крайля — прием преднизолона в дозе 30—40 мг/сут приводит к значительному улучшению состояния пациента через 24—72 ч. При радионуклидном сканировании выявляют диффузное снижение накопления радиофармпрепарата при повышенном уровне Т3 и Т4 в крови (диагностические "ножницы").

Лечение. Назначают глюкокортикостероиды (преднизолон по 30—60 мг/сут) в течение 3 — 4 нед, постепенно снижая дозу, ацетилсалициловую кислоту до 2—3 г/сут. При выраженном тиреотоксикозе показаны бета-адреноблокато-ры. Применение антибиотиков не влияет на течение патологического процесса. Хирургическое лечение не показано. Прогноз обычно благоприятный, выздоровление наступает в среднем через 5 — 6 мес.

3-Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото). Значительно чаще встречается у женщин в возрасте 40—50 лет (соотношение заболевших мужчин и женщин 1:10—15). В генезе заболевания определенное значение имеет врожденное нарушение в системе иммунологического контроля. У больных, страдающих этим заболеванием, и их родственников часто наблюдаются другие аутоиммунные болезни
Выделяют две формы заболевания — атрофическую и гипертрофическую. При гистологическом исследовании обнаруживают выраженную инфильтрацию железы лимфоцитами и плазматическими клетками, разрушение фолликулов, очаги фиброза, оксифильные эпителиальные клетки Хюртле—Асканази.

medfsh.ru

Клиническая картина и диагностика. В течение заболевания функциональное состояние железы может меняться. Обычно вначале развивается тиреотоксикоз, в дальнейшем — длительное эутиреоидное состояние и в более поздние сроки — гипотиреоз
При гипертрофической форме хронического тиреоидита железа, как правило, увеличена за счет обеих долей, имеет плотную консистенцию, гладкую либо узловатую поверхность, обычно безболезненная, не спаяна с окружающими тканями, подвижна при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Симптом сдавления органов шеи наблюдается редко. При атрофической форме щитовидная железа может не пальпироваться. В диагностике заболевания важное значение имеют результаты УЗИ с тонкоигольной аспирационной биопсией. Выявление в крови антител к тиреоглобулину и тиреоидной пероксидазе подтверждает диагноз. Уровень ТТГ зависит от функционального состояния щитовидной железы: при тиреотоксикозе он будет сниженным, в эутиреоидном состоянии — нормальным, а при гипотиреозе — повышенным
.
Лечение консервативное, препаратами гормонов щитовидной с индивидуальным подбором дозы препарата и постоянным динамическим наблюдением, включающим УЗИ, гормональное исследование каждые 3 мес.
Показания коперации: сочетание аутоиммунного тиреоидита с неопластическим процессом; большие размеры зоба с признаками сдавле-ния органов шеи; отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6 мес, прогрессирующее увеличение зоба. Объем операции — тиреоидэктомия. При сочетании с раком щитовидной железы показана экстрафасциальная тиреоидэктомия, а в случае выявления злокачественной лимфомы — лучевая терапия. После операции проводят заместительную терапию препаратами гормонов щитовидной железы.

4-Фиброзный тиреоидит (тиреоидит Риделя). Редкое заболевание щитовидной железы, относящееся к висцеральным фиброматозам. Характеризуется разрастанием в щитовидной железе соединительной ткани, замещающей ее паренхиму, вовлечением в патологический процесс окружающих анатомических структур (трахея, пищевод, сосуды, нервы, мышцы). Описаны сочетания тиреоидита Риделя с ретроперитонеальным фиброзом, медиастинальным фиброзом, фиброзирующим альвеолитом, склерозирующим холангитом и др.

Клинически заболевание проявляется зобом каменистой плотности, безболезненным при пальпации, малоподвижным, не смещаемым при глотании. Пациенты в большинстве наблюдений находятся в эутиреоидном состоянии, однако по мере прогрессирования фиброза развивается гипотиреоз. В редких случаях возможно развитие гипопаратиреоза что обусловлено вовлечением в фиброзирующий процесс паращитовидных желез. В диагностике и дифференциальной диагностике важное значение придают УЗИ с тонкоигольной биопсией зоба. Во многих случаях для исключе ния злокачественного поражения требуется открытая биопсия во время опе рации.

Лечение — хирургическое, что обусловлено высоким риском развития злокачественного поражения, инвазивным ростом, большими сложностями при морфологической верификации диагноза и трудностями исключения малигнизации до операции. Объем оперативного вмешательства — тиреоид эктомия. Выполнение радикальной операции сопряжено с большими тех ническими трудностями и немалым риском повреждения соседних органов и анатомических образований. В ряде случаев (при исключении малигниза ции) ограничиваются декомпрессией смежных органов без удаления всей ткани щитовидной железы.
воспаление зобноизмененной щитовидной железы — струмитом.

96.ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ, ДЕОНТОЛОГИЯ.

Медицинская деонтология это наука о должном. Вопросы этики и деонтологии неразрывно связаны с личностью врача, в частности хирурга. Эта наука имеет свою давнюю, богатую событиями историю. Во все времена много писалось о профессии врача. Издавна принято отождествлять личность врача с самыми высокими понятиями о честности, преданности, самоотверженности, милосердии, доброте и гуманности. Так, например, древнейший индийский литературный памятник медицины Аюр-Веда («Книга жизни» У11-111 в. до н. э.) содержит

medfsh.ru

детальное перечисление правил поведения врача, понимаемых как этические нормы: физическая закалённость, моральная безупречность, интеллигентность, тактичность в отношениях с пациентами, коллегами и учениками, высокая квалифицированность, сопряжённая со строгой ответственностью перед больным и обществом.

Ещё более точно и полно принципы поведения врача были сформулированы отцом медицины Гиппократом (460-377 г. г. до н. э.). Знаменитая клятва Гиппократа, впоследствии многократно модифицируемая в зависимости от конкретных исторических и социальных условий и сегодня, более чем через 2 тысячи лет читается как современный, нестареющий, полный нравственной энергии документ. В ней сжато сформулирован ряд морально-этических и деонтологических норм поведения врача. В представлении Гиппократа идеальному врачу свойственны: «презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку». Врач должен быть, считал Гиппократ «…по своему нраву человеком прекрасным и добрым. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах…Где есть любовь к людям, там будет и любовь к врачебному искусству…Медицина - поистине самое благородное из всех искусств»

Пациенты во все времена хотят видеть врача всемогущим и безгрешным, никогда не ошибающимся и всё умеющим исцелителем, поскольку возвышенное, особое отношение к врачу-хирургу нужнее пациентам, нежели самому врачу. Принижение, приземление роли врача уменьшает или сводит на нет один из важнейших факторов врачевания –фактор психологический, фактор веры, доверия к врачу.

Анри Моруа, выступая на конгрессе врачей, сказал: « Завтра, как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всё возрастающую ответственность…И жизнь врача останется такой же, как и сегодня,- трудной, тревожной, героической и возвышенной».

Есть общие принципы деонтологии и, безусловно, профессиональные отличия. В медицине более 175 профессий и каждая из них имеет свои особенности. Особое место среди них занимает хирургическая специальность. Проф. А.В. Гуляев говорил:» Хирург - это человек, вооружённый ножом, и, как всякое вооружённое лицо, он представляет опасность для окружающих, если применяет своё оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено».

Н. И.Пирогов в своей работе «Рассуждения о трудностях хирургического распознавания и о счастье в хирургии» (1854г) гениально сформулировал условия, которыми следует руководствоваться в хирургии, чтобы успешно применить её у больного:

1. Уверенность в распознавании болезни и больного.

2. Искусство выбрать благоприятное для операции время, воспользоваться умело всяким, даже малейшим изменениям в ходе болезни, чтобы предпринять операцию не слишком рано и не слишком поздно.

3. Произвести благоприятное нравственное впечатление на больного, понять его надежды, устранить его страх и уничтожить его сомнения.

4. Не только сделать операцию искусно и по правилам Цельса (безопасно, быстро и счастливо), но и предотвратить все могущие быть во время операции неприятные осложнения, сохранить хладнокровие и присутствие духа, что даёт возможность воспользоваться во время операции даже самым ничтожным обстоятельством.

5. Провести последующее лечение с полной осмотрительностью и знанием дела.

medfsh.ru

Довольно подробно освятил эти вопросы и Н. Н.Петров в своей монографии «Вопросы хирургической деонтологии» (1954г.) Наблюдательность и решительность –важные черты для хирурга. Любое принятое решение должно быть обоснованным. Разумно

97.ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ. КЛАССИФИКАЦИЯ

Острый перитонит – воспаление в области брюшины, при котором выражены местные изменения, функциональные расстройства организма.

По этиологии:

а) инфекционный (неспецифический, специфический);

б) неинфекционный (химические вещества, секреты органов — желчь, желудочный сок, моча, кровь).

Специфический перитонит вызывают микроорганизмы, которые не имеют отношения к пищеварительной системе (гонококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза).

По происхождению:

а) первичный — в результате попадания микроорганизмов в брюшную полость гематогенным или лимфогенным путем, а также в результате их транслокации из других органов;

б) вторичный — обусловленный попаданием микроорганизмов в брюшную полость в результате острых хирургических заболеваний ее органов или их повреждения при травме живота;

в) третичный — гнойные формы перитонита, протекание которых не сопровождается выраженными клиническими признаками на фоне длительного лечения больных с вторичной интоксикацией и нередко иммунодефицитом разной этиологии. Раньше такой перитонит называли вялотекущим.

По причинах возникновения:

а) травматический;

б) воспалительный (при распространении воспалительного процесса из пораженного органа брюшной полости, без его перфорации);

в) перфоративный;

г) послеоперационный;

д) сочетанный (при патологических состояниях органов грудной полости);

е) лимфогенный.

По распространению:

а) местный (отграниченный, не отграниченный) — при локализации воспалительного процесса в 1—2 областях брюшной полости;

б) распространенный, или диффузный — воспалительный процесс распространяется на 3—5 областей;

в) общий, или тотальный — воспалительный процесс распространяется более чем на 5 областей или на всю брюшину, включая все карманы, углубления.

По клиническому протеканию:

а) острый;

б) хронический.

По характеру экссудата:

а) серозный;

б) серозно-фибринозный;

в) фибринозно-гнойный;

г) гнойный;

д) желчный;

є)геморрагический;

е) каловый;

ж) химический.

По стадиям протекания:

medfsh.ru

1) реактивный — первые 24 часа от начала заболевания;
2) токсичный — от 24 до 72 часов после начала заболевания ("расцвет" острого перитонита);
3) терминальный — после 72 часов от начала заболевания, проявляется значительными расстройствами функции жизненно важных органов.

По степени тяжести:
I степень (легкий) — признаки эндотоксикоза не выражены;
II степень (средней степени тяжести) — для устранения признаков эндотоксикоза достаточно ликвидации причины развития острого перитонита оперативным путем и проведения интенсивной терапии;
Ш а степень (тяжелый) — признаки эндотоксикоза после ликвидации причины развития острого перитонита можно устранить только с помощью экстракорпоральных методов детоксикации (гемосорбции, лимфосорбции, плазмафереза);
Шб степень (очень тяжелый) — нуждается в проведении повторной санации брюшной полости;
IV степень (терминальный) — возникает синдром полиорганной недостаточности, несовместимый с жизнью (И.Ю. Полянский, 1999).

В последнее время предложена усовершенствованная и несколько сокращенная классификация острого перитонита для практического пользования, в которой отмечены только распространение патологического процесса по брюшине и характер экссудата (Объединенный пленум проблемных комиссий "Неотложная хирургия" и "Гнойная хирургия" МОЗ России, Москва 1999). Она предусматривает разделение острого перитонита на:
1) местный;
2) распространенный:
а) диффузный (выходит за пределы очага воспаления и распространяется на прилегающие области);
б) общий (распространяется на значительные участки или всю брюшину).

98. Зоб Хашимото (аутоимунный тиреоидит) представляет собой воспалительный процесс в щитовидной железе хронического характера, который обусловлен какими-либо аутоиммунными нарушениями. В этом случае иммунная система человека начинает вырабатывать антитела к клеткам собственной щитовидки, считая их чужеродными, что и приводит к воспалению и гибели ткани железы. Именно аутоиммунный тиреоидит Хашимото и является во многих случаях провоцирующим фактором для первичного гипотиреоза.Считается, что Зоб Хашимото встречается у 1 человека из 100, причем мужчины болеют в 4 раза реже, чем женщины. Чаще всего это заболевание диагностируется после 40 лет, но в некоторых случаях оно развивается уже и после 30 лет. Зоб Хашимото также называют лимфоматозным зобом, лимфоцитарным зобов, а также болезнью или тиреоидитом Хашимото.

Клинические варианты развития аутоиммунного тиреоидита Хашимото:
-Гиперпластическая (гипертрофическая) форма, для которой характерно образование зоба.
-Атрофическая форма, при которой происходит склерозирование ткани, то есть замена ткани щитовидной железы соединительной тканью. По причине гибели тиреоцитов происходит уменьшение размеров самой щитовидки, а также развивается гипотиреоз (недостаток гормонов, вырабатываемых щитовидной железой). Это уже терминальная стадия аутоиммунного процесса.
-Очаговая форма, для которой характерно поражение только одной доли щитовидной железы.
В большинстве случав зоб Хашимото развивается достаточно медленно, на начальных стадиях обнаружить его достаточно сложно из-за отсутствия жалоб пациента. Затем появляется чувство усталости и повышение утомляемости, общая слабость, но увеличение размеров щитовидной железы происходит незамеченным и часто выявляется абсолютно случайно. Если зоб приобрел уже большие размеры, то он начинает сдавливать окружающие ткани и органы, в первую очередь это касается пищевода и трахеи. Пациент начинает жаловаться на давление в области шеи,

medfsh.ru

дискомфорт, затруднения при глотании, удушье, одышку, но списывает это на какие-либо другие заболевания – от ангины до сердечно-сосудистых патологий.
Нарушения механизма распознавания своих и чужеродных клеток и приводит к тому, что иммунная система начинает вырабатывать антитела к различным компонентам щитовидки. Если преобладают цитостимулирующие антитела, то развивается гипертрофическая форма заболевания, если цитотоксические – атрофическая, а вот при очаговой форме взаимное соотношение количества антител может быть разным.
В отношении лабораторных показателей, самым главным из них является высокое содержание в крови особых антител. Говорить об аутоиммунном тиреоидите можно на основании гипотериоза и увеличении размеров щитовидной железы, а также ее уплотнении. информативным методом обследования является пункционная биопсия, которую применяют для выяснения функционального состояния железы. В этом случае изучается степень поглощения радиоактивного йода, уровень тиреотропина, тиреоидных гормонов, а также проводится проба с тиролиберином.

Для лечения зоба Хашимото используют консервативные и хирургические методы лечения. Консервативное лечение подразумевает назначение гормональных средств, которые необходимы для подавления влияния гипофиза, который стимулирует щитовидку к выработке большего количества гормонов и заставляет увеличиваться в размерах. Такая терапия является чрезвычайно длительной, порой она длится годами, пока размеры щитовидки не уменьшатся и функции не вернутся в норму. Доза гормона подбирается для каждого конкретного пациента индивидуально, а зависимости о его возраста, общего состояния здоровья. Если же плотность зоба слишком большая или имеется подозрение на возможность образования злокачественной опухоли, наблюдается давление на трахею или пищевод, то тогда показано хирургическое вмешательство с целью иссечения лишних тканей.

99.ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

99)Структура хирургического отделения поликлиники варьирует в зависимости от количества обслуживаемого населения. В средних по величине поликлиниках должны быть как минимум кабинет заведующего, хирургический кабинет, операционная, чистая перевязочная, гнойная перевязочная, стерилизационная с материальной, автоклавная и ожидальня. В крупных поликлиниках, кроме того, развертываются предоперационная, травматологический кабинет с гипсовальной комнатой, кабинет уролога, онкологический кабинет.

По приказу Министерства здравоохранения СССР № 999 от 11.10.82 г. «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, врачебных и фельдшерских здравпунктов» на каждые 10 000 взрослого населения положено 0,4 ставки врача-хирурга поликлиники. На каждую ставку хирурга введено две ставки медицинской сестры. При наличии в поликлинике четырех и более хирургов и травматологов установлена ставка старшей операционной сестры вместо одной ставки медицинской сестры.

В городах с населением 200 000 человек, а в областных центрах на каждые 100 000 жителей при одной из поликлиник создан травматологический пункт с круглосуточным дежурством травматолога. В меньших населенных пунктах амбулаторная помощь травматологическим больным осуществляется травматологом или хирургом поликлиники, на селе — в амбулатории участковой или районной больницы. На предприятиях эту помощь оказывают в амбулаториях или поликлиниках медико-санитарных частей.

При хорошей организации хирургической работы в поликлинике производят более разнообразные малые операции. Преобладают вмешательства по поводу липом, атером, хирургическая обработка ран, вскрытие панариция, гнойного мастита, флегмон кисти; довольно часто выполняют операции по поводу вросшего ногтя, вальгусного искривления I пальца стопы, вскрытие абсцессов ягодичной области, вмешательства при локтевом бурсите, контрактуре Дюпюитрена; несколько реже производят операции по поводу сухожильного ганглия, молоткообразного пальца, разрыва сухожилия пальцев кисти, стенозирующего лигаментита, поверхностно расположенных инородных тел, копчиковой кисты, а также вскрытие поверхностных абсцессов и флегмон других локализаций.

В амбулаторных условиях нельзя удалять пигментные опухоли (меланомы), лейкоплакии губ, опухоли молочных желез, полипы прямой кишки, так как в этих случаях необходимо производить срочное гистологическое исследование удаленных препаратов. Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

Известно, что в поликлиниках хирурги не только занимаются малой хирургией, но и продолжают лечение больных, выписавшихся из стационара после больших операций и тяжелых травм. Они берут на учет и осуществляют динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими хирургическими заболеваниями, в частности грыжами разных локализаций, варикозным расширением вен нижних конечностей, трофическими язвами голени,

medfsh.ru

посттромбофлебитическим синдромом, доброкачественными опухолями молочной железы, трещинами заднего прохода, параректальными свищами. Этих больных активно вызывают для осмотра 1—2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

При облитерирующем эндартериите, облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей, болезни Рейно повторные осмотры проводят 2—4 раза в год. После резекции желудка и других больших операций на органах живота и груди наблюдение за больными активно осуществляется на протяжении 5 лет с осмотрами 2 раза в год. Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог-ортопед поликлиники, а при его отсутствии — хирург. После переломов проводят осмотр и необходимое обследование 4 раза в год на протяжении 2 лет.

Динамическое наблюдение проводят для выявления ранних форм заболевания и развивающихся осложнений, требующих амбулаторного или стационарного лечения, а также для своевременного осуществления профилактических мер. На каждого такого больного ведется карта диспансерного наблюдения (форма № 30/у).

Наиболее сложная и ответственная задача поликлинического хирурга заключается в организации и практическом выполнении операций. Необходимо иметь не только соответствующие помещения (операционную, перевязочную) и инструментарий, знать показания к хирургическому лечению данного заболевания в амбулаторных условиях, но и уметь правильно выполнять само вмешательство и правильно вести больного в послеоперационном периоде.

Важно соблюдать и правовые нормы. Операцию можно производить только при согласии на нее самого больного, а для детей до 14 лет необходимо согласие родителей или опекунов. Отказ больного от неотложной операции следует с его подписью занести в индивидуальную карту амбулаторного больного (форма № 025/у).

При ряде острых заболеваний хирург поликлиники оказывает лишь первую врачебную помощь и срочно направляет больного в хирургический стационар. Показания для срочной госпитализации следующие:

1. Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники при показаниях к срочной операции и интенсивном стационарном лечении.
2. Острые гнойные заболевания, требующие больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.
3. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.
4. Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.
5. Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

В плановом порядке направляют на госпитализацию: больных с хроническими хирургическими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях; при отсутствии эффекта амбулаторного лечения, а также больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском, нуждающихся в хирургических вмешательствах в объеме малой хирургии.

Показания для госпитализации могут быть расширены или сужены в зависимости от условий в поликлинике и от уровня профессиональной подготовки хирурга. Объем амбулаторных оперативных вмешательств зависит также от возможности временной квартирной госпитализации после произведенной операции. По показаниям таких больных отвозят домой санитарным транспортом. Временная госпитализация их в домашних условиях предусматривает возможность ухода за больным, а также периодическое посещение его на дому медицинской сестрой и хирургом поликлиники.

100.ЗОБ РИДЕЛЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Фиброзный тиреоидит (тиреоидит Риделя). Редкое заболевание щитовидной железы (менее 0,1% всех оперированных), относящееся к висцеральным фиброматозам. Заболевание характеризуется разрастанием в щит.железе соединительной ткани, замещающей ее паренхиму, вовлечением в патологический процесс окружающих анатомических структур (трахея, пищевод, сосуды, нервы, мышцы). Описаны сочетания тиреоидита Риделя с ретроперитонеальным фиброзом, медиастинальным фиброзом, фиброзирующим альвеолитом, склерозирующим холангитом и др.

Клинически заболевание проявляется зобом каменистой плотности, безболезненным при пальпации, малоподвижным (инвазивный рост), не смещаемым при глотании. Пациенты в большинстве наблюдений находятся в эутиреоидном состоянии, однако по мере прогрессирования фиброза развивается гипотиреоз.

В редких случаях возможно развитие гипопаратиреоза что обусловлено вовлечением в фиброзирующий процесс паращитовидных желез. В диагностике и дифференциальной

medfsh.ru

диагностике важное значение придают УЗИ с тонкоигольной биопсией зоба (в цитограмме выявляют не многочисленные клетки фолликулярного эпителия, большое количество грубых соединительнотканных элементов). Во многих случаях для исключения злокачественного поражения требуется открытая биопсия во время операции.

Лечение — хирургическое, что обусловлено высоким риском развития злокачественного поражения, инвазивным ростом, большими сложностями при морфологической верификации диагноза и трудностями исключения малигнизации до операции. Объем оперативного вмешательства — тиреоидэктомия. Выполнение радикальной операции сопряжено с большими техническими трудностями и немалым риском повреждения соседних органов и анатомических образований. В ряде случаев (при исключении малигнизации) ограничиваются декомпрессией смежных органов без удаления всей ткани щитовидной железы.

101. туберкулезный перитонит. Этиология, методы диагностики и лечения

.

Этиология.Заражение туберкулезной палочкой.

Туберкулезное поражение брюшины - вторичное: оно возникает гематогенным путем или в результате перехода процесса из органов, расположенных в брюшной полости. Наиболее частый источник-брыжеечные лимфатические узлы, в частности, узлы илеоцекальной области; у девочек источником инфекции брюшины иногда бывают половые органы. Обычно туберкулезный перитонит наблюдается у детей в возрасте от 4 до 13 лет. Различают три формы туберкулезного перитонита:

1.Экссудативная форма характеризуется скоплением в брюшной полости серозной жидкости. Живот увеличивается в размерах, стенка его становится напряженней, пупок сглаживается. Определяется притупление и флюктуация. В отличие от асцита жидкость при туберкулезном перитоните вследствие развития спаек может не перемещаться при изменении положения тела. Общее состояние ребенка может оставаться удовл-ым; только при огромном скоплении жидкости наступают расстройства со стороны дыхания и кровообращения.

2.Слипчивая форма встречается особенно часто.хар-ся развитием сращений и спаек между петлями кишок, сальником и брюшиной. Вначале эта форма некоторое время протекает бессимптомно. В дальнейшем течении болезни общее состояние ребенка изменяется: он становится вялым, бледнеет, худеет и временами жалуется на неопределенные боли в животе. Живот почти не увеличивается, но отмечается наклонность к вздутию его, а брюшная стенка бывает напряжена. При ощупывании в брюшной полости удается обнаружить отдельные участки уплотнения, прилегающие к брюшной стенке. Иногда первыми симптомами слипчивой формы туберкулезного перитонита бывают явления частичной непроходимости, развивающиеся вследствие перетяжек петель кишок спайками. В этом случае развивается картина, характерная для непроходимости, — боли, усиленная перистальтика, рвота и задержка стула.

3.Казеозная, иначе узловатая или опухолевидная, форма наблюдается при далеко зашедших стадиях туберкулезного – перитонита. В полости живота прощупываются плотные инфильтраты различной величины, иногда весьма похожие на опухоль. Большие инфильтраты чаще располагаются в правой подвздошной области или около пупка, книзу от него. В отдельных случаях инфильтрат, содержащий казеозные массы, спаивается с передней брюшной стенкой в области пупка, кожа краснеет и абсцесс с размягченными казеозными массами вскрывается через пупок. Вместе с гноем иногда через свищ выделяется кал вследствие разрушения стенки припаявшейся кишки.

medfsh.ru

При наличии большого экссудата следует исключить болезнь сердца и почек. Пробный прокол брюшной полости (осторожно!) и исследование жидкости помогают диагностике: экссудат при туберкулезном перитоните отличается высоким удельным весом и высоким содержанием белка.

Диагноз туберкулезного перитонита

При отсутствии анамнеза и внезапно развившейся картины непроходимости диагностика обычно ставится только на операционном столе, когда обнаруживаются туберкулезные бугорки на брюшинном покрове.При казеозной форме перитонита при сильном истощении больного возникает подозрение на злокачественную опухоль. Однако течение болезни и тщательное общее исследование больного (туберкулиновые пробы, поражение легких) позволяют провести правильную диференциальную диагностику.

Перитонит туберкулезный лечение

Лечение туберкулезного перитонита проводится консервативно на общих для- туберкулезных больных основаниях. Лечение воздухом, солнцем, покоем и соответствующим питанием. В настоящее время это общее лечение должно комбинироваться с лечением стрептомицином, ПАСК, фтивазидом. Дозировка этих средств опр-ся согласно схемам, рекомендуемым для лечения туберкулеза легких и костно-суставных поражений.

При явлениях спаечной непроходимости иногда прибегают к хирургическому лечению для устранения непроходимости. Во время операции в брюшную полость вводят одномоментно 100 000— 200 000 ЕД стрептомицина, а в последующем проводят внутримышечно курс лечения стрептомицином.

Применявшееся в прежние годы широкое вскрытие брюшной полости с лечебной целью (действие воздуха и света, а также облучение кварцем) теперь у детей оставлено.

102. Дивертикулез. Клиника, диагностика, лечение.

Выпячивание кишечной стенки в виде слепого мешка называют *дивертикулом*. Дивертикулы, как правило, располагаются в тощей кишке, реже — в подвздошной, они бывают единичными и множественными (дивертикулез).

Врожденные (истинные) дивертикулы имеют все слои кишечной стенки и расположены обычно на противобрыжеечной стороне, приобретенные (ложные) — не имеют мышечной оболочки (выпячивается слизистый и подслизистый слои через дефект в мышечном) и чаще всего расположены на брыжеечной стороне кишки, где проходят сосуды (как и в толстой кишке). Натяжение стенки кишки спайками на ограниченном участке ведет к формированию тракционных дивертикулов.

Обычно *дивертикулезом* называют множественные ложные дивертикулы.

Клиническая картина. Принято выделять 3 основные клинические формы дивер-тикулеза: 1) дивертикулез без клинических про¬явлений, случайно выявляемый при исследовании кишечника при диспан¬серном осмотре; 2) дивертикулез с клиническими проявлениями; 3) дивер-

medfsh.ru

тикулез, сопровождающийся осложнениями (дивертикулит, параколиче-ские абсцессы, внутренние и наружные свищи, перфорация(приводит к перитониту с характерной клинической картиной), кровотечение) .

Как правило, дивертикулез не вызывает каких-либо симптомов. Некоторые люди могут чувствовать дискомфорт или спазмы в животе.

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. Следует помнить, что грубое колоноскопическое и рентгенологическое исследования опасны в связи с возможностью перфорации дивертикула.

Лечение. При отсутствии симптомов или осложнений, лечение дивертикулеза не требуется. Консервативное лечение включает диету, богатую растительной клетчаткой, спазмолитики, прокинетики (цизаприд, метеоспазмил и др.). Следует воздерживаться от назначения слабительных средств, так как мож¬но вызвать повышение давления в кишке. Больные с острым дивертикули-том, сопровождающимся высокой температурой тела и другими признаками синдрома системной реакции на воспаление, подлежат госпитализации. В этих случаях назначают антибиотики (сочетание цефалоспорина последнего поколения, метронидазола и гентамицина или другого препарата из группы аминогликозидов), инфузионную терапию для коррекции водно-электро¬литных нарушений и дезинтоксикации. В качестве послабляющего при за¬порах рекомендуется использовать лактулозу (нормазе) по 30 мл ежедневно.

Хирургическое лечение проводят при перфорации дивертикула, непрохо¬димости кишечника, внутренних свищах, массивном кровотечении, тяже¬лом дивертикулезе с частыми эпизодами дивертикулита при безуспешности консервативного лечения. При дивертикулите толстой кишки удаляют по¬раженный участок кишки. Для снижения внутрикишечного давления целесообразно со¬четать эти операции с миотомией ободочной кишки.

Операцией выбора при дивертикулезе является резекция пораженного участка кишки с анастомозом конец в конец. При одиночных дивертикулах возможна операция дивертикулэктомии. Для выявления дивертикулов тонкую кишку раздувают во время операции, вводя воздух через назоэнтеральный зонд.

Специфическим видом истинного дивертикула является **меккелев дивертикул**. Дивертикул располагается на подвздошной кишке на расстоянии от 10 до 150 см от илеоцекального угла (в среднем 40 см у детей и 50 см — у взрослых), имеет диаметр 0,5—2 см и длину от 1 до 26 см (обычно 3—5 см).

Стенка дивертикула имеет то же строение, что и подвздошная кишка, но у 20—30% больных обнаруживают гетеротопические островки слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки, ткани поджелудочной железы или стенки толстой кишки (изолированные или в сочетании).

Основным методом диагностики дивертикула является зондовая энтеро-графия. При этом обнаруживают дополнительную тень в виде трубки или мешка, расположенную рядом с

medfsh.ru

подвздошной кишкой и связанную с ней. Избирательное накопление изотопа в клетках слизистой оболочки желудка позволяет использовать радионуклидный метод для визуализации эктопированных участков слизистой оболочки в стенке дивертикула. На сканограммах брюшной полости в этом случае видны две зоны накопления: в эпигастрии (желудок) и в гипогастрии (дивертикул). Точность метода — около 90%.

Хирургическое лечение показано при осложнениях дивертикула. Основным типом операции является клиновидная резекция подвздошной кишки с дивертикулом и ушиванием образовавшегося дефекта двухрядным швом. Дивертикулэктомию необходимо проводить и при случайном обнаружении этого заболевания во время внутрибрюшных операций.