

## 1. Предварительный диагноз. Понятие цели.

**Предварительный диагноз** – это объективное по форме медицинское заключение, выражающее гипотезу объективной сущности болезни у данного больного человека.

Ставят его на основании первоначального исследования больного (расспрос, имеющаяся у больного медицинская документация, физикальное обследование)

Нужен он для дальнейшего построения плана подробного исследования.

Он может быть подтвержден, уточнен, может стать основой клинического, отвергнут.

При формулировке предварительного диагноза следует избегать вопросительных знаков, потому что является гипотезой и имеет вероятное значение.

Устанавливается в первые часы поступления больного в стационар и записывают на титульный лист истории болезни.

Необходимость предварительного диагноза состоит в *определении направления дальнейшего диагностического поиска* с использованием дополнительных методов исследования.

## 2. Возможные варианты установления клинического диагноза в хирургии.

**Структура клинического диагноза:**

1) **основное заболевание.** Это заболевание, которое привело к последнему ухудшению и по поводу которого произошла последняя госпитализация.

2) **сопутствующие заболевания.** Это заболевание, которое имеет иной патогенез по сравнению с основным заболеванием, другие причины возникновения;

3) **осложнения.**

**Варианты установления диагноза:**

1) **Тактический диагноз с выделением ведущего синдрома**

2) Когда поставлен предварительный диагноз и мы с помощью дополнительных методов исследования подтверждаем или отвергаем гипотезу.

- Установленный на основании **типичной совокупности** признаков

- По наличию **патогномичных** для заболевания симптомов

3) **Дифференциальный диагноз.**

Когда симптомы указывают на несколько заболеваний, и тогда диагноз выставляется по принципу исключения из группы предположений наиболее маловероятных заболеваний.

4) **Динамическое наблюдение.**

Помогает оценить динамику симптомов, уточнить диагноз.

5) **Пробное лечение.**

6) **Диагностическая операция.**

Когда операция остается единственным средством подтвердить или исключить опасное для жизни заболевание или его осложнение.

7) **Скрининговые исследования**

## 3. Дифференциальный диагноз, понятие. Этапы.

**Дифференциальный диагноз** – это диагноз, основанный на установлении различий в проявлении данной болезни с проявлениями всех заболеваний, при которых возможна сходная клиника.

**Этапы:**

1) Определить ведущее проявление заболевания

- Симптом

- Симптомокомплекс

- Синдром

2) Определение круга болезней со схожей клиникой

3) Сопоставление признаков клиники больного с клиникой всех предполагаемых болезней:

- сравнивают по числу и характеру симптомов, сходных с наблюдаемыми

- определяются различия по отсутствию свойственных симптомов, по наличию несвойственных или малосвойственных симптомов

#### **4. Дифференциальный диагноз путем динамического наблюдения. Принцип метода, клинические примеры.**

##### **Принципы дифференциации:**

- 1) Принцип существенного различия - в связи с отсутствием у больного симптомов и признаков, характерных для сравниваемого заболевания. Или в связи с наличием у больного симптомов и признаков, которых нет при сравниваемом заболевании.
- 2) Принцип исключения через противоположность. Наблюдаемый случай не есть заболевание, с которым мы сравниваем, так как при последнем постоянно встречается симптом прямо противоположный нашему случаю.
- 3) Принцип несовпадения признаков

#### **5. Основные синдромы в абдоминальной хирургии.**

**1) Шок** – это критическое состояние, характеризующееся резким снижением перфузии органов, гипоксией, нарушением метаболизма.

**Проявляется** артериальной гипотензией, ацидозом, быстро прогрессирующим ухудшением функций жизненно важных систем.

Разрушение гликогена, уменьшение дефосфорилирования глюкозы, уменьшение продукции энергии в митохондриях, нарушении работы натрий-калиевого насоса в мембране с развитием гиперкалиемии.

##### **2) Системная воспалительная реакция и сепсис:**

Возникает в ответ на повреждающее действие факторов – инфекция, травма, неадекватная анестезия, ожоги, ишемия, панкреатит, лекарственная реакция, гипоксия.

**Гуморальные факторы** включают в себя эндогенные БАВ – цитокины, ферменты, гормоны, продукты и регуляторы метаболизма.

Гиперпродукция этих веществ, дисбаланс их активности приводит к повреждению эндотелия и органной дисфункции, проявляющейся синдромом полиорганной недостаточности.

**Синдром системной воспалительной реакции** проявляется повышением температуры более 38 градусов или менее 36 градусов. ЧСС более 90 в минуту. Частота дыхания более 20 в минуту или гипервентиляция. Лейкоциты крови более 12 или менее 4.

##### **3) Нарушение метаболизма:**

**Причины** - затруднение прохождения пищи из верхних отделов ЖКТ (опухоли, стеноз привратника, кишечная непроходимость), потери жидкости (рвота, кишечные свищи, желудочный и назоинтестинальный зонды), массивная экссудация (асцит, перитонит), недостаточность кровообращения, дыхательная и почечная недостаточность.

## 6. Нарушения метаболизма у хирургических больных.

Катехоламины выделяются в ответ на повреждение тканей, психическое возбуждение, страх. В результате действия этих гормонов происходит распад гликогена в печени, усиливаются глюконеогенез и липолиз.

В ответ на снижение ОЦК и дегидратацию происходит дополнительный выброс антидиуретического гормона и альдостерона. Под действием альдостерона в почечных канальцах происходит реабсорбция воды, ионов натрия и хлора, и потеря ионов калия. Антидиуретический гормон определяет обратное поступление воды без электролитов.

### Нарушение метаболизма углеводов

В период голодания основным источником энергии служит глюкоза, которая образуется в результате распада гликогена, находящегося в печени и скелетной мускулатуре. После истощения гликогена глюкоза образуется из аминокислот, которые получают после дезаминирования белков в печени, мобилизованных жиров после их превращения в [глицерол](#) и частично из молочной и пировиноградной кислот. Также существует механизм медленного гидролиза триглицеридов в глицерол и свободные кислоты, которые являются источником энергии в период голодания. Включение в глюконеогенез глицерола сопровождается образованием кетоновых тел: ацетона, ацетоуксусной и В-оксимасляной кислот. Накапливаясь, эти кислоты могут привести к развитию кетоацидоза.

В условиях гипоксии, и нарушениях микроциркуляции метаболизм глюкозы происходит по анаэробному пути и сопровождается образованием пирувата и лактата, что может привести к развитию метаболического ацидоза.

### Метаболизм белка и аминокислот

Характерен повышенный распад белков, то есть преобладание катаболизма, который проявляется отрицательным азотистым балансом. Нарушаются регенеративные процессы, ухудшается заживление послеоперационных ран. Снижение коллоидно-осмотического давления плазмы сопровождается развитием отёков.

При истощении запасов углеводов распад белка начинает преобладать над его синтезом. Происходит интенсивный распад мышечных белков до аминокислот, которые используются печенью для глюконеогенеза. В печени происходит дезаминирование белка, полученный при этом азот идёт на синтез мочевины, а карбоновые элементы - на синтез углеводов.

### Метаболизм жира

В результате распада жира в крови увеличивается концентрация триглицеридов и глицерола.

## 7. Синдром «ложного острого живота».

**Синдром ложного острого живота** – это комплекс симптомов и патологических состояний, имитирующих острые хирургические заболевания брюшной полости, но в отличие от подобных заболеваний не требует экстренного оперативного вмешательства.

**Клиника** - локализованные или разлитые боли в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, повышение температуры, снижение АД, уменьшение гемоглобина, симптомы желудочной и кишечной диспепсии. Характерна одновременная локализация боли как в брюшной полости, так и в различных отделах грудной клетки, поясничной области, промежности.

**Синдром ложного острого живота обнаруживается при:**

- Заболевания легких и плевры - при нижнедолевой пневмонии
- Абдоминальная форма инфаркта миокарда (чаще в области задней стенки левого желудочка).

- Грудной радикулит
- тиреотоксический криз
- сахарный диабет на фоне декомпенсации, чаще при развитии кетоацидотической комы.
  
- Системные васкулиты
- пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, дизентерия
- почечная колика, инфаркт почки, забрюшинная гематома

## **8. Роль и место инфузионной терапии в лечении острых хирургических заболеваний.**

### **Задачи инфузионной терапии:**

- 1) восстановление и поддержание нормального объема и состава внутри- и внеклеточной жидкости, в том числе циркулирующей крови;
- 2) улучшение реологических свойств крови;
- 3) профилактика и лечение нарушений функций печени, почек, поджелудочной железы и кишечника;
- 4) дезинтоксикация;
- 5) парентеральное питание.

Повышение преднагрузки под влиянием инфузионной терапии при сохранении сократительной функции миокарда способствует коррекции артериальной гипотензии, повышению сердечного выброса и, как следствие, оптимизации доставки кислорода.

Первоначальный объем инфузии зависит от выраженности гиповолемии и наиболее точно может быть определен на основании исследования ОЦК. Состав вводимых растворов зависит от обнаруженных сдвигов компонентов ОЦК, содержания электролитов, биохимических констант крови, а также суточных потребностей в калориях, белках, жирах, углеводах, витаминах и основных электролитах.

Инфузионную терапию первоначально проводят в объеме предполагаемых потерь под контролем АД, ЦВД, пульса, диуреза, величины гематокрита.

### **Инфузионные растворы**

- кристаллоидные - растворы Рингера, лактасол, физиологический раствор. Эти растворы восполняют внутрисосудистый объем крови, объем и состав интерстициальной и внутриклеточной жидкостей.
- коллоидные - плазма, препараты альбумина, декстраны, желатин. Они эффективно поддерживают коллоидно-осмотическое давление плазмы и быстрее стабилизируют гемодинамику.
- средства парентерального питания: гидролизаты белков, растворы аминокислот, жировые эмульсии, высококонцентрированная глюкоза (10-20% растворы с добавлением инсулина).

## **9. Механизмы развития осложнений при заболеваниях органов живота.**

### **осложнения:**

1. Нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ - Дисфагия, Гастростаз, Дуоденостаз, кишечная непроходимость. Синдром ускоренного пассажа по кишечнику из-за избыточной медикаментозной стимуляции, дисбактериоза.
2. Несостоятельность швов полых органов.
3. Перфорация полых органов.
4. Кровотечения: внутрибрюшные, желудочно-кишечные.
5. Послеоперационные панкреатиты.
6. Послеоперационные перитониты.

## **10. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии.**

### **осложнения:**

- 1.Нарушение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ - Дисфагия, Гастростаз, Дуоденостаз, кишечная непроходимость. Синдром ускоренного пассажа по кишечнику из-за избыточной медикаментозной стимуляции, дисбактериоза.
- 2.Несостоятельность швов полых органов.
- 3.Перфорация полых органов.
- 4.Кровотечения: внутрибрюшные, желудочно-кишечные.
- 5.Послеоперационные панкреатиты.
- 6.Послеоперационные перитониты.

## **11. Острый аппендицит. Определение, современная концепция патогенеза острого аппендицита.**

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

### **Факторы:**

1. Изменение реактивности организма после заболеваний (ОРЗ, ангина, кишечные инфекции)
2. Условия питания - обильное питание с преобладанием мясной и жирной пищи
3. Застой - большая длина при узком просвете, вялая перистальтика, физиологические и патологические изгибы, инородные тела
4. Барьерная функция - большое количество лимфоидной ткани
5. Нарушение кровообращения в отростке, в частности тромбоз сосудов

### **Патогенез**

Ведущим компонентом является поражение лимфоидного аппарата, первичным звеном является деструкция лимфоидного фолликула, из-за иммуноаллергического конфликта, снижение местного иммунитета слизистой и проникновение в последующем инфекции.

## **12. Основные симптомы и диагностика острого аппендицита.**

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

### **Клиника:**

1. Болевой синдром
2. Диспептический синдром – тошнота, рвота, сухость во рту, нарушение отхождения газов и стула
3. Синдром гнойно-септической интоксикации (Тахикардия с симптомом ножниц)
4. Синдром пальпируемой опухоли

При осмотре - вынужденное положение

### **Симптомы:**

- 1) Щеткина Блюмберга – когда при быстром отнятии руки боль усиливается
- 2) Ровзинга – это усиление болей справа при толчкообразных движениях слева
- 3) рубашки
- 4) Ситковского – это усиление болей справа при повороте больного на левый бок
- 5) Раздольского – это перкуторная болезненность в правой подвздошной области
- 6) Бартомье-Мехельсона – это усиление болезненности при пальпации в положении на левом боку
- 7) покашливания Черемского – это усиление болей при покашливании
- 8) Ленандера – это разность температур в подмышечной и ректальной области более 1 градуса
- 9) Образцова – это Усиление боли при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги

### **Диагностика:**

- 1) Общеклиническое обследование (лейкоцитоз 10-18, общий анализ мочи)
- 2) УЗИ

### 3) Лапароскопия:

а- Прямые признаки - гиперемия серозного покрова с гемorragиями, наложения фибрина, инфильтрация брыжейки, ригидность отростка

б - Косвенные признаки - мутный выпот, гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки купола слепой кишки, наличие мутного выпота за слепой кишкой при ретроцекальном аппендиците

## 13. Факторы, от которых зависит клиническая картина острого аппендицита

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

### Клиника зависит от:

1) Сроков развития аппендицита, от степени воспалительных изменений.

**При катаральном аппендиците** - боли возникают вначале в эпигастрии или имеют блуждающий характер (по всему животу). Сначала боли неинтенсивные, тупые, постоянные. Через 2-3 часа боли, постепенно усиливаясь, перемещаются в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Может быть однократная рвота; влажный, густо обложенный язык. При осмотре живот не вздут и равномерно участвует в дыхании.

**При флегмонозном аппендиците** боли интенсивны и постоянны, четко локализируются в правой подвздошной области и нередко носят пульсирующий характер. Рвота не характерна, постоянная тошнота. Проявляются признаки воспаления брюшины. При осмотре живота отмечают умеренное отставание при дыхании передней брюшной стенки в проекции подвздошной области.

**Гангренозный аппендицит** характеризуется уменьшением или исчезновением болей из-за отмирания нервных окончаний в аппендиксе. Нарастают симптомы воспалительной реакции.

2) От расположения илеоцекального угла и аппендикса

**Ретроцекальный аппендицит** – боли начинаются в эпигастрии и локализируются в зоне правого бокового канала или поясничной области. Типичные симптомы аппендицита и раздражения брюшины не выявляются. **Симптом Образцова** – это появление болей в правой подвздошной области во время поднимания и последующего опускания больным вытянутой правой ноги.

**Тазовый аппендицит** - Типичные симптомы аппендицита и раздражения брюшины не выявляются. Выявляется **симптом Коупа** – это болезненное напряжение внутренней запирательной мышцы (в положении больного лежа на спине сгибают правую ногу в колене и ротируют бедро наружу, что приводит к появлению болей в глубине таза справа и над лоном).

**Подпечёночное расположение отростка** - Болезненность в правом подреберье, наличие напряжения мышц и симптома Щёткина-Блумберга. **Левосторонний аппендицит** при обратном расположении внутренних органов (*situs viscerum inversus*). Типичные симптомы выявляют в левой подвздошной области.

3) От индивидуальных особенностей пациента (возраста, физического состояния, реактивности)

## 14. Особенности диагностики острого аппендицита у женщин, беременных и лиц пожилого и старческого возраста.

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

### Особенности у женщин:

1. Брюшная полость сообщается с внешней средой через трубы и матку.

2. Близость правых придатков и отростка.

3. Одни и те же пути лимфооттока от придатков и отростка.

4. Часто в результате висцероптоза у женщин отросток вместе со слепой кишкой может находиться в малом тазу.

5. Надо дифференцировать с апоплексией яичника, внематочной беременностью, заболеваниями придатков, нарушением менструального цикла, овуляторным синдромом, маточно-трубным рефлюксом.

### **Особенности аппендицита у беременных**

1. локализация болей носит менее постоянный характер и смещается выше;
2. тошнота и рвота не имеют значения, так как есть при обычной беременности
3. симптомы раздражения брюшины, напряжения мышц живота наблюдаются редко из-за растяжения брюшной стенки маткой;
4. симптом Брейдо – это усиление боли при движении беременной матки вправо в положении на спине
5. симптом обратный Ситковского – это усиление боли на правом боку
6. лейкоцитоз в пределах 10-12 может быть физиологическим явлением;
7. при дифференциальной диагностике на первом месте стоят заболевания мочевыделительной системы, второе – воспалительные заболевания придатков и третье место – преждевременное прерывание беременности

### **Особенности аппендицита у пожилых и старых**

1. частота в возрасте старше 60 лет 1,1-8,9%
2. чаще происходит некроз всех стенок аппендикса вследствие склероза сосудов и атрофии фолликулярного аппарата
3. снижение реактивности организма ведет к слабой выраженности болевого синдрома, снижению температурной реакции, симптомов перитонита
4. повышение лейкоцитов в крови может быть не выражено
5. дифференциальный диагноз необходимо проводить с инфарктом миокарда, нарушением мезентериального кровообращения, опухолевыми заболеваниями

### **15. Дифференциальная диагностика острого аппендицита от других заболеваний в зависимости от фазы развития**

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

#### **Дифференциальный диагноз**

- 1) Инфекционные заболевания** - острый гастроэнтероколит (схваткообразные боли в животе, многократная рвота пищей, диарея), пищевая токсикоинфекция
- 2) Острые заболевания органов брюшной полости** - острый холецистит (УЗИ позволяет выявить наличие или отсутствие деструкции желчного пузыря), острый панкреатит, перфоративная язва желудка и ДПК (сходны боли в подложечной области, наличие свободного газа в животе говорит в пользу перфоративной язвы, и отсутствие исключает, при язве – доскообразный живот, положительный симптом Щеткина-блюмберга в эпигастрии и правом подреберье), острая кишечная непроходимость, воспаление дивертикула Меккеля
- 3) Заболевания мочевыделительной системы** – острый пиелонефрит (большое количество лейкоцитов в моче), цистит (большое количество лейкоцитов в моче), МКБ (микрогематурия). Почечная колика (характерно появление интенсивных приступообразных болей в поясничной области, иррадиирующие в наружные половые органы и переднюю поверхность бедра, учащенного мочеиспускания, положительный симптом поколачивания, отсутствие напряжения мышц брюшной стенки), простатит, перекрут яичка, острый эпидидимит.
- 4) Заболевания женских внутренних половых органов** - острые воспалительные заболевания органов таза, апоплексия яичника (разрыв Граафова пузырька), перекрут кисты или опухоли яичника, нарушенная внематочная беременность (при расспросе задержка менструации. Внезапные сильные боли внизу живота, иррадиирующие в промежность, прямую кишку, тошнота, рвота, обморочное состояние. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует.)
- 5) Заболевания других органов и тканей** - инфаркт миокарда (абдоминальная форма – возникают боли в верхней половине живота, напряжение мышц отсутствует), плевропневмония справа (Рентгеноскопия и графия грудной клетки помогает исключить), опоясывающий лишай

## **16. Ранние и поздние осложнения после операций по поводу острого аппендицита**

**Острый аппендицит** – это неспецифическое воспаление червеобразного отростка слепой кишки

### **Ранние осложнения:**

- послеоперационный перитонит (местный и общий)
- вторичные или резидуальные абсцессы брюшной полости
- кровоизлияния в брюшную полость
- паралитическая острая кишечная непроходимость
- ранняя спаечная острая кишечная непроходимость
- кишечные свищи
- инфекция в ране
- эвентрация

### **Поздние осложнения:**

- лигатурные свищи в области послеоперационного рубца
- послеоперационная вентральная грыжа
- поздняя спаечная кишечная непроходимость

## 17. Определение и классификация перитонита.

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

Перитонит – сложный патологический процесс, который определяется влиянием ряда факторов:

- влияние микробов возбудителей
- паралитический илеус
- расстройство водно-электролитного обмена
- изменение реактивности организма
- состояние иммунитета

### **Классификации:**

#### **По механизму действия:**

**1. Первичный (криптогенный)** - Развивается без нарушения целостности полых органов.

Причина – спонтанная гематогенная диссеминация микроорганизмов в брюшной полости или транслокация специфической моноинфекции из других органов.

Выделяют:

**а-спонтанный перитонит у детей** в период новорожденности или 4-5 лет (предрасполагающим фактором может служить наличие красной волчанки, нефротического синдрома)

**б-спонтанный перитонит взрослых** после дренирования асцита, обусловленного циррозом печени.

**в-у женщин** при транслокации бактерий из влагалища через фаллопиевы трубы

**г-туберкулезный перитонит** является следствием гематогенного инфицирования брюшины при специфических поражениях кишечника, а также при туберкулезном сальпингите и туберкулезном нефрите

**д-диализный перитонит** при ХПН

**2. Вторичный** – чаще, Результат вторичного инфицирования брюшины, как осложнения заболеваний, травм или операций на органах брюшной полости, характерна полимикробная эндогенная микрофлора.

Здесь выделяют:

- а-воспалительный
- б-перфоративный
- в-травматический
- г-послеоперационный

**3. Третичный** – это воспаление брюшины, обозначаемое иногда как «персистирующий» или «возвратный» перитонит. Развивается в послеоперационном периоде у больных, переживших экстремальные, критические ситуации, у которых наблюдается подавление механизмов противоинфекционной защиты. Клиника стертая, возможная полиорганная дисфункция и проявления рефрактерного эндотоксикоза.

#### **По характеру содержимого брюшной полости экссудата:**

- 1) серозный
- 2) серозно-фибринозный
- 3) серозно-геморрагический
- 4) гнойный
- 5) гнойно-фибринозный
- 6) гнойно-геморрагический
- 7) желчный
- 8) химический (ферментативный)
- 9) каловый

#### **По распространённости:**

**1. Местный (локальный)** – когда вовлечена в процесс 1 анатомическая область:

а-отграниченный – или осумкованный (это абсцесс и воспалительный инфильтрат)

б-неотграниченный

**2. Распространённый (разлитой)** – занимает более 1 анатомической области

**По течению:**

1. Реактивная стадия (первые 24 часа)
2. Токсическая (24-72 часа)
3. Терминальная (более 72 часов)

**По течению:**

- 1 степень тяжести (или средняя степень) – это перитонит без поражения других органов
- 2 степень (или тяжёлый перитонит) – это перитонит с поражением одного из органов (лёгкие, почки или печень)
- 3 степень (тяжёлый и крайне тяжёлый) – это перитонит с поражением 2-3 органов (почки, лёгкие, печень).

**По степени тяжести эндотоксикоза:**

1. Лёгкая – по типу местной гнойной инфекции
2. Средняя – по типу гнойно-резорбтивной лихорадки
3. Тяжёлая – по типу абдоминального сепсиса, эндотоксиновый шок

**По глубине поражения ЖКТ:**

- 1 степень – компенсированная
- 2 степень – субкомпенсированная
- 3 степень декомпенсированная

**Согласительная конференция сепсису (Чикаго, 1999 г):**

1. Перитонит с отсутствием признаков сепсиса
2. Перитонеальный сепсис
3. Тяжёлый перитонеальный сепсис. Эндотоксиновый шок

**Классификация определяет:**

- программу предоперационной подготовки
- характер и объём оперативного вмешательства
- масштаб интубации ЖКТ
- вид дренированию брюшной полости
- специфику антибиотико терапии

## **18. Клинические симптомы острого распространённого перитонита.**

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

**Реактивная фаза.** (до 24 часов) Максимально выражены местные проявления: резкий болевой синдром, напряжение брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, рвота. Пульс до 120 ударов в минуту, температура до 38 градусов.

**Токсическая фаза (24-72 часа)** Нарастает интоксикация, местные проявления стихают. Преобладает общая реакция, характерная для выраженной интоксикации – это заостренные черты лица, бледность кожи и слизистых, эйфория. Пульс 120 и более, АД снижено, гектическая температура, поздняя рвота, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Местно: снижение болевого синдрома, защитного напряжения мышц, исчезновение перистальтики, нарастает метеоризм.

**Терминальная фаза (после 72 часов).** Характеризуется глубокой интоксикацией. Клиника:лицо Гиппократата, адинамия, протрация, интоксикационный делирий, значительные расстройства сердечно-сосудистой деятельности и дыхания, обильная рвота с каловым запахом, падение температуры, иногда бактеремия, сдвиг формулы влево. Местно: значительный метеоризм, отсутствие перистальтики, разлитая болезненность по всему животу.

**Постоянные симптомы:**

- 1) боли в животе постоянные.
- 2) болезненность при пальпации живота;

- 3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга — это усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с брюшной стенки.
- 4) мышечное напряжение передней брюшной стенки (из-за раздражения брюшины)
- 5) тахикардия;
- 6) падение артериального давления;
- 7) изменение характера дыхания (учащение, реберный тип, отсутствие дыхательных движений живота);
- 8) повышение температуры тела, отставание ее от пульса;
- 9) сухой, обложенный язык;
- 10) тошнота, рвота, жажда. Рвота вначале желудочным содержимым.
- 11) вздутие живота;
- 12) парез кишечника;
- 13) положительный симптом Куленкампа — это болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища при ректальном и влагалищном исследовании
- 14) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- 15) анемия, повышение СОЭ;
- 16) изменения в моче;
- 17) лицо Гиппократова — это запавшие глаза, глазные яблоки мягкие, выступающие наружу скуловые кости, надбровные дуги, провалившийся приоткрытый рот, потрескавшиеся и сухие губы, сухой с бурым не снимаемым налетом язык, кожа лица сухая, сморщенная, землисто-серого цвета.

#### **Непостоянные симптомы:**

- 1) озноб;
- 2) экссудат в брюшной полости;
- 3) икота;
- 4) понос;
- 5) газ в брюшной полости;
- 6) дизурические расстройства.

Положение больного вынужденное: на спине, на боку, с приведенными к животу ногами.

**симптом Раздольского** — это боль в правой подвздошной области при перкуссии брюшной стенки;

**симптом Воскресенского** (или симптом рубашки) — это боль при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз

**симптом Ровзинга** — усиление боли в области слепой кишки при толчкообразном надавливании в левой подвздошной области

**симптом Образцова** — это усиление боли во время пальпации в илеоцекальной области при приподнятой правой ноге

**симптом Ситковского** — это усиление боли в правом боку при укладывании заболевшего на левый бок

**симптом Бартомье-Михельсона** — это усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении заболевшего на левом боку.

### **19. Патогенез нарушений гомеостаза при распространенном перитоните и современные методы детоксикации.**

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

При перфорации полых органов начало перитонита характеризуется раздражением рецепторного аппарата брюшины. Интенсивность болевой импульсации иногда достигает шокогенного уровня, развивается перитонеальный шок.

Когда инфекционный агент или жидкость попали в брюшную полость развиваются набухание и слущивание мезотелия брюшины, нарушаются процессы продукции жидкости в брюшную полость и всасывание ее оттуда. Сначала наступает спазм мелких сосудов, затем их парез и паралич. Начинается экссудация в брюшную полость в результате проницаемости сосудистой стенки и воспаления, а всасывание ее нарушается. В брюшной полости скапливается много жидкости, она вначале серозная. Уменьшается ОЦК. Серозный экссудат из-за размножения флоры, выпадения фибрина мутнеет. В нем много микробов, их токсинов, продуктов аутолиза. Из-за обволакивания фибрином микроорганизмы становятся недоступными для фагоцитов и антибиотиков. Токсины и продукты аутолиза всасываются париетальной брюшиной и вызывают эндогенную интоксикацию. Процесс переходит из реактивной фазы в токсическую.

Одновременно нарушается равновесие холинергических и адренергических нервных процессов, повышается активность симпатoadреналовых реакций. В результате замедляется перистальтика, извращается кишечная секреция, развивается кишечный стаз. Парез кишечника сменяется его параличом. Возникает рвота, ведущая к потере жидкости, соков, солей.

В кишечник пропотевает жидкая часть крови. В нем идут процессы гниения, которые усугубляют интоксикацию. Стенки кишки перерастягиваются, становятся проницаемыми для микробов, токсинов, которые проникают в брюшную полость. Экссудат становится гнойным. Еще больше уменьшается ОЦК. Всасывание токсичных веществ из кишечника из-за угнетения барьерной функции энтероцитов по лимфатическим путям приводит к повреждению паренхимы легких, через притоки воротной вены - к повреждению гепатоцитов.

Из-за сгущения крови нарушается реология крови и микроциркуляция в сосудах червной зоны, развивается микротромбоз. Прогрессирование эндотоксикоза приводит к нарушению органного кровотока, развиваются нефропатии, вплоть до развития острой почечной недостаточности. Портальная эндотоксемия и бактериемия приводят к нарушению функций печени. На фоне прогрессирующей гиповолемии снижается функциональная способность сердца, уменьшается сердечный выброс, что ведет к тахикардии. За счет повышения процессов катаболизма снижается уровень белка плазмы. Клетки теряют калий. Развиваются дефицит натрия и хлора из-за рвоты, метаболический ацидоз. Повышается уровень мочевины. Интоксикация ведет к нарушению нервной системы, метаболической энцефалопатии.

В конце развития перитонита - полиорганная недостаточность.

Меняется реактивность организма. Местная защита обеспечивается фагоцитированием лейкоцитов и макрофагов, которые захватывают и переваривают бактерии и белки, обеспечивают очищение брюшной полости от слизи, муцина. Бактерии вне зоны воспаления задерживаются и обезвреживаются в печени, селезенке клетками ретикулоэндотелиальной системы. Защитная роль также принадлежит лимфоцитам кишечника, пейеровым бляшкам, лимфоузлам брыжейки, клеткам мезотелия сальника и брюшины, а также иммуноглобулинам. Местной защите способствуют отек, инфильтрация органов, прилежащих к очагу воспаления (сальник, брыжейка, кишечник), слипание их друг с другом и с поврежденным органом благодаря выделению фибрина и густого клейкого экссудата. В результате воспалительный очаг может быть полностью локализован. При слабости защитных сил воспаление прогрессирует, распространяется по брюшине, развивается диффузный перитонит, чему способствуют высокая вирулентность микробов, интенсивность и длительность загрязнения брюшины, неадекватность лечения; имеют значение и дыхательные экскурсии брюшной стенки, диафрагмы, перистальтика кишечника.

**Борьба с интоксикацией** - методом управляемой гемодилюции с форсированным диурезом. При условии удовлетворительной функции почек и сердечно-сосудистой системы объем инфузии может составлять до 5 литров. Применяются также гемодиализ, гемосорбция, лимфосорбция, УФО крови, внутривенное лазерное облучение крови, плазмаферез.

## **20. Диагностика перитонита. Критерии диагностики перитонеального сепсиса.**

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной

полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

#### **Лабораторные методы:**

Лейкоцитоз с лейкоформулой

ЛИИ = 32 Плазматических клеток + 8 Миелоцитов + 4 Юные нейтрофилы + 2 палочкоядерные нейтрофилы + Сегментоядерные нейтрофилы/16 Эозинофилы + 2 Базофилы + Моноциты + Лимфоциты,

при норме = 1,08

**Прокальцитонин** – при концентрации выше 2 нг/мл – это критерий развития септического процесса.

**Биохимическое исследование крови** – общий белок, его фракции, мочевины, креатинина, билирубина, амилазы, пробы печени, коагулограмма. Определяются снижение уровня альбуминов, признаки гиперкоагуляции.

**Обзорная рентгенограмма органов грудной и брюшной полости** - свободный газ в брюшной полости, свободная жидкость в отлогах местах, признаки паралитической кишечной непроходимости.

**положительный симптом Куленкампа** – это болезненность передней стенки прямой кишки или сводов влагалища при ректальном и влагалищном исследовании

**УЗИ органов брюшной полости, КТ** - выявляют участки свободной жидкости и газа в брюшной полости.

#### **Лапароскопия**

Выделяют 4 признака **синдрома системной воспалительной реакции** - это температура тела (более 38 °С или менее 36 °С); ЧСС больше 90 в минуту; частота дыхания больше 20 в минуту; число лейкоцитов более 12 или менее 4.

Наличие более 2-х признаков при установленном диагнозе инфекционно-деструктивного процесса расценивается как комплексный признак сепсиса. Дополнение этого комплекса синдромом полиорганной недостаточности определялось как тяжелый сепсис, а проявление неуправляемой артериальной гипотонии менее 90 - как признак терминальной фазы сепсиса.

Обнаружение 3-х или 4-х признаков и проявление полиорганной недостаточности расцениваются как тяжелый перитонеальный сепсис, а развитие инфекционно-токсического шока характеризует переход процесса в терминальную фазу.

## **21. Принципы лечения местного ограниченного и неограниченного перитонита.**

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

**При местном ограниченном перитоните** с формированием абсцесса операция заключается в удалении источника перитонита, санации полости гнойника и ее дренировании.

Например, абсцесс аппендикулярной природы. Во время операции под общим обезболиванием необходимо вскрыть абсцесс, не разрушая его отграничительного барьера от свободной брюшной полости, удалить деструктивный червеобразный отросток, санировать полость абсцесса антисептиками, дренировать полость абсцесса тампоном-сигарой или угольным тампоном и силиконовой трубкой.

**При местном неограниченном перитоните** операция заканчивается устранением источника перитонита (удаления пораженного органа или части его, ушивание перфорации или разрыва), удалением выпота, что часто достигается с помощью марлевого тампона и дренированием брюшной полости трубчатым дренажем, предназначенным для ирригации зоны воспаления антибиотиками и оттока экссудата.

## 22. Принципы лечения распространенного перитонита.

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

### Предоперационная подготовка

- 1) струйное (при наличии сердечно-лёгочной недостаточности - капельное) внутривенное введение низкоконцентрированных полиионных кристаллоидных растворов в количестве до 1000-1500 мл под контролем ЦВД;
- 2) введение 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения ОЦК;
- 3) внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия за 30-40 мин до начала операции;
- 4) коррекция нарушений центральной и периферической гемодинамики.

**Анестезия** – эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами..

### Операция:

1) **Доступ** - срединная лапаротомия.

2) **Ревизия** - удаляют патологическое содержимое - гной, кровь, жёлчь, каловые массы. Это можно выполнить с помощью электрического отсоса, снабжённого специальным наконечником, предотвращающим присасывание петель кишечника и большого сальника. Затем производят тщательную ревизию органов брюшной полости для выявления источника перитонита.

3) **Устранение источника перитонита**

4) **Санация брюшной полости** - многократное промывание ее теплыми (38-39°) растворами антисептиков (фурацилин 1:5000, хлоргексидин 0,01-0,02%-ный) или просто солевым раствором с добавлением антибиотиков до «чистой воды».

5) **Декомпрессия кишечника**. Назогастроинтестинальная интубация тонкой кишки двухпросветным хлорвиниловым зондом по Эбботу-Миллеру. Толстую кишку дренируют через заднепроходное отверстие. Через зонд осуществляют декомпрессию кишечника, вводятся сорбенты.

6) **Дренажирование брюшной полости** - в реактивную фазу (при серозном выпоте) можно ограничиться введением в брюшную полость мягких микроирригаторов. В токсическую, терминальную стадии применяют силиконовые трубки, которые вводят через проколы в обоих подреберьях и обеих подвздошных областях; возможно дренирование малого таза через прямую кишку, а у женщин - через задний свод влагалища

### Послеоперационный период

1) борьба с инфекцией - сочетание цефалоспоринов (мандол, цефазолин), аминогликозидов (гентамицин, ванкомицин) и метронидазола

2) борьба с интоксикацией - методом управляемой гемодилюции с форсированным диурезом. При условии удовлетворительной функции почек и сердечно-сосудистой системы объем инфузии может составлять до 5 литров. Применяются также гемодиализ, гемосорбция, лимфосорбция, УФО крови, внутривенное лазерное облучение крови, плазмаферез.

3) борьба с парезом кишечника - применяются новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой кишки, интубация кишечника, осуществляемые во время операции. Постоянная аспирация содержимого желудка. Моторику ЖКТ стимулируют прозерин, убретидом, церукалом. Также паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому, внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия 50-60 мл, гипертонические клизмы. Эффективна длительная перидуральная блокада.

4) восстановление нарушенных водно-солевого и белкового обмена. Потеря электролитов восполняется за счет раствора Рингера-Локка до 1,5 л в сутки, хлорида калия 3%-ного - 100 мл, бикарбоната натрия 4%-ного - 400 мл, гипертонического раствора натрия. Применяются коллоидные и кристаллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин), протеин, альбумин, 5-10%-ного раствора

глюкозы. Для восполнения белковых потерь применяются белковые гидролизаты и растворы аминокислот (вамин, аминозол).

5) улучшение функций важнейших органов и систем;

6) стимуляция защитных сил - неспецифическая иммунотерапия пирогеналом, левамизолом.

Применяются иммуноглобулин, антистафилококковый гамма-глобулин, тималин, свежемороженая плазма.

### **23. Показания для дренирования и тампонирования брюшной полости при перитоните.**

**Перитонит** — широкий комплекс патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, в брюшине, подлежащих тканях (предбрюшинная клетчатка, стенки органов брюшной полости и их просветах), а также на уровне всех жизненно важных органов и систем (системная воспалительная реакция, сепсис, органные и системные дисфункции, шок).

#### **Показания для тампонирования:**

1) при местном ограниченном гнойном перитоните с трубчатым дренажом

2) если недостаточно надежно устранен источник перитонита в целях отграничения свободной брюшной полости (например, ушивание резко воспаленных тканей кишки с опасностью несостоятельности швов);

3) для остановки капиллярного и паренхиматозного кровотечения в сочетании с гемостатической губкой, когда другие способы гемостаза оказались безрезультатными.

#### **Показания для дренирования:**

1) гнилостный, анаэробный характер вызвавшей его инфекции;

2) наличие очагов гнойно-некротического процесса, которые не могут быть удалены (некротический панкреатит, некроз брюшины);

3) невозможность удаления или надежного закрытия первичного источника перитонита;

4) поздние фазы общего разлитого гнойного перитонита с тяжелыми изменениями брюшины при обильном накоплении гноя.

5) если сроки операции пролонгированы

6) при наличии признаков воспаления забрюшинной клетчатки

Цель дренирования - обеспечение адекватного оттока экссудата из отлогих мест брюшной полости и создание условий для введения антибиотиков.

При распространенном перитоните необходимо дренировать и верхний, и нижний этажи брюшной полости. В верхнем этаже помещают 3 дренажа - в правое и левое поддиафрагмальное пространство и в подпеченочное пространство. В нижнем этаже один дренаж устанавливают в полость малого таза и левый латеральный канал, другой - в правый латеральный канал.

Для дренирования лучше использовать 2- и 3-просветные силиконовые дренажи.

## 24. Определение заболевания, этиология и патогенез острого панкреатита.

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

### Этиология

- 1) **заболевания внепечёночных жёлчных путей** - ЖКБ, холедохолитиаз, Папиллит, дивертикулит большого дуоденального сосочка, врожденные аномалии желчевыводящих путей, кисты холедоха. В этих условиях нарушается отток панкреатического секрета по внепечёночным жёлчным путям и протоково-вой системе поджелудочной железы, развивается билиарно-панк-реатический или дуоденально-панкреатический рефлюкс, а также внутрипротоковая гипертензия.
- 2) **Токсическое состояние** – Алкоголь, фосфоорганические соединения. Эти факторы ведут к нарушению дренажной функции панкреатических и жёлчных протоков, поскольку стимулированная алкоголем секреция приводит к увеличению вязкости панкреатического секрета, повышению внутрипротокового давления.
- 3) **Травма** – Абдоминальная, после хирургического вмешательства либо ЭРХПГ и папиллотомии.
- 4) **Заболевания ЖКТ** - Пенетрирующие язвы желудка и ДПК, опухоли поджелудочной, дуоденальная непроходимость
- 5) **Лекарственные средства** - Амфетамин, азатиоприн, эритромицин, фуросемид, гистамин, тетрациклин, опиаты.
- 6) **Системные нарушения** – шок, почечная недостаточность, уремия, саркоидоз
- 7) **Вирусные и бактериальные инфекции, глистные инвазии**
- 8) **Нарушение метаболизма** – Гиперлипидемия, дефицит альфа-1-антитрипсина, диабет, гиперкальциемия, гиперпаратиреоз
- 9) **Нарушение питания** – Булемия, Дефицит питания

### Патогенез:

Из-за развивающейся внутрипротоковой гипертензии и разрыва дуктоацинарных соединений липаза и другие ферменты попадают в интерстициальную ткань, где резко активизируются. На этом фоне наступает некробиоз панкреатоцитов и межлочечковой жировой клетчатки. Разрушаются клеточные мембраны, в результате чего липаза проникает в клетку и оказывает липолитический эффект (гидролиз триглицеридов и образование жирных кислот). Последнее приводит к возникновению очагов панкреонекроза, вокруг которых развивается воспалительная реакция, скорость которой зависит от степени вовлечения в патологический процесс местных медиаторов воспаления — гистамина, серотонина и катехоламинов, а также калликреин-кининовой, плазминовой и тромбиновой систем микроциркуляторного русла. В условиях накопления свободных жирных кислот и сдвига рН клетки до 3,5-4,5, аутокаталитических реакций, активации лизосомальных ферментов (в частности, эластазы), вызывающих протеолитический некробиоз панкреатоцитов, лизис стенки венул и междольковых соединительнотканых перемычек, возникают обширные кровоизлияния и геморрагический панкреонекроз. В кровь и лимфу поступает большое количество токсических полипептидов, липидов, панкреатических ферментов, биогенных аминов, которые обуславливают развитие токсемии, нарушение гемодинамики, функциональную недостаточность органов и систем.

## 25. Классификация острого панкреатита.

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

### Классификация по степеням:

1. Лёгкой степени - Панкреонекроз не образуется и органная недостаточность не развивается.
2. Средней степени - наличие либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный абсцесс – и/или развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).
3. Тяжёлой степени - наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза, или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов)

#### **Клинико-морфологическая классификация. Формы острого панкреатита:**

1. Отечный (интерстициальный)
2. Некротический:
  - а - По характеру некротических поражений - жировой, геморрагический, смешанный.
  - б - По распространенности поражения - мелкоочаговый, крупноочаговый
  - в - По локализации - с поражением головки, тела, хвоста и всех отделов поджелудочной.
3. Некротический инфицированный.

#### **Осложнения острого панкреатита:**

- Парапанкреатический инфильтрат
- Панкреатогенный абсцесс
- Перитонит – ферментативный (абактериальный), бактериальный.
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки - парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
- Аррозивное кровотечение
- Механическая желтуха
- Псевдокисты - стерильная, инфицированная.
- Внутренние и наружные свищи ЖКТ.

### **26. Основные клинические и лабораторные признаки, дифференциальная диагностика острого панкреатита.**

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

#### **Клиника:**

Триада Мондора:

- 1) Боль – из-за повышения внутрипротокового давления в поджелудочной. Резкая, внезапная, очень сильная боль в эпигастрии. Иррадирует вдоль рёберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь, плечи, левый рёберно-позвоночный угол. Часто носит опоясывающий характер.
- 2) Рвота, тошнота – многократная, не приносит облегчение.
- 3) Метеоризм, отсутствие стула, затруднение отхождения газов.

Интоксикация - тахикардия, повышение давления с последующей гипотонией, повышение температуры.

**Объективно** - Бледность кожи, цианоз лица, желтушные пятна на коже живота, которые образуются в результате нарушения микроциркуляции из-за токсического действия панкреатических ферментов на стенку капилляров. Появление пятен цианоза: вокруг пупка - симптом Каллена, на боковых участках живота - симптом Грея-Турнера, на передней поверхности живота - симптом Халстеда, на лице - симптом Мондора-Лагерлофа. Можно также обнаружить желтушность кожи и склер.

**При осмотре** - вздутие живота из-за пареза кишечника, желудка и часто поперечно-ободочной кишки (симптом Бонде).

**При пальпации** - умеренная болезненность в эпигастрии слева (при поражении хвоста), в области правого подреберья (при поражении головки), также ригидность мышц в эпигастрии - симптом Керте. Симптом Мейо-Робсона (это боль в левом костовертебральном углу). Симптом

Воскресенского (это ослабление или отсутствие пульсации брюшной аорты, которые обусловлены сдавлением ее отечной поджелудочной железой)

**При перкуссии** - Иногда в отлогих местах брюшной полости можно определить притупление звука при скоплении панкреатического экссудата в брюшной полости. Симптом Раздольского (это болезненность при перкуссии в надчревной области над поджелудочной железой)

**При аускультации** - отсутствие кишечной перистальтики - молчащий кишечник.

#### **Лабораторные данные:**

1) Определение уровня активных панкреатических ферментов в крови (амилаза, липаза, трипсин, общий протеолиз) и моче (амилаза).

Повышение амилазы (иногда до тысяч единиц). В норме 100-120 ЕД.

2) Общий анализ крови (лейкоцитоз, снижается содержание гемоглобина и эритроцитов, увеличение СОЭ).

3) Повышение уровня белков острой фазы

4) При холестазах повышается содержание билирубина, АСТ, ЩФ.

5) Нарушается диурез, вплоть до анурии.

6) В моче появляются белок, эритроциты, цилиндры, что указывает на развитие почечной недостаточности.

#### **Дифференциальная диагностика:**

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, острый холецистит, острая окклюзия артерий или вен мезентериального бассейна, разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, острый инфаркт миокарда.

## **27. Инструментальные методы диагностики острого панкреатита.**

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

#### **Инструментальные методы.**

1) **УЗИ** - увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, неоднородность её эхо-структуры и неровность контуров, визуализация жидкостных образований различных размеров в парапанкреальной зоне и брюшной полости.

2) **обзорная рентгенография органов брюшной полости** – для исключения перфорации полого органа, острой механической кишечной непроходимости, обнаружить косвенные признаки панкреатита – это изолированное вздутие поперечно-ободочной кишки (симптом Гобье), увеличение расстояния между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой, вздутие проксимальных отделов тонкой кишки.

3) **рентгеноскопия** - ограничение подвижности купола диафрагмы слева, свободная жидкость в левом плевральном синусе и сглаженность контуров мышц спины (симптом Тобиа).

4) **ФГДС** – для исключения язвенной болезни, выявить дуоденостаз, дуоденит, папиллит.

5) **Лапароскопия** - в верхне-левой точке Калька. Признаки отёчного панкреатита - оттеснение желудка и взбухание желудочно-ободочной связки, стекловидный отёк околопанкреальных связочных образований, гиперемия брюшины в верхнем этаже брюшной полости. Жировой панкреонекроз - наличие стеариновых пятен жирового некроза белесовато-жёлтого цвета, расположенных на париетальной, висцеральной брюшине, сальнике, и серозный экссудат соломенного цвета. Для геморрагического панкреонекроза характерны геморрагическая имбибиция малого и большого сальников, брыжейки поперечной ободочной кишки, забрюшинной клетчатки латеральных каналов, появление признаков пареза желудка, тонкой и толстой кишок, значительное количество насыщенного геморрагического выпота (сок чернослива) в брюшной полости.

**б) Компьютерная томография** - нарушение однородности структуры железы, увеличение ее размеров, потеря четкости и неровность контуров. При развитии деструктивного панкреатита можно обнаружить очаги деструкции органа.

## **28. Варианты клинического течения, осложнения острого панкреатита, в зависимости от фазы течения заболевания. Исходы острого панкреатита.**

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

Фазы течения острого панкреатита

**1-ая фаза – ферментативная** - первые пять суток, происходит формирование панкреонекроза, развитие эндотоксикоза. У некоторых развивается полиорганная недостаточность и эндотоксиновый шок.

Выделяют две клинические формы:

а - Тяжёлый панкреатит. Морфологическим субстратом является распространённый панкреонекроз (крупноочаговый и тотально-субтотальный).

б - Нетяжёлый панкреатит. Панкреонекроз либо не образуется (отёк поджелудочной железы), либо носит ограниченный характер и широко не распространяется (очаговый панкреонекроз до 1 см).

**2-ая фаза – реактивная** - развивается на 2-ой неделе, характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза. Клинической формой этой фазы является парапанкреатический инфильтрат (оментобурсит). Клиника - длительный болевой синдром, повышенная температура (37,5-38), пальпируемый в верхних отделах брюшной полости болезненный инфильтрат, явления гастродуоденальной динамической непроходимости.

**3-я фаза - расплавление и секвестрации** - начинается с 3-ей недели, может длиться несколько месяцев. Секвестры в поджелудочной и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток. Возможно два варианта течения:

а - Асептические расплавление и секвестрация – это стерильный панкреонекроз. Характеризуется образованием постнекротических кист и свищей.

б - Септические расплавление и секвестрация – это инфицированный панкреонекроз и некроз парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клиника - гектическая температура тела, озноб, артериальная гипотензия и полиорганные нарушения.

Клинической формой данной фазы являются гнойно-некротический парапанкреатит и его собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный оментобурсит, гнойный перитонит, аррозионные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис).

Панкреатогенный абсцесс (абсцесс поджелудочной железы, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки) - появляются гектическая лихорадка, озноб, пальпируемый болезненный инфильтрат, не имеющий тенденции к уменьшению.

Псевдокиста характеризуется длительным болевым синдромом в эпигастрии, симптомами дуоденальной непроходимости и появлением в верхних отделах живота объёмного пальпируемого округлого плотноэластического образования.

**Исходы острого панкреатита** - псевдокисты, панкреатические свищи, хронический панкреатит, сахарный диабет и дислиппротеидемия. При полном устранении билиарной или алиментарной причины, функции органа полностью восстанавливаются

## **29. Тактика лечения острого панкреатита в зависимости от фазы течения заболевания.**

**Острый панкреатит** – это деструктивное поражение паренхимы поджелудочной железы, окружающих тканей и органов аутолитического характера, к которым в последующем присоединяется воспаление.

### **Лечение в ферментативную фазу:**

Для лечения нетяжёлого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- 1) голод (не менее 2-4 суток)
- 2) зондирование и аспирация желудочного содержимого
- 3) местная гипотермия (холод на живот)
- 4) анальгетики ненаркотические (Анальгин внутримышечно или внутривенно по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг внутривенно или внутримышечно через 6-8 часов)
- 5) анальгетики наркотические при выраженном болевом синдроме (тримеперидин подкожно или внутривенно по 1 мл 1% или 2% через 6 часов).
- 6) спазмолитики - папаверина гидрохлорид 2 мл 2% раствора внутримышечно, дротаверин по 40-80 мг 1-3 раза в сутки внутримышечно, внутривенно)
- 7) инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела с форсированием диуреза в течение 24-48 часов

Инфузионные растворы: 0,9% раствор хлорида натрия, 5% или 10% растворы декстрозы; плазмозаменители.

Антисекреторная и антиферментная терапия:

- 1) Контрикал не менее 50 тысяч единиц, в течение первых 5 суток заболевания
- 2) Гордокс не менее 500 тысяч единиц внутривенно, в течение первых 5 суток заболевания
- 3) октреотид подкожно, по 100 мкг 3 раза в день
- 4) омепразол по 20 мг 2 раза в день
- 5) фамотидин внутривенно, по 40 мг 2 раза в день.

При отсутствии эффекта в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита следует констатировать тяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии.

### **Лечения в реактивную фазу (перипанкреатический инфильтрат):**

Лапаротомия на второй неделе выполняется только при осложнениях (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость), которые невозможно устранить эндоскопически.

У большинства лечение консервативное:

- 1) продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии
- 2) лечебное питание (диета № 5) или энтеральная нутриционная поддержка
- 3) антибиотикотерапия (цефалоспорины 3-4-го поколений или фторхинолоны в сочетании с метронидазолом, препараты резерва карбапенемы)
- 4) иммуномодуляция (два подкожных или внутривенных введения ронколейкина по 250 000 ЕД (при массе тела менее 70 кг) или 500 000 ЕД (при массе тела более 70 кг) с интервалом в 2-3 дня)

### **Лечение в фазе гнойных осложнений (гнойно-некротический парапанкреатит и инфицированный панкреонекроз):**

При гнойных осложнениях показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрэксвестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной.

В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:

- 1) энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, введенный в тонкую кишку за связку Трейца)
- 2) антибиотикотерапия по показаниям
- 3) иммунокоррекция:

- при тяжёлом сепсисе и при угрозе септического шока - заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с применением гормонов

- при стойком и выраженном синдроме системной воспалительной реакции - антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные процедуры)

### **30. Показания и виды хирургических операций при остром панкреатите, Применение методов малоинвазивной и эндоскопической хирургии.**

#### **Показания к операции:**

- 1) безуспешность консервативной терапии;
- 2) перитонит;
- 3) случаи, когда острый панкреатит осложнен холециститом, холангитом и гнойным процессом (абсцесс, флегмона забрюшинного пространства)

#### **Виды операций:**

- 1) резекционные (это удаление части некротизированной поджелудочной)
- 2) органосохраняющие (это абдоминализация поджелудочной, некрэктомия или секвестрэктомия).

При асептическом характере панкреонекроза использование лапаротомных вмешательств не показано в связи с высоким риском инфицирования стерильных некротических масс и развития внутрибрюшных кровотечений, ятрогенных повреждений желудочно-кишечного тракта.

Используют **малоинвазивные технологии** – это лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости при наличии ферментативного перитонита или чрескожную пункцию при формировании в забрюшинном пространстве острых жидкостных образований.

**Лапаротомная операция**, выполняемая в асептическую фазу, показана при:

- сохранении или прогрессировании полиорганных нарушений на фоне проводимой комплексной интенсивной терапии и использования малоинвазивных оперативных вмешательств;
- распространённом поражении забрюшинного пространства;
- невозможности достоверного исключения инфицированного характера некротического процесса или другого хирургического заболевания, требующего экстренного хирургического вмешательства.

**Лапароскопическое дренирование** брюшной полости и сальниковой сумки применяется при разлитом ферментативном перитоните, лапароскопическая холецистостомия или холецистэктомия - при панкреонекрозе билиарного происхождения. Используются также эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением ущемленного конкремента, канюляция вирсунгова протока для декомпрессии и введения цитостатиков или панкреатической рибонуклеазы.

### **31. Причины и механизм камнеобразования в желчном пузыре.**

**Желчнокаменная болезнь** – это обменное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре или в желчных протоках.

#### **Причины:**

##### **1) инфекция желчного пузыря**

Инфекция проникает в желчный пузырь энтерогенным, гематогенным, лимфогенным путем или из печени по желчным путям. Воспаление сопровождается образованием слизи, слущиванием клеток эпителия, которые вместе с бактериями, белковыми частицами служат основой для кристаллизации из желчи холестерина и билирубината кальция. Многие микроорганизмы выделяют бета-глюкоронидазу, которая стимулирует превращение растворимого конъюгированного билирубина в свободный - нерастворимый. Нерастворимый билирубин с ионами кальция образует билирубинат кальция, который и является составной частью пигментных камней.

##### **2) застой желчи**

Он способствует оседанию солей и желчных пигментов в мельчайших складках слизистой желчевыводящих путей, что ведет к формированию конкрементов. Также создаются благоприятные условия для развития инфекции.

Причины нарушений желчевыделения - дискоординация сфинктерного аппарата, способствующая дискинезиям, спазму и недостаточности сфинктеров большого дуоденального сосочка. Хронические нарушения функции сфинктеров сопровождаются гипертрофией мышечных волокон, отеком и плазмоцитарной инфильтрацией с последующим фиброзом, вплоть до развития рубцовых сужений. Функциональный холестаз переходит в органический.

### **3) Алиментарный фактор и нарушение холестерина обмена**

При нарушении секреторной функции печени продуцируется желчь с измененными физико-химическими свойствами, что сопровождается повышением ее литогенности.

Изменяется соотношение основных компонентов желчи - билирубина и холестерина. Они плохо растворяются в воде и в норме удерживаются в растворе желчными кислотами. Повышение же концентрации одной из составляющих приводит к сгущению желчи и выпадению в осадок кристаллических частиц, чаще всего холестерина. Кристаллические частицы вызывают постоянное раздражение эпителия желчного пузыря. В ответ на раздражение эпителиальные клетки начинают вырабатывать в большом количестве слизь, которая обволакивает кристаллы и способствует их склеиванию между собой. Так формируется ядро желчного камня. Затем на ядро камня начинают откладываться холестерин, соли или желчные пигменты.

Желчнокаменная болезнь свойственна людям, которые в совокупности имеют пять признаков - женщины, блондинки, с ожирением, многорожавшие, старше 40 лет.

## **32. Методы диагностики желчнокаменной болезни и острого холецистита.**

### **Лабораторные данные:**

- 1. Общий анализ крови** - увеличение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, эозинофилия при паразитарных инвазиях.
- 2. Биохимические данные**
  - Синдром холестаза – это повышение прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.
  - Синдром цитолиза – это повышение АСТ, АЛТ
  - Синдром интоксикации – это повышение мочевины, креатинина, молекулы средней массы, лейкоцитарный индекс
  - Определение активности панкреатических ферментов в крови (амилаза, липаза), в моче (амилаза), в перитонеальном экссудате.
  - дислипидемия
- 3. УЗИ** печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы - позволяет выявить конкременты; оценивает сократительную способность желчного пузыря; характеризовать желчную гипертензию.
- 4. ФГДС** с осмотром Фатерова сосочка, а при необходимости с эндоскопической папиллотомией
- 5. Непрямая холецистохолангиография**

Суть заключается в пероральном, внутривенном или инфузионном введении йодсодержащих рентгенконтрастных веществ, которые должны выделиться клетками печени с желчью. Контраст, попадая в желчные пути, позволяет получить их изображение на рентгенограммах.
- 6. Прямая холангиография**

Основана на введении контраста непосредственно в желчный пузырь или желчные протоки. Показания – желчная гипертензия, механическая желтуха.
- 7. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография**

Суть состоит в эндоскопической канюляции большого дуоденального сосочка с последующим введением во внепечёночные желчные протоки контраста
- 8. КТ и МРТ**

### 33. Клиническая картина и классификация холецистита.

**Острый холецистит** – это острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, возникающее на фоне нарушения оттока желчи.

#### **КЛАССИФИКАЦИЯ:**

**по наличию конкрементов:** каменный и бескаменный

**по течению:** острый и хронический

**по морфологии:** катаральный; флегмонозный; эмпиема желчного пузыря, гангренозный.

**по механизму развития:**

- обтурационный (при блокаде шейки пузыря)

- первично гангренозный (при тромбозе пузырной артерии)

- ферментативный (при забросе панкреатического секрета в пузырь)

#### **КЛИНИКА:**

**1.Болевой синдром** – боль в правом подреберье или правой части эпигастрия, тупая или приступообразная, с иррадиацией в правую руку, возникает спонтанно или провоцируется нарушением диеты, физическими нагрузками, купируется миотропными спазмолитиками, при атипичном расположении желчного пузыря боль может быть в эпигастрии, вокруг пупка, в подвздошной области.

**2.Диспептический синдром**– плохая переносимость жирной пищи, отрыжка горечью, тошнота, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, нарушение стула

**3. Синдром пальпируемой опухоли**

**4.Желтушный синдром**– механическая желтуха характерна при калькулёзных холециститах, которая развивается после приступа колики с закупоркой холедоха. При бескаменных холециститах может появиться иктеричность склер и слизистых из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке.

**5. Астено-вегетативный синдром**

**6.Воспалительно-интоксикационный синдром**– лихорадка от субфебрильных до фебрильных цифр (при наличии деструкции) с потливостью, ознобами.

#### **Симптомы:**

-Ортнера – это болезненность при поколачивании спереди на правой рёберной дуге

-Мерфи – это усиление болезненности при надавливании в проекции желчного пузыря на вдохе

-Кера – это болезненность при пальпации в проекции желчного пузыря

-Мюсси-Георгиевского – это болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

- Мейо-Робсона – это Болезненность в области рёберно-позвоночного угла.

- Щеткина Блюмберга – когда при быстром отнятии руки боль усиливается

### 34. Тактика хирурга при остром холецистите. Методы консервативного и хирургического лечения.

**Острый холецистит** – это острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, возникающее на фоне нарушения оттока желчи.

#### **Активно-выжидательная тактика**

#### **Консервативное лечение:**

показано при отсутствии перитонита в течение 24 - 72 часов.

1) госпитализация.

2) Голод

3) Купирование болей – новокаиновая блокада (паранефральная, параумбиликальная), спазмолитики,

анальгетики

4) Антибиотики - тетраолеан, ампициллин, метициллин, цефалоспорины, гентамицин

5) Инфузионная терапия

### **Хирургическое лечение:**

1) При холецистите с перитонитом показана экстренная операция в течение 2 часов.

2) При отсутствии эффекта от консервативного лечения срочная операция.

3) При наличии эффекта - плановая операция через 7-12 и более дней.

4) Операция выбора – холецистэктомия. Традиционным доступом, из мини-лапаротомного доступа или лапароскопическая.

4) При тяжелом состоянии у пожилых с деструктивным холециститом возможна паллиативная операция – холецистостомия. Традиционная или микрохолецистостомия.

### **35. Показания и виды операций при остром и хроническом калькулёзном холецистите.**

При холецистите с перитонитом показана экстренная операция в течение 2 часов.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения срочная операция.

При наличии эффекта - плановая операция через 7-12 и более дней.

Операция выбора – холецистэктомия. Традиционным доступом, из мини-лапаротомного доступа или лапароскопическая.

В качестве операционного доступа при открытой холецистэктомии используется верхняя срединная лапаротомия или косой разрез в правом подреберье.

При тяжелом состоянии у пожилых с деструктивным холециститом возможна паллиативная операция – холецистостомия. Традиционная или микрохолецистостомия.

### **36. Механическая желтуха. Этиология. Патогенез нарушений гомеостаза.**

**Желтуха** – это синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови, а также в других жидкостях и тканях организма.

**Механическая желтуха** обусловлена нарушением поступления жёлчи в двенадцатиперстную кишку из-за патологических процессов, которые могут возникать на различных уровнях желчевыводящих протоков.

В норме общий билирубин – 8-17,1 мкмоль/л

Прямой билирубин – до 4,3

Непрямой билирубин – до 16,2

Видимая желтуха проявляется при 34 мкмоль/л

### **ЭТИОЛОГИЯ:**

**1) Пороки развития** – атрезии ЖВП, гипоплазии желчных ходов, кисты холедоха, дивертикулы ДПК.

**2) Доброкачественные заболевания желчных путей** - желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, вколоченные камни большого дуоденального сосочка, воспалительные стриктуры ЖВП, острый папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка в результате рубцевания,

**3) Воспалительные заболевания – острый холецистит с перипроцессом, холангит, индуративный панкреатит**, приводящий к сдавлению терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы.

**4) Опухоли** – папилломатоз желчных ходов, рак большого дуоденального сосочка, поджелудочной железы, жёлчного пузыря или желчевыводящих протоков; рак печени.

**5) Паразитарные заболевания печени и желчных путей** - Эхинококкоз печени, альвеококкоз, аскаридоз.

Происходит нарушение выделения билирубина через внепеченочные желчные пути. В результате желчной гипертензии происходят разрывы стенок желчных ходов, и желчный пигмент диффундирует через стенку желчных капилляров, вследствие чего гепатоциты переполняются желчью. Возникают сообщения между желчными путями и окружающей средой, желчь начинает поступать в лимфатические пространства перипортальной соединительной ткани, а затем в кровеносные сосуды. При желчной гипертензии выше 300 мм вод. ст. желчь может попасть непосредственно в синусоиды печени, а затем через систему печеночных вен в общий кровоток.

В печени возникает лейкоцитарная инфильтрация перипортальных прослоек с развитием гнойного холангита, микроабсцессов, дистрофия гепатоцитов с последующим некробиозом и некрозом. При длительном холестазе происходят изменения в почках, так как не обезвреженные полностью токсины поражают клубочки и извитые канальцы, вплоть до дегенеративных изменений и развития почечной недостаточности.

Механическая желтуха вызывает тяжелые изменения в ЦНС; они заключаются в нарушении сосудистой проницаемости, дистрофических и дегенеративных изменениях ганглиев, в продуктивной глиальной реакции. Связано это с воздействием токсичных продуктов метаболизма, таких как аммиак, жирные кислоты, фенолы.

При длительной желтухе развиваются поражения других органов и систем, обусловленные эндогенной интоксикацией.

### **37. Показания и методы дренирования желчевыводящей системы.**

**Чрескожная чреспеченочная холангиостомия** - при блоке на уровне ворот печени (альвеококкоз, опухоли печени, протоков). Осуществляют под контролем УЗИ, рентгенотелевизионной установки. Пункцируют расширенный внутripеченочный проток и устанавливают в нем катетер. Применяют, когда размеры конкрементов велики и превышают диаметр просвета нижележащих отделов жёлчных путей

**Холецистостомия** - при низком блоке (на уровне БДС, головки поджелудочной железы). Можно снять желчную гипертензию, осуществляют лапароскопически.

**Эндоскопическая папиллосфинктеротомия** - при камнях холедоха, стенозе БДС. Рассекают БДС специальной петлей через эндоскоп; камень или сам вываливается в ДПК, или его подвергают дроблению и низводят при помощи корзинки Дормиа. Применяют, если размеры конкрементов не превышают диаметра общего печёночного протока.

### **38. Методы детоксикации организма при механической желтухе**

Массивная инфузионная терапия (переливание глюкозы с инсулином, солевых растворов, гемодеза, реополиглюкина, белковых препаратов, кровезаменителей)

Форсированный диурез.

Лимфо-, гемо-, желчесорбция, гемодиализ, плазмаферез, УФО крови, энтеросорбция, экстракорпоральное подключение ксеноселезенки.

### **39. Основные клинические проявления заболеваний печени. Методы диагностики.**

#### **Клинические проявления:**

- желтуха
- увеличение печени
- портальная гипертензия
- асцит
- печеночная энцефалопатия как проявление печеночной недостаточности.

#### **Диагностика**

- печеночные пробы

- УЗИ
- компьютерная томография или МРТ
- биопсия
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография - Через рот, желудок и двенадцатиперстную кишку в желчные пути проводят эндоскоп. Затем в желчные протоки вводят рентгеноконтрастное вещество и делают рентгенограмму желчных путей.
- Чрескожная чреспеченочная холангиография: через кожу в печень вводят длинную иглу, а затем в один из желчных протоков печени – рентгеноконтрастное вещество.
- Рентгенологическое исследование иногда позволяет выявить кальцинированный желчный камень.

#### **40. Паразитарные поражения печени: клиника, принципы диагностики и лечения.**

##### **Эхинококкоз и Альвеококкоз**

###### **Клиника:**

Долго заболевание протекает бессимптомно. Затем появляется ощущение тяжести и распираания в эпигастрии либо в правом подреберье, периодически субфебрильная температура, увеличение печени. Далее присоединяется слабость, снижение аппетита, может быть тошнота, рвота, лихорадка. Могут быть желтушность склер, а иногда и синдром механической желтухи.

При достижении паразитом больших размеров в центре вследствие распада происходит формирование полости. В дальнейшем возможен прорыв ее содержимого в брюшную полость или в полые органы, а также в плевральную полость.

###### **Диагностика:**

- из анамнеза - эпидемиологические сведения..
- в крови - эозинофилия, повышенная СОЭ, гиперпротеинемия с выраженной глобулинемией.
- УЗИ, КТ, МРТ - определяют локализацию кисты, ее размеры, состояние капсулы и наличие дочерних пузырей.
- серологические реакции, основанные на появлении в организме большого специфических антител.
- чрескожная пункция.

###### **Лечение – операция:**

- радикальные: резекция печени, удаление паразитарных узлов;
- условно-радикальные: опухоль удаляют почти полностью, а остающиеся небольшие участки узлов подвергают абляции, криодеструкции;
- паллиативные, направленные на ликвидацию осложнений (дренирование полостей распада, желчевыводящих путей).
- Чрескожные пункции с противопаразитарной обработкой кисты при размерах кисты не более 4 см.
- При большой ее величине применяют чрескожное наружное дренирование с противопаразитарной обработкой кисты и удалением хитиновой оболочки.
- Лапароскопическая эхинококкэктомия показана при экстрапаренхиматозной локализации кисты.
- антигельминтная терапия (альбендазол).

#### **41. Синдром портальной гипертензии: этиология, клиника, осложнения**

**Портальная гипертензия** – это комплекс изменений, возникающих вследствие затруднения тока крови в портальной системе, приводящих к высокому портальному давлению (свыше 140-160 мм. вод. ст.), спленомегалии, варикозному расширению вен пищевода, желудка, прямой кишки, кровотечениям их них, развитию асцита и печеночной недостаточности.

###### **Этиология:**

1. Цирроз печени
2. Воспалительные, посттравматические, опухолевые, паразитарные заболевания органов панкреато-билиарной области
3. Врожденная и приобретенная аномалия сосудов печени

4. Врожденная и приобретенная патология нижней полой вены.
5. Перенесенные в детстве явления омфалита или последствия катетеризации пупочной вены.

### **Клиника**

1. Варикозное расширение вен пищевода, кардиального отдела желудка, осложненное (не осложненное) пищеводно-желудочным (прямокишечным) кровотечением.
2. Асцит
3. Спленомегалия
4. Гиперспленизм
5. Печеночная недостаточность.

### **Осложнения**

1. Кровотечения из варикозных вен, проявления - рвота с кровью красного цвета, без предварительного ощущения боли – при кровотечении из пищевода.
  2. Рвота, цвет кофейной гущи — кровотечение из желудочных вен либо затекание (из пищевода) при обильном кровотечении. Соляная кислота, которая содержится в желудочном соке, воздействует на гемоглобин, придавая ему коричневатый цвет.
  3. Мелена – каловые массы чёрного цвета, зловонны.
  4. Выделение алой крови с калом – кровотечение из геморроидальных узлов прямой кишки.
  5. Печёночная энцефалопатия – комплекс нарушений нервной системы, со временем — необратимых. Последствие декомпенсированной портальной гипертензии, наблюдается при циррозах печени и острой печёночной недостаточности. Причина – в токсичных азотистых веществах, обычно они инактивируются ферментами печени.
- Почечная недостаточность – как результат распространившегося застоя крови и токсического поражения почек азотистыми продуктами обмена.
- Системные инфекции – сепсис (общее заражение крови), воспаления кишечника, пневмония, перитонит.

### **42. Абсцессы печени: этиология, клиника, методы диагностики и лечения.**

Выделяют микробные (бактериальные) и паразитарные абсцессы печени. Микрофлора проникает в ткань печени билиарно (по ходу желчных протоков при холангите), по системе воротной вены при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, через печеночную артерию при общем септическом состоянии, контактно.

Чаще они локализуются в правой доле, что связано с большим диаметром правой ветви воротной вены и преимущественным поступлением в нее крови, оттекающей от кишечника.

### **БАКТЕРИАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ**

**Этиология**- стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, клебсиелла, сальмонелла, анаэробы.

**Клиника** - интермиттирующая гипертермия с проливным потом, постоянная тупая боль в правом подреберье. Тошнота, Слабость. Потрясающий озноб, тахикардия, одышка. Сухая, дряблая кожа с желтовато-землистой окраской, черты лица заострены. Желтуха, асцит при диффузном поражении печени

Увеличение печени, болезненность при пальпации

#### **Диагностика:**

- в крови - анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

- УЗИ

- на рентгене - высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности, появление экссудата в правой плевральной полости.

#### **Лечение:**

- Небольшие абсцессы лечат путем повторных чрескожных пункций или наружным дренированием под контролем УЗИ.

- При множественных гнойниках и холангиогенных абсцессах – добавляют регионарную инфузию антибиотиков путем катетеризации воротной вены или печеночной артерии.
- Вскрытие абсцессов при неэффективности либо невозможности мини-инвазивных вмешательств.

### **АМЕБНЫЙ АБСЦЕСС**

**Этиология** - гистолитическая амеба.

**Клиника** – вначале высокая гипертермия, сопровождающаяся потрясающим ознобом и тупой давящей болью в правом подребрье.

**Диагностика:**

- УЗИ.
- анализ кала
- серологическая реакция флюоресцирующих антител.

**Лечение:**

- сочетание операции с применением амебоцидных препаратов (метрогил, тинидазол).
- чрескожные операции под контролем УЗИ - пункция или наружное дренирование абсцесса.

### **43. Методы обследования желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, показания к их применению.**

#### **Обязательные лабораторные исследования**

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ кала на скрытую кровь;
- уровень общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, сывороточного железа в крови;
- группа крови и резус-фактор;
- фракционное исследование желудочной секреции.

#### **Обязательные инструментальные исследования.**

- ФГДС со взятием 4-6 биоптатов из дна и краёв язвы при её локализации в желудке и с их гистологическим исследованием;
- УЗИ печени, поджелудочной железы, жёлчного пузыря.

#### **Дополнительные лабораторные исследования.**

- определение инфицированности *Helicobacter pylori* эндоскопическим уреазным тестом, морфологическим методом, иммуноферментным или дыхательным тестом;
- определение уровня сывороточного гастрина.

#### **Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям)**

- внутрижелудочная рН-метрия;
- эндоскопическая ультрасонография;
- рентгенологическое исследование желудка;
- компьютерная томография.

### **44. Осложнения язвенной болезни. Показания к хирургическому лечению, виды операций.**

#### **Осложнения:**

Кровотечение,

Пенетрация– это распространение язвы за пределы стенки желудка или ДПК в окружающие органы и ткани - печень, поджелудочную, сальник

Перфорация - это прободение язвы в свободную брюшную полость

Стеноз привратника – развивается в результате рубцово-воспалительных изменений пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки

Малигнизация

## 1. Абсолютные показания

- Перфорация язвы.
- Пенетрация язвы, рефрактерная к консервативному лечению.
- Гастродуоденальные профузные или повторные кровотечения, не останавливающиеся под действием интенсивных консервативных мероприятий, включая эндоскопические методы гемостаза.
- Каллезные язвы желудка и ДПК более 2 см в диаметре, длительно не рубцующиеся.
- Стенозы и деформации желудка и ДПК, сопровождающиеся моторными нарушениями (субкомпенсированный и некомпенсированный рубцовый пилородуоденальный стеноз).
- Обоснованное подозрение на злокачественный характер язвы.

## 2. Относительные показания

- Язва желудка, не рубцующаяся в течение 6 месяцев адекватной противоязвенной терапии.
- Язвы ДПК с частыми и длительными рецидивами, несмотря на пролонгированную терапию.
- рецидив заболевания после ушивания прободной язвы;
- повторные кровотечения в анамнезе;
- возраст старше 50 лет.

### Виды операций:

**1) Резекция желудка** - удаляют антральный отдел, вырабатывающий гастрин, и значительную часть тела желудка, продуцирующего соляную кислоту. При мобилизации желудка пересекаются также ветви блуждающего нерва, регулирующие секреторную и моторную деятельность этих зон. После резекции непрерывность пищеварительного тракта восстанавливают наложением гастродуоденоанастомоза.

**2) Ваготомия** - пересечение ветвей блуждающего нерва.

**а - Стволовая ваготомия** – это пересечение стволов блуждающих нервов по всей окружности пищевода выше отхождения от них печеночной и чревной ветвей.

**б - Селективная желудочная ваготомия** - пересекают все желудочные ветви переднего и заднего стволов блуждающих нервов, сохраняя печеночные и чревные ветви.

**в - Проксимальная селективная ваготомия** - это денервация кислотопродуцирующей зоны (тела и фундального отдела) с сохранением иннервации антрального отдела и, следовательно, нормальной моторики.

В связи с нарушением моторики желудка при стволовой и селективной желудочной ваготомии для предупреждения застоя в желудке их дополняют дренирующими операциями: пилоропластикой, гастродуоденостомией.

**Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу** заключается в продольном рассечении стенок желудка и двенадцатиперстной кишки проксимальнее и дистальнее привратника на 2 см и сшивании краев разреза в поперечном направлении.

**Пилоропластика по Финнею** - пилорическую часть желудка и начальную часть двенадцатиперстной кишки вскрывают П-образным разрезом, а затем соединяют их анастомозом бок в бок.

## 45. Перфорация гастродуоденальной язвы. Понятие, клиника, диагностика, лечение.

**Перфорация** - это прободение язвы в свободную брюшную полость..

### Клиника:

Триада Мондора - кинжальная боль, доскообразное напряжение мышц живота, предшествующий язвенный анамнез.

Различают три фазы (**шока, мнимого улучшения и гнойного перитонита**).

**1) Стадия шока (до 6 часов)** - кинжальная боль, лежит неподвижно на спине или правом боку с приведёнными к животу ногами, охватив руками живот, избегает перемены положения тела. Лицо бледное, с испуганным выражением. Дыхание частое и поверхностное. Характерна начальная

брадикардия: пульс падает до 50-60 в минуту (вагусный пульс) из-за ожога брюшины и нервных окончаний кислотой. АД может быть снижено. Резчайшая болезненность живота, напряжение мышц передней брюшной стенки. Положителен симптом Щёткина-Блюмберга. Исчезает печёночная тупость - симптом появления свободного газа в брюшной полости. Иногда болезненность в правом боковом канале и правой подвздошной ямке (симптом Кервена). Перистальтика кишечника не выслушивается.

**2) Стадия мнимого благополучия (через 6-12 часов)** - Лицо приобретает нормальную окраску. Пульс и АД нормализуются. Дыхание перестаёт быть поверхностным. Язык становится сухим и обложенным. Напряжение мышц уменьшается, при пальпации сохраняются болезненность и симптомы раздражения брюшины. Перистальтика не выслушивается, печёночная тупость отсутствует.

**3) Стадия гнойного перитонита (через 12-24 часов)** - Появляется рвота. Больной беспокоен. Температура повышается. Учащается дыхание, падает пульсовое давление, возникает вздутие живота, перистальтика отсутствует. Напряжение мышц, сухость во рту.

#### **Диагностика:**

- 1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости - выявляет свободный газ под куполом диафрагмы.
- 2) Пневмогастрография.
- 3) ФГДС
- 4) Лапароскопия
- 5) анализ крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы.
- 6) В анализах мочи при перитоните появление форменных элементов крови, белка и цилиндров.

#### **Лечение**

**Консервативное лечение** - постоянная аспирация желудочного содержимого, голод, назначение больших доз антибиотиков, а также придание телу больного положения Фовлера (с приподнятым головным концом). Почти не используют.

#### **Хирургическая тактика**

- 1) радикальные операции
  - резекция желудка
  - ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой – золотой стандарт
  - Ваготомия с антрумэктомией
- 2) паллиативные
  - ушивание перфорации.

#### **Послеоперационный период**

- антисекреторные препараты (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, блокаторы протонной помпы)
- антихеликобактерная терапия (препараты висмута в комбинации с антибиотиками - амоксициллином, кларитромицитом).

### **46. Пенетрация гастродуоденальной язвы. Клиника, диагностика, лечение.**

**Пенетрация** – это распространение язвы за пределы стенки желудка или ДПК в окружающие органы и ткани - печень, поджелудочную, сальник.

#### **Клиника:**

Боли становятся постоянными, интенсивными, теряют связь с приемом пищи, не уменьшаются от приема антацидных препаратов. Усиливаются тошнота и рвота. Иногда появляются признаки воспаления - субфебрильная температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При пенетрации язвы в поджелудочную железу появляются боли в спине, часто принимающие опоясывающий характер. Для пенетрирующей язвы тела желудка характерна иррадиация болей в левую половину грудной клетки, область сердца. При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку может развиваться обтурационная желтуха. Рентгенологическим

признаком пенетрации является наличие глубокой ниши в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием с биопсией краев язвы.

#### **Лечение:**

- Консервативная противоязвенная терапия часто неэффективна, показано хирургическое лечение.
- При язве двенадцатиперстной кишки - селективная проксимальная ваготомия с удалением язвы или оставлением ее дна на органе, в который она пенетрировала;
- при язве желудка выполняют резекцию желудка.

### **47. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Понятие и классификация. Тактика в зависимости от стадии пилородуоденального стеноза.**

**Язвенный пилородуоденальный стеноз** – развивается в результате рубцово-воспалительных изменений пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие существования язвенной болезни.

#### **Классификация:**

##### **1-я стадия — компенсированный;**

Язвенные боли, чувство переполнения в эпигастрии после приёма пищи. Эпизодически появляется рвота, на некоторое время приносящая облегчение. При зондировании желудка эвакуируют около 200-500 мл желудочного содержимого с кислым неприятным запахом и примесью недавно принятых пищевых масс. Общее состояние больного не нарушено. На рентгене – желудок нормальных размеров или расширен, перистальтика утилена, возможна задержка эвакуации до 12 часов. На ФЭГДС - выраженная рубцовая деформация пилородуоденального канала с сужением его просвета до 0,5-1 см. Исследование моторной функции методом ионоанометрии - редкий ритм активных желудочных сокращений.

##### **2-я стадия — субкомпенсации**

Больной ощущает постоянное чувство тяжести и переполнения в эпигастрии, сочетающееся с болью и отрыжкой воздухом. При физикальном исследовании - шум плеска в проекции желудка. Ежедневно, по несколько раз в день бывает обильная рвота сразу или через 1-2 часа после еды только что принятой и съеденной накануне пищи, без признаков гнилостного брожения. Натощак в желудке при зондировании определяют большое количество содержимого. Похудание. На рентгене - расширение желудка и ослабление перистальтики с задержкой эвакуации на 12-24 часа, при резком сужении пилородуоденального канала. На ФЭГДС - сужение просвета пилородуоденального канала до 0,3-1 см, задержка эвакуации желудочного содержимого, увеличение размеров желудка. Моторная функция - ослабляется.

##### **3-я стадия — декомпенсации**

Характеризуется прогрессирующим желудочным стазом, растяжением желудка. Состояние больного ухудшается, происходит резкое обезвоживание, снижение количества отделяемой мочи. Землистая окраска кожи. Недомогание, апатия и вялость. Гипокалиемия проявляется мышечной слабостью, нарушениями сердечного ритма и проводимости. Гипохлоремия чревата возникновением судорожного синдрома. Возникает тризм (спазм жевательной мускулатуры). Определяются симптомы Труссо (рука акушера) и Хвостека (подергивание мышц лица при поколачивании в области лицевого нерва). Чувство распирания в эпигастрии заставляет больного вызывать рвоту. Рвотные массы в огромном количестве содержат зловонное разлагающееся содержимое с остатками многодневной пищи. При осмотре сухость языка. При аускультации слышен шум плеска. Зондовые пробы позволяют эвакуировать большое количество застойного желудочного содержимого с признаками брожения и гниения. На рентгене - расширение желудка и ослабление перистальтики с задержкой эвакуации более 24 часов. На ФЭГДС - резкое сужение пилородуоденального канала, истончение слизистой желудка, отсутствие перистальтики желудочной стенки и чрезмерное расширение просвета желудка. Моторная функция - резкое снижение тонуса и двигательной активности желудка.

## **Лечение:**

### **Консервативная терапия**

Это предоперационная подготовка, направлена на заживление активной язвы с применением антисекреторных средств и антихеликобактерных препаратов, прокинетиков.

### **Хирургическая тактика**

- 1) Стволовая ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями - при 1-й стадии и в части случаев 2-й стадии стеноза, когда больным была проведена адекватная предоперационная подготовка
- 2) Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из минидоступа - при 1-й стадии
- 3) Стволовая ваготомия с антрумэктомией – при 2-й и 3-й стадии
- 4) Резекция желудка – при 3-й стадии

### **Послеоперационный период**

Назначают препараты, нормализующие моторику (метоклопрамид, домперидон). Иногда зондовое энтеральное питание.

Противоязвенное лечение.

## **48. Перечислить болезни, которые могут быть причинами острых желудочно-кишечных кровотечений.**

- Рецидивирующие эрозии и язвы желудка и ДПК при обострении язвенной болезни
- острые эрозивно-язвенные поражения пищевода, желудка и ДПК, возникающие в результате токсических (алкоголь) или лекарственных (НПВП) воздействий на слизистую;
- последствия обширных ожогов, тяжелых операций, острого периода инфаркта миокарда и мозгового инсульта.
- Развитие эрозии при общих заболеваниях - при уремии, циррозе, застойной сердечной недостаточности, при гипертиреозе, опухолях (гастроиннома), системных заболеваниях крови (лейкоз, гемофилия, болезнь Верльгофа), сосудистых заболеваниях (узелковый периартериит, болезнь Ослера-Рондю).
- В послеоперационном периоде могут наблюдаться эрозии и язвы желудочно-кишечных анастомозов
- возможны кровотечения при синдроме Маллори-Вейса – это Кровотечение из разрывов слизистой оболочки области пищеводно-желудочного перехода
- при варикозном расширении вен пищевода и желудка при портальной гипертензии
- при злокачественных опухолях пищевода и желудка
- мальформации сосудов (телеангиоэктазии), дивертикулез и дивертикулит, болезнь Крона, нарушение коагуляционного гемостаза, в том числе в результате приема лекарств.

## **49. Классификация и клинические симптомы острых желудочно-кишечных кровотечений.**

### **Классификация**

#### **По этиологическим признакам:**

1. Язвенные кровотечения при:

- а) хронических каллезных и пенетрирующих язвах;
- б) пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов;
- в) острых язвах:
  - возникающих в результате токсического или лекарственного воздействия на слизистую желудка или кишки;
  - стрессовых, гастродуоденальных, возникающих после ожогов, обширных хирургических операций, в остром периоде инфаркта миокарда
  - возникающих при заболеваниях внутренних органов (атеросклероз, гипертоническая болезнь, лейкозы, цирроз печени, уремия);
  - эндокринных язвах (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреозидоз).

2. Неязвенные кровотечения при:

- варикозном расширении вен пищевода и желудка при портальной гипертензии;
- ущемленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- линейных разрывах слизистой оболочки и глубжележащих слоев стенки кардиального отдела желудка (синдром Мэллори-Вейса);
- прорыве аневризмы аорты;
- эрозивном геморрагическом гастрите;
- паразитарных и глистных инвазиях (дизентерия, амебиаз, балантидиаз);
- заболеваний крови (тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, лейкоз);
- доброкачественных и злокачественных опухолей желудка и кишечника (лимфосаркоме, лимфогранулематозе);
- дивертикулах пищеварительного тракта;
- телеангиэктазии желудочно-кишечного тракта;
- воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, Неспецифический язвенный колит)
- множественном полипозе (синдроме Пейтца — Егерса)
- хроническом геморрое
- хронической анальной трещине

**По локализации источника кровотечения:**

пищеводные, желудочные, дуоденальные, тонкокишечные, толстокишечные кровотечения.

**По степени тяжести кровотечения** (величине кровопотери): легкая, средняя, тяжелая кровопотеря.

**По объему кровопотери:**

- обильное (профузное) - 2 л;
- умеренное – 0,7-1,3 л;
- незначительное - до 0,5 л;
- микрокровотечение

**Клиника:**

1. Кровавая рвота - гематомезис (это ярко-красная кровь или темные кровяные сгустки, или содержимое рвотных масс типа кофейной гущи).
2. Мелена – это черный жидкий клейкий кал со своеобразным запахом.
3. Слабость, сухость во рту, жажда, потливость и сердцебиение.
4. Обморочное состояние с кратковременной потерей сознания.

**50. Дифференциальная диагностика при острых кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Методы диагностики источника кровотечения при желудочно-кишечных кровотечениях.**

**1) Кровотечение на фоне обострения язвенной болезни** - в анамнезе типичные признаки этого заболевания с характерным язвенным болевым синдромом и сезонностью обострений. Иногда могут быть указания на неэффективность проведенного ранее хирургического лечения, когда вновь появившийся болевой синдром следует связать с образованием пептической язвы.

**2) Синдром Мэллори-Вейса** - это кровотечение из разрывов слизистой оболочки области пищеводно-желудочного перехода. Следует заподозрить, если у больных молодого возраста, злоупотребляющих алкоголем, многократные приступы рвоты заканчиваются появлением алой крови в рвотных массах. У пожилых больных предрасполагающие факторы - тяжёлые заболевания сердечно-сосудистой системы и лёгких, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

**3) Опухоль желудка** - наличие неопределённых желудочных жалоб, похудание и нарушение общего состояния больного (синдром малых признаков). Рвотные массы чаще имеют характер кофейной гущи. Можно пропальпировать объемное образование.

**4) Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода** - характерна многократная рвота тёмной кровью. Дегтеобразный стул появляется обычно через 1-2 суток. Из перенесённых

заболеваний - болезни печени и желчевыводящих путей, а также тяжёлые повторные приступы острого панкреатита.

**5) кровотечение из верхних дыхательных путей, носоглотки и лёгких**, когда заглатываемая кровь может симулировать кровотечение из пищеварительного тракта. При лёгочном кровотечении - ярко-красный цвет пенистой крови, выделяемой обычно при кашле или отдельными плевками.

**6) Эрозивный геморрагический гастрит и острые симптоматические язвы** - часто развиваются на фоне приема лекарственных средств (аспирин), а также вследствие экзо- и эндогенной интоксикации при различных заболеваниях, в послеоперационном периоде, при обширных ожогах. У таких больных при расспросе можно выявить факт лечения по поводу заболевания сердца и периферических сосудов (аспирин), острых респираторных инфекций (парацетамол), ревматологических заболеваний (НПВП, гормоны).

#### **Диагностика:**

1) Эндоскопическое исследование. В зависимости от эндоскопической картины у больных язвенной болезнью выделяют активное и состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Активное кровотечение может манифестироваться как струйное артериальное кровотечение (это тип Форест 1а), кровотечение с медленным выделением крови (тип Форест 1б), кровотечение с медленным выделением крови из-под прилегающего тромба. Состоявшееся кровотечение характеризуется обнаружением тромба или поверхностно расположенных сгустков крови в области дна язвы с видимым участком некровотока кровеносного сосуда (тип Форест 2). Тип Форест 3 - выявляются эрозивно-язвенные поражения уже без каких-либо признаков состоявшегося кровотечения.

2) ангиография и сцинтиграфия

### **51. Методы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.**

**Проведение эндоскопического гемостаза** необходимо уже при первичном осмотре в условиях продолжающегося в момент эндоскопического исследования кровотечения.

#### **Показания при первичном осмотре:**

1) продолжающееся на момент эндоскопического осмотра кровотечение Форест 1 для язвенных кровотечений;

а) продолжающееся струйное аррозивное кровотечение Форест 1

б) продолжающееся капиллярное кровотечение в виде диффузного просачивания - Форест 1б

2) остановившееся в момент эндоскопического осмотра кровотечение со стигмами в дне или краях источника - Форест 2

а) плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток - Форест 2б

б) мелкие тромбированные сосуды в виде темно-коричневых пятен - Форест 2с

#### **Показания при динамической ЭГДС**

1) отрицательная динамика состояния источника кровотечения, заключающаяся в сохранении интактными ранее обработанных сосудистых структур, проявлении новых сосудов либо в развитии рецидива кровотечения

2) выявление сосудистой дуги в непосредственной близости (менее 1мм) от дна язвенного дефекта по данным эндоскопической ультрасонографии.

#### **Методы:**

- диатермокоагуляция. Используются моно-, би-, и мультиполярная коагуляция источника кровотечения током высокой частоты, приводящая к быстрому разогреву и к тромбозу кровотока сосуда. При моноактивной термокоагуляции один электрод (пассивный) в виде широкой пластины прикладывается к наружной поверхности тела больного (обычно на бедро), а другой (активный) – проводится через инструментальный канал эндоскопа к участку, на который предполагается воздействовать. При би- и мультиполярном методе все электроды выведены на

дистальный конец зонда, и воздействие при этом осуществляется преимущественно на ткань, локализуемая между ними, распространение же тока в глубь субстрата и по телу пациента не происходит. Продолжительность непрерывной диатермокоагуляции не превышает 2-3 секунд.

- термокаутеризация (прижигание или тепловая коагуляция)
- аргано-плазменная коагуляция;
- инъекционные методы введения эпинефрина, 96% раствора этанола, а также специальных склерозантов
- методы эндоклипирования.

## **52. Лечебно-диагностическая тактика при острых язвенных желудочно-кишечных кровотечениях. Принципы консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений.**

### **Лечение**

#### **Основа лечебной тактики - консервативная терапия.**

Необходима немедленная госпитализация в хирургический стационар. В стационаре проводятся диагностические, дифференциально-диагностические и лечебные мероприятия в целях остановки кровотечения, борьба с геморрагическим шоком, восполнение кровопотери.

- При кровопотере 1-й степени необходимости в неотложной операции нет
- При кровопотере 2-й степени применяется активно-выжидательная тактика, то есть проводят консервативное лечение, и если кровотечение удалось остановить, то пациента не оперируют.
- При кровотечениях 3-й степени, профузных и повторных кровотечениях хирургическое вмешательство иногда является единственным методом лечения

#### **Консервативная терапия:**

1. Общие мероприятия: строгий постельный режим, ингаляция кислорода через носовой катетер.
2. Общие гемостатические мероприятия:
  - назначение октреотида внутривенно болюсно в дозе 50-100 мкг, потом по 50 мкг/ч внутривенно капельно до 3-5 суток, этамзилата 12,5% раствора 4-6 мл;
  - внутривенно капельно – тромбина, фибриногена 1-2 г в 250-500 мл изотонического раствора натрия хлорида, аминокaproновой кислоты, викасола..
3. Восполнение объема циркулирующей крови и улучшение микроциркуляции – внутривенно реополиглюкин в дозе 400-1200 мл в сутки, белковые растворы (альбумин в дозе 80-100 мг), неогемодез – 300-400 мл в сутки, нативная или свежемороженая плазма. При кровотечениях средней и тяжелой степени дополнительно применяют преднизолон до 30 мг в сутки внутривенно капельно.
4. Воздействие на местный источник кровотечения.
  - При язвенных кровотечениях показано внутривенное введение фамотидина – 20-40 мг 3-4 раза в сутки (до 160 мг в сутки) или ингибиторов протонного насоса – пантопразол 40-80 мг болюсно, потом капельно 8 мг/ч в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида длительностью до 10 дней с последующим переходом на прием препаратов в форме таблеток.
  - При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода золотым стандартом является эндоскопическое склерозирование вен пищевода. При отсутствии ишемических изменений на электрокардиограмме показано внутривенное введение вазопрессина в дозе 20 МЕ в течение 10 мин в 100 мл 5% глюкозы, после чего переходят на медленную инфузию в течение 4-24 ч со скоростью 20 ЕД/ч до полной остановки кровотечения.
  - Если применение вазопрессина или октреотида не обеспечивает гемостаза и нет возможности эндоскопического склерозирования вен пищевода, применяют баллонную тампонаду кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода, однако при этом высока вероятность рецидива.

## **53. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений при варикозном расширении вен пищевода и желудка.**

### **Диагностика:**

Кровотечение характеризуется острым началом с кровавой рвоты полным ртом или фонтаном. Возможна рвота кофейной гущей и в последующем появление черного стула (мелена).

Рентген - будут видны иззубренные контуры пищевода, извитая форма складок слизистой, возможно наличие серпантиноподобных скоплений.

ФГДС - выявляют причины кровотечения, определяют степень расширения вен и состояние венозных стенок, выясняют, имеются ли внепищеводные факторы кровотечения.

### **Лечение**

1) Строгий постельный режим и холод на эпигастральную область.

2) Запрещается прием жидкости и пищи.

3) Госпитализация в хирургическое или реанимационное отделение на носилках (при низком АД в положении Тренделенбурга).

4) Гемостатическая терапия:

- дицинон 12,5% - 2 мл в вену, затем по 2 мл внутримышечно через 6 часов;

- викасол 1% - 2 мл в вену, затем по 1 мл 2 раза в день внутримышечно;

- эписилон-аминокапроновая кислота 5% - 100 мл в вену капельно с физ раствором 150 мл каждые 4 часа; суточная доза 400 – 500 мл 5% раствора.

5) Антисекреторные препараты назначаются одновременно с гемостатической терапией:

- омепразол 40 мг в 100 мл физ раствора в вену за 20-30 минут, затем по 4 – 8 мг в час в течение 72 часов (до 160 мг в сутки). Поддерживающая доза 20 – 40 мг в сутки внутрь.

6) Сандостатин (октреотид) 100 мкг в вену болюсно, затем по 50 – 25 мкг еже часно на протяжении 48 часов с переводом на инъекции внутримышечно в поддерживающей дозе в течение 5 дней.

7) Вазопрессин (при отсутствии сандостатина) – в вену капельно в дозе 0,1 – 0,5 единиц в минуту.

Для предупреждения побочных системных эффектов дополнительно назначается нитроглицерин 1% раствор 1 мл на 400 мл раствора Рингера в вену капельно со скоростью 10 – 15 капель в минуту (0,9 – 1 мг в час) при уровне систолического АД 90 и более. Если кровотечение остановилось, продолжается консервативная терапия.

8) Восстановление ОЦК с учетом объема кровопотери.

Если Объем кровопотери 600-1300 мл – то Коллоиды и Кристаллоиды по 400-800 мл.

Если Объем кровопотери 1300-1800 мл – то Коллоиды 500-800 мл, Кристаллоиды 1000-1800 мл, Кровь и ее компоненты 400-1000.

Если Объем кровопотери 1800-2500 мл – то Коллоиды 800-1000 мл, Кристаллоиды 1600-2000 мл, Кровь и ее компоненты 1000-1500.

9) При продолжающемся кровотечении – срочная ФГДС для уточнения источника кровотечения и тампонада зондом Блекмора.

10) Если кровотечение продолжается или возобновляется после удаления зонда– срочная склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода.

11) При отсутствии эффекта от вышеизложенных мероприятий – чрескожная чреспеченочная эндоваскулярная эмболизация или решение вопроса о хирургической декомпрессии портальной гипертензии.

### **54. Хирургическая тактика при кровотечениях их нижних отделов желудочно-кишечного тракта**

Когда кровотечения обусловлены дивертикулезом, их остановка достигается с помощью инфузии вазопрессина во время проведения ангиографии. При этом катетер может быть оставлен в месте введения для пролонгированной инфузионной терапии.

При ангиографии мезентериальных сосудов применяют также чрескатетерную эмболизацию (например, правой толстокишечной артерии).

У больных с дивертикулезом кишечника, у которых кровотечение остановить не удастся или кровотечение возникает повторно в течение 48 часов, сопровождается шоком и требует применения

в сутки свыше 6 доз крови, проводят хирургическое лечение (операция гемиколэктомии или субтотальной колэктомии с наложением илеоректального анастомоза).

При ангиодисплазиях слизистой кишечника, применяют электрокоагуляцию (монополярную) или лазерную коагуляцию.

При кровотечениях, связанных с острыми ишемическими поражениями кишечника, в начальной стадии можно попытаться восстановить кровоток с помощью вазодилатирующих средств или реваскуляризирующих операций. При развитии осложнений (инфаркт кишки, перитонит) проводится операция резекции пораженного участка.

При кровотечениях из-за геморроя, назначают послабляющую диету, прием 10% раствора хлорида кальция внутрь, введение свеч с новокаином, экстрактом белладонны и эпинефрином в прямую кишку.

В упорных случаях при кровоточащем геморрое (если нет выпадения узлов) проводят инъекционное лечение с помощью введения в область узлов склерозирующих растворов (например, этилового спирта с новокаином).

При некупирующемся геморроидальном кровотечении применяют операцию перевязки узлов или их иссечение.

## **55. Понятие грыжи живота, причины их развития, составные элементы грыжи.**

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

### **Причины:**

- Длительный или резко появившийся скачок внутрибрюшного давления – из-за физических нагрузок, поднятии тяжестей, длительном запоре, сильном кашле, беременности, затрудненном мочеиспускании, при аденоме предстательной железы, ожирении, плаче у детей раннего возраста;
- слабость мышечного слоя брюшной стенки из-за возрастных изменений, травм, операций, сильного истощения;
- врожденные дефекты развития – в основном в более молодом возрасте;

### **Составные части:**

**1) Грыжевые ворота** – это слабые места и дефекты в брюшной стенке, через которые органы вместе с париетальной брюшиной выходят наружу из брюшной полости. Дефекты могут быть врожденными или приобретенными. К врожденным дефектам относятся паховый, бедренный, запирающий каналы, незаращенное или расширенное пупочное кольцо, щели в мышцах и апоневрозе брюшной стенки в области белой и полулунной линий живота. Приобретенные дефекты включают отверстия, образовавшиеся вследствие хирургических вмешательств и травм.

Наиболее опасны грыжи с узкими грыжевыми воротами, что увеличивает риск ущемления.

Послеоперационные и травматические грыжи характеризуются неправильной формой грыжевых ворот и значительными их размерами.

**2) Грыжевой мешок** – это выпячивание париетальной брюшины сквозь грыжевые ворота. В грыжевом мешке есть устье, шейка, тело и дно. Устье это отдел грыжевого мешка, граничащий с брюшной полостью. Шейка - это часть грыжевого мешка, находящаяся в толще брюшной стенки. Тело – самый большой сегмент, а дно – дистальный отдел. Грыжевой мешок может быть одно- и многокамерным. У больных с коротким сроком грыжи стенка мешка представлена тонким, гладким листком брюшины, на поверхности которой находится предбрюшинная клетчатка. Из-за постоянной травматизации стенка мешка утолщается. Между ее внутренней поверхностью и содержимым грыжи образуются спайки. Иногда одну из стенок мешка образует орган брюшной полости, частично покрытый висцеральным листком брюшины, например мочевого пузыря, слепая или сигмовидная кишка. Это скользящие грыжи.

3) **Грыжевое содержимое** – это внутренние органы, находящиеся в мешке. Чаще это большой сальник и тонкая кишка, так как они расположены интраперитонеально и наиболее подвижны.

## 56. Классификация грыж. Основные симптомы свободных наружных грыж живота.

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

### Классификация:

#### 1) По анатомическим признакам:

- Наружные (грыжи брюшной стенки) - выхождение органов через дефект в брюшной стенке в подкожную клетчатку при сохранении кожных покровов.
- Внутренние - формируются внутри брюшной полости, органы попадают в различные карманы брюшины, брыжейки кишки, а также через естественные или приобретенные дефекты диафрагмы в грудную полость.

#### 2) По этиологии:

- врождённые;
- приобретённые.

#### 3) По локализации:

- паховые;
- бедренные;
- пупочные;
- белой линии живота;
- редкие (это спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, седалищные, промежностные).

#### 4) По клиническому течению:

- неосложнённая (вправимая грыжа);
- осложнённая (ущемление, невправимость, воспаление, копростаз);
- рецидивное - возникающие повторно после операции по поводу грыжи.

### Симптомы:

Наличие грыжевого выпячивания, боли в области грыжи и в животе. Грыжевое выпячивание обычно появляется в вертикальном положении, при натуживании, кашле и исчезает или уменьшается в горизонтальном положении или после ручного вправления. Боли в области грыжи обычно возникают при ходьбе, физической нагрузке, кашле, резких движениях. В горизонтальном положении определяют вправимость содержимого грыжевого мешка. После вправления грыжи пальцем, введенным в грыжевые ворота, определяют размер грыжевых ворот. При покашливании большого палец врача ощущает толчки органов, находящихся в грыжевом мешке – симптом кашлевого толчка. Это - характерный симптом наружной грыжи живота, и говорит об отсутствии ущемления.

## 57. Особенности косой и прямой паховой грыжи, выбор способа хирургического лечения.

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

Основная причина паховых грыж - слабость задней стенки пахового канала.

**Косая грыжа** - это когда грыжевой мешок входит в паховый канал через глубокое паховое кольцо, проходит через весь канал и выходит через поверхностное паховое кольцо. Грыжевой мешок располагается **внутри семенного канатика**.

**Прямая грыжа** - это когда грыжевой мешок выпячивается в области медиальной паховой ямки передней брюшной стенки, растягивает заднюю стенку пахового канала и выходит через его поверхностное кольцо. Грыжевой мешок проходит **вне семенного канатика**.

При прямой грыже, мешок имеет шарообразную форму и часто грыжа бывает двусторонней, при косой — мешок вытянутой формы, и чаще односторонняя. Косая грыжа может быть врожденной,

прямая — никогда и чаще встречается у пожилых. Косая грыжа на поздних стадиях развития становится пахово-мошоночной. Мешок прямой грыжи редко опускается в мошонку. При исследовании большого семенной канатик при прямой грыже расположен снаружи от грыжевого мешка, а при косой — внутри.

### **Хирургическое лечение**

Хирургический доступ при паховой грыже осуществляется разрезом на 2 пальца выше и параллельно паховой связке. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота и, таким образом, вскрывают паховый канал. Мешок прошивают и перевязывают на уровне шейки, после чего иссекают. Далее производится пластика задней стенки пахового канала.

### **Методы пластики:**

**Пластика по Бассини.** Параллельно паховой связке производят рассечение поперечной фасции. Под семенным канатиком подшивают нижние края внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним лоскутом рассеченной поперечной фасции к паховой связке. В медиальном углу раны подшивают край апоневроза влагалища прямой мышцы живота к надкостнице лонной кости в области лонного бугорка. В верхнем углу раны оставляют достаточную щель, чтобы не ущемить семенной канатик. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Край апоневроза наружной косой мышцы живота сшивают над семенным канатиком.

**Пластика по Шолдаису** - использование непрерывного шва. Вскрывают паховый канал, рассекают поперечную фасцию. Последнюю ушивают с созданием дубликатуры. Непрерывный шов начинают медиально, латеральный лоскут поперечной фасции подшивают к медиальному, отступя от его края на 2-3 см. Шов накладывают до внутреннего пахового кольца. Затем нить захлестывают и подшивают медиальный лоскут к паховой связке в обратном направлении. Следующая линия швов фиксирует 2 рядами непрерывных швов апоневроз внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке.

**Ненатяжная пластика по Лихтенштейну** - использование синтетического сетчатого протеза или пластины из пористого политетрафторэтилена. После выделения и обработки грыжевого мешка синтетический протез моделируют по форме задней стенки пахового канала. В области латерального края трансплантата формируют внутреннее отверстие пахового канала для семенного канатика. Имплантат укладывают под семенным канатиком и фиксируют швами к надкостнице лонной кости, паховой связке и поперечной мышце. Разрез в латеральном участке сетки ушивают П-образным швом позади семенного канатика так, чтобы он пропускал только канатик и не мог в последующем расширяться. Апоневроз наружной косой мышцы сшивают над семенным канатиком край в край.

## **58. Клинические особенности бедренных грыжи и грыж белой линии живота.**

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

**Бедренные грыжи** - выходят через бедренный канал и располагаются ниже проекции паховой связки. Чаще у женщин. Чаще, чем паховые, ущемляются.

В процессе формирования проходит три стадии:

- 1) начальная - грыжевое выпячивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца;
- 2) канальная - грыжевое выпячивание располагается около сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции и не проникает в подкожную жировую клетчатку скарповского треугольника;
- 3) полная - когда грыжа проходит весь бедренный канал, его внутреннее и наружное отверстия и выходит в подкожную клетчатку бедра;

В начальной и канальной стадиях грыжа трудноразличима. Заподозрить 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. Для полной бедренной грыжи характерно появление полусферического грыжевого

выпячивания небольшого размера, расположенного под паховой связкой, медиальнее проекции бедренных сосудов.

По отношению к лонному бугорку расположена ниже и кнаружи. Грыжи не достигают больших размеров.

**Грыжи белой линии живота** - чаще бывают эпигастральными и параумбиликальными.

Причиной грыж становится расширение белой линии живота. Предбрюшинная клетчатка проникает в щель между сухожильными волокнами, и формируется предбрюшинная липома, способная ущемляться. Далее отверстие в белой линии живота под воздействием повышенного внутрибрюшного давления постепенно увеличивается, образуется дефект, в который пролабирует париетальный листок брюшины. Содержимым грыжевого мешка чаще становится сальник.

Эпигастральные грыжи редко превышают в диаметре 4-5 см, у тучных больных не всегда видны и могут быть множественными. Для обнаружения грыжи пальпацию проводят в горизонтальном положении, приподнявшись на локтях.

Симптомы - болезненное выпячивание средней линии живота, чаще в верхних отделах; боль при натуживании и резких движениях; расхождение мышц по средней линии живота; тошнота, иногда рвота.

### **59. Патогенез и основные симптомы ущемлённой грыжи. Виды ущемлений особенности хирургической тактики.**

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

**Ущемление** – это внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и некрозу.

#### **Патогенез:**

**1) Эластическое ущемление** возникает в момент резкого повышения внутрибрюшного давления при нагрузке. При этом наступает перерастяжение грыжевых ворот, в результате чего в грыжевой мешок выходит больше внутренних органов. После снижения давления грыжевые ворота сокращаются. Вышедшие органы уже не могут самостоятельно вправиться и происходит их ущемление. Из-за сдавления (странгуляции) в узком кольце грыжевых ворот возникает ишемия органов, что приводит к болевому синдрому. Он вызывает спазм мышц передней брюшной стенки, усугубляющий ущемление. **2) При каловом ущемлении** сдавление грыжевого содержимого возникает из-за резкого переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке. Отводящий отдел кишечника сдавливается в грыжевых воротах вместе с брыжейкой. Затем, из-за переполнения каловыми массами кишки, происходит сдавление в грыжевых воротах всей петли кишки и её брыжейки, и развивается картина странгуляции.

Чаще всего ущемляется тонкая кишка или большой сальник.

#### **Особые виды ущемления:**

**1) Пристеночное ущемление** (грыжа Рихтера) - происходит в узких грыжевых воротах, когда ущемляется только часть кишечной стенки, обычно противоположная брыжеечному краю кишки.

**2) Грыжа Литтре** – это ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже.

**3) Ретроградное** - возникает, когда ущемлённые петли кишки располагаются как в грыжевом мешке, так и в брюшной полости (в виде латинской буквы W). При ущемлении двух кишечных петель и более кровообращение нарушается не только в петлях, находящихся в грыжевом мешке, но и в промежуточных петлях, расположенных между выпавшими и имеющими с ними общую брыжейку.

#### **Клиника:**

• резкая боль в области грыжи или по всему животу;

- невосприимчивость грыжи;
- напряжение и болезненность грыжевого выпячивания;
- отсутствие передачи кашлевого толчка.

### Лечение

Вправлять нельзя из-за опасности перемещения в брюшную полость органа, подвергнувшегося некрозу. Первым этапом является рассечение грыжевых оболочек с выделением от них грыжевого мешка, вскрытие его с вправлением в брюшную полость грыжевого содержимого. Перед вправлением оценивают жизнеспособность кишки - **она должна иметь розовую окраску, перистальтирует, сосуды брыжейки, пульсируют**. В сомнительных случаях в брыжейку кишки вводят 100-150 мл 0,25% раствора прокаина и согревают ущемлённый участок в течение 10-15 мин салфетками, смоченными тёплым изотоническим раствором хлорида натрия. Если и после этого отсутствует *хотя бы один* из признаков, необходимо выполнить её резекцию в пределах здоровых тканей. При невосприимчивых грыжах предварительно нужно рассечь спайки между грыжевым мешком и грыжевым содержимым. Затем в области шейки мешок прошивают, перевязывают, отсекают и удаляют. Вторым этапом является пластика грыжевых ворот. Методы - 1) аутопластика (фасциально-апоневротическая, мышечно-апоневротическая, мышечная); 2) аллопластика; 3) комбинированные способы.

### **60. Что такое невосприимчивая грыжа, её отличия от ущемленной.**

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

**Невосприимчивость** – это постоянное наличие грыжевого содержимого в грыжевом мешке.

Под влиянием различных механических раздражителей, микротравм в грыжевом мешке возникает асептическое воспаление, приводящее к образованию спаек. Спайки фиксируют органы брюшной полости к стенкам грыжевого мешка, что приводит сначала к возникновению частично невосприимчивой, а затем и полностью невосприимчивой грыжи. Грыжевое выпячивание в положении лёжа не исчезает и мало изменяет свою форму. При осторожной попытке вправления грыжа не исчезает. Грыжевое выпячивание безболезненно и сохраняет мягко-эластическую консистенцию.

В отличие от ущемления их связь с брюшной полостью сохраняется. Грыжа не напряжена, не болезненна, хорошо передаёт кашлевой толчок.

### **61. Причины послеоперационных вентральных грыж. Виды пластики при послеоперационных грыжах.**

**Грыжа** – это выход внутренностей из брюшной полости вместе с париетальным листком брюшины через естественные или патологические отверстия под покровы тела или в другую полость.

#### Послеоперационные грыжи

Выходят из брюшной полости в области послеоперационного рубца и располагаются чаще на передней брюшной стенке, реже - в поясничной области. Чаще возникают после экстренных лапаротомий по поводу воспалительных заболеваний органов брюшной полости и ранений.

**Причины** - перитонит, эвентрация и нагноение операционной раны из-за применения нерациональных, травматичных операционных доступов, выведения через рану тампонов и дренажей, небрежного гемостаза.

#### Виды пластики:

К натяжным методикам относятся способы Мейо, Сапежко.

В зависимости от расположения сетки относительно слоев передней брюшной стенки выделяют пять основных типа пластик

Метод пластики onlay - накладка сетки сверху мышечно- апоневротического слоя;

Метод пластики inlay- вкладка сетки между грыжевыми краями мышечно-апоневротического слоя;  
Метод пластики sublay - подкладка сетки снизу мышечно-апоневротического слоя с ограничением сетки от органов брюшной полости брюшиной (частью грыжевого мешка) или прядью большого сальника;

Метод пластики ipom - внутрибрюшное наложение сетчатого протеза в области грыжевых ворот непосредственно на брюшину. Может быть выполнено открыто или лапароскопически;

Пластику передней брюшной стенки, когда наряду с устранением грыжевого дефекта осуществляют сопоставление и послойную адаптацию его краев и восстанавливают нормальное топографо-анатомическое строение, называют радикальной (натяжная пластика).

Пластику передней брюшной стенки без сближения краев грыжевого дефекта, при отсутствии условий для выполнения радикальной операции или высоком риске возникновения бронхо-легочных или сердечно-сосудистых осложнений, называют паллиативной (ненатяжная пластика).

## **62. Классификация кишечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

### **Классификация**

#### **По морфологии выделяют:**

**1) динамическая** (функциональная) - нарушается двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия продвижению кишечного содержимого. Связано с нарушением иннервации кишки.

Различают два вида динамической непроходимости

**а - Спастическая** - возникает в результате активации симпатической нервной системы. Причины - поражения головного или спинного мозга, отравление солями тяжёлых металлов, истерия.

**б - Паралитическая** - встречается чаще и обусловлена угнетением тонуса и перистальтики мускулатуры кишечника. Развивается при шоке, перитоните, панкреонекрозе, в раннем послеоперационном периоде при вмешательствах на органах брюшной полости.

**2) механическая** - характеризуется наличием окклюзии кишечной трубки на каком-либо уровне.

Здесь выделяют:

**а - Обтурационная** – возникает при закупорке просвета кишки опухолями, рубцовыми сужениями, желчными камнями, копролитами, проглоченными инородными телами, клубком аскарид. Протекает без первичной острой ишемии. Кровообращение расположенного выше препятствия участка кишки нарушается **вторично** в связи с её чрезмерным растяжением кишечным содержимым. Поэтому и при обтурации возможен некроз кишки, но он развивается в течение нескольких суток.

**б - Странгуляционная - первично** страдает кровообращение вовлечённого в патологический процесс участка кишки. Это связано со сдавлением сосудов брыжейки за счёт ущемления, заворота или узлообразования, что вызывает быстрое, в течение нескольких часов, развитие гангрены участка кишки.

**в – Смешанная.** Сюда относят **инвагинацию** – это внедрение одной кишки в другую, при которой есть и обтурация просвета кишки, и сдавление сосудов брыжейки. Сюда также относят **спаечную непроходимость**, которая может протекать по странгуляционному типу (это сдавление штрингом кишки вместе с брыжейкой), так и по типу обтурации (это перегиб кишки в виде «двустволки»).

#### **По уровню препятствия выделяют:**

1) Высокая (тонкокишечная)

2) Низкая (толстокишечная).

#### **По клиническим проявлениям:**

1) острая,

2) подострая,

3) хроническая.

### **По степени выраженности:**

- 1) полная,
- 2) частичная.

### **По стадиям процесса:**

- 1 стадия (до 12-16 часов) – это нарушение кишечного пассажа
- 2 стадия (16 - 36 часов) – это стадия острых расстройств внутрисстеночной кишечной гемоциркуляции
- 3 стадия (свыше 36 часов) – это стадия перитонита.

### **По происхождению:**

- 1) Врожденная
- 2) Приобретенная

## **63. Патогенез острой кишечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

Основные звенья патогенеза:

- 1) волевические и гемодинамические расстройства;
- 2) нарушения моторной функции кишки;
- 3) нарушения секреторно-резорбционной функции;
- 4) нарушения эндокринной функции;
- 5) нарушение иммунных механизмов;
- 6) нарушение микробной экосистемы;
- 7) эндогенная интоксикация.

Ведущими факторами являются волевические и гемодинамические расстройства. При **острой обтурационной непроходимости** в кишке выше места препятствия начинают скапливаться газы, нарушаются процессы всасывания. В связи с этим реабсорбции пищеварительных соков не наступает, возникает секвестрация жидкости в 3-е пространство (просвет кишки), и она выключается из обменных процессов. За сутки в просвете кишки может депонироваться до 8-10 л. Скопление жидкости и газов создает тяжелую механическую нагрузку на стенку кишки, при этом сдавливаются сосуды подслизистого слоя, в первую очередь вены. Это ведет к отеку и пропотеванию плазмы в стенку кишки, ее просвет, брюшную полость. Развивается тяжелая дегидратация. Перерастяжение кишки газом, жидкостью вызывает раздражение рвотного центра и появляется рвота, с которой теряется большое количество воды, электролитов, белка, ферментов, что ведет к расстройству гемодинамики; снижается клубочковая фильтрация в почках, уменьшается диурез.

Изменяется кислотно-щелочное равновесие: развиваются внеклеточный алкалоз и внутриклеточный ацидоз, что приводит к тяжелым метаболическим расстройствам. Сдавление сосудов стенки кишки нарушает ее микроциркуляцию, она становится проницаемой для микробов и токсинов, в результате чего инфицируется пропотеваящая в брюшную полость жидкость и развивается перитонит. В дальнейшем в стенке кишки развиваются некробиотические изменения, а затем и деструкция.

**Острая странгуляционная непроходимость** сопровождается такими же изменениями, но в результате сдавления сосудов брыжейки быстрее развиваются некробиотические и деструктивные процессы в стенке кишки (при завороте, узлообразовании некроз кишки может наступить в течение 1-2 часов). Также происходит большее уменьшение ОЦК за счет скопления ее в ущемленных петлях; чем больше кишечника вовлечено в заворот, узел, тем больше выключается крови. В ответ на сдавление нервных сплетений брыжейки в ЦНС устремляется мощный поток импульсов, может развиваться шок. Гемодинамические расстройства развиваются быстрее и выражены в большей степени.

Большое значение в патогенезе ОКН имеют нарушения моторной функции кишки: прогрессирование пареза усиливает эндогенную интоксикацию, разрушает микробиологическую экосистему кишки. Расстройство эндокринной функции приводит к нарушению выработки биологически активных пептидов - серотонина, мотилина, что еще больше угнетает двигательную активность кишки. Значительно нарушается противоинфекционная защита организма.

#### **64. Причины и клинические особенности динамической кишечной непроходимости, выбор лечебной тактики.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Динамическая (функциональная) непроходимость** - нарушается двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия продвижению кишечного содержимого. Связано с нарушением иннервации кишки.

Различают два вида динамической непроходимости

**1) Спастическая** - возникает в результате активации симпатической нервной системы. Причины - поражения головного или спинного мозга, отравление солями тяжёлых металлов, истерия.

**Клиника** - схваткообразные боли в животе, чувство расширения, тошнота, рвота, задержка стула, может быть неравномерное вздутие живота. Живот обычно мягкий, иногда можно прощупать спазмированный участок кишки. Прослушиваются перистальтические шумы кишечника. Общее состояние сравнительно удовлетворительное, нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы не бывает.

**Лечение** - консервативное. Назначают спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, тепло на живот, проводят лечение основного заболевания

**2) Паралитическая** - встречается чаще и обусловлена угнетением тонуса и перистальтики мускулатуры кишечника. Развивается при шоке, перитоните, панкреонекрозе, в раннем послеоперационном периоде при вмешательствах на органах брюшной полости.

**Клиника** - постоянная тупая распирающая боль в животе с периодическими усилениями по типу схваток, тошнота, рвота застойным содержимым. Вздутие живота. Язык сухой, обложен. Живот относительно мягкий. При пальпации - болезненность брюшной стенки во всех отделах без симптомов раздражения брюшины. Слабоположительный симптом Щеткина может быть обусловлен резким вздутием кишечных петель (псевдоперитонизм). При аускультации - полное отсутствие кишечных шумов; хорошо проводятся сердечные тоны и дыхательные шумы. При рентгенологическом исследовании - пневматоз и множественные тонко- и толстокишечные уровни. Характерна олигурия, в крови - лейкоцитоз. При стимуляции деятельности кишечника эффекта нет.

**Лечение** - направлено на устранение патологического процесса, приведшего к ее развитию. Для восстановления моторной функции кишечника и борьбы с парезом проводят мероприятия по восстановлению активной перистальтики. Применяют **аминазин**, снижающий угнетающее действие на перистальтику симпатической эфферентации и **антихолинэстеразные препараты** (прозерин, убретид), активирующие перистальтику путем усиления функции парасимпатической нервной системы.

Вначале вводят аминазин, через 45—50 мин — прозерин. Хороший эффект дает также и электростимуляция кишечника. Больным необходима постоянная декомпрессия желудка через назогастральный зонд. Корректируют нарушения гомеостаза.

Хирургическое лечение показано редко - на фоне перитонита, тромбоза или эмболии брыжеечных сосудов, а также при смешанном варианте непроходимости (сочетание механического и паралитического компонентов).

#### **65. Обтурационная кишечная непроходимость причины, особенности клиники, диагностики и лечебной тактики.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Обтурационная** – возникает при закупорке просвета кишки опухолями, рубцовыми сужениями, желчными камнями, копролитами, проглоченными инородными телами, клубком аскарид. Протекает без первичной острой ишемии. Кровообращение расположенного выше препятствия участка кишки нарушается **вторично** в связи с её чрезмерным растяжением кишечным содержимым. Поэтому и при обтурации возможен некроз кишки, но он развивается в течение нескольких суток.

**Клиника** – **боль** носит интенсивный схваткообразный характер, в промежутках между приступами больные успокаиваются. По мере прогрессирования ОКН, истощения нервно-мышечного аппарата кишки боль ослабевает, приступы ее становятся реже.

**Рвота** многократная, обильная, большим количеством тонкокишечного содержимого с неприятным запахом. **Задержка стула и газов** – это ранний признак при низкой толстокишечной непроходимости. При высокой непроходимости этот симптом появляется позднее, чем боль и рвота, так как продолжается опорожнение дистальных отделов кишечника. **Начальные проявления интоксикационного синдрома** (общая слабость, сухость во рту, жажда). При сборе **анамнеза** необходимо выявить причину непроходимости (обратить внимание на перенесенные вмешательства на органах брюшной полости, грыжи, симптоматику, характерную для опухоли ободочной кишки). При **объективном обследовании** состояние больного средней тяжести.

Умеренная тахикардия при нормальном напряжении и наполнении пульса. Артериальное давление находится в нормальных пределах с тенденцией к гипертензии. Язык сухой, обложен налетом. Вздутие живота, асимметрия и наличие видимой перистальтики. При пальпации живот мягкий, определяется болезненность в мезогастрии без раздражения брюшины. При перкуссии определяется тимпанит в проекции раздутых петель кишечника. При аускультации живота в начальной стадии характерны резкие, усиленные перистальтические шумы. Ректальное пальцевое исследование может выявить опухоль прямой кишки, каловый завал.

Специфические симптомы:

1) Симптомы тонкокишечной непроходимости:

- Триада Валя - асимметрия живота, видимая перистальтика, высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Шланге - усиленная перистальтика после пальпации.
- Симптом Кивуля - высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Склярова - шум плеска при пальпации.
- Симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли при аускультации.

2) Симптомы толстокишечной непроходимости:

- Симптом Обуховской больницы (Грекова) - атония сфинктеров прямой кишки в сочетании с пустой зияющей ампулой
- Проба Цеге-Мантейфеля - малая вместимость толстой кишки при очистительной клизме.

**Лабораторные исследования:**

1) общий анализ крови (могут наблюдаться лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ, признаки анемии);

2) коагулограмма (могут наблюдаться признаки гиперкоагуляции);

3) биохимический анализ крови (нарушение водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия);

**Обзорная рентгенография органов брюшной полости** - Чаша Клойбера – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 3-5 часов с момента заболевания. **Кишечные аркады** - получают, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости. **Симптом перистости**

(это поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

**УЗИ брюшной полости** - расширение просвета кишки более 2 см с наличием феномена «секвестрации жидкости» в просвет кишки; утолщение стенки тонкой кишки более 4мм; наличие возвратно-поступательных движений химуса по кишке; увеличение высоты керкринговых складок более 5 мм; увеличение расстояния между керкринговыми складками более 5 мм; гиперпневматизация кишечника в приводящем отделе

**Контрастное исследование ЖКТ** - Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Признак ОКН - задержка его до 4-6 часов и более.

**Лечение** можно попытаться провести консервативное лечение с целью ликвидации кишечной непроходимости с последующим устранением вызвавшей ее причины. Для этого используют постоянную аспирацию желудочного и кишечного содержимого, сифонную клизму и внутривенное введение полиионных и плазмозамещающих растворов. Консервативное лечение при отсутствии эффекта не более 2 часов.

**Операция** - эндотрахеальный наркоз, операционный доступ – срединная лапаротомия. Сначала ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости. Далее восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу. Затем оценка жизнеспособности кишечника (должен быть розовый, с перистальтикой и пульсацией краевых сосудов брыжейки.). Далее резекция кишечника по показаниям. Затем наложение межкишечного анастомоза. Далее назоинтестинальная интубация. Далее санация и дренирование брюшной полости. Затем закрытие операционной раны.

## **66. Странгуляционная кишечная непроходимость причины, особенности клиники, диагностики и лечебной тактики.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Странгуляционная** - первично страдает кровообращение вовлечённого в патологический процесс участка кишки. Это связано со сдавлением сосудов брыжейки за счёт ущемления, заворота или узлообразования, что вызывает быстрое, в течение нескольких часов, развитие гангрены участка кишки.

### **Клиника**

Интенсивная схваткообразная боль. **Боли** бывают стойкими, резко усиливающимися во время приступа. Стихают лишь на 2-3 сутки, когда наступает истощение перистальтики кишечника. **Рвота** многократная, обильная, большим количеством тонкокишечного содержимого с неприятным запахом. **Задержка стула и газов** – это ранний признак при низкой толстокишечной непроходимости. При высокой непроходимости этот симптом появляется позднее, чем боль и рвота, так как продолжается опорожнение дистальных отделов кишечника. Патогномическим симптомом инвагинации является стул типа «малинового желе». **Начальные проявления интоксикационного синдрома** (общая слабость, сухость во рту, жажда). При сборе **анамнеза** необходимо выявить причину непроходимости (обратить внимание на перенесенные вмешательства на органах брюшной полости, грыжи). При **объективном обследовании** состояние больного средней тяжести. Во время прохождения перистальтической волны больные беспокойны, не могут найти места в связи с интенсивной болью, мечутся по палате.

Умеренная тахикардия при нормальном напряжении и наполнении пульса. Артериальное давление находится в нормальных пределах с тенденцией к гипертензии. Язык сухой, обложен налетом. Вздутие живота, асимметрия и наличие видимой перистальтики. При пальпации живот мягкий, определяется болезненность в мезогастрии без раздражения брюшины. При перкуссии определяется тимпанит в проекции раздутых петель кишечника. При аускультации живота в начальной стадии характерны резкие, усиленные перистальтические шумы.

### **Специфические симптомы:**

1) Симптомы тонкокишечной непроходимости:

- Триада Валя - асимметрия живота, видимая перистальтика, высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Шланге - усиленная перистальтика после пальпации.
- Симптом Кивуля - высокий тимпанит при перкуссии.
- Симптом Склярова - шум плеска при пальпации.
- Симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли при аускультации.

2) Симптомы толстокишечной непроходимости:

- Симптом Обуховской больницы (Грекова) - атония сфинктеров прямой кишки в сочетании с пустой зияющей ампулой
- Проба Цеге-Мантейфеля - малая вместимость толстой кишки при очистительной клизме.
- Симптом Шимана - асимметричное вздутие в правых верхних отделах живота с запавшей левой подвздошной области (признак заворота сигмовидной кишки).

### **Лабораторные исследования:**

1) общий анализ крови (могут наблюдаться лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускорение СОЭ, признаки анемии);

2) коагулограмма (могут наблюдаться признаки гиперкоагуляции);

3) биохимический анализ крови (нарушение водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия);

**Обзорная рентгенография органов брюшной полости** - Чаша Клойбера – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 1 час с момента заболевания. **Кишечные аркады** - получают, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости. **Симптом перистости** (это поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

**УЗИ брюшной полости** - расширение просвета кишки более 2 см с наличием феномена «секвестрации жидкости» в просвет кишки; утолщение стенки тонкой кишки более 4мм; наличие возвратно-поступательных движений химуса по кишке; увеличение высоты керкринговых складок более 5 мм; увеличение расстояния между керкринговыми складками более 5 мм; гиперпневматизация кишечника в приводящем отделе

**Контрастное исследование ЖКТ** - Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Признак ОКН - задержка его до 4-6 часов и более.

**Лечение** - экстренное оперативное вмешательство, так как его задержка может привести к некрозу кишки и разлитому перитониту. эндотрахеальный наркоз, операционный доступ – срединная лапаротомия. Сначала ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости. Далее восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу (если это ущемленная грыжа - грыжесечение; если заворот - деторзия; если узлообразование — ликвидация узлообразования; если инвагинация – дезинвагинация). Затем оценка жизнеспособности кишечника (должен быть розовый, с перистальтикой и пульсацией краевых сосудов брыжейки.). Далее резекция кишечника по показаниям. Затем наложение межкишечного анастомоза. Далее назоинтестинальная интубация. Далее санация и дренирование брюшной полости. Затем закрытие операционной раны.

### **67. Рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Обзорная рентгенография органов брюшной полости - Чаша Клойбера** – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним. Появляются через 1 час с момента заболевания.

Локализации уровней в правых отделах брюшной полости соответствует высокой непроходимости. При локализации препятствия на уровне подвздошной кишки, количество чаш увеличивается и они локализуются во всех отделах брюшной полости.

При завороте толстой кишки определяется выраженная дилатация толстой кишки с характерным симптомом «автомобильной камеры». Ось баллоннообразно раздутой кишки направлена от левой подвздошной области к правому подреберью при завороте сигмовидной и от правой подвздошной области к левому подреберью при завороте слепой кишки.

При obturации кишки желчным камнем, визуализируется крупный конкремент, находящийся вне проекции гепатобилиарной зоны, характерно наличие газа в желчных протоках или желчном пузыре (аэрохолия).

**Кишечные аркады** - получают, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости. **Симптом перистости** (это поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

**Контрастное исследование ЖКТ** - Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Признак ОКН - задержка его до 4-6 часов и более.

## **68. Принципы консервативного лечения острой кишечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

- 1) обеспечить декомпрессию проксимальных отделов ЖКТ путём аспирации содержимого через назогастральный или назоинтестинальный зонд. Постановка очистительной и сифонной клизм позволяет опорожнить толстую кишку, расположенную выше препятствия. При опухолевой толстокишечной непроходимости желательна интубация суженного участка кишки для разгрузки приводящего отдела.
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений и ликвидация гиповолемии. Объём инфузии, проводимой под контролем ЦВД и диуреза, должен составлять не менее 3-4 л. Инфузионные среды включают альбумин, плазму, препараты декстрана (полиглюкин, реополиглюкин), полиионные растворы с хлоридом калия, гипертонический раствор хлорида натрия. Нужно восполнение дефицита калия, так как он способствует усугублению пареза кишечника.
- 3) для устранения расстройств гемодинамики, нужно использовать реологически активные средства - реополиглюкин, пентоксифиллин.
- 4) нормализация белкового баланса с помощью переливания белковых гидролизатов, смеси аминокислот, альбумина, протеина, а в тяжёлых случаях - плазмы крови.
- 5) воздействуют на перистальтическую активность кишечника. При усиленной перистальтике и схваткообразных болях в животе назначают спазмолитики (атропин, дротаверин), при парезе - средства, стимулирующие моторно-эвакуационную способность кишечной трубки (это внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия, ганглиоблокаторы, прозерин, убретид, многоатомные спирты, например сорбитол, токи Бернара на переднюю брюшную стенку).
- 6) мероприятия, обеспечивающие детоксикацию и профилактику гнойно-септических осложнений. Это инфузия низкомолекулярных соединений (гемодез, сорбитол, маннитол и др.) и антибиотики.

## **69. Принципы оперативного лечения острой кишечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

#### **Задачи.**

- 1) Устранение препятствия для пассажа кишечного содержимого.
- 2) Ликвидация заболевания, приведшего к развитию этой патологии.
- 3) Выполнение резекции кишечника при выявлении нежизнеспособности.
- 4) Предупреждение нарастания эндотоксикоза в послеоперационном периоде.
- 5) Предотвращение рецидива непроходимости.

#### **Основные этапы:**

1) **Анестезия** - интубационный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

2) **Доступ** - срединная лапаротомия.

3) **Ревизия брюшной полости для обнаружения причины механической непроходимости.**

Ориентировочно о расположении этой зоны судят по состоянию кишечника: выше препятствия приводящая кишка раздута, переполнена газом и жидким содержимым, стенка её истончена и по цвету отличается от других отделов (от багрово-цианотичной до грязно-чёрной окраски), отводящая кишка находится в спавшемся состоянии, стенки её при отсутствии перитонита не изменены. Препятствие, обусловившее развитие непроходимости, может находиться в нескольких местах на разных уровнях.

4) **Восстановление пассажа кишечного содержимого или его отведение наружу.** Пересекают спайки, разворачивают заворот или выполняют дезинвагинацию. Ликвидации обтурационной непроходимости достигают путём энтеротомии или с помощью резекции кишки, наложения обходного анастомоза или колостомы.

5) **Оценка жизнеспособности кишечника.** Должен быть розовый цвет, наличие перистальтики и пульсации краевых сосудов брыжейки. Если этого нет, то в брыжейку тонкой кишки вводят 150-200 мл 0,25% раствора прокаина, её обкладывают салфетками, смоченными горячим физ. раствором. Через 5-10 мин повторно осматривают. Если исчезла синюшная окраска кишечной стенки, появилась пульсация краевых сосудов брыжейки и возобновилась перистальтика, то участок жизнеспособный.

6) **Резекция кишечника по показаниям.** Удаляют нежизнеспособную кишку в пределах здоровых тканей. Так как некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются потом, резекцию выполняют с удалением не менее 30-40 см приводящей и 15-20 см отводящей петель кишечника (от странгуляционных борозд, зоны обтурации или границ явных гангренозных изменений). Всегда удаляемый участок приводящего отдела должен быть вдвое протяжённее отводящего.

7) **Наложение межкишечного анастомоза.**

8) **Назоинтестинальная интубация.** Удаляют кишечное содержимое, которое скапливается в приводящем отделе и петлях кишечника, подвергшихся странгуляции.

9) **Санация и дренирование брюшной полости.**

10) **Закрытие операционной раны.**

## **70. Причины развития спаечной болезни брюшной полости**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Причина спаечного процесса** - перенесенные операции, хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости. Спаечная непроходимость может протекать по обтурационному типу (это сдавление просвета кишки спайкой, деформация кишок в виде двустволоков, перегибы под острым углом), а может и по странгуляционному, когда рубцовыми тканями сдавлены сосуды брыжейки. Иногда сочетаются обтурационный и странгуляционный механизмы.

Для возникновения ОКН наибольшее значение имеют изолированные межкишечные, кишечно-париетальные, а также париетально-сальниковые сращения, образующие в брюшной полости грубые тяжи и «окна», что может стать причиной странгуляции (внутреннего ущемления) подвижных сегментов кишечника. Также опасны плоские межкишечные, кишечно-париетальные и кишечно-сальниковые сращения с образованием кишечных конгломератов, приводящих к обтурационной непроходимости при функциональной перегрузке кишечника

В возникновении спаечной ОКН часто решающую роль играет функциональный компонент, так как сами сращения, перегибы могут существовать годами и лишь при функциональной перегрузке они вызывают непроходимость.

Особенностью спаечной ОКН является ее рецидивирующий характер. Быстрота развития, тяжесть течения непроходимости зависят от степени сдавления кишки и ее брыжейки. При объективном осмотре характерны симптомы Валя, Кивуля, шум плеска.

### **71. Клинические признаки спаечной непроходимости.**

**Острая кишечная непроходимость** – это синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

**Причина спаечного процесса** - перенесенные операции, хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости. Спаечная непроходимость может протекать по обтурационному типу (это сдавление просвета кишки спайкой, деформация кишок в виде двустволоков, перегибы под острым углом), а может и по странгуляционному, когда рубцовыми тканями сдавлены сосуды брыжейки. Иногда сочетаются обтурационный и странгуляционный механизмы.

**Клиника** - рецидивирующий характер. Из анамнеза - перенесенные интраабдоминальные вмешательства, указания на кишечную диспепсию, связанную с нарушением диеты. Быстрота развития, тяжесть течения непроходимости зависят от степени сдавления кишки и ее брыжейки. Острое начало в виде болевого синдрома и рвоты. Задержка стула и газов, вздутие живота. перистальтика чаще усиленная.

#### **Объективное исследование:**

- наличие послеоперационных рубцов;
- асимметрия и вздутие живота;
- положительные симптомы тонкокишечной непроходимости:
  - Триада Валя - асимметрия живота, видимая перистальтика, высокий тимпанит при перкуссии.
  - Симптом Шланге - усиленная перистальтика после пальпации.
  - Симптом Кивуля - высокий тимпанит при перкуссии.
  - Симптом Склярова - шум плеска при пальпации.
  - Симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли при аускультации.

**Обзорная рентгенография** - Чаша Клойбера – это горизонтальный уровень жидкости с куполообразным просветлением над ним.

Локализации уровней в правых отделах брюшной полости соответствует высокой непроходимости. При локализации препятствия на уровне подвздошной кишки, количество чаш увеличивается и они локализуются во всех отделах брюшной полости.

**Кишечные аркады** - получают, когда тонкая кишка оказывается раздутой газами, при этом в нижних коленах аркад видны горизонтальные уровни жидкости. **Симптом перистости** (это поперечная исчерченность в форме растянутой пружины) встречается при высокой кишечной непроходимости и связан с растяжением тощей кишки, имеющей высокие циркулярные складки слизистой.

**Контрастное исследование ЖКТ** - Больному дают выпить 50 мл бариевой взвеси и проводят динамическое исследование пассажа бария. Признак ОКН - задержка его до 4-6 часов и более.

## **72. Острое нарушение мезентериального кровообращения: причины развития, основные клинические симптомы.**

**Острое нарушение мезентериального кровообращения** – это патологическое состояние, обусловленное внезапным прекращением кровотока по магистральным сосудам кишечника. Кровоснабжение кишечника осуществляется двумя непарными ветвями брюшной аорты - верхней и нижней брыжеечными артериями.

Отток крови от тонкой и толстой кишок осуществляется по одноимённым мезентериальным венам, вместе с селезёночной формирующим воротную вену.

При нарушении мезентериального кровообращения возникает инфаркт кишечника.

### **Причины**

- 1) **Эмболия.** Основным источником - тромбы в левых полостях сердца, формирующиеся из-за нарушений ритма, клапанных пороков, перенесённого инфаркта миокарда с развитием аневризмы левого желудочка, инфекционного эндокардита. Возможна эмболия атероматозными массами или тромбами из вышележащих отделов аорты, особенно при её аневризме.
- 2) **Тромбоз артерий и вен.** Основная причина - поражение стенки мезентериальных артерий вследствие атеросклероза или неспецифического аорто-артериита.
- 3) **Окклюзия устья либо ствола верхней брыжеечной артерии** тромбозом.
- 4) **нарушение микроциркуляции и снижение перфузионного давления** (при ангиоспазмах, анафилактических состояниях, интоксикации, шоке, кровопотери).
- 5) **Сдавление (прорастание) сосудов опухолями.**
- 6) **Перевязка сосудов.**

### **Клиника**

В **стадии ишемии**, продолжающейся 6-12 часов, основным симптомом - **боли в животе**. Они носят интенсивный характер, особенно в начале заболевания. Боли локализованы в эпигастрии или по всему животу, что связано с раздражением верхнебрыжеечного и солнечного сплетений. Наркотические анальгетики боль не купируют, помогают спазмолитики. Больные кричат, не находят себе места, подтягивают ноги к животу, принимают коленно-локтевое положение. Рефлекторно возникает рвота желудочным содержимым. В ответ на ишемию возникает спастическое сокращение кишечника. Происходит опорожнение сначала толстой, а затем и тонкой кишки. Может быть диарея. При осмотре - бледность кожи. Окклюзия ствола верхней брыжеечной артерии приводит к развитию **симптома Блинова** (это повышение систолического АД на 60-80). Брадикардия. Язык влажный, живот - мягкий, не вздут, безболезненный, конфигурация его не изменена, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Отсутствие болезненности при глубокой пальпации живота. При аускультации выслушивают ослабленную перистальтику. Количество лейкоцитов в крови повышается до 10-12. В **стадии инфаркта** (начинается через 6-12 часов от начала заболевания и продолжается в течение 12-24 часов) интенсивность болей уменьшается вследствие деструктивных изменений в стенке кишки и некроза нервных окончаний. Поведение больных более спокойное. Появляется **примесь крови в рвотных массах**, когда поражается тощая кишка. **Также появляется кровь в каловых массах**, выделения напоминают «малиновое желе». При пальпации - болезненность, не соответствующая зоне локализации болей в животе. Появляется **симптом Мондора** – это когда в месте инфаркта кишки пальпируют инфильтрат мягкоэластической консистенции без чётких границ. АД нормализуется, возникает тахикардия. Количество лейкоцитов в крови до 20-40. В **стадии перитонита** (наступает через 18-36 часов) боли по всему животу, усиливаются при малейшей перемене положения тела, кашле. При поверхностной пальпации определяют болезненность в сочетании с мышечным напряжением и симптомом Щёткина-Блюмберга. Полное отсутствие кишечных шумов в животе – это **симптом «гробовой тишины»**. При этом над брюшной полостью выслушивают сердечные тоны.

Состояние больных резко ухудшается в связи с эндотоксикозом, обезвоживанием, нарушениями электролитного баланса, развитием метаболического ацидоза. Больные становятся адинамичными, появляется бред. Развивается задержка стула и газов.

При эмболии клиника более яркая, боли интенсивнее, раньше происходит некроз кишечной стенки. Это связано с внезапностью заболевания, отсутствием достаточного компенсаторного коллатерального кровообращения, а также рефлекторным ангиоспазмом.

Для острого тромбоза верхней брыжеечной артерии характерны продромальные явления в виде хронической абдоминальной ишемии («брюшной жабы»). В анамнезе можно выявить боли в мезогастррии, возникающие после пищи, неустойчивость стула, метеоризм. Клиника носит стертый характер.

### **73. Методы диагностики и тактика при остром нарушении мезентериального кровообращения.**

**Острое нарушение мезентериального кровообращения** – это патологическое состояние, обусловленное внезапным прекращением кровотока по магистральным сосудам кишечника. Кровоснабжение кишечника осуществляется двумя непарными ветвями брюшной аорты - верхней и нижней брыжеечными артериями.

#### **Диагностика.**

**Анамнез:** наличие сердечно-сосудистых патологий (атеросклероз, гипертоническая болезнь, болезни сердца, крови), часто бывают приступы брюшной жабы. Наличие жидкого стула и примесь крови в нем.

**В анализе крови** рано выявляется лейкоцитоз - 10-15, нарастающий с развитием перитонита. В биохимическом анализе крови отмечается гиперкоагуляция. Характерно также снижение мочеотделения, вплоть до анурии.

**Рентгенологическое исследование** позволяет выявить картину паралитической кишечной непроходимости – это раздутые неподвижные петли кишечника, просвет их уже, чем при механической непроходимости из-за имбибированных кровью толстых стенок, складки слизистой широкие, набухшие. Отмечается асимметрия содержания газа в левой и правой половине толстой кишки. Могут определяться пузырьки газа в кишечной стенке. Также наличие воздуха в воротной вене и ее внутривенных разветвлениях, но это поздний признак.

**Ангиография ветвей брюшной аорты** - выполняют в двух проекциях (прямой и боковой) с последующей селективной мезентерикографией. Обнаруживают наличие дефектов контрастирования и/или отсутствие заполнения ствола и ветвей брыжеечных артерий.

**Ультразвуковое ангиосканирование с ультразвуковой доплерографией и цветным доплеровским картированием** основано на визуализации просвета сосуда с регистрацией в нём потока крови. Движение её по направлению к ультразвуковому датчику отображается синим цветом, а от него - красным.

#### **Лапароскопия, лапаротомия.**

#### **Лечение**

Экстренное хирургическое вмешательство.

При подозрении нужно немедленно назначить сосудорасширяющие и спазмолитики (атропин, но-шпа, папаверин), а также сердечные средства (нитроглицерин, валидол), провести паранефральную новокаиновую блокаду, ввести анальгетики. Также, сразу же, как поставлен диагноз, внутривенно вводят гепарин в дозе 10-15 тысяч ЕД для профилактики дистального распространения тромбоза. Внутривенно вливают антибиотики.

Доступ - верхнесрединная лапаротомия. Ревизия брыжеечных сосудов и кишечника. **В стадии ишемии** кишки показана операция на сосудах. Чаще применяется эмболектomia из верхней брыжеечной артерии.

При тромбозе тромб обычно тесно связан с измененной интимой, поэтому тромбинэктомию лучше делать под контролем зрения из продольного разреза с последующим вшиванием заплатки из аутовены или синтетического материала.

Удаление эмболов и тромбов из нижней брыжеечной артерии ввиду ее незначительного калибра считается невозможным, поэтому при инфарктах толстой кишки выполняется резекция ее в пределах жизнеспособных тканей по типу операции Гартмана.

Если в каком-то участке кишечника кровоснабжение не восстанавливается и вид его остается прежним, этот участок резецируют.

**В стадии инфаркта** эмболэктомию сочетают с резекцией инфарцированного отдела кишки.

При тромбозе верхней брыжеечной артерии проводится тромб-интимэктомия.

В заключение операции рекомендуется ввести гепарин не только в верхнюю брыжеечную артерию, но и в одну из вен брыжейки кишечника, либо местно - в самую ткань брыжейки 0,25%-ный новокаин в количестве 250-300 мл. Необходимо тщательное удаление всего имеющегося в брюшной полости выпота.

При тотальном поражении кишечника и крайне тяжелом состоянии больных резекция не показана. Рекомендуется инфильтрировать брыжейку кишечника 0,25%-ным раствором новокаина 200-300 мл с добавлением 20-25 тысяч ЕД гепарина и по возможности ввести гепарин в основной ствол и ветви верхней брыжеечной артерии, а в послеоперационном периоде продолжать антикоагулянтную и фибринолитическую терапию.

## **74. Методы обследования толстой и прямой кишки.**

### **1) Пальцевое исследование прямой кишки**

Сократительную способность сфинктера оценивают по степени охватывания пальца. В середине анального канала по всей его окружности определяют небольшие выросты — анальные сосочки, представляющие собой остатки эктоэндодермальной перегородки.

**2) Исследование в помощь ректального зеркала** — зеркало смазывают вазелином и вводят в анальное отверстие, бранши раздвигаются и осматривают слизистую. Можно осмотреть прямую кишку на 8-10 см.

**3) Аноскопия** — можно осмотреть все стенки анального канала.

**4) Колоноскопия.** Предварительно пациент очищает кишечник. Кишечник исследуют с помощью фиброколоноскопа

**5) Ирригоскопия.** При помощи рентгена. Перед сеансом пациент очищает кишечник. Накануне процедуры нельзя принимать пищу. Непосредственно перед обследованием человек принимает жидкость с контрастным веществом (сульфат бария). Иногда процедура проводится методом двойного контрастирования. В этом случае после выхода из кишечника контраста, в него нагнетают воздух, что дает возможность четко увидеть контуры разных отделов кишечника.

**6) Ректороманоскопия** — исследование, позволяющее осмотреть 30 см дистальной части толстой кишки. Подготовка к исследованию - две очистительные клизмы объемом не менее 1 л, одну из которых выполняют вечером, а вторую — за 2 часа до осмотра.

## **75. Классификация геморроя. Осложнения геморроя.**

**Геморрой** — это патологическое расширение вен заднего прохода и прямой кишки.

**Классификация:**

### **1) по клиническому течению**

- острый
- хронический

### **2) по локализации узлов**

- внутренний (когда узлы располагаются выше гребешковой линии)
- наружный (когда узлы лежат ниже гребешковой линии под кожей вокруг заднего прохода)
- смешанный

### **3) по развитию:**

- первичный
- вторичный (портальная гипертензия, опухоли малого таза, флеботромбоз тазовых вен).

## **Стадии острого геморроя:**

**1-ая стадия (легкая)** - характерны явления тромбоза, иногда кровотечения, боли выражены, стул болезненный, но не нарушен, выпавшие узлы самостоятельно вправляются. Общесоматические проявления отсутствуют.

**2-ая стадия (средняя)** – характерны выраженный отек и воспаление узлов, выпавшие узлы самостоятельно не вправляются, выраженный тромбоз и кровотечение из наружных и внутренних узлов, запоры, болезненный акт дефекации. Есть общие явления: повышенная температура, слабость, недомогание, плохой аппетит.

**3-я стадия (тяжелая)** - проявляется ущемлением выпавших узлов, некрозом или острым гнойным воспалением их, отеком перианальной кожи и ануса. Самостоятельный стул невозможен. Общие явления: высокая лихорадка, ознобы. Беспокоят в области заднего прохода, и в животе. У мужчин часто возникает дизурия из-за сдавления мочеиспускательного канала воспалительным инфильтратом.

## **Стадии хронического геморроя:**

**1-ая стадия** - проявляется кровотечениями, не обильными, в виде прожилок алой крови, анальным зудом. Узлы спавшиеся, но при натуживании увеличиваются в размерах, не выпадают. Замыкательная функция анального сфинктера сохраняется. Эпизоды воспаления возникают редко (2-3 раза в год).

**2-ая стадия** - характерно выпадение узлов во время дефекации, они легко ранимы, кровоточат, с признаками тромбирования. Выпавшие узлы самостоятельно не вправляются. Обострения частые, ежемесячные. Выражен анальный зуд. Тонус сфинктера снижен, но недержание каловых масс отсутствует.

**3-я стадия** - выпадение узлов происходит при легком натуживании, физическом труде, кашле. Характерна анемия. Часты обострения и ущемления узлов. Прогрессирует слабость замыкательной функции сфинктера с частичным недержанием каловых масс и газов.

**4-я стадия** - характеризуется выпадением узлов в покое вместе со слизистой прямой кишки, невозможностью их вправления либо выпадением сразу после вправления. Часто наблюдаются их тромбоз, обильные кровотечения.

## **Осложнения:**

### **1)Тромбоз геморроидальных узлов**

Клиника: сильная боль, постоянная, не пульсирующая, не связана с актом дефекации. Узлы становятся багрово-синюшными, резко болезненными, плотными. Может наступать некроз с перфорацией узла.

### **2)Геморроидальное кровотечение:**

Клиника: алая кровь при акте дефекации каплями или струйно, иногда профузное кровотечение и из-за этого тяжелая анемия.

### **3)Анальная трещина:**

Это дефект стенки анального канала 2-2,5 см радиально расположенный.

Острая – края гладкие, дно – мышечная ткань сфинктера.(трещина кожного покрова)

Хроническая – края грубые, мозолистые, воспалительные изменения могут вовлекать нервные окончания из-за этого возникают сильные боли. Возникает анальный жом (боязнь дефекации)

Клиника: боль , кровь на кале после стула в виде полоски, ленточный кал.

### **4)Парапроктит** - воспаление параректальной клетчатки, инфекция туда поступает из моргалиевых крипт.

Клиника: Боли, нарастающие, внезапные, усиливающиеся при ходьбе или сидении, при кашле.

В перианальной области – отек, гиперемия, флюктуация.

При глубоком парапроктите – лихорадка, боли в глубине таза

### **5) Выпадение прямой кишки** – нарушение анатомического расположения прямой кишки, при которой происходит смещение ее дистальной части за пределы анального сфинктера.

Клиника: Вначале при дефекации выпадает только слизистая, которая легко самостоятельно вправляется. Затем при каждой последующей дефекации происходит выпадение большего или

меньшего участка кишки, который больной должен вправлять рукой. В поздней стадии выпадает при вертикальном положении.

**6) Ущемление выпавших геморроидальных узлов**

**7) Невправляемость выпавших геморроидальных узлов**

## **76. Консервативное лечение осложнённого геморроя**

**Геморрой** – это патологическое расширение вен заднего прохода и прямой кишки.

### **Лечение:**

Общее и местное применение обезболивающих и противовоспалительных препаратов, очистительных клизм, мазевых повязок и физиотерапии.

Для системного действия применяется детралекс (повышает тонус вен) по 3 таблетки 2 раза в 1-е сутки, затем по 2 таблетки 2 раза в день в течение 3 суток.

**При тромбозе геморроидальных узлов** показано местное применение антикоагулянтов (гепариновой или троксевазиновой мази, амбената, гепатромбина Г), свинцовых примочек, глюкокортикоидных мазей. Для снятия воспаления перианальной области назначают водорастворимые мази (левасин, левомеколь, мафинид). Используют нестероидные противовоспалительные препараты, в период стихания воспаления - улучшающие регенерацию линименты: солкосерил, актовегин, пантенол.

**При кровотечениях** применяются свечи, содержащие адреналин, местные гемостатические материалы: андроксан, берипласт, тахокомб, спонгостан, состоящие из фибриногена и тромбина. При непрекращающемся кровотечении назначается инфузионная гемостатическая терапия, при значительной кровопотере - плазма, кровь.

**Ущемление выпавших внутренних геморроидальных узлов** - послабляющая диета, противовоспалительные и обезболивающие средства, свинцовые примочки. Пресакральная новокаиновая блокада, после которой больного укладывают в постель с приподнятым ножным концом;

## **77. Выбор методов лечения хронического геморроя в зависимости от стадии заболевания.**

**Геморрой** – это патологическое расширение вен заднего прохода и прямой кишки.

### **Стадии хронического геморроя:**

**1-ая стадия** - проявляется кровотечениями, не обильными, в виде прожилок алой крови, анальным зудом. Узлы спавшиеся, но при натуживании

увеличиваются в размерах, не выпадают. Замыкательная функция анального сфинктера сохраняется. Эпизоды воспаления возникают редко (2-3 раза в год). Консервативное лечение препаратами, повышающими тонус венозных сосудов (детралекс, троксерутин), при его неэффективности применяют склерозирующую терапию, фотокоагуляцию, двухполюсную диатермокоагуляцию.

**2-ая стадия** - характерно выпадение узлов во время дефекации, они легко ранимы, кровоточат, с признаками тромбирования. Выпавшие узлы самостоятельно не вправляются. Обострения частые, ежемесячные. Выражен анальный зуд. Тонус сфинктера снижен, но недержание каловых масс отсутствует. Лечение как в 1-й стадии, плюс лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, фотокоагуляцию, склеротерапию.

**3-я стадия** - выпадение узлов происходит при легком натуживании, физическом труде, кашле. Характерна анемия. Часты обострения и ущемления узлов. Прогрессирует слабость замыкательной функции сфинктера с частичным недержанием каловых масс и газов. Лечение - лигирование либо геморроидэктомия.

**4-я стадия** - характеризуется выпадением узлов в покое вместе со слизистой прямой кишки, невозможностью их вправления либо выпадением сразу после вправления. Часто наблюдаются их тромбоз, обильные кровотечения. Лечение – геморроидэктомия.

## **78. Клинические признаки хронического парапроктита. Классификация и лечение хронического парапроктита**

**Хронический парапроктит** - хроническое воспаление параректальной клетчатки и анальной крипты с формированием свищевого хода между просветом прямой кишки и кожей.

### **Клиника:**

Выделение гноя из наружного кожного отверстия свища. Вначале обильное и постоянное выделение густого сливкообразного гноя, который в дальнейшем становится более скудным и жидким. Позднее количество гноя зависит от длины и ширины свищевого хода, а также определяется количеством ответвлений и наличием полостей. Спустя 3-4 месяца с момента вскрытия свища отмечается скудное гнойное отделяемое (от нескольких капель до 2-3 мл в сутки). При наружных неполных свищах больного беспокоят постоянное раздражение кожи около свищевого отверстия, влажность и зуд. Незначительная боль при нарушении оттока гноя из закрывшегося свища усиливается, приобретает интенсивный и постоянный характер. При полных свищах из наружного свищевого отверстия могут произвольно отходить газы, иногда кусочки кала. При неполных внутренних свищах наружных признаков нет, при дефекации отмечается выделение гноя вместе с каловыми массами.

### **Классификация:**

В зависимости от расположения свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода:

**1) Интрасфинктерные свищи** - Свищевой ход полностью находится кнутри от сфинктера прямой кишки, он прямой и короткий

**2) Трансфинктерные свищи** - часть свищевого канала проходит через сфинктер, часть расположена в клетчатке. Свищевой ход может идти через подкожную порцию сфинктера, через поверхностную, то есть более глубоко, или ещё глубже - через глубокую порцию. Чем выше по отношению к сфинктеру расположен ход, тем чаще встречаются разветвлённые ходы, чаще бывают гнойные полости в клетчатке, сильнее выражен рубцовый процесс в тканях, окружающих ход.

**3) Экстрасфинктерные свищи** - свищевой канал проходит в клетчаточных пространствах таза и открывается на коже промежности, минуя сфинктер. Длинный извилистый ход, часто обнаруживаются затёки, рубцы. Нередко очередное обострение приводит к образованию новых свищевых отверстий, иногда воспаление переходит из клетчаточного пространства одной стороны на другую, возникает подковообразный свищ.

### **Также свищ бывает:**

- полным (есть внутреннее и наружное свищевое отверстие)
- неполным внутренним (наружного отверстия нет, есть только внутреннее)
- неполным наружным (открывающийся только на коже промежности)

### **По локализации внутреннего отверстия в анальном канале или прямой кишке:**

- задний
- передний
- боковой

### **Лечение**

Оперативное.

При наличии инфильтратов по ходу свища проводят активную противовоспалительную терапию: антибиотики, физиотерапия.

При интрасфинктерных свищах их иссекают в просвет прямой кишки. Иссечение свища после предварительной маркировки красителем проводят клиновидно вместе с кожей и клетчаткой. При наличии гнойной полости в клетчатке ее вскрывают по зонду, выскабливают стенки ложкой Фолькмана и вводят марлевую турунду с мазью (левосин, левомеколь).

Трансфинктерные свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием глубоких слоев раны (мышц сфинктера) или без него, дренированием гнойной полости. При наиболее сложных экстрасфинктерных свищах прибегают к операциям, суть которых сводится к полному иссечению свищевого хода и иссечению внутреннего отверстия свища. При сложных свищах применяют лигатурный метод. Неполные свищи иссекают в просвет прямой кишки с помощью изогнутого под прямым углом зонда.

## **79. Клиника, диагностика, и лечение острого парапроктита.**

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

### **Клиника:**

Заболевание начинается остро. Продромальный период не более 3 дней. Он выражается в изменении общего состояния (недомогание, слабость, головная боль, потеря сна, аппетита). Затем присоединяются нарастающие нелокализованные боли в промежности, прямой кишке, усиливающиеся при дефекации. Далее могут появиться задержка стула, газов, затруднение мочеиспускания. Редко вместо запора бывает понос. Температура повышается до 39-40, по вечерам озноб, ночью усиленное потоотделение. По мере отграничения очага боли становятся пульсирующими, нестерпимыми, особенно при дефекации.

Иногда, когда воспаление протекает по типу флегмоны, не образуя отграниченного очага, преобладают симптомы общей интоксикации, а местные затушевываются.

Если отграниченный очаг самостоятельно вскрывается в клетчатку таза или в просвет прямой кишки, боли на некоторое время становятся меньше.

**Подкожный парапроктит** - симптомы развиваются быстро. В области заднего прохода появляются боли, интенсивность которых постепенно нарастает. Они носят пульсирующий характер, усиливаются при дефекации, кашле, напряжении брюшного пресса, при ходьбе.

Если очаг расположен спереди от анального отверстия, то могут появиться затруднения при мочеиспускании, если сзади - то задержка стула. При осмотре промежности можно видеть гиперемию кожи над очагом нагноения и припухлость этой области. Радиарная складчатость у заднего прохода сглажена, анус деформирован. Пальпация очага болезненная. В центре инфильтрата может определяться размягчение. Пальцевое исследование прямой кишки вызывает сильные боли. Удастся пальпировать верхнюю границу инфильтрата. Инфильтрат не заходит выше гребешковой линии.

**Подслизистый парапроктит** - на 6-8-й день от начала заболевания гнойник вскрывается в просвет кишки и может наступить выздоровление. Клиника - тупые боли в прямой кишке, невысокая температура. При пальцевом исследовании определяется инфильтрат, выбухающий в просвет. Если гнойник не распространился в подкожную клетчатку, то при осмотре промежности видимых признаков воспаления не будет.

**Седалищно-прямокишечный парапроктит.** Первые признаки - познабливание, общая слабость, плохой сон. Затем появляются тупые боли в прямой кишке. К концу недели температура достигает 39-40, появляются ознобы, ночные поты. Боли становятся острыми, пульсирующими, усиливающимися при ходьбе и при дефекации. Возможны дизурические расстройства. Если больной обратился поздно, могут появиться отечность ягодицы и легкая гиперемия. При пальцевом исследовании выше гребешковой линии определяется инфильтрация стенки.

**Тазово-прямокишечный парапроктит** - Развивается медленно. Начинается с субфебрильной температуры, головных болей, иногда болей в суставах. Позже появляются боли внизу живота или в промежности, усиливающиеся при мочеиспускании и дефекации. Проявляются эти признаки, когда гнойный процесс распространяется в подслизистую клетчатку прямой кишки или гнойник прорывается в ишиоректальное пространство. При глубокой пальпации над лобком или в подвздошных областях может определяться глубокая тупая болезненность. Перкуторная пальпация в промежности тоже выявляет тупую болезненность. При пальцевом обследовании в нижних отделах кишки патологии не выявляется. Нужна пальпация на корточках, тогда можно определить нижнюю

границу глубоко расположенного инфильтрата. При ректороманоскопии слизистая над очагом инфильтрации гиперемирована, бархатиста, сосуды инъецированы.

**Лечение** – неотложная операция под наркозом - вскрытие гнойника и его дренирование

## **80. Анальная трещина. Клиника, лечение.**

**Анальная трещина** - спонтанно образующаяся язва слизистой оболочки анального канала.

Острая – края гладкие, дно – мышечная ткань сфинктера.(трещина кожного покрова)

Хроническая – края грубые, мажолестые, воспалительные изменения могут вовлекать нервные окончания из-за этого возникают сильные боли. Возникает анальный жом(боязнь дефекации)

### **Клиника:**

Заболевание начинается внезапно с появления сильных болей в заднем проходе на фоне затруднения дефекации или при прохождении твёрдого кала. Боли иррадиируют в крестец, копчик, промежность, ноги, половые органы. Характерно одновременное появление алой крови. Если возникновение трещины происходит на фоне геморроя, то присоединяется выпадение узлов, а кровотечение принимает обильный характер. Кровь в виде полоски окрашивает каловые массы. В ответ на появление трещины возникает сильный спазм сфинктера. При острой трещине после дефекации боли в заднем проходе уменьшаются, а кровотечение останавливается. При хронической трещине боли носят более длительный характер, усиливаются не только во время дефекации, но и при изменении положения тела, кашле.

**Осмотр** - При раздвигании ягодиц можно увидеть линейный дефект слизистой, расположенный чаще на задней стенке анального канала.

### **Лечение**

Лечение острой трещины начинают с нормализации стула с помощью гидрофильных коллоидов и пищевых добавок.

Свечи - гепарин натрий + декспантенол + аллантаин), применение которых способствует уменьшению или снятию болевого синдрома.

После дефекации, перед введением свечи нужно назначить тёплую (36-38) сидячую ванну. Такую же манипуляцию выполняют на ночь.

Для устранения спазма сфинктера используются препараты, содержащие нитроглицерин.

Оперативное лечение проводят при хроническом течении, которое не поддаётся консервативной терапии в течение 2-3 недель.

Операция заключается в иссечении трещины в пределах здоровой слизистой. Если спазм сильный, его нужно снять, выполнив боковую подслизистую сфинктеротомию. При этом рассекают только внутренний сфинктер.

## **81. Выпадение прямой кишки. Классификация, клиника и лечение**

**Выпадение прямой кишки** – выпячивание или выход всех слоёв прямой кишки через заднепроходное отверстие. Бывает еще внутренне выпадение, в основе которой интраректальная инвагинация прямой кишки.

### **Классификация:**

- острое выпадение (при внезапном значительном повышении внутрибрюшного давления)
- прогрессирующее, или хроническое.

### **По степени выпадения:**

**1-ая степень:** длина выпавшего участка до 5 см, выпадает при дефекации, вправляется самостоятельно.

**2-ая степень:** длина 5-10 см, выпадает при любой физической нагрузке, вправляется большим.

**3-я степень:** длина более 10 см, выпадает при незначительной нагрузке (кашель, чиханье), вправляется рукой, но тут же выпадает снова, задний проход зияет.

**4-ая степень:** добавляются трофические расстройства со стороны выпавшей кишки, кожи анальной области, бедер.

**По внешнему виду и форме выпавшей кишки** - грибовидные, шаровидные, яйцевидные, цилиндрические выпадения, выхождения в виде рога.

**По степени слабости запирающего аппарата прямой кишки**

**1-ая степень** - недержание газов

**2-ая степень** - недержание газов и жидкого стула

**3-я степень** - недержание твердого кала.

Также различают **компенсированное состояние** функции мышц тазового дна (выпавшая кишка вправляется самостоятельно) и **декомпенсированное** (для вправления необходимо ручное пособие).

#### **Клиника:**

недержание газов и кала, появление выпячивания из заднего прохода сначала при дефекации, а затем при кашле, чиханье, незначительных нагрузках, ходьбе. Постоянное ощущение влажности в области промежности, выделения слизи, крови, анальный зуд. При хроническом течении развиваются осложнения: эрозивно-язвенный и гиперпластический проктит выпадающего участка кишки, кровотечения, малигнизация при повторяющейся травматизации выпавшей части, разрыв выпавшей кишки, ущемление выпавшей кишки (когда еще сохранена функция сфинктера) с некрозом ее или без.

**Консервативное лечение** включает диетотерапию, устранение запоров, лечение заболеваний, вызывающих повышение внутрибрюшного давления, электростимуляцию мышц тазового дна и сфинктера, физиотерапию, массаж, ЛФК.

**1. Операции, сужающие задний проход.** Вживление вокруг заднего прохода серебряной проволоки с сужением анального отверстия до 1 см по Тиршу. Сейчас используют шелковые, лавсановые, кетгутовые нити, полоски из сухожилий, фасций, аллопластических материалов. Метод эффективен в начальных стадиях.

**2. Пластические операции на мышцах тазового дна.** Леваторопластика. Операция Брайцева, при которой накладывают поперечные швы через края поднимателя заднего прохода и переднюю стенку прямой кишки. Показания - запущенные случаи выпадений при степени недостаточности сфинктера и декомпенсации функции мышц тазового дна

**3. Ректо- и колопексии.** Операция Зеренина-Кюммеля, при которой подтянутая кишка фиксируется швами к передней продольной связке позвоночника в области мыса без рассечения париетальной брюшины. Эффективно при недостаточности сфинктера не более 1-й степени и при компенсации функции мышц тазового дна.

**4. Комбинированные.** Сочетание операции Зеренина-Кюммеля и операции Тирша; Сочетание операции по укреплению мышц тазовой диафрагмы и ликвидации тазового углубления брюшины. Леваторопластика в сочетании с операцией Тирша или ректопексией.

**5. Операции при ущемлении выпавшей кишки и ее некрозе.**

При ущемлении без некроза, следует попытаться вправить кишку. После введения новокаина пресакрально или под наркозом при помощи салфетки, смазанной вазелиновым маслом, осторожно вправляют выпавший участок. Плановая операция выполняется через 2-3 недели. При некрозе выпавшей слизистой выполняют операцию Делорма - отсечение слизистой с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика, который затем помещают над анальным каналом. При некрозе всех слоев стенки выпавшей кишки показана брюшно-промежностная резекция прямой кишки с наложением сигмостомы. Восстановление непрерывности толстой кишки проводят через 4-6 месяцев.

## **82. Эпителиальный копчиковый ход. Диагностика, лечение.**

**Эпителиальный копчиковый ход** – Врожденная аномалия, узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосяные луковицы, сальные железы, и открывающийся на коже межъягодичной складки одним или несколькими точечными отверстиями. Размеры 2-3 см. Образуется из-за неправильного роста волос, когда они врастают в кожу и образуют кисты.

**Диагностика:**

**Клиника** - небольшой кожный дефект в области копчика клинически не проявляется до полового созревания. Когда начинается воспаление - местно отмечается припухлость межъягодичной складки. Кожа гиперемирована и болезненна. Болевой синдром сильно выражен. При пальпации болезненность усиливается, иногда можно определить зону флюктуации. Повышение температуры тела до 38-39.

Различают две стадии - инфильтрации и абсцедирования с последующим спонтанным прорывом гноя и образованием вторичных гнойных ходов. После прорыва абсцесса температура нормализуется, болезненность и отёк уменьшаются, но через сформировавшиеся ходы постоянно выделяется незначительное гнойное отделяемое. В дальнейшем эти ходы могут периодически закрываться с повторным образованием абсцессов. И так вплоть до образования значительной рубцовой деформации межъягодичной складки, ягодиц и промежности.

В бессимптомной стадии эпителиальный ход можно обнаружить при осмотре межъягодичной складки, когда в коже копчиковой зоны обнаруживают характерные углубления (первичные отверстия).

Пальцевое исследование прямой кишки. Ректороманоскопия. УЗИ крестцово-копчиковой области - позволяет оценить локализацию, размеры, структуру патологического очага, наличие дополнительных ходов, степень вовлечения в воспалительный процесс окружающих тканей, подкожной жировой клетчатки, глубину расположения патологического очага от кожных покровов.

**Лечение**

Хирургическое. Консервативные мероприятия (местные и общие противовоспалительные средства) носят симптоматический характер.

В неосложнённом воспалением период операция состоит в иссечении эпителиального хода с ушиванием раны наглухо.

При остром воспалении в стадии инфильтрата, если он не выходит за пределы межъягодичной складки, можно выполнить радикальную операцию с иссечением хода и первичных отверстий. Край кожной раны подшивают к её дну. В случае развития небольшого абсцесса также можно выполнить радикальную операцию. Рану при этом не ушивают.

При обширных абсцессах хирургическое лечение разделяют на два этапа. На первом этапе производят вскрытие абсцесса, его промывание и дренирование, на втором, после стихания воспаления, эпителиальный ход с первичными и вторичными отверстиями иссекают радикально в пределах здоровых тканей. Интервал между этапами составляет 5-6 дней.

**83. Клинические формы рака ободочной кишки. Особенности течения и клиники рака правой и левой половины толстой кишки.**

**Клинические формы:**

**1) Токсико-анемическая** - проявляется слабостью, утомляемостью, субфебрильной температурой, бледностью кожи из-за анемии.

**2) Энтероколитическая форма** - характеризуется кишечными расстройствами: вздутием живота, урчанием, чувством распирания, запором, поносом. Тупые ноющие боли в животе. В кале имеется примесь крови и слизи.

**3) Диспепсическая форма** - проявляется потерей аппетита, тошнотой, отрыжкой, рвотой, чувством тяжести и вздутием в эпигастрии, болями в верхней половине живота.

**4) Обтурационная форма** – характерна кишечная непроходимость. Возникают приступообразные боли, урчание в животе, вздутие, ощущение распирания, неотхождение кала и газов.

**5) Псевдовоспалительная форма** - характеризуется болями в животе и повышением температуры. Кишечные расстройства выражены слабо. В анализе крови - лейкоцитоз, повышение СОЭ.

**6) Опухолевидная форма** - обнаруживается опухоль в животе. Других проявлений нет или они выражены слабо.

#### **Клиника:**

Характерные симптомы - примесь крови в кале; нарушение стула, чаще в виде запоров; боли в различных отделах живота, в области прямой кишки или анального канала.

При опухолях правой половины толстой кишки рано возникают общие симптомы - недомогание, слабость, наблюдают скрытые кровотечения, проявляющиеся анемией, тупые боли в правой половине живота. Нередко пальпируется опухоль.

Для опухолей левой половины характерны частый запор, испражнения в виде овечьего кала со следами крови на поверхности, признаки частичной кишечной непроходимости (метеоризм, вздутие живота, урчание, схваткообразные боли на фоне постоянных тупых болей). Характерна тёмная кровь, смешанная с калом и слизью.

При раке прямой кишки больные жалуются на чувство неполного опорожнения или ложные позывы на дефекацию (тенезмы), сопровождающиеся выделением слизи. Выделение алой крови типично для рака анального канала и прямой кишки.

### **84. Хирургические методы лечения рака толстой кишки**

#### **Общие принципы**

Радикализм, абластичность, асептичность и обеспечение возможности беспрепятственного отхождения кишечного содержимого, по возможности, естественным путём.

**Предоперационная подготовка** - назначение бесшлаковой диеты, слабительных препаратов и очистительных клизм за 3-5 дней до операции. Сейчас применяют антеградное промывание ЖКТ (лаваж) с помощью специальных препаратов, принимаемых внутрь.

#### **При раке ободочной кишки:**

**1) Дистальная резекция сигмовидной кишки** заключается в резекции дистальных двух третей сигмовидной кишки и верхней трети прямой кишки с перевязкой сигмовидных и верхнепрямкишечных сосудов. Восстановление толстой кишки осуществляют путём формирования сигморектального анастомоза.

**2) Сегментарная резекция сигмовидной кишки** - резекция средней части сигмовидной кишки с перевязкой сигмовидных сосудов и формированием анастомоза.

**3) Левосторонняя гемиколэктомия** – это удаление левой половины ободочной кишки с перевязкой и пересечением нижних брыжеечных сосудов и формированием трансверзоректального анастомоза.

**4) Резекция поперечной ободочной кишки** предполагает перевязку и пересечение средней ободочной артерии у её основания и формирование анастомоза.

**5) Правосторонняя гемиколэктомия** заключается в удалении слепой кишки с дистальной частью подвздошной кишки (10-15 см), восходящей ободочной и проксимальной трети поперечной ободочной кишки с перевязкой и пересечением подвздошно-ободочных сосудов, правой ободочной артерии и правой ветви средней ободочной артерии. Восстановление кишечной непрерывности осуществляют путём формирования илео-трансверзоанастомоза.

**6) Субтотальная резекция ободочной кишки** - удаление всей ободочной кишки, за исключением самой дистальной части сигмовидной кишки, с формированием илео-сигмоидного анастомоза. При этом пересекают все основные сосуды, питающие ободочную кишку.

#### **При раке прямой кишки**

При расположении опухоли в нижеампулярном отделе выполняют брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с выведением колостомы. При этом полностью убирают параректальную клетчатку, пересекают мышцу, поднимающую задний проход, и убирают клетчатку малого таза. В левой подвздошной области формируют забрюшинную плоскую колостому.

При расположении опухоли на расстоянии 7-10 см от края заднего прохода выполняют **брюшно-анальную резекцию прямой кишки**

При расположении опухоли выше 10 см от наружного края анального канала применяют **переднюю резекцию прямой кишки** с формированием ручного или аппаратного сигморектального анастомоза. Выполняют **низкие передние резекции** при локализации опухоли ниже 10 см от ануса.

При обнаружении небольших опухолей прямой кишки, не прорастающих мышечные слои, можно использовать **органосберегающие операции**. В частности, трансанальное эндомикрохирургическое иссечение новообразований, выше зубчатой линии до 10-12 см от края анального отверстия.

## **85. Осложнения рака толстой кишки (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Диагностика. Выбор метода хирургического лечения.**

### **Осложнения**

**1) Непроходимость кишечника** – из-за обтурации просвета кишки опухолью. Предвестники - запор, сменяющийся иногда поносом, урчание в животе, эпизодически возникающее вздутие живота.

Радикальные вмешательства – **1)** Обструктивная резекция участка кишки с опухолью (по типу операции Гартмана). **2)** Резекция участка кишки с опухолью с выведением обоих концов в виде колостом. Паллиативные вмешательства - Двухствольные стомы: на подвздошную, поперечную, сигмовидную кишку в зависимости от локализации опухоли для разгрузки приводящей кишки.

**2) Перфорация** стенки ободочной кишки из-за изъязвления опухоли, ее распада. Развивается ограниченный или распространенный перитонит, параколит, паранефрит, флегмона брюшной стенки, забрюшинного пространства. Боль в животе. Живот становится напряженным. Может быть сухость во рту, тошнота или рвота. Радикальные вмешательства - те же. Паллиативные вмешательства - те же, редко - экстраперитонизация участка кишки с перфорацией, ушивание либо тампонада перфорации, подведение активного дренажа. Вмешательства дополняются туалетом, дренированием брюшной полости, санацией гнойников.

**3) Кровотечение** проявляется выделением крови через задний проход. Она может быть, как алой, если опухоль расположена в нижних отделах толстой кишки, так и темной (в виде дегтеобразного стула - мелена), если опухоль расположена в начальных отделах кишки. Могут быть общие симптомы (слабость, головокружение, потеря сознания, бледность, учащенный пульс, падения давления). Радикальные вмешательства - те же. Возможно выполнение резекции кишки с анастомозом. Паллиативные вмешательства - те же, для ликвидации травматизации опухоли.

При осложнениях обычно выполняют двухэтапные операции. Первым этапом резецируется кишка с опухолью (без наложения анастомоза), на втором - восстанавливается непрерывность кишки (накладывается межкишечное соустье через 2-4 месяца).

Паллиативные вмешательства выполняют при тяжелом состоянии больного и 4 стадии процесса.

## **86. Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы.**

Доступ - через срединную лапаротомию и под общей анестезией.

Локализацию препятствия определяют по состоянию петель кишки, которые выше препятствия раздуты, а ниже - спавшиеся. Ревизию кишечника начинают с илеоцекального угла.

Для ликвидации кишечной непроходимости проводят наложение разгрузочных стом (илеостома, колостомы) и обходных анастомозов.

Для удаления опухоли проводят резекции кишки.

Если удаление опухоли невозможно, операцию ограничивают наложением колостомы.

При раке слепой кишки, восходящего отдела и печеночного изгиба ободочной кишки с обтурационной непроходимостью выполняют правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза.

При раке левой половины ободочной кишки применяют операцию типа Гартмана. Она состоит в резекции пораженного сегмента кишки с ушиванием дистального конца и выведением в виде одноствольной колостомы проксимального конца кишки. Ушитая дистальная культя сигмовидной кишки остается в брюшной полости. Ее подшивают к париетальной боковой брюшине. Заключают операцию наложением подвздошной или подреберной колостомы.

## 87. Классификация травмы живота.

**Травма живота** – это нарушение анатомической целостности или функционального состояния тканей или органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, вызванное внешним воздействием

**По характеру повреждающего агента:**

- 1) механическая;
- 2) термическая;
- 3) химическая;
- 4) лучевая;
- 5) комбинированная.

**По распространенности травмы:**

- 1) изолированная травма живота;
- 2) сочетанная травма (в сочетании с травмой головы, позвоночника, спинного мозга, шеи, груди, опорно-двигательного аппарата).

**По характеру травмы:**

**1) Открытая травма (раны)** - колотые, резаные, рубленые, рваные, ушибленные и их сочетания, огнестрельные (пулевые, осколочные, минно-взрывные)

**а - Непроницающая в брюшную полость** (без повреждения париетального листка брюшины). Ее подразделяют на:

- без повреждения органов брюшной полости;
- с повреждением органов брюшной полости (одиночные или множественные) – это повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

**б - Проницающая в брюшную полость** (при повреждении париетального листка брюшины). Ее также подразделяют на травмы без повреждения и с повреждением органов брюшной полости.

**2) Закрытая (тупая) травма:**

а - брюшной стенки;

б - органов брюшной полости – это повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов;

в - забрюшинного пространства – это повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

## 88. Закрытая травма живота: клиника, особенности диагностики и тактика ведения.

**Травма живота** – это нарушение анатомической целостности или функционального состояния тканей или органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, вызванное внешним воздействием

При закрытой травме различают **повреждения паренхиматозных, полых органов и крупных кровеносных сосудов**. Выделяют также забрюшинную гематому.

**Забрюшинная гематома** - возникает при переломах костей таза, позвоночника, разрыве органов и сосудов, расположенных забрюшинно. Возникает чаще при падении с высоты и автомобильной травме. Различают одно и двусторонние гематомы.

**1) Жалобы** - боль в животе различной локализации, интенсивности и иррадиации; Сухость языка, тошнота, рвота, задержка газов, отсутствие стула, затруднение при мочеиспускании;

Головокружение и потемнение в глазах – это признаки острой анемии.

**2) Общий осмотр** - бледность; холодный пот; частое поверхностное дыхание; частый (более 100 ударов в минуту) пульс слабого наполнения; низкое (менее 100) артериальное давление;

макрогематурия; вздутие живота может быть из-за паралитической кишечной непроходимости;

Резкое вздутие, возникающее в первые 2 часа после травмы, характерно для забрюшинной гематомы.

Симптом Грея Тернера (это цианоз боковой поверхности живота) и симптом Каллена (это цианоз

пупочной области) указывают на забрюшинную гематому. Прямые признаки травмы – ссадины, кровоподтеки, кровоизлияния..

**3) Пальпация и перкуссия живота** - Диффузное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность ее при пальпации. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга; Положительный симптом Куленкампа – это резкое усиление болей во время перкуссии живота при мягкой передней брюшной стенке характерны для гемоперитонеума. Укорочение перкуторного звука в боковых отделах живота. Симптом Джойса - это укорочение перкуторного звука, границы которого не меняются при изменении положения тела – это признак забрюшинной гематомы. Исчезновение печеночной тупости.

**4) Аускультация живота** - Отсутствие перистальтических шумов при отсутствии резкого вздутия. Вздутие и отсутствие перистальтических шумов может быть при забрюшинной гематоме и в поздних стадиях перитонита.

**5) Ректальное исследование:** может быть кровь.

**6) Назогастральный зонд и мочевого катетер** устанавливаются всем с подозрением на травму живота. Присутствие крови в полученной жидкости – признак повреждения верхних отделов ЖКТ или мочевых путей.

**7) Лабораторные исследования** - лейкоцитоз свыше 20; повышение активности сывороточной амилазы – признак повреждения поджелудочной железы; повышение активности аминотрансфераз характерно для повреждения печени; гематурия у больных с травмами почек.

**8) УЗИ** – признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости, подкапсульные и центральные гематомы паренхиматозных органов.

**9) КТ.**

**10) Рентгенография брюшной полости с захватом диафрагмы.**

**11) Экскреторная урография.**

**12) Контрастная цистография.**

**13) Уретрография.**

**14) Ангиография.**

**15) Диагностическая лапароскопия**

**Тактика лечения:** Коррекция жизненно-важных функций (дыхание, кровообращение), проведение противошоковых мероприятий. Немедленная госпитализация в хирургический стационар.

**Экстренная диагностическая лапаротомия** показана пациентам с позитивным результатом **диагностического перитонеального лаважа**, а также при позитивном результате УЗИ у гемодинамически нестабильных пациентов.

**Медикаментозное лечение:**

противошоковая, инфузионно-трансфузионная терапия.

- Морфина гидрохлорид при травматическом шоке;
- Натрия хлорид 0,9%.

## **89. Открытая травма живота: классификация, клиника, принципы диагностики и лечения.**

**Травма живота** – это нарушение анатомической целостности или функционального состояния тканей или органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, вызванное внешним воздействием

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

**Открытая травма (раны)** - колотые, резаные, рубленые, рваные, ушибленные и их сочетания, огнестрельные (пулевые, осколочные, минно-взрывные)

**а - Непроницающая в брюшную полость** (без повреждения париетального листка брюшины). Ее подразделяют на:

- без повреждения органов брюшной полости;

• с повреждением органов брюшной полости (одиночные или множественные) – это повреждение полых органов, повреждение паренхиматозных органов, повреждение сосудов.

**б - Проникающая в брюшную полость** (при повреждении париетального листка брюшины). Ее также подразделяют на травмы без повреждения и с повреждением органов брюшной полости.

## **КЛИНИКА**

**1) Жалобы** - боли в ране или в животе различной локализации, интенсивности и иррадиации; сухость языка, тошнота, рвота, задержка газов, отсутствие стула, затруднение при мочеиспускании; головокружение, потемнение в глазах – признаки острой анемии.

**2) Общий осмотр:** бледность; холодный пот; частое поверхностное дыхание; частый (более 100) пульс слабого наполнения; низкое АД (менее 100);

макрогематурия; вздутие живота при повреждении печени, селезенки или магистрального сосуда; вздутие живота, асимметрия, исчезновение дыхательных экскурсий передней брюшной стенки наблюдаются при разлитом гнойном перитоните; прямые признаки травмы – раны, ссадины, кровоподтеки, кровоизлияния. При проникающих ранениях находят входное и выходное отверстия. Пневмоперитонеум (исчезновение печеночной тупости при перкуссии), гидроперитонеум (притупление в отлогих местах).

**3) Пальпация и перкуссия живота:** при пальпации отмечают объемные образования, болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, крепитацию над костями таза и нижними ребрами. Положительные симптомы раздражения брюшины.

**4) Аускультация живота:**

Отсутствие перистальтических шумов при одновременном отсутствии резкого вздутия. Отсутствие кишечных шумов в течение 5 мин – показание к диагностической лапаротомии.

**5) Ректальное исследование:** может быть кровь

**6) Назогастральный зонд и мочевого катетер.** Присутствие крови в полученной жидкости – признак повреждения верхних отделов ЖКТ или мочевых путей.

**7) Лабораторные исследования** - лейкоцитоз свыше 20; повышение активности амилазы – признак повреждения поджелудочной железы; повышение активности аминотрансфераз характерно для повреждения печени; гематурия у больных с травмами почек.

**8) Первичная хирургическая обработка с ревизией раны.**

**9) Вульнерография** – контрастная рентгенография раневого канала. При проникающем ранении контраст попадает в брюшную полость. При непроникающем ранении контраст в виде озера скапливается в мягких тканях.

**10) УЗИ** – наличие жидкости в брюшной полости.

**11) КТ**

**12) Экскреторная урография.**

**13) Контрастная цистография.**

**14) Уретрография.**

**15) Ангиография.**

**16) Диагностическая лапароскопия**

**Тактика лечения** – провести первичную хирургическую обработку с ревизией раны под местной анестезией и в случае обнаружения проникающего ранения перейти к диагностической лапаротомии под общей анестезией. Коррекция жизненно-важных функций (дыхание, кровообращение), проведение противошоковых мероприятий. Немедленная госпитализация в хирургический стационар.

При появлении симптомов раздражения брюшины и при исчезновении кишечных шумов необходима операция.

Предоперационная антибиотикопрофилактика в виде 1 дозы антибиотиков с широким спектром действия против аэробной и анаэробной флоры.

Переливание компонентов крови, под контролем анализов крови и с учетом объема кровопотери.

**Медикаментозное лечение:**

противошоковая, инфузионно-трансфузионная терапия.

- Морфина гидрохлорид при травматическом шоке;
- Натрия хлорид 0,9%.

## 90. Инструментальные методы диагностики при травме живота.

**Травма живота** – это нарушение анатомической целостности или функционального состояния тканей или органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, вызванное внешним воздействием

**Назогастральный зонд и мочевого катетер** устанавливаются всем с подозрением на травму живота. Присутствие крови в полученной жидкости – признак повреждения верхних отделов ЖКТ или мочевых путей.

**УЗИ** – признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости указывают на повреждение органов. Визуализируются подкапсульные и центральные гематомы паренхиматозных органов.

**КТ** – диагностика повреждений паренхиматозных органов, аорты, очагов кровоизлияний в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

**Рентгенография брюшной полости с захватом диафрагмы** – позволяет установить разрыв полого органа (свободный газ), жидкость в брюшной полости, переломы костей таза, позвоночника, повреждение диафрагмы. Свободный газ лучше выявляется при положении на левом боку и горизонтальном направлении рентгеновских лучей (латерографии). Свободная жидкость выявляется в виде пристеночных лентовидных теней в латеральных каналах и расширении межпетлевых промежутков, особенно хорошо заметных на фоне пневматоза кишечника. Также признаками травмы являются смещение газового пузыря желудка, измененное расположение кишечных петель, инородные тела. При переломах нижних ребер возможны повреждения печени, селезенки, почек.

**Экскреторная урография** – для визуализации почек, мочеточников и мочевого пузыря.

**Контрастная цистография** - при переломах костей таза необходимо исключать внутрибрюшинный и внебрюшинный разрывы мочевого пузыря.

**Уретрография** – для диагностики повреждений мочеиспускательного канала.

**Ангиография** – для диагностики повреждений крупных сосудов.

**Лапароцентез «шарящим» катетером или диагностический перитонеальный лаваж** – Позволяет обнаружить гемоперитонеум, содержимое полых органов, истекающих в брюшную полость при их повреждении (кишечное содержимое, желчь, моча). Для положительного результата этого теста достаточно получить 5-10 мл крови. Если жидкость не получена, в брюшную полость вводят 1 литр теплого физ. раствора с последующим микроскопическим исследованием промывной жидкости.

**Диагностическая лапароскопия**