

**М.А. Чиников, С.Р. Добровольский,
Ф.С. Курбанов, Г.И. Веретник,
А.Г. Файбушевич, Ж.Б. Дандарова**

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Учебное пособие

**Москва
Российский университет дружбы народов
2013**

УДК 617-089(07)
ББК 54.5
Ч-63

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Рецензент –
зав. отделением хирургии пищевода и желудка
ФГБУ РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН
доктор медицинских наук *А.Л. Шестаков*

Чиников, М. А.

Ч-63 Избранные вопросы хирургии [Текст] : учебное пособие /
М. А. Чиников, С. Р. Добровольский, Ф. С. Курбанов,
Г. И. Веретник, А. Г. Файбушевич, Ж. Б. Дандарова. – М. :
РУДН, 2013. – 119 с.

ISBN 978-5-209-04840-4

Пособие содержит краткое описание клинической симптоматики, особенностей диагностики и лечебной тактики некоторых хирургических заболеваний.

Предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов, интернов, ординаторов, аспирантов.

ISBN 978-5-209-04840-4

УДК 617-089(07)
ББК 54.5

© Чиников М.А., Добровольский С.Р., Курбанов Ф.С., Веретник Г.И.,
Файбушевич А.Г., Дандарова Ж.Б., 2013
© Российский университет дружбы народов, Издательство, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
АППЕНДИЦИТ	6
Острый аппендицит.....	6
Осложнения острого аппендицита.....	10
Аппендикулярный инфильтрат.....	10
Аппендикулярный абсцесс.....	12
Пилефлебит.....	12
Забрюшинная флегмона.....	13
Абсцессы брюшной полости, перитонит.....	13
Хронический аппендицит.....	13
ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	15
Паховая грыжа	17
Бедренная грыжа	21
Пупочная грыжа.....	23
Грыжи белой линии живота	23
Ущемлённая грыжа	24
Врождённая паховая грыжа	26
ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ	27
Острый холецистит.....	27
Хронический холецистит.....	32
Обтурационная желтуха	33
Холедохолитиаз.....	33
Стриктуры протоков.....	36
Рак головки поджелудочной железы.....	37
Рак, аденома большого (фатерова) сосочка.....	38
Холангит.....	38
Первичный склерозирующий холангит.....	39
Парафатеральный (парапапиллярный) дивертикул.....	39
Рак общего желчного протока.....	40
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ	41
ПАНКРЕАТИТ	43
Острый панкреатит	43
Хронический панкреатит	46
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	49
БОЛЕЗНЬ КРОНА	57
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ	59

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ.....	61
Дивертикулит.....	61
Кишечное кровотечение.....	63
Параколларный инфильтрат.....	64
Параколларный абсцесс	65
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	66
Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки.....	68
Острые гастродуоденальные кровотечения.....	71
Рубцово-язвенный пилоростеноз.....	76
БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА	78
Пептическая язва гастроэнтероанастомоза	78
Постаготомные язвы	81
Демпинг-синдром	82
Гипогликемический синдром.....	84
Синдром приводящей петли	84
Пострезекционная анемия.....	85
ТРЕЩИНА ПРЯМОЙ КИШКИ. ГЕМОРОЙ.	87
Трещина прямой кишки	87
Геморрой	87
ПЕРИТОНИТ	91
АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	95
ПНЕВМОТОРАКС.....	99
ГЕМОТОРАКС	101
ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА.....	103
ОСНОВНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ХИРУРГИЯ»	111

ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие составлено по вопросам, включенным в билеты квалификационного экзамена по хирургии для ординаторов и интернов, соответствует учебной программе кафедры.

В данном пособии освещены избранные вопросы хирургических заболеваний органов брюшной полости и грудной клетки.

Пособие содержит современные представления о классификации, диагностики и тактике лечения некоторых хирургических заболеваний, особое внимание уделено вопросам дифференциальной диагностики.

Пособие ориентировано в первую очередь на молодых специалистов - интернов и ординаторов.

Данное учебное пособие представляет собой дополнение к основным учебным изданиям, являясь карманным ориентиром для более глубокого изучения избранных вопросов хирургических заболеваний.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БСДК – большой сосок двенадцатиперстной кишки

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖП – желчный пузырь

КТ – компьютерная томография

ОЖП – общий желчный проток

ОЦК – объём циркулирующей крови

ПЖ – поджелудочная железа

ТЭЛА – тромбоэмболия лёгочной артерии

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭГДС – эндоскопическая гастродуоденоскопия

ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит

Острый аппендицит - острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Этиология.

Заболевание развивается вследствие активации кишечной флоры на фоне механической обтурации просвета червеобразного отростка. Обтурацию просвета отростка могут вызывать каловые камни, гиперплазия лимфоидных фолликулов, реже – инородные тела, опухоль или паразиты. У больных пожилого и старческого возраста возможно развитие заболевания вследствие тромбоза аппендикулярных артерий и вены.

Классификация.

По *клиническому течению*: острый и хронический аппендицит.

По *морфологическим изменениям стенки*: катаральная, флегмонозная и гангренозная формы острого аппендицита.

Варианты расположения отростка: антецекальное, ретроцекальное, забрюшинное, медиальное, латеральное, тазовое и подпечёночное.

Клиническая симптоматика.

Описано более 150 симптомов острого аппендицита. Наиболее значимыми из них являются:

- Постоянная боля различной интенсивности, которая вначале появляется в эпигастрии, а затем локализуется в правой подвздошной области (*симптом Кохера*). Локализация меняется в зависимости от расположения отростка: тазовое - внизу живота; ретроцекальное - в поясничной области; подпечёночное - в правых мезогастррии и подреберье. При гангренозном аппендиците болевого синдрома может не быть.

- Болезненность в правой подвздошной области, там же симптом Щёткина-Блюмберга (слабо выражены при ретроцекальном расположении отростка).

- Симптом Воскресенского (симптом «рубашки») в правой подвздошной области: зона гиперестезии при поглаживании через рубашку.

- Защитное напряжение мышц брюшной стенки в правой

подвздошной области.

- Симптом Ровзинга: возникновение боли в правой подвздошной области при резком надавливании одной рукой на область нисходящей ободочной кишки и пережатии другой рукой сигмовидной кишки.

- Симптом Ситковского: возникновение боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку.

- Симптом Бартомье-Михельсона: усиление болезненности в правой подвздошной области при пальпации живота на левом боку.

- Симптом Образцова: пальпация правой подвздошной области в положении больного на спине резко болезненна при поднятой правой ноге (положителен при ретроцекальном расположении отростка).

- Тошнота, однократная рвота.

Диагностика.

Характерны острое начало и длительность болевого синдрома от нескольких часов до 2-3 суток. При пальпации живота определяют локальную болезненность в правой подвздошной области с положительными симптомами Ситковского, Бартомье-Михельсона, Ровзинга и Щёткина-Блюмберга, там же защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Остальные методы носят прикладное значение и больше используются для дифференциальной диагностики и диагностики тазового, подпечёночного и ретроцекального положений отростка.

При исследовании общего анализа крови в динамике: нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево.

При УЗИ брюшной полости иногда визуализируют гиперэхогенный утолщенный аппендикс с выпотом в правой подвздошной ямке.

При диагностической лапароскопии в правой подвздошной ямке обнаруживают фибринозный или гнойный выпот, там же визуализируют утолщенный гиперемированный червеобразный отросток с налётами фибрина. Данный метод диагностики используют в сомнительных случаях, когда нельзя полностью исключить острый живот, а все другие методы диагностики исчерпаны и не позволяют установить диагноз.

Дифференциальная диагностика.

В случае прикрытой *перфоративной гастроуденальной язвы*

обращают внимание на возможный язвенный анамнез, усиление изжоги перед появлением болей в животе, а на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости обнаруживают свободный газ под куполами диафрагмы.

При *панкреонекрозе* (с попаданием ферментативного выпота из сальниковой сумки через сальниковое отверстие в правый латеральный канал и правую подвздошную ямку) на УЗИ органов брюшной полости выявляют изменения характерные для панкреонекроза (см. панкреонекроз), возможно выявление амилаземии и амилазурии.

При *остром калькулёзном холецистите* (в случае подпечёночного расположения отростка) при УЗИ органов брюшной полости выявляют характерные для острого калькулёзного холецистита изменения (см. острый холецистит).

При *правосторонней почечной колике* характерно беспокойное поведение больного (больной мечется по смотровой, не находит себе места), в анамнезе возможно указание на мочекаменную болезнь, симптом поколачивания положителен справа, в общем анализе мочи лейкоцитурия, микрогематурия. При УЗИ почек выявляют правостороннюю пиелокаликоектазию с гиперэхогенными округлыми образованиями в проекции лоханки правой почки и правого мочеточника, дающими четкую акустическую тень (конкременты).

При *воспалении дивертикула Меккеля* болевой синдром аналогичен аппендициту, однако боль локализуется ближе к пупку. Диагноз устанавливают при лапароскопии или интраоперационно.

Правосторонний сальпингоофорит характерен для молодых женщин, часто боли бывают периодического хронического характера, при бимануальном осмотре пальпация правых придатков болезненна, при УЗИ малого таза правые придатки увеличены, гиперэхогенны, иногда лоцируется выпот в малом тазу.

Правосторонняя нарушенная трубная беременность развивается у молодых женщин детородного возраста. Характерна задержка месячных, имеются общие признаки кровопотери (бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, гипотония), в крови определяется повышение уровня б-ХГЧ, при УЗИ малого таза в проекции правой маточной трубы лоцируется плодное яйцо и свободный выпот в малом тазу и брюшной

полости. При пункции заднего свода влагалища получают кровь.

При *острой кишечной непроходимости* (странгуляционной спаечной или опухолевой толстокишечной при раке левых отделов ободочной кишки и состоятельной баугиниевой заслонке) на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в петлях кишок обнаруживают газ и уровни жидкости (чаши Клойбера).

Лечение.

Экстренная операция - *аппендэктомия*. Операцию выполняют под общим обезболиванием, спинальной или местной анестезией. Доступы: лапаротомный или лапароскопический (особенно после диагностической лапароскопии).

Лапаротомные доступы: косой переменный по Волковичу-Дьяконову в правой подвздошной области или нижне-срединная лапаротомия (при симптоматике перитонита для адекватной ревизии и последующей санации брюшной полости, при выявлении распространённого перитонита доступ может быть расширен до широкой срединной лапаротомии).

При отсутствии воспалительных изменений аппендикса во время операции обязательно осматривают дистальный отдел подвздошной кишки на протяжении 120 см (на предмет выявления дивертикула Меккеля) и правые придатки (у женщин).

Если воспалительный процесс распространяется на купол слепой кишки (тифлит) и невозможно погрузить культю отростка в кيسетный шов выполняют атипичное ушивание культи отростка отдельными узловыми швами с обязательным дренированием правой подвздошной ямки и малого таза.

Показания к дренированию брюшной полости при аппендэктомии: местный перитонит или аппендикулярный абсцесс, атипичное ушивание культи червеобразного отростка, диффузная кровоточивость из ложа удалённого аппендикса, плотный аппендикулярный инфильтрат.

При деструктивных формах аппендицита особенно с гнойными местными осложнениями (аппендикулярный абсцесс, местный перитонит), а также при длительности операции более 40 мин у пациентов с выраженной подкожно-жировой клетчаткой лапаротомную рану ушивают послойно до апоневроза. Апоневроз ушивают редкими швами, на кожу кладут первично-отсроченные редкие швы, а кожу и подкожную жировую клетчатку не ушивают.

Осложнения острого аппендицита

Наиболее типичными осложнениями острого аппендицита являются аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), перитонит, забрюшинная флегмона (при ретроперитонеальном расположении отростка) и пилефлебит. Эмпиема червеобразного отростка также является осложнением заболевания, но по диагностике и объёму операции не отличается от неосложнённых форм аппендицита.

Аппендикулярный инфильтрат.

Морфологический субстрат: воспалительный спаечный конгломерат вокруг аппендикса, состоящий из слепой кишки, петель тонкой кишки, пряди большого сальника, париетальной брюшины. Иногда в инфильтрат вовлечены петля сигмовидной (при долихосигме) или поперечноободочной кишки (при трансверзоптозе), правая маточная труба с правыми придатками. Как правило, аппендикулярный инфильтрат развивается на 2-4-й день от начала заболевания.

Эволюционный смысл: отграничение очага воспаления от свободной брюшной полости.

Клиническая симптоматика.

Слабые постоянные или спастические боли в правой подвздошной области, появление там же опухолевидного образования и приступ болей в правой подвздошной области 3-5-7 дней назад, очень похожий на приступ острого аппендицита. Температура субфебрильная или нормальная.

Диагностика.

При пальпации в правой подвздошной области выявляют округлое, слабоболезненное или безболезненное, смещаемое или несмещаемое образование без четких границ, оценивают его размеры.

При УЗИ брюшной полости в правой подвздошной области лоцируется гиперэхогенное округлое образование с нечеткими контурами, в центре которого иногда визуализируется червеобразный отросток, уточняются размеры образования, взаимосвязь с соседними органами.

Дифференциальная диагностика.

При *раке слепой кишки* диагноз уточняют при колоноскопии с биопсией в «холодном» периоде после купирования болевого синдрома и регресса инфильтрата.

Диагноз *острой кишечной непроходимости* при раке ободочной и прямой кишок с состоятельным илиоцекальным клапаном устанавливают при выявлении на обзорной R-грамме органов брюшной полости уровней жидкости и газа в петлях кишок (чаши Клойбера) в сочетании с данными срочной колоно- или ирригоскопии (при которых выявляют обтурирующую опухоль толстой кишки и уточняют её локализацию).

Для *илиоцекальной инвагинации* характерен сильный постоянный болевой синдром и рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости.

При *кистах правого яичника или правой почки* пальпаторно образование имеет чёткие края, а во время УЗИ выявляют гипозоногенное округлое образование с однородным содержимым и капсулой, связанное с правым яичником или исходящее из правой почки.

При *раке правого яичника* или правой почки в ходе УЗИ обнаруживают округлое образование нормальной или повышенной эхогенности, связанное с указанными органами. Диагноз уточняют при КТ органов брюшной полости и малого таза, с анализом крови на онкомаркёры.

Лечение.

Консервативное: антибиотики (цефалоспорины 2-3 поколения в сочетании метронидазолом или полусинтетические пенициллины комбинированные с ингибиторами бета-лактамаз), спазмолитики, инфузия кристаллоидов.

В случае регресса инфильтрата – плановая операция (аппендэктомия) через 2-3 месяца; в случае абсцедирования - см. лечение аппендикулярного абсцесса.

Показания к операции:

- абсцедирование инфильтрата;
- появление симптомов перитонита.

Если во время операции по поводу острого аппендицита обнаруживают аппендикулярный инфильтрат, то при рыхлом инфильтрате спайки разделяют и выполняют аппендэктомию, при

плотном инфильтрате и невозможности его разделения операцию заканчивают дренированием брюшной полости без аппендэктомии.

Аппендикулярный абсцесс.

Аппендикулярный абсцесс развивается вследствие нагноения аппендикулярного инфильтрата.

Клиническая симптоматика.

Аналогична симптоматике аппендикулярного инфильтрата, но сопровождается гектической лихорадкой и симптомами интоксикации.

Диагностика.

При УЗИ брюшной полости в правой подвздошной ямке визуализируют инфильтрат (см. диагностика аппендикулярного инфильтрата), но в центре инфильтрата лоцируется округлое гипзоэхогенное образование с капсулой и неоднородным содержимым (абсцесс).

В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лечение.

Только хирургическое: вскрытие и дренирование полости абсцесса (возможна пункция и дренирование абсцесса под УЗИ-контролем). Если аппендикс лежит свободно и его удаление возможно без технических трудностей операцию дополняют аппендэктомией. В других ситуациях аппендэктомию не производят.

Доступ - предпочтительно внебрюшинный по Пирогову (предотвращение инфицирования свободной брюшной полости вдоль дренажа).

Пилефлебит.

Тромбофлебит воротной вены и её ветвей - редкое, но самое тяжелое осложнение острого аппендицита, возникающее обычно при гангренозном аппендиците, когда некротический процесс переходит на брыжейку и затем распространяется на воротную вену. У больных возникает тяжелая интоксикация - повышается температура, при распространении на печеночные вены появляется желтуха, увеличивается печень, развивается печеночно-почечная

недостаточность и больные умирают через 7-10 дней от начала заболевания.

Диагноз устанавливают интраоперационно.

Лечение: антибиотики широкого спектра действия, посиндромное лечение.

Забрюшинная флегмона.

Данное осложнение развивается при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Характерно появление болезненного инфильтрата в правой поясничной области с гиперемией кожи над ним и флюктуацией в центре. Появляются симптомы выраженной интоксикации, состояние больных прогрессивно ухудшается, отмечается гектическая лихорадка, гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Лечение: вскрытие и дренирование правого забрюшинного пространства внебрюшинным доступом. Червеобразный отросток удаляют только при его свободном расположении в ране и технической возможности погружения его культи. Летальность при данном осложнении достигает 50%.

Абсцессы брюшной полости, перитонит.

Данные осложнения развиваются при прогрессировании деструктивного процесса в червеобразном отростке в случае поздних обращений или запоздалой диагностики заболевания. Диагностику и лечение данных осложнений см. в темах перитонит и абсцессы брюшной полости.

Хронический аппендицит

Хронический аппендицит – редкая форма аппендицита, развивающаяся после перенесённого острого аппендицита, характеризующаяся склеротическими и атрофическими изменениями в стенке червеобразного отростка.

Клиническая симптоматика.

- Хронические постоянные или спастические боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при кашле, физической нагрузке, ходьбе. Возможна иррадиация болей в поясницу, паховую область, мочевого пузыря, правое бедро.
- Диспептические симптомы (тошнота, рвота, запор, диарея).

Диагностика.

При физикальном осмотре положительны симптомы Ситковского и Ровзинга, без напряжения мышц брюшной стенки и симптома Щёткина-Блюмберга. Во время ирригоскопии выявляют неравномерное контрастирование червеобразного отростка, крючковидную его деформацию. В клинических анализах крови и мочи изменений нет.

Хронический аппендицит – редкое заболевание. Данный диагноз устанавливают только при исключении других заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом указанной локализации. И чем тщательнее обследуют больных, тем реже этот диагноз устанавливают.

Дифференциальная диагностика.

В случае *болезни Крона* при колоноскопии в терминальном отделе подвздошной кишки выявляют изменения слизистой по типу «бульжной мостовой», а при биопсии – гранулематозное воспаление с гигантскими светлоядерными клетками по типу Пирогова-Лангханса.

Диагноз *рак слепой кишки* подтверждают на основании данных колоноскопии и гистологического исследования биоптата.

Для *иерсиниоза* характерно острое начало, лихорадка, боли в животе, диарея до 10-12 р/сутки, миалгии, артралгии, положительная реакция ИФА, а при посеве кала выявляют возбудителя.

При *туберкулезе кишечника* – положительные проба Манту и ПЦР.

Для *синдрома раздраженного кишечника* характерна болезненность в проекции других отделов ободочной кишки.

При *остеохондрозе позвоночника* с корешковым синдромом пальпаторно определяют болезненность в паравертебральных точках и характерные изменения на рентгенограммах поясничного отдела позвоночника.

Диагноз *хронического правостороннего сальпингоофорита* подтверждают при лапароскопии, если визуализируют перитубарные спайки и гидросальпинкс с увеличенным правым яичником.

Лечение.

Лапароскопическая аппендэктомия в плановом порядке.

ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Грыжа передней брюшной стенки – выход внутренних органов из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия в брюшной стенке под кожу. Данный вид грыж относится к наружным. В отличие от них при внутренних грыжах отмечается перемещение органов брюшной полости в карманы, щели, отверстия париетальной брюшины или в грудную полость.

Грыжеобразованию способствуют общие и местные факторы.

Общие факторы: гипотрофия мышц брюшной стенки, снижение мышечного тонуса, особенности конституции, похудание.

Местные факторы: уязвимость типичных мест грыжеобразования; длительно существующее повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, трудные роды, запоры, кашель и др.); локальная потеря прочности (травма, нагноение, денервация передней брюшной стенки после ранее выполненных операций).³

Слабые места брюшной стенки:

- зона пахового канала;
- зона овальной ямки на бедре;
- надпупочный отдел апоневроза белой линии живота;
- околопупочный отдел апоневроза белой линии живота;
- зона спигелиевой линии;
- зона треугольника Пти;
- зона четырехугольника Грюнфельда-Лестгафта.

Классификация.

По времени появления различают врождённые и приобретённые грыжи.

По расположению: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, послеоперационные, посттравматические, редкие грыжи (спигелиевы, области мечевидного отростка, поясничные, седалищные, запираательные, промежностные), искусственные.

По возможности вправления: вправимые и невправимые.

По содержимому грыжевого мешка: скользящие (*содержат органы, не имеющие брыжейки или покрытые брюшиной частично*) и обычные.

По наличию осложнений: осложнённые и неосложнённые.

Осложнения грыж:

- Ущемление грыжи (странгуляционное) с развитием некроза содержимого грыжевого мешка, флегмоны грыжевого мешка и/или перитонита.
- Острая кишечная непроходимость в грыжевом мешке (по типу калового завала).

Наружные грыжи живота состоят из грыжевых ворот, грыжевого мешка, грыжевого содержимого и наружных грыжевых оболочек.

Грыжевые ворота - это место в брюшной стенке или диафрагме, через которое выпячивается париетальная брюшина и могут перемещаться внутренние органы.

Грыжевой мешок - это листок париетальной брюшины, выходящий через грыжевые ворота сквозь толщу брюшной стенки или диафрагмы. С течением времени в просвете мешка могут образовываться сращения (многокамерная грыжа). В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Устье – это пограничная с брюшной полостью часть, где брюшина собирается в продольные складки и со временем замещается рубцовой тканью. Шейка - узкая часть мешка, находящаяся в грыжевых воротах. Тело грыжевого мешка - самая большая часть, дистальный отдел его называется дном грыжевого мешка.

Клиническая симптоматика.

Грыжевое выпячивание в проекции слабых мест брюшной стенки, которое исчезает в горизонтальном положении, боли в области выпячивания при ходьбе и физической нагрузке, возможны диспептические симптомы.

Диагностика.

При физикальном обследовании в вертикальном положении больного уточняют расположение, размер грыжевого мешка; в горизонтальном положении больного определяют: вправима грыжа или нет, оценивают размер грыжевых ворот, симптом кашлевого толчка (отрицательный при ущемлённой грыже).

Для уточнения содержимого грыжевого мешка, топографо-анатомического взаиморасположения мешка и окружающих структур выполняют УЗИ грыжевого мешка, рентгенографию с контрастированием желудка, кишечника, толстой кишки, цистоскопию.

При гигантских многокамерных послеоперационных грыжах для определения размеров грыжевых ворот и размеров грыжевого мешка выполняют КТ органов брюшной полости и передней брюшной стенки.

При гигантских наружных грыжах прогнозировать риск развития послеоперационных лёгочных осложнений позволяет спирография.

Лечение.

При неосложненных грыжах показано грыжесечение в плановом порядке.

Этапы операции: рассечение тканей над грыжевым мешком (1), рассечение грыжевых ворот (2), выделение грыжевого мешка (3), вскрытие его (4), вправление содержимого грыжи в брюшную полость (5), лигирование и отсечение грыжевого мешка у шейки (6), пластика мышц и апоневроза брюшной стенки (7).

Операцию выполняют под местной, проводниковой (спинальной, эпидуральной) анестезией или под наркозом. Преимущество местной анестезии при грыжесечении: в случае затруднений во время поиска и выделения грыжевого мешка (особенно при небольших грыжах) больной натуживается, внутрибрюшные органы заполняют грыжевой мешок, который легко дифференцировать от окружающих тканей.

При развитии осложнений грыжи показана экстренная операция.

Паховая грыжа

Анатомия.

Паховый промежуток - зона ограниченная снизу и латерально пупартовой связкой, сверху - нижним краем внутренней косой мышцы, медиально - наружным краем влагалища прямой мышцы живота. Чем выше паховый промежуток, тем больше риск образования грыжи.

Паховый канал - пространство, ограниченное спереди апоневрозом наружной косой мышцы живота, сзади - поперечной мышцей, а в медиальном углу - влагалищем прямой мышцы живота, внизу - пупартовой связкой, вверху - свободным краем апоневроза внутренней косой мышцы живота. Волокна апоневроза наружной косой мышцы живота идут параллельно пупартовой

связке и около лонного бугорка расходятся, образуя две ножки - медиальную и латеральную. Медиальная ножка прикрепляется к лонному бугорку, латеральная - к лонному сочленению. Отверстие между медиальной и латеральной ножками образует наружное отверстие пахового канала.

В нижней половине задней поверхности брюшной стенки брюшина образует пять складок и четыре ямки. Срединная складка (*plica mediana*) - остаток заросшего мочевого протока (урахуса). Латерально от срединной расположены две складки (*plicae intermediae*), образованные облитерированными пупочными артериями и венами. Еще более кнаружи расположены латеральные складки (*plicae laterales*), образованные внутренними нижними эпигастральными сосудами. Между описанными складками образуются углубления, называемые паховыми впадинами или ямками. Медиальная паховая впадина (*fossa medialis*) расположена между запустевшей пупочной артерией и внутренними нижними эпигастральными сосудами. Эта впадина служит местом выхода прямой паховой грыжи (в эту впадину проецируется наружное отверстие пахового канала). Боковая паховая впадина (*fossa lateralis*) расположена кнаружи от латеральной складки брюшины. Здесь находится внутреннее отверстие пахового канала - место выхода косой паховой грыжи. В паховом канале проходят элементы семенного канатика у мужчин и круглая связка матки у женщин.

Классификация.

По расположению грыжевого мешка:

- Косая – выходит через внутреннее отверстие пахового канала, располагается параллельно семенному канатику, спускается в мошонку.
- Прямая – выходит в проекции наружного отверстия пахового канала, располагается медиально от семенного канатика, не спускается в мошонку.
- Скользящая – содержит органы, не имеющие брыжейки или частично покрытые брюшиной.
- Внутрстеночная – грыжевой мешок располагается межмышечно в толще брюшной стенки.
- Двурогая – грыжа имеет одно устье и два грыжевых мешка.

- Околопаховая – грыжа выходит не через наружное паховое кольцо.

- Комбинированная – несколько отдельных грыжевых мешков.

- Послеоперационная.

По этапам развития выделяют следующие виды косой грыжи:

- Начальная (пальпируется кончиком пальца в проекции внутреннего пахового кольца).

- Канальная (располагается в паховом канале).

- Пахово-мошоночная (спускается в мошонку).

При врожденных паховых грыжах грыжевой мешок (растянутый влагалищный отросток брюшины) содержит выпавший орган и яичко, при приобретенных - не имеет сообщения с оболочками яичка.

Дифференциальная диагностика.

При бедренной грыже грыжевое выпячивание располагается ниже паховой складки, в проекции овального окна, грыжа чаще развивается у женщин.

При *паховом лимфадените* в подкожной клетчатке пальпируется конгломерат плотных округлых образований, при УЗИ в паховой области не визуализируется грыжевой мешок и грыжевые ворота.

При *кисте семенного канатика* симптом кашлевого толчка отрицательный, по данным УЗИ в элементах семенного канатика выявляют округлое гипозоногенное образование с капсулой и однородным содержимым.

В случае *предбрюшинной липомы* или *липомы круглой связки* симптом кашлевого толчка отрицательный, при УЗИ в паховом канале выявляют округлое образование дольчатой структуры и нормальной эхогенности.

При *водянке яичка* нет связи образования с апоневрозом брюшной стенки, нет отдельно пальпируемого яичка, при УЗИ в мошонке лоцируют округлое гипозоногенное образование вокруг яичка.

В случае *крипторхизма* при пальпации яичко в мошонке не определяется, при УЗИ в паховом канале выявляют округлую структуру нормальной эхогенности с придатками (яичко).

Лечение.

Лечение хирургическое. Выполняют грыжесечение с пластикой пахового канала местными тканями или синтетическим сетчатым протезом. Анестезия: местная или спинальная. Возможно применение традиционного открытого или лапароскопического доступов. Необходимо отметить, что в настоящее время при пластике апоневроза местными тканями необходимо использовать только методы пластики задней стенки пахового канала, так как основным предрасполагающим фактором грыжеобразования при этом виде грыж является слабость именно этой стенки. *Все варианты пластики передней стенки пахового канала в настоящее время не используются, так как не устраняют этот фактор и сопровождаются большой частотой рецидивов.*

Используемые варианты пластики пахового канала:

- Метод Бассини – пластика задней стенки пахового канала: объединённый апоневроз поперечной и внутренней косой мышц подшивают отдельными узловыми швами к паховой связке.

- Метод Шоулдайса – пластика задней стенки пахового канала: к паховой связке непрерывным швом отдельно подшивают поперечную фасцию, поперечную и внутреннюю косую мышцы.

- Метод Лихтенштейн – пластика задней стенки пахового канала синтетическим сетчатым протезом. Этот метод применяют при рецидивных грыжах или при гипотрофии тканей (высокий риск рецидива грыжи).

- Метод Постемски – ликвидация пахового канала, перемещение семенного канатика под кожу: объединённое сухожилие наружной и внутренней косых мышц и поперечной мышцы подшивают к паховой связке, нижняя часть апоневроза наружной косой мышцы фиксируется сверху с образованием дубликатуры – нежелательно использовать у молодых мужчин вследствие повышенной травматизации элементов семенного канатика.

- Метод Корбитт – лапароскопический вариант герниопластики: париетальную брюшину в проекции пахового промежутка рассекают и отсепаровывают; мобилизуют элементы семенного канатика, лонный бугорок, паховую и куперову связки, апоневроз внутренней косой мышцы; выполняют пластику синтетическим синтетическим сетчатым протезом, который фиксируют степлером и укрывают париетальной брюшиной.

Бедренная грыжа

Анатомия.

Пупартова связка натянута между верхней передней остью подвздошной кости и лонным сочленением. Между пупартовой связкой и костями таза (лонной и подвздошной) располагается пространство, которое разделяется подвздошно-гребешковой (лакунарной) связкой, идущей от пупартовой связки к одноименному возвышению на ветви лобковой кости на две лакуны - мышечную и сосудистую. В мышечной лакуне, составляющей около 2/3 подпупартового пространства, находится подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв. В сосудистой лакуне располагаются бедренная артерия и бедренная вена. Сосудистая лакуна сверху покрыта большим слоем жировой ткани, в которой находятся лимфатические узлы, через которые проходят лимфатические сосуды от нижней конечности. Бедренные сосуды выполняют сосудистую лакуну не полностью. Медиальнее сосудов имеется пространство, заполненное жировой клетчаткой и лимфатическими узлами (узел Пирогова-Розенмюллера) шириной 1,2-1,8 см. В этом пространстве при возникновении бедренной грыжи и образуется бедренный канал.

Наружным отверстием бедренного канала является овальная ямка. Внутреннее отверстие ограничено сверху паховой связкой, снаружи - бедренной веной, медиально - лакунарной связкой, снизу - подвздошно-лонной связкой, которая плотно сращена с надкостницей лонной кости.

Клиническая симптоматика.

Грыжевое выпячивание ниже паховой складки, боли в проекции выпячивания при ходьбе и нагрузке, выпячивание меняет свою форму при изменении положения тела.

Дифференциальная диагностика.

При *паховой грыже* грыжевой мешок располагается выше паховой связки.

При *паховом лимфадените* в подкожной клетчатке пальпируется конгломерат плотных округлых образований, по данным УЗИ в паховой области отсутствуют грыжевой мешок и грыжевые ворота.

В случае *аневризмы бедренной артерии* при пальпации

образования определяется пульсация, аускультативно над образованием систолические шумы, при УЗИ паховой области выявляется округлое образование, связанное с бедренной артерией, внутри образования регистрируют кровоток.

При *натёчном абсцессе* обнаруживают инфильтрат в проекции овальной ямки с флюктуацией, а при рентгенографии поясничного отдела позвоночника - признаки спондиллита с участком костной деструкции.

В случае *доброкачественных опухолей* размеры образования не меняются при разных положениях тела, отсутствует симптом кашлевого толчка. При метастазах злокачественных опухолей необходимо выявить первичную опухоль.

Лечение.

Лечение оперативное. Операцию выполняют под местной анестезией. Доступы к бедренной грыже: бедренный и паховый.

Виды операций:

- Метод Локвуда – разрез кожи производят вертикально по грыжевому выпячиванию; пластику внутреннего отверстия бедренного канала производят путем подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости 2-3 узловыми швами.

- Метод Бассини – является модификацией способа Локвуда и отличается тем, что после подшивания паховой связки к лонной кости накладывается второй ряд швов на полулунный край овальной ямки бедра и гребешковую фасцию.

- Метод Руджи-Парлавеччио – со стороны пахового канала рассекается поперечная фасция и у внутреннего отверстия бедренного канала тупо выделяется шейка грыжевого мешка; грыжевой мешок вывихивается в рану из-под паховой связки, перевязывается у шейки и удаляется; грыжевые ворота закрываются с помощью подшивания паховой связки к подвздошно-лонной связке 3-4 швами; затем сшивается рассеченная поперечная фасция и апоневроз наружной косой мышцы живота.

- Метод Ривса – в предбрюшинном пространстве сзади поперечной фасции вшивают синтетический сетчатый протез.

Пупочная грыжа

Клиническая симптоматика.

Грыжевое выпячивание в пупке, боли в области выпячивания.

Данная грыжа имеет тенденцию к ущемлению.

Диагностика.

Физикальный осмотр, УЗИ органов брюшной полости (уточнение локализации грыж и их содержимого), спирография (при больших грыжах).

Лечение.

- Метод Сапежко – формирование дубликатуры апоневроза вертикально.
- Метод Мейо – формирование дубликатуры апоневроза горизонтально.
- Пластика апоневроза синтетическим сетчатым протезом (при больших или рецидивных грыжах).

Грыжи белой линии живота

Классификация.

По локализации: эпигастральные, параумбиликальные и гипogaстральные

Клиническая симптоматика.

Грыжевое выпячивание в проекции белой линии живота, боли в области выпячивания. Грыжи имеют тенденцию к ущемлению.

Диагностика.

См. пупочная грыжа.

Лечение.

- Грыжесечение с формированием дубликатуры апоневроза по методу Мейо или Сапежко.
- Пластика апоневроза синтетическим сетчатым протезом (при больших или рецидивных грыжах).

Ущемлённая грыжа

Осложнение, при котором происходит ущемление содержимого грыжевого мешка в грыжевых воротах.

Виды ущемлений:

1. в грыжевом мешке;
2. ретроградное (W-образное): ущемлению подвергается кишечная петля, которая находится в свободной брюшной полости, признак такого ущемления - наличие в грыжевом мешке двух кишечных петель. Участок кишки между этими петлями, располагающийся в брюшной полости некротизируется.
3. пристеночное (рихтеровское): чаще во внутреннем отверстии пахового канала при косых паховых грыжах ущемляется часть стенки кишки по противобрыжеечному краю.

Клиническая симптоматика и диагностика.

Острое начало, постоянные интенсивные боли в проекции грыжевого мешка, грыжевой мешок напряжён, при пальпации резко болезненный, симптом кашлевого толчка отрицательный. Диагноз устанавливают на основании данных осмотра.

Кроме этого оценивают характер кожных покровов над грыжевым выпячиванием: в случае развития флегмоны грыжевого мешка кожа над выпячиванием гиперемирована, над грыжей определяется флюктуация. В случае развития кишечной непроходимости в грыжевом мешке появляются жалобы на задержку стула и газов, развивается вздутие живота, появляется тошнота и рвота. При появлении перитонита определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блумберга, а на поздних стадиях – признаки интоксикации и пареза кишечника.

Лечение.

После установки диагноза ущемлённой грыжи показана экстренная операция из-за риска развития гангрены участка кишки. При малых размерах грыжи операцию начинают под местной анестезией.

При ущемлённой грыже меняются этапы операции: после выделения грыжевого мешка его вскрывают, эвакуируют грыжевые воды, удерживая содержимое грыжи, рассекают ущемляющее кольцо. Затем оценивают жизнеспособность ущемлённого органа.

Если ущемлённая петля кишки нормального цвета, перистальтирует, имеется пульсация краевых сосудов брыжейки, то кишка признаётся жизнеспособной и дальнейшие этапы аналогичны операции при неосложнённой грыже. Если петля кишки нежизнеспособна – выполняют резекцию некротизированного участка кишки отступив 30-40 см в проксимальном и 15-20 см в дистальном направлениях с формированием межкишечного анастомоза. При сомнительной жизнеспособности кишки изменённый участок кишки не резецируют, а через 12-24 часа выполняют диагностическую лапароскопию. В случае выявления гангрены участка кишки — выполняют резекцию некротизированной кишечной петли.

Если во время вводного наркоза произошло вправление ущемлённых органов и после вскрытия грыжевого мешка содержимого в нём не обнаружено, показана срединная лапаротомия с ревизией петель кишечника, обнаружением странгуляционной борозды и оценкой жизнеспособности ущемлённой кишечной петли.

При появлении симптоматики перитонита операцию следует начинать со срединной лапаротомии.

Вопрос о выполнении пластики апоневроза решается индивидуально, при больших размерах грыжи и отсутствии перитонита оправдана пластика апоневроза сетчатым протезом. При высоком риске развития компартмент-синдрома пластика апоневроза не производится, рана ушивается только кожными швами с предварительным дренированием подкожной клетчатки перфорированными трубчатыми дренажами. При формировании послеоперационной вентральной грыжи вопрос о грыжесечении решают в плановом порядке.

Если после вскрытия грыжевого мешка установлен диагноз флегмоны грыжевого мешка, переходят на срединную лапаротомию. Со стороны брюшной полости определяют ущемлённые приводящую и отводящую петли кишки, пересекают их тотчас над входом в ущемляющее кольцо, мобилизуют париетальную брюшину в месте грыжевых ворот и ушивают её над заглушенными участками ущемлённой кишки (перитонизация), формируют энтеро-энтероанастомоз, лапаротомную рану ушивают. Далее из грыжевого мешка удаляют

гнойный экссудат и петлю некротизированной кишки, образовавшуюся полость промывают антисептиками, дренируют, рыхло тампонируют мазовыми салфетками и лечат как гнойную рану. Пластика грыжевых ворот не выполняется.

Врожденная паховая грыжа

Клиническая симптоматика.

Соответствует неосложненной паховой грыже.

Диагностика.

При пальпации грыжевой мешок (растянутый влагалищный отросток брюшины) содержит выпавший орган и яичко, что подтверждается при УЗИ грыжевого мешка.

Лечение.

Операция выполняется под местной инфильтрационной анестезией. Особенность операции – отсечение влагалищного отростка брюшины от яичка. Дальнейшие этапы операции такие же, как при паховых грыжах.

Пластика апоневроза — см. паховая грыжа.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) – заболевание, при котором отмечается образование конкрементов в желчном пузыре и желчевыводящих протоках.

Осложнения ЖКБ: острый холецистит, механическая желтуха, холангит, холедохолитиаз, стриктуры желчных протоков, наружный или внутренний желчный свищ, острый билиарный панкреатит.

Острый холецистит

Классификация:

По наличию конкрементов в пузыре: калькулезный и бескаменный.

По характеру морфологических изменений стенки органа: катаральный, флегмонозный и гангренозный (две последние формы называются деструктивными).

По наличию обтурации шейки пузыря конкрементом: окклюзионный и неокклюзионный.

По наличию осложнений: осложненный и неосложненный.

Осложнения: околопузырный инфильтрат, перфорация желчного пузыря с развитием околопузырного абсцесса или желчного перитонита, механическая желтуха, холангит, водянка пузыря, наружный или внутренний желчный свищ, острый билиарный панкреатит.

Патогенез (упрощённо): нарушение обмена веществ → изменение физико-химических свойств желчи → появление микрокристаллов в желчи → формирование конкрементов в желчном пузыре (т.к. есть застой и концентрация желчи) → миграция конкремента при сокращении желчного пузыря (в ответ на прием острой и жирной пищи) в шейку пузыря → приступ желчной колики → ущемление конкремента в шейке пузыря → воспаление и отек слизистой пузыря в месте фиксации конкремента → повышение внутрипузырного давления → компрессия всей поверхности слизистой желчного пузыря → ишемия, отек, воспаление всей слизистой пузыря → нарастание внутрипузырного давления → распространение ишемических деструктивных изменений на все слои стенки желчного пузыря.

Клиническая симптоматика.

Больные предъявляют жалобы на тошноту, рвоту желчью, боли в правом подреберье, связанные с приемом жирной и острой пищи. В анамнезе указание на аналогичные приступы связанные с приемом пищи, ранее выявленные при УЗИ конкременты в желчном пузыре.

Диагностика.

При физикальном исследовании выявляют болезненность при пальпации в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера (резкая болезненность в проекции желчного пузыря при поколачивании ребром ладони по рёберной дуге), Кера (усиление боли на вдохе при глубокой пальпации области правого подреберья), Георгиевского-Мюсси (болезненность при надавливании между ножками правой кивательной мышцы).

При УЗИ органов брюшной полости (золотой стандарт диагностики) обнаруживают признаки острого калькулёзного холецистита:

- в просвете пузыря лоцируется гиперэхогенное округлое образование с четкими контурами несвязанное со стенкой пузыря, дающее четкую акустическую тень (признаки конкремента);
- желчный пузырь увеличен в размерах;
- утолщение стенки пузыря ($>0,4$ см);
- слоистость стенки пузыря и/или прерывистость контура стенки (указывает на деструктивные формы холецистита);
- признаки околопузырных осложнений (околопузырные экссудат, инфильтрат, абсцесс).

Дифференциальная диагностика.

При *остром аппендиците* с подпечёчным расположением отростка не будет характерных УЗИ-признаков острого холецистита.

Для *перфоративной гастродуоденальной язвы* характерен язвенный анамнез, а на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости под куполом диафрагмы выявляют свободный газ.

При *панкреонекрозе* схожая с острым холециститом симптоматика может быть вызвана сдавлением интрапанкреатической части холедоха вследствие отёка ткани железы. Диагноз уточняют при УЗИ, в ходе которого выявляют

специфичные для панкреонекроза изменения (см. диагностика панкреонекроза).

В случае развития *правосторонней нижнедолевой пневмонии* характерны лихорадка в течение нескольких дней, множественные мелкопузырчатые хрипы над нижними отделами правого лёгкого, а при рентгенографии органов грудной клетки в нижней доле правого лёгкого определяется инфильтративная тень.

Межрёберная невралгия справа проявляется болезненностью в паравертебральных точках справа, рентгенологическими признаками остеохондроза грудного отдела позвоночника и отсутствием при УЗИ признаков острого холецистита.

Лечение:

1. консервативное (спазмолитики, антибиотики цефалоспоринового ряда 2-3 поколений, инфузия кристаллоидов, симптоматическое)

2. хирургическое:

а) радикальная операция - холецистэктомия.

Цель операции - удаление воспаленного желчного пузыря с конкрементами.

б) паллиативные операции - холецистостомия или микрохолецистостомия.

Цель операции - снижение внутрипузырной гипертензии (декомпрессия), как основного фактора патогенеза заболевания, без полного удаления конкрементов из желчного пузыря.

Холецистостомию выполняют под местной анестезией из косо-го подреберного доступа. Длина лапаротомного разреза 8-10 см. Микрохолецистостомию выполняют чрезпечёчно под УЗИ-наведением.

Лечебная тактика.

После установки диагноза всем больным начинают консервативное лечение (исключением является перитонит, в такой ситуации показана экстренная операция).

Далее на фоне проводимого консервативного лечения по клиническим (жалобы и физикальные данные), лабораторным (лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг) и инструментальным (УЗИ) данным оценивается динамика заболевания. В случае положительной динамики продолжают консервативное лечение до полного купирования приступа и оперируют в срок до 2 недель от

начала приступа либо в плановом порядке через 4-6 месяцев. В случае отрицательной динамики - показана срочная операция. Если на фоне проводимого консервативного лечения динамики нет – показана операция в срочном или отсроченном порядке. В случае отсутствия какой-либо динамики на наблюдение за больным отводится не более суток.

После определения показаний к операции определяют объем хирургического пособия. Больным молодого и среднего возраста без тяжелых сопутствующих заболеваний показано выполнение холецистэктомии.

У больных в возрасте старше 60 лет с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями и высоким операционно-анестезиологическим риском показана микрохолецистостомия под УЗИ-наведением или холецистостомия.

Если принято решение выполнить холецистэктомию, определяют вариант хирургического доступа.

По вариантам доступа выделяют холецистэктомию традиционную (открытую), лапароскопическую, из минилапаротомного доступа.

У каждого из доступов имеются положительные и отрицательные стороны.

Доступ	Положительные стороны	Отрицательные стороны
Лапаротомия	Хороший обзор, возможность полноценной ревизии и своевременной ликвидации интраоперационных осложнений	Травматичность, высокий риск нагноения раны и послеоперационных грыж, длительный период реабилитации, плохой косметический эффект
Лапароскопия	Хороший обзор, малая травматичность, короткий период реабилитации, хороший косметический эффект	Невозможность тактильной ревизии, при возникновении интраоперационных осложнений часто требуется конверсия доступа в лапаротомный, осложнения пневмоперитонеума (риск ТЭЛА, декомпенсация сердечно-лёгочных заболеваний),

		необходимость применения специальных инструментов
Минилапаротомия	Ликвидация интраоперационных осложнений без конверсии доступа, малая травматичность, короткий период реабилитации, хороший косметический эффект	Ограниченный обзор, необходимость применения специальных инструментов

Околопузырные инфильтрат, абсцесс и распространенный перитонит - показания к традиционной холецистэктомии.

В остальных случаях выполняют миниинвазивные вмешательства. Вопрос о выборе лапароскопической холецистэктомии или холецистэктомии из минилапаротомного доступа решается индивидуально для каждого пациента.

Предпочтительной является лапароскопическая холецистэктомия, особенно для больных с высоким риском раневых осложнений (сахарный диабет, ожирение 2-3 степени). Однако для этого доступа имеются общие и специфичные противопоказания.

Общие противопоказания к лапароскопии:

- сердечно-сосудистые заболевания с явлениями сердечной недостаточности 3-4 ст.;
- обструктивные и рестриктивные заболевания лёгких с явлениями дыхательной недостаточности 3-4 ст.;
- тромбоз глубоких вен нижних конечностей или ТЭЛА в анамнезе;
- тромбоцитопения, коагулопатия;
- беременность;
- множественные операции на органах брюшной полости в анамнезе;
- декомпенсированная почечная недостаточность;
- декомпенсация сахарного диабета.

Специфичные противопоказания для лапароскопической холецистэктомии:

- околопузырные осложнения (инфильтрат, абсцесс);
- распространённый перитонит;

- механическая желтуха;
- внутривнутрипечёночное расположение пузыря;
- склероатрофический желчный пузырь.

При наличии противопоказаний к пневмоперитонеуму (крайняя степень сердечной или лёгочной недостаточности, риск ТЭЛА из глубоких вен нижних конечностей, беременность) и длительности приступа более 3 суток необходимо выполнять холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

В случае, если во время открытой холецистэктомии обнаруживают, что желчный пузырь плотно припаян к капсуле печени в ложе пузыря, субсерозное его выделение невозможно и чревато паренхиматозным кровотечением из ткани печени выполняют холецистэктомия с сохранением части пузыря, прилегающей к печени, и мукоклазией этого участка по Прибраму.

Показания к интраоперационной холангиографии:

- желтухи и холелитиаз в анамнезе;
- механическая желтуха неясного генеза в момент операции;
- дилатация общего желчного протока.

Во время данного исследования обязательно оценивают сброс контраста в двенадцатиперстную кишку (при отсутствии контрастирования двенадцатиперстной кишки и расширении протока можно говорить о полном блоке общего желчного протока), а также выявляют причину желтухи (см. синдром механической желтухи).

Хронический холецистит

Клиническая симптоматика.

Жалобы на тошноту, спастические боли или дискомфорт в правом подреберье, связанные с приемом жирной и острой пищи. В анамнезе аналогичные приступы связанные с приемом пищи, выявленные ранее конкременты в желчном пузыре при УЗИ.

Диагностика.

Основным методом диагностики является УЗИ брюшной полости, при котором выявляют признаки конкрементов в желчном пузыре (см. острый холецистит).

Лечение.

Холецистэктомия из лапаротомного или минилапаротомного

доступа, лапароскопическая холецистэктомия. В настоящее время предпочтение отдаётся двум последним вариантам операций. В последние годы для выполнения холецистэктомии стали применять NOTES-технологии (лапароскопический доступ через прокол стенки внутренних органов: задней стенки влагалища, передней стенки желудка, стенки поперечно-ободочной кишки).

Обтурационная желтуха

Синдром обтурационной (механической) желтухи - синдром развивающийся при нарушении оттока желчи по желчным путям.

Для механической желтухи характерны: иктеричность кожи и слизистых, темная моча, ахоличный кал, гипербилирубинемия (>35-40 мкмоль/л) преимущественно за счет прямого билирубина, увеличение уровней ГГТП и ЩФ, расширение общего желчного протока (>1,0 см) и/или других отделов желчных протоков на УЗИ.

Дифференциальная диагностика.

Проводится с другими видами желтухи.

Для надпечёночной желтухи характерна гипербилирубинемия преимущественно за счет непрямого билирубина.

При печёночной желтухе не будет расширения общего желчного протока при УЗИ.

Причины механической желтухи: холедохолитиаз, рак головки поджелудочной железы, рак большого дуоденального соска (БДС), стриктуры протоков, аденома БДС, холангит, первичный склерозирующий холангит, рак холедоха, компрессия внепеченочных желчных протоков метастатически измененными лимфоузлами в воротах печени, парафатеральный (парапапиллярный) дивертикул и др.

При выявлении механической желтухи последняя независимо от причин должна быть разрешена в течение 24 часов, а при симптоматике холангита это время сокращается до 12 часов.

Холедохолитиаз.

Холедохолитиаз – наличие конкрементов в желчном протоке.

Диагностика.

Основной метод диагностики – холангиография.

По способу введения контраста выделяют 3 вида холангиографии:

1. *эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография* (ЭРПХГ) - контраст вводят ретроградно после эндоскопической канюляции БДС;

2. *чрезкожная чрезпечёночная холангиография* (ЧЧХГ) - контраст вводят антеградно после пункции сегментарного внутрипеченочного желчного протока под УЗИ-контролем;

3. *фистулография* - контраст вводят через ранее установленный в протоки дренаж.

Цели холангиографии: выявление уровня и причины нарушения желчеоттока, определение проходимости желчного протока в месте препятствия (и сброса контраста в 12-перстную кишку).

Рентген-семиотика: в просвете протока определяются округлые единичные или множественные дефекты наполнения с чёткими контурами не связанные со стенками протоков, общий желчный проток расширен. Похожая картина может наблюдаться при аэробилии (когда при исследовании в протоки попадает воздух) – главным отличием будет изменение поперечного размера дефектов наполнения при дыхании пациента во время рентгеноскопии.

Дополнительные методы диагностики:

УЗИ брюшной полости - выявление расширенного холедоха и/или внутрипеченочных желчных путей, иногда в просвете протоков лоцируются гиперэхогенные округлые образования с четкой акустической тенью (конкременты).

Дуоденоскопия - при осмотре БДС можно выявить вклинение конкремента в папиллу, а также увидеть подтекание желчи в 12-перстную кишку (что говорит о неполном блоке общего желчного протока конкрементом).

МРТ гепатобилиарной зоны - позволяет выявить расширение желчных путей и конкременты в них без использования контраста (метод дорогой, мало где есть оборудование).

Лечение.

При выполнении ЭРПХГ и подтверждении диагноза холедохолитиаз, диагностическая манипуляция переходит в лечебную - выполняют ЭПСТ (эндоскопическую папиллосфинктеротомию) с последующей экстракцией конкрементов корзинкой Dormia или сосудистым катетером Фогарти.

При больших размерах конкрементов после ЭПСТ выполняют

контактную литотрипсию и извлекают осколки описанным выше образом.

В редких случаях, при невозможности выполнения ЭПСТ и экстракции конкрементов, выполняют холедохотомию с экстракцией конкрементов и установкой наружного дренажа общего желчного протока (Т-образного дренажа Кера или дренажа Пиковского). В настоящее время данное вмешательство выполняют из стандартного лапаротомного доступа, посредством лапаротомии из минидоступа или лапароскопически.

Если холедохолитиаз выявляют интраоперационно, во время холецистэктомии при остром холецистите, то выполняют холедохотомию с экстракцией конкрементов щипцами Миризи или катетером Фогарти и установкой наружного дренажа общего желчного протока. При единичном мелком конкременте терминального отдела общего желчного протока и отсутствии признаков холангита и желтухи первым этапом можно дренировать общий желчный проток по Холстеду-Пиковскому, а через несколько дней вторым этапом выполнить ЭПСТ с литоэкстракцией.

Дренажи желчных протоков

В настоящее время при открытых вмешательствах на желчных протоках используют 2 типа наружных дренажей:

- дренаж Холстеда-Пиковского устанавливают через культю пузырного протока во время или сразу после холецистэктомии;
- Т-образный дренаж Кера устанавливают через холедохотомное отверстие (одно плечо дренажа устанавливают в проксимальном направлении, другое - в дистальном, холедохотомное отверстие ушивают отдельными узловыми швами до дренажа).

Показания к установке дренажа Холстеда-Пиковского:

- отсутствие признаков холангита (желчь однородная без примеси гноя и хлопьев фибрина);
- умеренная дилатация холедоха (до 1,5 см) с выявленными во время интраоперационной холангиографии короткой неполной стриктурой терминального отдела общего желчного протока или холедохолитиазом (как первый этап лечения, с последующим выполнением в послеоперационном периоде ЭРХПГ и ЭПСТ);

- первичный шов холедоха (после холедохотомии устранены все причины дилатации холедоха, дилатация холедоха умеренная и нет признаков холангита);
- как первый этап лечения при диагностированных интраоперационно (при остром холецистите) раке головки поджелудочной железы или полных стриктурах общего желчного протока.

Показания к установке дренажа Керра:

- гнойный холангит;
- дилатация холедоха более 1,5 см.

Кроме этого, возможна установка дренажей желчных протоков миниинвазивными методами: антеградно - чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия, ретроградно - эндоскопическое назобилиарное дренирование (после ЭПСТ).

Наружные дренажи желчных протоков удаляют на 10-14 сутки после операции. Обязательными условиями для удаления дренажей являются: отсутствие отделяемого по дренажу или его незначительное количество; быстрый сброс контраста из желчных протоков в двенадцатиперстную кишку при контрольной фистулографии.

Стриктуры протоков.

Стриктуры желчных протоков бывают ятрогенными (при повреждении протоков во время открытой или миниинвазивной холецистэктомии клипсой или электрокаутером - выявляются в печеночном протоке и проксимальнее) или являются осложнением холедохолитиаза (образуются в терминальном отделе общего желчного протока).

Классификация.

По протяженности выделяют короткие (<1,5 см) и протяженные стриктуры; по степени сужения просвета - полные и неполные.

Диагностика.

Основной способ диагностики – любой вид холангиографии. При этом выявляют сужение протока (циркулярное или по одной стенке) с ровными контурами и расширением протока проксимальнее уровня стриктуры. Определяют уровень и протяженность стриктуры, степень расширения протоков. Дистальнее уровня стриктуры протоки не расширены. При полных

стриктурах дальше места стриктуры контрастирования желчных протоков не получают (при ЭРПХГ не контрастируются проксимальные отделы, при ЧЧХГ - дистальные). В такой ситуации для определения протяженности стриктуры используют сочетание ЭРПХГ и ЧЧХГ.

Дополнительные методы

УЗИ и МРТ брюшной полости - выявляет косвенные признаки - расширение внутри и внепеченочных желчных протоков.

Дифференциальная диагностика.

Проводится с раком желчных протоков, раком головки поджелудочной железы (см. диагностику указанных заболеваний).

Лечение.

При коротких неполных стриктурах терминального отдела холедоха - ЭПСТ+ лечение холедохолитиаза.

При коротких неполных стриктурах других локализаций - эндоскопическая баллонная дилатация и стентирование (иногда требуются повторные вмешательства).

При коротких полных стриктурах или протяженных неполных стриктурах - попытка стентирования с заменой пластикового стента через 3-5 месяцев на пластиковый или металлический (нитиноловый). При невозможности стентирования - открытая операция: гепатикоюноанастомоз по Ру.

При протяженных полных стриктурах также показана открытая операция.

Рак головки поджелудочной железы.

Желтуха развивается вследствие механического сдавления или прорастания интрапанкреатического отдела общего желчного протока опухолью.

Диагностика.

На УЗИ брюшной полости лоцируются объемное образование головки поджелудочной железы с нечеткими контурами, дилатированный общий желчный проток (выявляют на поздних стадиях заболевания).

При КТ органов брюшной полости (обязательно с трехфазным контрастированием) выявляют объемное образование головки поджелудочной железы с нечеткими контурами накапливающее контраст, увеличенные регионарные лимфатические узлы,

расширенный общий желчный проток.

Верифицируют диагноз при гистологическом исследовании пунктата, полученного после тонкоигольной пункции опухоли.

Дифференциальная диагностика.

При псевдотуморозном панкреатите на томограммах нет признаков метастазирования в региональные лимфатические узлы, а при тонкоигольной биопсии нет данных за малигнизацию.

В случае кист и абсцессов поджелудочной железы при КТ определяются жидкостные образования с капсулой. В случае абсцесса содержимое этих образований неоднородное и есть признаки гнойного процесса (лихорадка, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево).

Лечение.

При резектабельной опухоли (любые размеры опухоли без инвазии в нижнюю брыжеечную артерию или брюшную аорту, отсутствие отдаленных метастазов) - панкреатодуоденальная резекция.

При нерезектабельной опухоли - стентирование общего желчного протока пластиковыми или сплошными нитиноловыми стентами.

Рак, аденома большого (фатерова) сосочка.

Диагностика.

Дуоденоскопия с биопсией – на большом дуоденальном сосочке выявляют объемное образование.

УЗИ брюшной полости - расширение общего желчного протока (косвенный признак).

Лечение.

При раке фатерова сосочка проводится панкреатодуоденальная резекция, при аденоме – эндоскопическая аденомэктомия в сочетании с ЭПСТ.

Холангит.

Холангит (ангиохолит) – воспаление желчных протоков.

Инфицирование желчи происходит на фоне холедохолитиаза, стриктур протоков (с развитием желчной гипертензии) или рефлюкса содержимого 12-перстной кишки в общий желчный проток.

Клиническая симптоматика.

Триада Шарко: желтуха, лихорадка и боли в правом подреберье. Заболеванию сопровождается гипертермией до 39⁰-40⁰С с симптомами выраженной интоксикации.

Осложнения: холангиогенные абсцессы печени, сепсис.

Диагностика.

Типичная клиническая симптоматика и признаки стриктур протоков или холедохолитиаза (см. диагностику этих заболеваний).

Лечение.

Лечение такое же, как при холедохолитиазе и стриктуре протоков, в дополнение к которому проводят назобилиарное дренирование холедоха при эндоскопическом лечении или дренирование общего желчного протока Т-образным дренажом Кера при открытых операциях.

Первичный склерозирующий холангит.

Первичный склерозирующий холангит – заболевание, для которого характерно появление участков воспаления, фиброза и рубцовых стриктур во внутripечёчных и внепечёчных желчных протоках.

Этиология.

Заболевание полиэтиологично и включает генетическую предрасположенность, воздействие факторов окружающей среды и нарушение иммунной реактивности организма (аутоиммунные механизмы).

Клиническая симптоматика такая же, как при холангите.

Диагностика.

При холангиографии печёчный и общий желчный протоки сужены, имеют характерный (чёткообразный) извитой ход, внутripечёчные протоки не расширены.

Лечение: ортотопическая трансплантация печени.

Парафатеральный (парапапиллярный) дивертикул.

Диагностика.

ЭГДС – в парафатеральной зоне выявляют устье дивертикула, иногда удается осмотреть стенки дивертикула.

Рентгенография 12-перстной кишки с бариевой взвесью – около

фатерова сосочка контрастируется мешковидное выбухание стенки кишки, длительно задерживающее контраст.

Лечение.

Для лечения механической желтухи выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ).

Рак общего желчного протока.

Диагностика.

При УЗИ брюшной полости лоцируются расширенные внутривнутрипеченочные желчные протоки.

Во время холангиографии выявляют дефект наполнения с нечеткими бугристыми контурами по одной стенке или циркулярный.

Холангиоскопия с биопсией - выявление опухоли в просвете протока с последующим гистологическим подтверждением.

КТ гепато-билиарной зоны — определение размеров и местного распространения опухоли, выявление расширенных внутривнутрипеченочных желчных протоков.

Лечение.

В случае резектабельной опухоли — панкреатодуоденальная резекция (рак дистального отдела холедоха) или резекция гепатикохоледоха с желчным пузырём и бигепатикоюноанастомозом по Ру (рак проксимального отдела холедоха). При раке печёночного протока — резекция печёночного протока с конfluenceм с право- или левосторонней гемигепатэктомией.

При нерезектабельной опухоли - паллиативное эндоскопическое стентирование.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Постхолецистэктомический синдром – группа заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, возникающих или прогрессирующих после выполнения холецистэктомии.

Одни заболевания появляются после технических погрешностей холецистэктомии, другие – нераспознанные до холецистэктомии и персистирующие под маской острого и хронического холецистита заболевания близлежащих органов. Выделяют истинный и ложный постхолецистэктомический синдромы.

Истинный постхолецистэктомический синдром возникает в результате нарушения оттока желчи в связи с функциональными или органическими причинами.

Функциональные причины: дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатит, гастрит, панкреатит; перихоледохеальный лимфаденит.

Органические причины: длинная культя пузырного протока или камень в ней; «забытые» камни в желчных протоках; стриктура терминального отдела общего желчного протока; рубцовые стриктуры гепатикохоледохы (ятрогенные); оставленная часть желчного пузыря; резидуальные камни (возникшие на шовных нитях).

Ложный постхолецистэктомический синдром.

Причины – болезни других органов пищеварительного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дуоденостаз, хронический колит.

Клиническая симптоматика.

У больных сохраняются те же жалобы, которые были до холецистэктомии, или появляются качественно другие. Наиболее частый симптом — боли в правом подреберье различного характера и интенсивности. Могут появляться симптомы диспепсии – тошнота, рвота, диарея, вздутие живота, обстипация.

Диагностика.

При УЗИ органов брюшной полости выявляют расширение холедоха, округлые гиперэхогенные образования с чётким контуром не связанные со стенкой протоков, дающие чёткую

акустическую тень (признаки холедохолитиаза).

Во время ЭГДС обнаруживают желудочную или дуоденальную язву, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы.

При колоноскопии могут находить признаки колита.

В ходе ЭРПХГ выявляют холедохолитиаз, стриктуры протоков (см. механическая желтуха, диагностика холедохолитиаза), длинную культю пузырного протока.

При контрастной рентгенографии желудка и 12-перстной кишки выявляют грыжу пищеводного отверстия диафрагмы или признаки дуоденостаза (расширение 12-перстной кишки >4 см).

Лечение зависит от причин. При длинной культе пузырного протока или оставленной части желчного пузыря их удаляют. В случае холедохолитиаза и стеноза большого сосочка 12-перстной кишки выполняют те же операции, что и при холедохолитиазе (см. лечение холедохолитиаза). Протяженные посттравматические стриктуры внепеченочных желчных протоков требуют стентирования или формирования холедохоентероанастомоза на отключённой по Ру петле тонкой кишки (см. лечение стриктур желчных протоков). При грыже пищеводного отверстия диафрагмы выполняют низведение желудка, фундопликацию и крурорафию. Функциональные причины, язвенную болезнь и колит лечат консервативно.

ПАНКРЕАТИТ

По вариантам клинического течения выделяют острый и хронический панкреатит.

Острый панкреатит

Острый панкреатит – воспаление ткани поджелудочной железы, сопровождающееся выраженными нарушениями гомеостаза и развитием полиорганной недостаточности.

Классификация:

По этиологическому фактору: билиарный, алкогольный, идиопатический, посттравматический, лекарственный, ятрогенный.

По распространенности поражения: очаговый, субтотальный и тотальный.

По макроскопическим изменениям: отечный, геморрагический и жировой.

Стадии клинического течения: 1. ферментемия (3-5 дней) 2. формирования парапанкреатического инфильтрата (7-14 дней) 3. исхода парапанкреатического инфильтрата и гнойных осложнений (2-4 недели).

Упрощённо патогенез острого панкреатита можно представить таким образом: нарушение оттока панкреатического сока → внутрипротоковая гипертензия → ранняя активация панкреатических энзимов → повреждение клеток ацинуса. Далее выделяют системное воздействие (ферментемия) и местное повреждающее воздействие ферментативного эксудата.

1. системное воздействие: проникновение энзимов в кровоток из очага воспаления → повреждение сосудистой стенки и клеток крови (гемолиз и коагулопатии с развитием ДВС-синдрома) + повреждение энзимами всех органов и тканей с развитием каскада воспалительных реакций (системный воспалительный ответ) и последующим развитием полиорганной недостаточности.

2. местное воздействие: повреждение окружающих тканей с развитием асептического некроза парапанкреатической, паранефральной, пресакральной, параректальной, параколярной, предбрюшинной клетчатки, а также клетчатки мезоколон, корня брыжейки тонкой кишки и заднего средостения с развитием

оментобурсита, ферментативного перитонита и/или реактивного плеврита (чаще левостороннего).

Клиническая симптоматика.

Тошнота, многократная рвота не приносящая облегчения, постоянные боли в эпигастральной области, гипотония или коллапс, симптомы интоксикации, олигурия (появление симптомов связано с приемом острой или жареной пищи, алкоголя).

Диагностика.

При УЗИ брюшной полости поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее нечеткие, ткань железы неравномерной эхогенности (чередование зон гипо- и гиперэхогенности), определяется выпот в сальниковой сумке и брюшной полости и/или парапанкреатический инфильтрат.

КТ брюшной полости (более чувствительный и специфичный метод) позволяет выявить аналогичные УЗИ изменения поджелудочной железы и визуализировать признаки осложнений.

С помощью прокальцитонинового теста устанавливают диагноз инфицированного панкреонекроза (при котором часто показано хирургическое лечение), диагностически значимым является увеличение уровня прокальцитонина >2 нг/мл.

Высокоспецифичным является повышение сывороточного уровня фосфолипазы А2 (увеличение концентрации происходит раньше, чем амилазы и высокие уровни фермента персистируют дольше).

Амилаземия не является маркером панкреонекроза, т.к. ее уровень зависит от стадии заболевания.

Дифференциальная диагностика.

При *перфоративной гастродуоденальной язве* на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявляют свободный газ под куполами диафрагмы.

При *остром аппендиците* в первые часы заболевания нет признаков воспаления поджелудочной железы при УЗИ органов брюшной полости.

Для *острой кишечной непроходимости* не характерна связь симптоматики с приёмом жирной пищи и алкоголя, а при УЗИ органов брюшной полости ткань поджелудочной железы не изменена.

При *остром калькулёзном холецистите* боль локализуется в

правом подреберье, а при УЗИ органов брюшной полости выявляют специфичные для острого холецистита изменения, ткань поджелудочной железы не изменена.

Для *абдоминальной формы инфаркта миокарда* характерны очаговые изменения в базальных отделах миокарда на ЭКГ.

Осложнения:

В 1 стадии - панкреатогенный шок, ферментативный перитонит.

Во 2 стадии - острые скопления жидкости, парапанкреатический инфильтрат.

В 3 стадии - *ранние*: псевдокиста, абсцесс и/или флегмона вышеуказанных клетчаточных пространств, аррозивные кровотечения; *поздние*: истинная киста, панкреатический свищ.

Лечение.

Консервативное лечение панкреонекроза включает:

1. антисекреторные препараты - сандостатин и его аналоги;
2. антипротеазные препараты (действуют только в сосудистом русле) - гордокс, контрикал, трасилол;
3. инфузию кристаллоидов (коррекция водно-электролитных нарушений и нормализация ОЦК);
4. инфузию коллоидов (коррекция ОЦК);
5. антибиотики широкого спектра действия (профилактика гнойных осложнений);
6. симптоматическое лечение.

Хирургическое лечение показано только при развитии осложнений заболевания или инфицированном панкреонекрозе.

При ферментативном перитоните выполняют лапароскопическую санацию брюшной полости, желательно без дренирования (установка дренажных катетеров существенно увеличивает риск раннего инфицирования).

При остром скоплении жидкости целесообразна тонкоигольная пункция под контролем УЗИ или КТ с аспирацией содержимого (без дренирования). Возможно проведение пункционной иглы через желудок.

При абсцессах и флегмонах различных локализаций необходимы пункция и дренирование под контролем УЗИ или вскрытие и дренирование гнойных очагов предпочтительно внебрюшинным доступом.

При развитии аррозивного кровотечения показано прошивание

кровооточающего сосуда или его эндоваскулярная эмболизация.

При выявлении свободно лежащих секвестров выполняют некрсеквестрэктомию с формированием бурсооментостомы или люмбостомы.

Псевдокисты пунктируют под контролем УЗИ иногда в сочетании с введением склерозантов в полость псевдокисты.

Лечение при истинных кистах такое же, как и при псевдокистах, при наличии связи кисты с протоками железы производят цистэктомию, резекцию хвоста поджелудочной железы (при локализации в области хвоста железы) или цистэнтэростомию по Ру.

Лечение наружных свищей — консервативное: пролонгированные формы аналогов эндогенного соматостатина; при отсутствии эффекта формируют панкреатофистулоюанастомоз по Ру.

Хронический панкреатит

Классификация:

По характеру морфологических изменений:

- Калькулезный панкреатит (вирсунголитиаз, кальцифицирующий панкреатит).
- Фиброзно-склеротический (индуративный).
- Гиперпластический (псевдотуморозный).
- Кистозный.

По клиническим проявлениям: болевой, гипосекреторный, астено-невротический (ипохондрический), латентный, сочетанный.

По характеру клинического течения: редко рецидивирующий, часто рецидивирующий и персистирующий.

По этиологии: билиарный, алкогольный, дисметаболический (сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гиперхолестеринемия, гемохроматоз), инфекционный, лекарственный, идиопатический.

Клиническая симптоматика.

Рецидивирующие боли в эпигастрии, потеря массы тела, признаки экзокринной (стеаторея) и эндокринной (сахарный диабет) недостаточности поджелудочной железы.

Диагностика.

При УЗИ брюшной полости поджелудочная железа утолщена,

контуры её неровные, отмечается чередование участков повышенной и пониженной экзогенности, визуализируют внутрисекреторные и паренхиматозные кальцинаты, выявляется дилатация вирсунгова протока (> 2 мм) и его боковых ветвей, лоцируются жидкостные образования с гипоехогенным однородным содержимым (псевдокисты) и гиперэхогенной капсулой (истинные кисты).

По данным КТ брюшной полости выявляют изменения, аналогичные полученным при УЗИ.

Результаты эластического теста позволяют судить о степени экзокринной недостаточности железы. Концентрация панкреатической эластазы в кале < 200 мкг/г кала соответствует лёгкой и средней степеням тяжести экзокринной недостаточности поджелудочной железы; < 100 мкг/г - тяжёлой степени.

При дыхательном тесте с ^{13}C -триглицеридами (основан на определении суммарной концентрации $^{13}\text{CO}_2$ в выдыхаемом воздухе в течении 6 часов после перорального приёма 300 мг ^{13}C -октаноилглицерола) концентрация $< 27,3\%$ говорит о экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Положительный тест на толерантность к глюкозе – выявление гипергликемии через 2 часа после перорального приёма 75 г безводной глюкозы – указывает на нарушение эндокринной функции поджелудочной железы.

Хирургическое лечение.

Показания: упорный болевой синдром не купирующийся консервативными средствами, псевдокисты диаметром > 6 см, механическая желтуха, стеноз 12-перстной кишки, регионарная портальная гипертензия с рецидивирующими желудочными кровотечениями, панкреатические свищи, абсцессы поджелудочной железы, вирсунголитиаз с дилатацией протока, подозрение на рак поджелудочной железы.

Виды операций:

- Изолированная субтотальная резекция головки поджелудочной железы (операция Бегера) с терминолатеролатеральным (при дилатации вирсунгова протока) или термино-терминальным (при нормальном диаметре вирсунгова протока) панкреато-еюноанастомозом на отключённой по Ру петле. При дилатации общего желчного протока и механической желтухе

формируют холедохо-еюно- или гепатико-еюноанастомоз дистальнее панкреато-еюноанстомоза.

- Частичная резекция головки поджелудочной железы (операция Фрея) с продольным панкреато-еюноанастомозом на отключённой по Ру петле. При одинаковой эффективности, в сравнении с операцией Бегера, эта операция технически проще, при её выполнении реже возникают интраоперационные осложнения.

- Панкреато-дуоденальная резекция.

Стеноз 12-перстной кишки обычно ликвидируют после резекции головки поджелудочной железы. При регионарной портальной гипертензии выполняют спленэктомию.

Лечение псевдокист, абсцессов и свищей – см. острый панкреатит.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Кишечная непроходимость - заболевание, возникающее вследствие частичного или полного нарушения пассажа пищи по кишечнику.

Этиология.

- злокачественные и доброкачественные опухоли (кишки или окружающих органов);
- спайки брюшной полости;
- безоары;
- перекрут, узлообразование, инвагинация;
- желчные камни, инородные тела, клубки аскарид;
- рубцовые сужения кишки.

Классификация.

По локализации препятствия: тонкокишечная и толстокишечная. Тонкокишечная непроходимость часто спаечная, толстокишечная - чаще опухолевая.

По степени сужения просвета кишки: полная и частичная.

По вовлечению в процесс сосудов брыжейки: обтурационная, странгуляционная и смешанная.

Патогенез (упрощённо).

Закрытие или сужение просвета кишки → накопление кишечного содержимого проксимальнее места препятствия с ростом бактериальной флоры → перерастяжение кишечной стенки → нарушение трофики слизистой кишки → снижение барьерных свойств слизистой → пропотевание жидкости из внеклеточного пространства и сосудистого русла в просвет кишки → снижение ОЦК → транспозиция бактерий в портальный кровоток и брюшную полость → органная дисфункция и интоксикация → синдром полиорганной недостаточности.

Клиническая симптоматика.

Основными симптомами заболевания являются: задержка стула и газов, вздутие живота, боли в животе, тошнота, рвота. Рвота в начале заболевания часто интоксикационного характера, на поздних стадиях - механического (вследствие гастростаза).

Постоянный болевой синдром высокой интенсивности не купирующийся приемом спазмолитиков является проявлением странгуляционной непроходимости.

Выделяют также крайние формы непроходимости, когда присутствуют не все клинические симптомы, что затрудняет диагностику, приводит к потере времени и развитию осложнений. К этим формам относят высокую и низкую кишечную непроходимость.

Высокая кишечная непроходимость

Локализация препятствия: дистальные отделы 12-перстной кишки - начальные отделы тощей.

При данной форме непроходимости первым и порой единственным симптомом может быть только рвота желчью. Соответственно не будет вздутия живота, а учитывая уровень препятствия, также не будет задержки стула и газов. Характерно быстрое обезвоживание больного.

Низкая кишечная непроходимость

Первыми симптомами данного вида непроходимости являются задержка стула и газов, позже присоединяется вздутие живота, а тошноты и рвоты может не быть.

Патогномоничными для данной формы заболевания являются симптомы Обуховской больницы (зияние ануса при пустой ампуле прямой кишки) и Цеге-Мантейфеля (малая вместимость дистальных отделов кишечника при выполнении сифонной клизмы).

Осложнения:

- Диастатические разрывы кишки (вследствие перерастяжения стенки) с образованием абсцессов брюшной полости или развитием перитонита.
- Гангрена участка кишки (в случае странгуляционной непроходимости).
- Синдром полиорганной недостаточности.

Диагностика.

При осмотре живот вздут, ассиметричен, пальпируется раздутая петля кишки (симптом Валя), перкуторно над зоной вздутия – тимпанит, аускультативно определяется «шум плеска».

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости петли кишок перераздуты газом с уровнями жидкости в нижних участках (симптом кишечных арок) или содержат уровни жидкости со скоплением небольшого количества газа над ними (чаши Клойбера).

При оценке пассажа бария по кишечнику (используется при тонкокишечной непроходимости) отмечается задержка бариевой взвеси в петлях тонкой кишки более 6 часов, что позволяет диагностировать полную непроходимость. Появление контраста в слепой кишке говорит об отсутствии тонкокишечной непроходимости, в этой ситуации исследование прекращают.

Во время срочной ирригоскопии определяют уровень блока при толстокишечной непроходимости. При толстокишечном или илюцекальном инвагинате - выявляют симптом «трезубца» или «клешни».

При УЗИ брюшной полости лоцируются дилатированные петли кишок с большим количеством жидкости и волнами антиперистальтики, свободный выпот в брюшной полости (косвенные признаки кишечной непроходимости). При опухолевой непроходимости лоцируется объёмное образование с чёткими контурами связанное с кишкой.

Диагностика высокой кишечной непроходимости

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости не будет кишечных уровней, т.к. жидкое кишечное содержимое будет забрасываться в желудок и эвакуироваться из него с рвотой.

Диагностика основана только на исследовании пассажа бариевой взвеси по кишечнику: после введения бария в назогастральный зонд барий контрастирует только начальные отделы тощей кишки и длительно там задерживается, пассажа контраста по тонкой кишке нет.

Диагностика низкой кишечной непроходимости

Для данного вида заболевания характерен симптом Цеге-Мантейфеля (малая вместимость дистальных отделов кишечника при выполнении сифонной клизмы).

При срочной колоноскопии или ирригоскопии выявляют уровень непроходимости и причину, при опухолевой непроходимости во время колоноскопии выполняют биопсию.

Дифференциальная диагностика.

При *панкреонекрозе* во время УЗИ брюшной полости выявляют нечёткость контуров и увеличение железы в размерах, появление выпота в парапанкреатической клетчатке; возможна гипермилаземия.

При *перфоративной гастродуоденальной язве* на обзорной

рентгенограмме органов брюшной полости обнаруживают свободный газ под куполом диафрагмы.

При *остром аппендиците* положительные аппендикулярные симптомы, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости нет чаш Клойбера, при УЗИ органов брюшной полости в правой подвздошной области нет муфтообразного утолщения кишки (илиоцекальная инвагинация).

При *остром холецистите, водянке желчного пузыря* при УЗИ органов брюшной полости определяют признаки острого холецистита (см. диагностика острого холецистита) или обнаруживают увеличенный желчный пузырь с тонкой стенкой нормальной эхогенности, а содержимое пузыря однородное, гипозоногенное (водянка желчного пузыря).

Для *болезни Крона* характерно длительное хроническое течение, при оценке пассажа бария по кишечнику выявляют сегментарные стенозы тонкой кишки; при колоноскопии в терминальном отделе подвздошной кишки находят изменения слизистой в виде «бульжной мостовой».

При *дистопии почки* во время УЗИ органов брюшной полости в месте пальпируемого образования лоцируется паренхима и чашечно-лоханочная система почки.

Лечение.

Консервативное:

Установка назогастрального зонда, инфузия кристаллоидов, введение спазмолитиков, выполнение очистительных и сифонных клизм.

Хирургическое:

При *рубцовых стриктурах* формируют обходные межкишечные анастомозы. При *перекруте, узлообразовании* выполняют разворот петель с оценкой их жизнеспособности (цвет стенки кишки, наличие перистальтики, пульсация краевых брыжеечных сосудов). При выявлении нежизнеспособного участка кишки производят резекцию участка кишки (отступив на 30-40 см в проксимальном направлении и 15-20 см - в дистальном) с межкишечным анастомозом. При *завороте сигмы* и жизнеспособной кишке выполняют мезосигмопликацию по Гаген-Торну или сигмопексию, в случае гангрены участка сигмовидной кишки – кишку резецируют с выведением проксимальной одноствольной

колостомы (по типу операции Гартмана) или выведением проксимальной и дистальной петли кишки в виде двуствольной колостомы (операция Микулича). При *инвагинации* выполняют дезинвагинацию, в случае выявления участка нежизнеспособной кишки тактика аналогична лечению перекрута.

Тонкокишечная непроходимость.

Спаечная непроходимость

Выполняют рассечение только тех спаек, которые являются непосредственной причиной непроходимости (проксимальнее места препятствия петли кишок расширены, дистальнее - спавшиеся). При локальном спаечном процессе выполнение этого вмешательства возможно лапароскопическим доступом. Если причиной спаечной непроходимости является конгломерат спаянных между собой петель тонкой кишки показано формирование обходного энтероэнтероанастомоза по типу «бок в бок». Резекцию этого конгломерата выполняют только в случае гангрены участка кишки в конгломерате.

Повторная спаечная непроходимость

С одной стороны непроходимость требует хирургического лечения, с другой - у большинства больных объем операции - рассечение спаек. У всех больных со спаечной кишечной непроходимостью имеется повышенная склонность к спайкообразованию. Каждое повторное вмешательство способствует спайкообразованию и каждая повторная операция при спаечной непроходимости повышает риск рецидива спаечной непроходимости, а также не дает гарантии полного излечения. Исходя из этого, в настоящее время придерживаются максимально консервативной тактики лечения этого вида непроходимости.

При исключении полной спаечной непроходимости лечение консервативное с применением аспирации кишечного содержимого через эндоскопически установленный назоинтестинальный зонд.

Абсолютным показанием к операции при спаечной непроходимости является перитонит, полная кишечная непроходимость и клиническая симптоматика странгуляции.

Непроходимость, обусловленная инородным телом или желчным конкрементом

Выполняют продольную энтеротомию дистальнее места

обтурации, удаляют причину непроходимости и ушивают стенку кишки в поперечном направлении.

Непроходимость, обусловленная безоаром или клубком аскарид

Фрагментируют причину непроходимости без энтеротомии и изводят фрагменты дистальнее места обтурации.

Толстокишечная непроходимость.

Опухолевая толстокишечная непроходимость

При обнаружении рака ободочной и прямой кишок, как причины непроходимости, оценивают вначале резектабельность опухоли.

Если опухоль резектабельна выполняют варианты резекции участка кишки с опухолью:

- правосторонняя гемиколэктомия (рак слепой, восходящей и печеночного изгиба ободочной кишок);
- резекция поперечно-ободочной кишки (рак поперечно-ободочной кишки);
- левосторонняя гемиколэктомия (рак селезеночного изгиба ободочной и нисходящей кишок);
- резекция сигмы (рак сигмы);
- передняя резекция прямой кишки (рак ректосигмоидного отдела).

Все варианты резекции участка кишки при опухолевой кишечной непроходимости являются условно-радикальными, т.к. выполняются не в экстренном или срочном порядке без адекватной лимфодиссекции.

Так как проксимальные отделы кишки раздуты, кишечная стенка их истончена, с нарушенным кровоснабжением, после резекции участка ободочной кишки при опухолевой непроходимости анастомоз не накладывают, а выводят проксимальную одноствольную колостому (высокий риск несостоятельности швов колоколоанастомоза!). Дистальную петлю кишки, при достаточной её длине и мобильности, желательно вывести на переднюю брюшную стенку рядом с проксимальной в виде двуствольной колостомы (по типу операции Микулича). Данный приём позволит выполнить через 3-6 месяцев в плановом порядке внебрюшинное закрытие колостомы без лапаротомии. При короткой дистальной петле её ушивают и погружают в брюшную полость.

Иногда при коротких сроках непроходимости и отсутствии выраженного расширения петель ободочной кишки и перитонита операцию заканчивают первичным колоколоанастомозом (в некоторых случаях для декомпрессии зоны анастомоза дополнительно выводят разгрузочную проксимальную петлевую колостому). Исключением является правосторонняя гемиколэктомия, которую заканчивают формированием илиотрансверзоанастомоза. Такой подход обусловлен тем, что выведение концевой илеостомы приводит к серьезным потерям жидкости и электролитов в послеоперационном периоде, которые у большинства больных не удается компенсировать. Этим больным приходится выполнять повторную операцию - ликвидацию илеостомы с формированием илиотрансверзоанастомоза – в холодном периоде после регресса явлений непроходимости.

После резекции сигмовидной кишки при опухолевой непроходимости у больных пожилого и старческого возраста, которые по общесоматическому статусу не перенесут последующее плановое закрытие стомы, показано внебрюшинное выведение проксимальной одноствольной колостомы.

У больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском при резектабельной опухоли с явлениями толстокишечной непроходимости первым этапом лечения показано выведение проксимальной двуствольной колостомы, а при раке правой половины ободочной кишки — формирование обходного илиотрансверзоанастомоза. Резекция участка ободочной кишки с опухолью проводится после регресса явлений непроходимости.

Если опухоль нерезектабельна выполняют паллиативную операцию: выведение проксимальной двуствольной колостомы или формирование обходного межкишечного анастомоза (илиотрансверзоанастомоз - при раке правой половины ободочной кишки или трансверзосигмоанастомоз - при раке левой половины).

При других видах толстокишечной непроходимости лечение аналогично описанному выше, однако, после резекции участка толстой кишки операцию следует заканчивать выведением проксимальной колостомы.

Важным этапом операции при тонкокишечной непроходимости является *назоинтестинальная интубация начальных отделов*

тонкой кишки 2-просветным зондом с эвакуацией кишечного содержимого и проведением кишечного лаважа (промывание кишки 1,5-2 литрами физиологического раствора с последующей аспирацией). Данная процедура позволяет воздействовать на основное звено патогенеза непроходимости, уменьшает интоксикацию, способствует скорейшему восстановлению трофики кишечной стенки и ликвидации пареза кишечника.

При установке диагноза кишечная непроходимость принята следующая лечебная тактика.

При наличии клинической симптоматики странгуляции или перитонита выполняют экстренную операцию.

Во всех остальных случаях начинают консервативное лечение, которое в случае механической непроходимости является предоперационной подготовкой.

Появление на фоне консервативного лечения отрицательной клинико-рентгенологической динамики (усиление болевого синдрома, увеличение живота в размерах, отсутствие отхождения стула и газов, увеличение количества кишечных уровней при повторной обзорной рентгенографии органов брюшной полости) диктует необходимость срочного вмешательства.

В случае положительной клинико-рентгенологической динамики и регресса явлений непроходимости больного не оперируют и обследуют с целью выявления причин непроходимости.

При отсутствии какой-либо динамики на фоне проводимого консервативного лечения больного необходимо оперировать через 2-4 часа от момента установки диагноза. Исключением является толстокишечная непроходимость с несостоятельной баугиниевой заслонкой без признаков странгуляции и перитонита, в этой ситуации больных можно лечить консервативно 12-24 часа.

БОЛЕЗНЬ КРОНА.

Болезнь Крона – хроническое неспецифическое заболевание кишечника, для которого характерен гранулематозный тип воспаления. Болезнь Крона может поражать любой участок желудочно-кишечного тракта, но наиболее часто локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки (*терминальный илеит*).

Этиология заболевания до конца не изучена, основное значение придают аутоиммунной природе заболевания, особенно фактору некроза опухоли α . По клиническому течению выделяют острую и хроническую формы заболевания.

Характерными осложнениями болезни Крона являются стеноз, перфорация, малигнизация, кровотечение, образование свищей.

Клиническая симптоматика.

Для заболевания характерны боли в животе, возникающие после приёма пищи; вздутие живота; преходящие поносы (до 2-3 раза в сутки); субфебрилитет; потеря веса; токсико-аллергические поражения глаз и суставов. При вовлечении в процесс прямой кишки появляются трещины прямой кишки и параректальные свищи.

Диагностика.

Характерен хронический характер абдоминальных болей с диареей и потерей массы тела.

При колоноскопии в терминальном отделе подвздошной кишки обнаруживают изменения слизистой в виде «бульжной мостовой». При гистологическом исследовании биоптата слизистой кишки обнаруживают гранулематозный тип воспаления, гигантские светлоядерные клетки по типу Пирогова-Лангханса. Во время рентгенографии кишечника с барием выявляют сегментарные стенозы кишки, чередующиеся с неизменёнными участками.

Дифференциальная диагностика.

Рак ободочной кишки диагностируют при выявлении злокачественных клеток в биоптате слизистой кишки.

При *неспецифическом язвенном колите* диарея часто с примесью крови, поражаются только дистальные отделы толстой кишки, нет гранулём при гистологическом исследовании биоптатов кишечной слизистой.

Для *острого аппендицита* характерно отсутствие длительного

анамнеза и внекишечных проявлений.

При инфекционных заболеваниях (*сальмонеллёз, шигеллёз*) будет острое начало, лихорадка 38-40⁰С, миалгии, гепатоспленомегалия, выраженная интоксикация.

Для *туберкулёза кишечника* характерно выявление микобактерии туберкулеза в каловых массах и биоптатах кишечной слизистой.

Болезнь Уиппла подтверждают при гистологическом исследовании биоптатов слизистой 12-перстной кишки, если обнаруживают булавовидные ворсинки, содержащие большое количество лимфы, внутри- и внеклеточные скопления жира в слизистой оболочке. Характерно наличие ШИК-положительных макрофагов.

Лечение.

Консервативное:

- препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин);
- топические стероиды (будесонид);
- системные глюкокортикостероиды;
- цитостатики (азатиоприн, 6-меркаптопурин);
- моноклональные антитела к фактору некроза опухоли α (адалimumаб (Хумира®), инфликсимаб (Ремикейд®)).

Хирургическое (при наличии осложнений):

При перфорации кишки с симптомами перитонита выполняют резекцию участка кишки, санацию и дренирование брюшной полости. При перфорации кишки с формированием абсцесса производят вскрытие и дренирование полости абсцесса. При стенозе кишки выполняют резекцию участка кишки с межкишечным анастомозом или формируют обходной межкишечный анастомоз. В случае кишечного кровотечения выполняют эндоскопический гемостаз, при его неэффективности – резекцию участка кишки с межкишечным анастомозом. При малигнизации производят резекцию участка кишки с наложением межкишечного анастомоза.

Необходимо помнить, что болезнь Крона является аутоиммунным заболеванием и хирургическое лечение показано при наличии осложнений. Частота рецидивов в течение 10 лет после хирургического лечения достигает 25-70%.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – неспецифическое заболевание толстой кишки, для которого характерно образование поверхностных язв слизистой в дистальных отделах толстой кишки.

Этиология не ясна, заболевание считают аутоиммунным.

Классификация:

По распространённости поражения: проктит, проктосигмоидит, левосторонний колит.

По клиническому течению: острая форма, фульминантная, хроническая рецидивирующая, хроническая непрерывная.

Осложнения: токсический мегаколон, кровотечение, малигнизация, перфорация.

Клиническая симптоматика.

Больные предъявляют жалобы на боли в животе (чаще в левой половине); диарею с примесью крови; подьёмы температуры до 39⁰С. Характерны «ложные позывы» и обязательные позывы на дефекацию, потеря веса и артралгии.

Для токсического мегаколона характерны: непрерывная диарея, массивное кровотечение, септицемия, живот вздут, ассиметричен, пальпируется резко дилатированная петля толстой кишки, при аускультации выслушивается «шум плеска».

Диагностика.

При колоноскопии выявляют обширные сливные поверхностные язвы, по краям которых имеются разрастания слизистой (псевдополипы).

При гистологическом исследовании биоптата обнаруживают поражение только слизистого и подслизистого слоёв без гранулематозного воспаления.

Во время ирригоскопии отсутствует гаустрация кишки, характерны утолщение и неровность стенки кишки, сужение просвета с расширением в проксимальных отделах, псевдополипы, укорочение кишки.

Дифференциальная диагностика.

Рак ободочной кишки диагностируют при выявлении злокачественных клеток в биоптате слизистой кишки.

Болезнь Крона редко поражает прямую кишку, не характерна

примесь крови в стуле, слизистая кишки в виде булыжной мостовой, при гистологическом исследовании биоптатов выявляют гранулематозный тип воспаления.

При *амёбной дизентерии* в каловых массах выявляют возбудителя заболевания.

Для *сальмонеллёза* характерна лихорадка и появление кровавистых выделений в кале со 2-й недели заболевания.

Лечение.

Консервативное:

- препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин) перорально и в микроклизмах;
- топические стероиды (будесонид) в микроклизмах;
- системные глюкокортикостероиды;
- фторхинолоны и метронидазол;
- цитостатики (азатиоприн, 6-меркаптопурин) при неэффективности глюкокортикостероидов.

Лечение токсического мегаколона: преднизолон в/в 180-240 мг/сутки, антибиотики, газоотводная трубка. При отсутствии эффекта в течение суток и нарастании интоксикации показана резекция дилатированного участка кишки в срочном порядке.

При лечении кишечного кровотечения выполняют эндоскопический гемостаз (орошение 96% спиртом или Е-аминокапроновой кислотой, фибриновый клей).

Показаниями к хирургическому лечению являются: токсический мегаколон (при неэффективности консервативного лечения), кровотечение (при неэффективности эндоскопического гемостаза), малигнизация, а также прогрессирующее рецидивирующее течение болезни.

Во всех случаях выполняют субтотальную резекцию ободочной кишки с выведением илеостомы и сигмостомы. При отсутствии выраженных метаболических нарушений показана тотальная колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара.

Необходимо помнить, что НЯК является аутоиммунным заболеванием и хирургическое лечение показано только при наличии осложнений. Для профилактики рецидивов заболевания необходимо воздерживаться от экономных резекций ободочной кишки.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ

Дивертикулярная болезнь – заболевание, характеризующееся образованием мешковидных выпячиваний кишечной стенки наружу.

Наиболее часто дивертикулы локализуются в сигмовидной и левых отделах ободочной кишки, но могут встречаться на всём протяжении пищеварительной трубки.

Заболевание протекает бессимптомно, клиническая симптоматика появляется при развитии осложнений.

Осложнения дивертикулярной болезни: дивертикулит, кишечное кровотечение, перфорация дивертикула с развитием параколлярного инфильтрата, абсцесса или перитонита.

Дивертикулит

Клиническая симптоматика.

Больные предъявляют жалобы на постоянные или спастические боли различной интенсивности в левой подвздошной области или левой половине живота, которые возникли после погрешности в диете или на фоне запора.

Диагностика.

В анамнезе аналогичные приступы болей, указание на выявленные при колоноскопии дивертикулы толстой кишки. Физикально: в левой подвздошной области определяется умеренная болезненность, перитонеальных симптомов нет, может быть защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, неустойчивый стул.

В общем анализе крови лейкоцитоз.

При колоноскопии выявляют дивертикулы толстой кишки с явлениями дивертикулита (исследование выполняют на 7-10 сутки лечения после регресса болевого синдрома, т.к. в начальной стадии высок риск перфорации дивертикула).

Дифференциальная диагностика.

При *правосторонней пиелокаликоектазии* на фоне мочекаменной болезни справа положителен симптом поколачивания, в общем анализе мочи может быть лейкоцитурия и эритроцитурия, а при УЗИ почек выявляют расширение чашечно-

лоханочной системы левой почки с гиперэхогенными округлыми образованиями (конкременты) в ней.

При *остеохондрозе поясничного отдела позвоночника* с корешковым синдромом интенсивность болевого синдрома меняется с изменением положения тела больного, пальпация паравerteбральных точек слева болезненна, а на рентгенограммах поясничного отдела позвоночника выявляют признаки остеохондроза.

Для *левостороннего сальпингофорита* характерен периодический хронический болевой синдром, при бимануальном осмотре пальпация левых придатков болезненна, при УЗИ малого таза левые придатки увеличены, гиперэхогенны, иногда лоцируется выпот в малом тазу.

Лечение.

Консервативное: антибиотики, спазмолитики, препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин), инфузия кристаллоидов (детоксикация).

В случае *перфорации дивертикула* показана экстренная операция. При отсутствии признаков перитонита и малых сроках заболевания (до 2 часов) показано ушивание места перфорации с погружением дивертикула внутрь кишки и выведением проксимальной разгрузочной двухствольной колостомы. При локализации перфорированного дивертикула в средней трети сигмовидной или поперечно-ободочной кишок лучшей операцией является экстериоризация участка ободочной кишки с местом перфорации в виде двухствольной колостомы.

При выраженных воспалительных изменениях стенки кишки показано выполнение резекции участка кишки по типу Микулича или Гартмана. Формировать межкишечный анастомоз не рекомендуется ввиду опасности несостоятельности его швов.

В случае прикрытой перфорации и обнаружении на срочной операции малоподвижного околокишечного инфильтрата первым этапом выводят проксимальную двухствольную колостому. После регресса воспалительного инфильтрата вторым этапом хирургического лечения (в условиях специализированного проктологического отделения) выполняют резекцию поражённого отдела ободочной кишки с обязательной резекцией ректосигмоидного отдела.

Кишечное кровотечение

Клиническая симптоматика.

Больные предъявляют жалобы на примесь крови в каловых массах или выделение крови из прямой кишки, слабость.

Диагностика

При физикальном осмотре выявляют общие симптомы кровопотери (гипотония, тахикардия, бледность, холодный липкий пот) и выделение крови из прямой кишки. Болевой синдром не характерен.

При пальцевом ректальном исследовании на перчатке следы крови, геморроидальные узлы без признаков кровотечения или не определяются.

В общем анализе крови возможно выявление анемии.

При срочной колоноскопии выявляют устья дивертикулов толстой кишки с продолжающимся или состоявшимся кровотечением, уточняют локализацию источника кровотечения.

Дифференциальная диагностика.

При *геморроидальном кровотечении* во время пальцевого исследования прямой кишки выявляют геморроидальные узлы, диагноз подтверждают при ректороманоскопии.

Диагноз *рака прямой или сигмовидной кишки* устанавливают после ректороманоскопии (при которой выявляют бугристую опухоль), и на основании гистологического исследования биоптатов из опухоли (обнаружение злокачественных клеток).

Для *кишечной инвагинации* характерны незначительная примесь крови в кале, постоянные интенсивные боли в животе и симптоматика острой кишечной непроходимости (см. указанную тему).

При *неспецифическом язвенном колите* боль в левой половине живота сопровождается подъёмом температуры до фебрильной, а во время срочной колоноскопии в дистальных отделах ободочной кишки выявляют обширные сливные поверхностные язвы, по краям которых имеются разрастания слизистой (псевдополипы).

Лечение.

В случае состоявшегося кишечного кровотечения начинают консервативное лечение: трансфузии свежезамороженной плазмы и эритромаcсы по клиническим показаниям, гемостатики

(этамзилат, викасол), клизмы с Е-аминокапроновой кислотой, антибиотики, препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин), инфузии кристаллоидов.

При выявлении продолжающегося кровотечения диагностическая колоноскопия переходит в лечебную – выполняют эндоскопический гемостаз (орошение источника кровотечения 96% спиртом, Е-аминокапроновой кислотой).

При рецидиве кишечного кровотечения показан повторный эндоскопический гемостаз.

При отсутствии эффекта от эндоскопического гемостаза показана резекция участка кишки с первичным межкишечным анастомозом. У больных с тяжёлой степенью кровопотери, выраженными дегенеративными изменениями стенки кишки и высоким операционно-анестезиологическим риском анастомоз не накладывают, а выводят проксимальную колостому.

Параколларный инфильтрат

Параколларный инфильтрат развивается при прогрессировании дивертикулита вследствие перфорации дивертикула без прорыва в свободную брюшную полость. Клиническая симптоматика аналогична симптоматике дивертикулита.

Диагностика.

На фоне симптомов дивертикулита в левой подвздошной области или в проекции ободочной кишки пальпируется умеренно болезненный инфильтрат с нечёткими краями, смещаемый или несмещаемый, определяется мышечный дефанс над инфильтратом.

В общем анализе крови лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево.

При УЗИ брюшной полости выявляют инфильтрат, связанный с толстой кишкой, уточняют его размеры и структуру, определяют реактивный выпот в брюшной полости.

Колоноскопию выполняют в холодном периоде после регресса болевого синдрома (риск перфорации) для уточнения генеза заболевания и дифференциальной диагностики с раком ободочной кишки.

Дифференциальный диагноз.

При *раке ободочной кишки* диагноз уточняют при колоноскопии с биопсией в «холодном» периоде после купирования болевого

синдрома и регресса инфильтрата.

При *кистах левого яичника* или *левой почки* пальпаторно образование имеет чёткие края, а во время УЗИ выявляют гипэхогенное округлое образование с однородным содержимым и капсулой, связанное с левым яичником или исходящее из левой почки.

При *раке левого яичника* или *левой почки* во время УЗИ обнаруживают округлое образование нормальной или повышенной эхогенности, связанное с указанными органами. Диагноз уточняют при КТ орг брюшной полости и малого таза, с анализом крови на онкомаркёры.

Лечение консервативное, аналогично лечению дивертикулита.

Параколярный абсцесс

Является одним из вариантов исхода параколярного инфильтрата.

Клиническая симптоматика, диагностика и лечебная тактика аналогичны аппендикулярному абсцессу. Отличие - в локализации.

Эпизод образования параколярного абсцесса в анамнезе является показанием к резекции изменённого участка ободочной кишки с обязательной резекцией ректосигмоидного отдела в плановом порядке.

При больших размерах дефекта стенки кишки, выявленного во время ревизии полости абсцесса, необходимо выведение проксимальной 2-ствольной колостомы, с целью исключения участка ободочной кишки, где сформировался абсцесс, из пассажа каловых масс.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки - хроническое рецидивирующее заболевание, сопровождающееся образованием язв слизистой желудка и 12- перстной кишки.

Заболевание полиэтиологично, однако при различной локализации язвы имеются принципиально разные основные патогенетические факторы: при язвенной болезни 12-перстной кишки - повышение кислотопродукции в желудке; при желудочной язве - нарушение регенераторных свойств слизистой желудка.

Осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация, пенетрация, рубцово-язвенный пилоростеноз, малигнизация.

Клиническая симптоматика.

Больные жалуются на боли в эпигастрии и правом подреберье, связанные с приемом пищи, изжогу, тошноту, рвоту, диарею или обстипацию. Для заболевания характерна сезонность обострений (весна, осень). Для язвы желудка характерны ранние боли, возникающие после приема пищи, для дуоденальной язвы – поздние (через 1,5-2 часа после приема пищи) и ночные боли.

Диагностика.

Характерны связь болевого синдрома с приемом пищи, сезонность обострений. При пальпации определяют умеренную болезненность в эпигастрии и правом подреберье. При ЭГДС выявляют язву, определяют ее локализацию, размеры, диагностируют осложнения. *Рентгенография желудка и 12-перстной кишки с двойным контрастированием* (симптом ниши с периульцирозным воспалительным валом и конвергенцией складок слизистой, рубцовая деформация) позволяет поставить диагноз, точно определить локализацию и размеры язвы, оценить моторно-эвакуаторную функцию желудка.

Надо отметить, что ЭГДС является скрининговым исследованием и, в ряде случаев, позволяет взять биопсию. Рентгенография является основным методом диагностики. Необходимо выполнять оба исследования, т.к. одно из них дополняет другое и помогает установить точный диагноз.

Дифференциальный диагноз.

При *инфильтративно-язвенной форме рака желудка*

гистологическое исследование биоптатов из язвы выявляет злокачественные клетки. Язвы 12-перстной кишки озлокачествляются очень редко, выявление в биоптате злокачественных клеток чаще говорит о прорастании в ДПК рака поджелудочной железы или общего желчного протока.

Лечение.

Консервативное: диета, режим питания, антисекреторные препараты (H2-блокаторы и ингибиторы протонной помпы), антациды, спазмолитики. При выявлении *Helicobacter pylori* показано включение в схему консервативного лечения кларитромицина в сочетании с ампициллином или метронидазолом.

Показания к *хирургическому лечению:*

Абсолютные: профузное язвенное кровотечение при невозможности или неэффективности эндоскопического гемостаза, перфорация язвы, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация.

Условно абсолютные: пенетрация язвы, рецидив кровотечения в стационаре или повторные язвенные кровотечения в анамнезе, рецидив язвы при наличии перфоративной язвы в анамнезе, гигантские каллёзные язвы, язвы желудка с отсутствием эффекта от комплексного консервативного лечения в течение 2-3 месяцев.

Относительные: отсутствие эффекта от комплексного консервативного лечения в течение 2-3 месяцев, сочетание язвенной болезни с другими заболеваниями ЖКТ, требующими хирургического лечения.

Виды операций:

При неосложненной *желудочной* язве радикальная операция - классическая дистальная резекция 2/3 желудка (удаляются зона кислотопродукции /тело желудка/ и гастринпродуцирующая зона /антральный отдел/). Возможно выполнение антрэктомии в сочетании со стволовой ваготомией (локализация язвы в антральном и пилорическом отделах) или субтотальной дистальной резекции желудка (при расположении язвы проксимальнее линии классической резекции 2/3 желудка).

При неосложненной *дуоденальной* язве операцией выбора является селективная проксимальная ваготомия (возможно выполнение классической дистальной резекции 2/3 желудка).

Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки

Прободная (перфоративная) язва – осложнение язвенной болезни, при котором происходит перфорация стенки органа с попаданием содержимого желудка или ДПК в брюшную полость или забрюшинную клетчатку.

Выделяют следующие варианты заболевания: 1. типичная перфоративная язва; 2. атипичная перфоративная язва (перфорация в сальниковую сумку, большой и малый сальник или забрюшинную клетчатку); 3. прикрытая перфоративная язва (перфоративное отверстие через непродолжительное время закрывается куском пищи, прядью большого сальника, левой долей печени, желчным пузырем или петлями кишок).

Клиническая симптоматика.

Для перфоративной язвы характерно внезапное начало, возникновение резких постоянных болей высокой интенсивности в эпигастрии и правом подреберье, возможна тошнота, рвота, изжога. В анамнезе может быть указание на язвенную болезнь, подтвержденную данными ЭГДС.

При атипичной перфоративной язве нет перитонеальных симптомов, болевой синдром средней интенсивности, в эпигастрии может определяться слабоболезненный инфильтрат.

Для прикрытой перфоративной язвы характерно кратковременное типичное начало с регрессом болевого синдрома и локализацией болей в правой подвздошной области или правом подреберье (дифференциальная диагностика с острым аппендицитом и острым холециститом). Данная особенность клинических проявлений связана с объемом желудочного содержимого, излившегося в брюшную полость, и его расположением (подпечёночное пространство или правая подвздошная ямка).

Диагностика.

Типичная клиническая симптоматика, перитонеальные симптомы в эпигастрии и правых отделах живота.

При подозрении на перфоративную язву выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной полости: под куполами диафрагмы выявляют полосу свободного газа (симптом серпа).

При отсутствии свободного газа в брюшной полости на

обзорной рентгенограмме и малом промежутке времени от начала заболевания выполняют ЭГДС (для выявления язвы) и повторно выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной полости, на которой выявляют свободный газ.

Прикрытую перфорацию выявляют аналогичным образом.

При тяжелом состоянии пациента и лежащим больным обзорную рентгенографию органов брюшной полости выполняют в латеропозиции.

При атипичной перфоративной язве свободного газа под куполами диафрагмы нет. Возможно выявление газа в проекции сальниковой сумки. При УЗИ органов брюшной полости иногда определяют выпот в сальниковой сумке. При ЭГДС обнаруживают язву желудка или 12-перстной кишки. Основным методом диагностики атипичной перфоративной язвы является рентгенография желудка с водорастворимым контрастным веществом, при которой выявляют экстраорганный распространение контраста.

Дифференциальная диагностика.

При *остром калькулезном холецистите* при УЗИ органов брюшной полости выявляют характерные изменения в желчном пузыре.

При *остром аппендиците* и *остром панкреатите* не бывает свободного газа на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости.

Лечение.

При установке диагноза показана экстренная операция через лапаротомный или лапароскопический доступ.

Обнаружение перфоративного отверстия диаметром <0,5 см, без выраженного воспалительного инфильтрата, сопутствующих осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение) и распространенного перитонита являются показанием к выполнению лапароскопического ушивания прободной язвы.

Виды операций.

Паллиативные - тампонада перфоративного отверстия прядью большого сальника по Оппелю-Поликарпову, ушивание перфоративного отверстия.

Условно радикальные - иссечение краев перфоративного отверстия с ушиванием образовавшегося дефекта (при выполнении

вышеуказанных вмешательств на дуоденальной язве обязательно выполняют пилоропластику по Гейнике-Микуличу, Джадду или Финнею для профилактики пилоростеноза), клиновидная или экономная резекции желудка при желудочной язве.

Радикальные вмешательства (направлены не только на закрытие перфоративного отверстия, но и на полное излечение от язвенной болезни):

- при язве желудка – классическая дистальная резекция 2/3 желудка, возможно выполнение антрумэктомии в сочетании со стволовой ваготомией (при локализации язвы в антральном и пилорическом отделах) или субтотальной дистальной резекции желудка (при расположении язвы проксимальнее линии классической резекции 2/3 желудка);

- при дуоденальной язве – условно-радикальные вмешательства при данной локализации в сочетании с селективной проксимальной или стволовой ваготомией.

Для определения объема операции необходимо ориентироваться на возраст больного, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, длительность язвенного анамнеза, характер язвенного дефекта (каллёзная язва), размеры дефекта и характер выпота в брюшной полости.

Показания к паллиативной операции:

- острые стрессовые перфоративные язвы у молодых больных;
- больные старше 60 лет с высоким операционно-анестезиологическим риском;
- сочетание перфоративной язвы с распространённым гнойным перитонитом;
- недостаточная квалификация хирурга.

Показания к радикальной операции:

- длительный язвенный анамнез и выявление каллёзной язвы;
- большие язвы (в желудке >2 см в диаметре, в 12-перстной кишке >1,5 см);
- полное отделение луковицы ДПК от желудка при перфорации циркулярной дуоденальной язвы.

Острые гастродуоденальные кровотечения

Острые гастродуоденальные кровотечения относятся к скрытым кровотечениям из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для данного вида кровотечений характерны общие симптомы кровопотери (бледность, холодный пот, тахикардия, гипотония) и специфические признаки (мелена, рвота кровью со сгустками или «кофейной гущей»).

Среди причин гастродуоденальных кровотечений выделяют: язву желудка или 12-перстной кишки, синдром Мэллори-Вейса, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, рак желудка с кровотечением, язву Дьюлафуа.

Диагностика.

В анамнезе иногда имеются указания на гастродуоденальную язву или другие заболевания этой зоны (выявленные при ЭГДС), возможно указание на осложненное течение заболевания (кровотечение, перфорация).

При осмотре можно обнаружить остатки рвотных масс и/или мелены на коже и одежде больного.

При пальцевом ректальном исследовании выявляют мелену.

После установки желудочного зонда выявляют поступление крови по зонду, или отмечают примесь крови, сгустков и солянокислого гематина в промывных водах (диагностическая процедура и одновременно подготовка к ЭГДС).

При ЭГДС выявляют источник кровотечения и определяют - является ли кровотечение состоявшимся на момент осмотра или продолжающимся (что существенно влияет на тактику лечения больного).

При выявлении хронических язв желудка и 12-перстной кишки для эндоскопической оценки состояния гемостаза и прогноза риска рецидива кровотечения применяют классификацию по Forrest:

Forrest I - продолжающееся кровотечение

I a - артериальное

I b - венозное или капиллярное

Forrest II - состоявшееся кровотечение

II a - в дне язвы тромбированный сосуд

II b - дно язвы прикрыто рыхлым сгустком

II c - в дне язвы мелкие тромбированные сосуды или

солянокислый гематин

Forrest III - источника кровотечения не выявлено.

При кровотечении Forrest I после эндоскопического гемостаза и Forrest IIa риск рецидива кровотечения из хронической гастродуоденальной язвы высокий.

Дифференциальная диагностика.

Большинство причин кровотечения выявляют при ЭГДС: язву желудка или 12-перстной кишки, разрыв слизистой при синдроме Мэллори-Вейса, варикозно-расширенные вены пищевода, кровоточащую раковую опухоль, язву Дъелафуа.

Также проводят дифференциальную диагностику с другими скрытыми кровотечениями:

- кишечным - при пальцевом ректальном исследовании выявляют следы крови на перчатке, а при колоноскопии уточняют источник кровотечения;

- гинекологическим (внематочная беременность, метроррагия, разрыв овариальной кисты) - выделение крови из влагалища, при УЗИ малого таза выявляют вышеуказанные заболевания, также возможно определение свободной жидкости в малом тазу и брюшной полости, а при пункции заднего свода влагалища получают кровь;

- урологическим (рак почки, мочевого пузыря, макрогематурия при мочекаменной болезни) - выделение крови из уретры, макрогематурия, при УЗИ малого таза и почек определяют признаки мочекаменной болезни, опухоли почки или мочевого пузыря;

- внутрибрюшным (проникающие ранения брюшной и грудной стенок, закрытая травма живота) — получают указание на травму брюшной полости или обнаруживают раны брюшной стенки, при УЗИ в брюшной полости определяют свободную жидкость;

- легочным - имеется выделение пенистой крови через рот, при трахеобронхоскопии уточняют источник кровотечения;

- носовым - осмотр задней стенки глотки позволяет установить диагноз.

Лечение.

Как и другие кровотечения лечение гастродуоденального кровотечения в первую очередь базируется на его остановке

любым доступным способом.

При обнаружении во время ЭГДС продолжающегося кровотечения диагностическая манипуляция переходит в лечебную - выполняют эндоскопическую остановку кровотечения (эндоскопический гемостаз).

Виды эндоскопического гемостаза:

- коагуляционный (электрокоагуляция);
- термический (термозонд и криодеструкция);
- радиоволновой (сургитрон);
- лазерный (лазер различной длины волны);
- инфильтрационный (инъекции 5% раствора глюкозы с адреналином);
- химический (инъекции этанола или склерозантов);
- механический (клипирование);
- биологический (фибриновый клей).

Если кровотечение не удалось остановить эндоскопически или оно рецидивирует в стационаре показано выполнение хирургического вмешательства.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Все операции при гастродуоденальных язвенных кровотечениях делят на паллиативные, условно радикальные и радикальные.

Паллиативные вмешательства (направлены только на остановку кровотечения):

- прошивание кровоточащего сосуда в дне язвенного дефекта;
- ушивание язвенного дефекта;
- иссечение краев язвы до мышечного слоя с ушиванием образовавшегося дефекта.

При дуоденальной язве вмешательство дополняют пилоропластикой по Гейнике-Микуличу или Джадду (для профилактики пилоростеноза).

Условно радикальные вмешательства (варианты экономных резекций, которые не приводят к полному излечению от язвенной болезни, но выполняются при невозможности выполнения паллиативных вмешательств.):

- клиновидная резекция желудка ;
- экономная резекция желудка.

Показания к экономным резекциям – каллёзная язва желудка при невозможности выполнения радикальной операции.

Радикальные вмешательства (направлены не только на остановку кровотечения, но и на полное излечение от язвенной болезни):

- желудочная язва - классическая дистальная резекция 2/3 желудка, возможно выполнение антрумэктомии в сочетании со стволовой ваготомией (при локализации язвы в антральном или пилорическом отделах) или субтотальной дистальной резекции желудка (при расположении язвы проксимальнее линии классической резекции 2/3 желудка);

- дуоденальная язва - все паллиативные вмешательства при данной локализации в сочетании с селективной проксимальной или стволовой ваготомией.

Лечебная тактика.

При выявлении продолжающегося язвенного гастродуоденального кровотечения выполняют эндоскопический гемостаз. При неэффективности эндоскопического гемостаза или рецидиве язвенного кровотечения показана экстренная операция.

У больных старше 60 лет с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционно-анестезиологическим риском в данной ситуации оправданы настойчивые попытки эндоскопического гемостаза.

После принятия решения о хирургическом лечении определяют объём операции: больным с тяжелой степенью кровопотери и/или постemorрагическим шоком выполняют паллиативную операцию. Больным молодого и среднего возраста при отсутствии тяжелой кровопотери, длительном язвенном анамнезе и/или больших каллёзных язвах показана радикальная операция.

Синдром Мэллори-Вейса.

Это синдром, при котором после многократной рвоты (при панкреатите, токсикозе беременных и других заболеваниях) происходит разрыв слизистой кардии с распространением на дно желудка и абдоминальный отдел пищевода.

Глубина дефекта варьирует от разрыва только слизистой до полного разрыва стенки органа. Разрыв локализуется на левой или задней стенке пищеводно-желудочного перехода, возможно образование нескольких линейных дефектов.

Лечебная тактика.

Настойчивые попытки эндоскопического гемостаза оказываются эффективными у большинства больных. При отсутствии эффекта эндоскопического гемостаза показана гастротомия с ушиванием дефекта узловыми швами.

При полном разрыве стенки кардии выполняют ушивание дефекта с перитонизацией линии швов прядью большого сальника, санация и дренированием брюшной полости.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Синдром портальной гипертензии приводит к расширению вен верхнего портокавального анастомоза, которые могут являться источником кровотечения.

Лечебная тактика.

Установка зонда Блэкмора - Сенгстакена на 24-48 часов.

При отсутствии эффекта от постановки зонда показаны эндоскопический гемостаз (лигирование латексными кольцами или паравазальные инъекции склерозантов) либо открытая операция: гастротомия, прошивание варикозных вен пищевода).

Язва Дьюлафуа.

В основе заболевания лежит артериовенозная мальформация подслизистого слоя и слизистой желудка. Заболевание можно выявить только при продолжающемся кровотечении: участок сосуда из которого поступает кровь, чаще локализуется по задней стенке верхней трети тела или дна желудка, слизистая вокруг не изменена.

Лечебная тактика.

Эндоскопический гемостаз. Если кровотечение не удаётся остановить эндоскопическим методом, выполняют гастротомию и прошивают кровоточащей сосуд.

Рак желудка.

Лечебная тактика.

Эндоскопический гемостаз (фибриновый клей, орошение поверхности опухоли 96% спиртом). При неэффективности эндоскопического гемостаза в случае резектабельной опухоли выполняют субтотальную резекцию желудка с опухолью; при нерезектабельной опухоли оправдана эндоваскулярная эмболизация левой или правой желудочных артерий или их перевязка после лапаротомии.

Рубцово-язвенный пилоростеноз

Это осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки, при котором развивается сужение внутреннего просвета привратника с нарушением эвакуации из желудка или без.

Этиология.

Язвенная болезнь луковицы 12- перстной кишки при больших или длительно существующих язвах.

Классификация.

По степени нарушения эвакуаторной функции желудка различают: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный пилоростеноз.

Клиническая симптоматика.

Помимо язвенной симптоматики больные предъявляют жалобы на чувство тяжести после еды, тошноту, рвоту съеденной накануне пищи, похудание. Тургор кожи снижен. При длительном течении заболевания возможны судороги.

Диагностика.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки в анамнезе.

В эпигастральной области натощак выслушивается шум плеска, нижняя граница желудка определяется ниже пупка.

При ЭГДС привратник и луковица 12-перстной кишки деформированы, рубцово изменены, просвет привратника сужен, в желудке натощак большое количество слизи или съеденной накануне пищи.

Рентгенография желудка с оценкой скорости эвакуации из желудка позволяет оценить размеры желудка, уточняет насколько сужен привратник, а также определяет степень стеноза. При задержке бариевой взвеси в желудке до 12 часов стеноз является компенсированным, до 24 часов - субкомпенсированным, более 24 часов - декомпенсированным.

Электрогастроэнтерография позволяет оценить моторно-пропульсивную функцию желудка и определить показания к резекции желудка. При отсутствии градиента давления между телом и антральными отделами желудка, а также одинаковым тонусом натощак и после приема пищи стеноз привратника является декомпенсированным. Для субкомпенсированного стеноза привратника градиент давления между указанными

отделами желудка сохраняется, однако снижается сила и частота сокращений желудочной стенки.

Дифференциальная диагностика.

Рак антрального отдела желудка выявляют при ЭГДС и по результатам гистологического исследования биоптатов опухоли.

Сдавление выходного отдела желудка и залуковичных отделов 12-перстной кишки при раке и кистах головки поджелудочной железы выявляют при ЭГДС и рентгенографии желудка с оценкой желудочной эвакуации (выявляют сужение просвета кишки за счёт сдавления извне). Диагноз подтверждают при КТ органов брюшной полости.

При хронической дуоденальной недостаточности на рентгенограммах выявляют дилатацию 12-перстной кишки более 3,5 см, а также уточняют причину этого заболевания.

Лечение.

При компенсированном рубцово-язвенном стенозе привратника лечение консервативное, направленное на лечение основного заболевания (см. консервативное лечение язвенной болезни). Кроме этого в схему лечения добавляют препараты улучшающие моторику желудка (метоклопрамид, мотилиум).

При субкомпенсированном стенозе привратника лечение хирургическое - после рубцевания язвы выполняют пилоропластику по Гейнике-Микуличу или Джадду в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. У пожилых больных пилоропластику выполняют со стволовой ваготомией. В настоящее время эти вмешательства выполняют из традиционного доступа или комбинированным способом (лапароскопическая ваготомия с пилоропластикой из минилапаротомного доступа).

При декомпенсированном стенозе привратника и отсутствии пропульсивной моторики желудка или опущении желудка в малый таз показана дистальная резекция 2/3 желудка или антрумэктомия со стволовой ваготомией с формированием гастродуоденоанастомоза по Бильрот-1.

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Эту группу заболеваний объединяет то, что в анамнезе у всех больных имеются указания на какое-либо вмешательство на желудке.

Классификация:

- пептическая язва гастроэнтероанастомоза,
- демпинг-синдром,
- гипогликемический синдром,
- синдром приводящей петли,
- незажившие или рецидивные язвы после ваготомии,
- пострезекционная анемия,
- щелочной рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит,
- пострезекционная астения.

Пептическая язва гастроэнтероанастомоза

Как следует из названия, данное заболевание возникает после резекции желудка по типу Бильрот-2.

Этиология.

Среди основных причин заболевания выделяют:

1. экономную резекцию с сохранением части тела желудка;
2. экономную резекцию с сохранением части слизистой антрального отдела желудка;
3. эндокринные причины (синдром Золлингера-Элиссона, гиперпаратиреоз, наследственные полиаденопатии).

Все указанные причины способствуют сохранению остаточной кислотопродукции в культе желудка (уровень pH в культе желудка меньше 7, что не является нормой у больных, перенёсших дистальную резекцию желудка).

Пептическая язва гастроэнтероанастомоза чаще образуется по линии анастомоза или со стороны тонкой кишки (в брыжеечном ее крае, что объясняет частое возникновение кровотечения). При ЭГДС выявляют язву гастроэнтероанастомоза, часто осложнённую кровотечением.

Клиническая симптоматика.

Характерно появление симптомов язвенной болезни через 6-12 месяцев после резекции желудка

Диагностика и тактика лечения пептической язвы зависит от причин ее появления и вида первичной операции.

Экономная резекция с сохранением части тела желудка.

Данный объем резекции подразумевал удаление менее 2/3 дистальной части желудка (чаще дистальную 1/2 желудка), и, конечно, в такой ситуации была сохранена часть тела желудка. Слизистая этого отдела продолжает вырабатывать соляную кислоту, что приводит к образованию язвы гастроэнтероанастомоза, так как слизистая тощей кишки не адаптирована с воздействием соляной кислоты желудочного сока.

Диагностика.

При рентгенографии желудка выявляют так называемую «большую» культю желудка, которая состоит из дна и части тела желудка.

При гистологическом исследовании биоптатов слизистой культуры желудка, забираемых при ЭГДС в дистальных отделах желудочной культуры над зоной гастроэнтероанастомоза, выявляют клетки, характерные для слизистой тела желудка.

Лечение.

Выполняют резекцию культуры желудка (с сохранением только кардиального отдела и дна желудка) с гастродуоденоанастомозом по типу Бильрот-I.

Экономная резекция желудка с сохранением слизистой антрального отдела желудка в культе 12-перстной кишки.

При данном неполноценном варианте дистальной резекции желудка желудок отсекали от 12-перстной кишки тот час за привратником или с сохранением последнего. При этом в культе 12-перстной кишки сохраняется часть слизистой антрального отдела желудка, которая иногда пролабирует за привратник. В такой ситуации G-клетки слизистой антрального отдела желудка начинают ненормировано вырабатывать гастрин, т. к. при резекции по Бильрот-2 отсутствует ингибирующее действие на них соляной кислоты желудочного сока. Гипергастринемия приводит к активизации остаточных париетальных клеток в дне желудка, в культе желудка начинается выработка соляной кислоты, что приводит к образованию язвы гастроэнтероанастомоза.

Диагностика.

При рентгенографии культи 12-перстной кишки после установленного эндоскопическим методом в приводящую петлю зонда с манжетой выявляют парашютообразную форму культи 12-перстной кишки.

При ЭГДС с биопсией слизистой культи 12-перстной кишки в биоптате обнаруживают большое количество G-клеток, что характерно для слизистой антрального отдела желудка.

Лечение.

Резекция культи 12-перстной кишки (при сочетании с сохранённой частью тела желудка операцию дополняют резекцией культи желудка с анастомозом по типу Бильрот-1).

Синдром Золлингера-Элиссона.

Для заболевания характерно наличие гормонально активной опухоли (гастриномы), не контактирующей с просветом кишки (продукция гастрина не зависит от приёма пищи), агрессивное течение язвы желудка и 12-перстной кишки, рефрактерность к консервативному лечению, частые язвенные кровотечения.

Постоянная гипергастринемия активирует остаточные париетальные клетки дна желудка, что приводит к появлению кислотопродукции в культе желудка.

Диагностика.

В сыворотке крови выявляют гипергастринемию более 300 пг/мл (норма до 90 пг/мл). При незначительной гипергастринемии провокационные пробы с секретинном, хлористым кальцием вызывают резкое повышение уровня сывороточного гастрина (более 500-1000 пг/мл).

При КТ органов брюшной полости обнаруживают опухоль поджелудочной железы небольшого размера с чёткими ровными контурами или признаками инфильтративного роста.

Лечение.

При доброкачественной, по данным КТ, опухоли выполняют энуклеацию гастриномы.

Если имеются признаки инвазивного роста и опухоль располагается в головке железы выполняют панкреатодуоденальную резекцию, в теле – расширенную субтотальную резекцию поджелудочной железы, в хвосте —

резекцию хвоста поджелудочной железы.

При отсутствии визуализации гастриномы на КТ выполняют экстирпацию культи желудка (удаление органа-мишени).

Гиперпаратиреоз.

При этом заболевании высокий уровень паратгормона приводит к гиперкальциемии, которая активизирует остаточные париетальные клетки дна желудка и способствует появлению остаточной кислотопродукции.

Диагностика.

Гиперкальциемия в биохимическом анализе крови.

Повышенный уровень паратгормона в сыворотке крови.

При УЗИ паращитовидных желез выявляют аденому.

Лечение определяет эндокринолог, в случае показаний к хирургическому лечению выполняют аденомэктомию или удаление паращитовидных желез.

Постваготомные язвы

К данной группе заболеваний относятся все органосохраняющие операции при язвенной болезни, которые сопровождались ваготомией.

По времени возникновения выделяют незажившие и рецидивные постваготомные язвы.

Рецидивные язвы бывают ранними (дуоденальные), рецидивирующими в течение 1 года после ваготомии, и поздними (желудочные), рецидивирующими более чем через 1 год после операции.

Незажившие и ранние рецидивные язвы образуются вследствие сохраняющейся кислотопродукции из-за неполной денервации кислотопродуцирующей зоны желудка.

Поздние рецидивные язвы возникают из-за нарушения нейротрофики желудочной стенки и эвакуаторных нарушений.

Диагностика.

При ЭГДС выявляют язвенный дефект.

При внутрижелудочной рН-метрии определяют остаточную кислотопродукцию (при желудочных язвах может быть гипохлоргидрия или ахлоргидрия).

Лечение.

При дуоденальной язве и наличии остаточной кислотопродукции показана стволовая ваготомия с циркулярной миотомией абдоминального отдела пищевода под контролем интраоперационной рН-метрии. Операцию заканчивают фундопликацией по Ниссену в модификации РНЦХ.

При желудочной или дуоденальной язве на фоне ахлоргидрии выполняют классическую дистальную резекцию 2/3 желудка.

Демпинг-синдром

Демпинг-синдром - заболевание, развивающееся вследствие быстрого поступления гиперосмолярных пищевых масс в тонкую кишку. Развивается после дистальной резекции желудка (чаще по Бильрот-2), гастрэктомии, пилоропластики.

Поступление большого количества гиперосмолярного содержимого в тонкую кишку приводит к перерастяжению ее стенки. Происходит выброс вазоактивных веществ (брадикинин, холецистокинин, вазоинтестинальный пептид и др.) и снижение проницаемости слизистой кишки. Затем происходит перераспределение жидкости из сосудистого русла в просвет кишки со снижением ОЦК и ускорением пассажа пищевых масс по кишечнику.

Классификация.

По степени тяжести: легкий, средний и тяжелый.

Клиническая симптоматика.

Патогенез заболевания определяет варибельность клинических проявлений демпинг-синдрома.

Выделяют 2 группы симптомов:

1. вазомоторные (гипо- или гипертония, тахи- или брадикардия, бледность или приливы и др.);
2. диспептические (боли в животе, тошнота, рвота, диарея, обстипация).

Возникновение приступа всегда связано с приемом пищи.

Диагностика.

Выявляют связь приступов с приемом пищи. В анамнезе - операция на желудке.

При ЭГДС определяют тип выполненной ранее операции, размеры анастомоза, при наличии показаний берут биопсию.

При рентгенографии желудка с оценкой скорости эвакуации определяют тип выполненной ранее операции, размеры культи желудка и зоны анастомоза, скорость эвакуации увеличена.

При исследовании пассажа сульфата бария по тонкой кишке (определяют через какое время контраст попадёт в слепую кишку) скорость пассажа выше нормы.

Определение степени тяжести демпинг-синдрома.

Критерии	лёгкая	средняя	тяжёлая
длительность приступа	До 30 мин	0,5-1,5 часа	1,5-3 часа
частота приступов	1-2 в месяц	1-2 в неделю	после каждого приёма пищи
трудоспособность	снижена	временно утрачена	стойко утрачена
лечение	диета	амбулаторное с курсами стационарного	только стационарное
эвакуация BaSO ₄ из культи желудка	>30 мин.	15-30 мин.	<15 мин.
пассаж BaSO ₄ по тонкой кишке	2,5-4 часа	1,5-2,5 часа	<1,5 часов

Лечение.

При легкой степени демпинг-синдрома показано консервативное лечение, средняя и тяжелая степени заболевания требуют хирургического лечения.

Консервативное лечение:

диета с ограничением сладкой и углеводсодержащей пищи; препараты, нормализующие моторику кишки; спазмолитики; инфузия кристаллоидов (коррекция водно-электролитных нарушений); парентеральное питание; симптоматическое лечение; физиотерапия.

Хирургическое лечение:

включение в пассаж пищи 12-перстной кишки или редуоденизация (конверсия резекции желудка по Бильрот-2 в Бильрот-1 или различные варианты гастроеюнодуденопластики).

Гипогликемический синдром

Причины и патогенез заболевания такие же как при демпинг-синдроме.

В **клинической симптоматике** преобладают симптомы гипогликемии (холодный пот, бледность, гипотония, чувство голода), которые развиваются через 1,5-3 часа после приёма пищи.

Диагностика и лечение такие же, как при демпинг-синдроме.

Синдром приводящей петли

Возникает после резекции желудка по Бильрот-2 на длинной петле вследствие спаечного процесса в области операции или экстраорганный сдавления приводящей или отводящей петель тонкой кишки кистой или опухолью. Иногда причиной заболевания является функциональная хроническая дуоденальная непроходимость без органических сужений приводящей и отводящей петель.

Клиническая симптоматика.

Характерен нарастающий болевой синдром в правом подреберье, чувство тяжести там же, рвота большим количеством желчи или желчью с примесью пищи с кратковременным улучшением. Старое название данного заболевания «синдром желчной рвоты».

Диагностика.

При стенозе приводящей петли:

Характерна обильная рвота желчью.

Во время ЭГДС обнаруживают большое количество желчи в приводящей петле натощак, сужение или деформацию приводящей петли.

При УЗИ брюшной полости в правом подреберье лоцируется перерастянутая петля кишки с жидким содержимым.

Рентгенография желудка с барием неинформативна, т.к. эвакуация контрастного вещества будет осуществляться через отводящую петлю (что является нормой у людей с резекцией желудка по Бильрот-2 в анамнезе).

При стенозе отводящей петли:

В рвотных массах кроме желчи примесь частично переваренной пищи.

По данным ЭГДС- деформация или сужение отводящей петли,

большое количество пищи и желчи в приводящей петле натошак.

При рентгенологическом исследовании большая часть бария из желудка попадает в приводящую петлю и длительно там депонируется, приводящая петля расширена.

Диагностика функциональной хронической дуоденальной непроходимости основана на проведении зондовой релаксационной дуоденографии с глюкагоном или антихолинергическим препаратом. Для этого заболевания характерно замедление эвакуации контраста из 12-перстной кишки более 1 минуты, дилатация кишки более 3,5 см с волнами антиперистальтики и дуоденально-гастральным рефлюксом.

Лечение.

1. Формирование межкишечного энтероэнтероанастомоза (между приводящей и отводящей петлями).

2. Отсечение приводящей петли от желудка с формированием анастомоза по Ру (ликвидация приводящей петли как таковой, особенно при хронической дуоденальной непроходимости).

Пострезекционная анемия

При данном заболевании выделяют 2 вида анемий: железодефицитную и В12- дефицитную.

Железодефицитная анемия развивается на фоне снижения кислотопродукции (после резекции желудка), нарушения окисления и всасывания экзогенного железа, что приводит к развитию железодефицита.

В12- дефицитная анемия появляется из-за снижения выработки внутреннего фактора Кастла и нарушения всасывания экзогенного витамина В12.

Клиническая симптоматика.

Имеются характерные признаки анемии: слабость, бледность, адинамия, нарушение роста придатков кожи (волосы, ногти), а при В12-дефицитной анемии – нейропатия, афтозный стоматит.

Диагностика.

Диагностические мероприятия	Железодефицитная анемия	В12- дефицитная анемия
Общий анализ крови	гипохромия, анизо- и пойкилоцитоз	гиперхромия, макроцитоз
Биохимический анализ крови	снижение уровня сывороточного железа	снижение сывороточного уровня В12
Стернальная пункция	обеднение красного ростка	мегакариоцитоз

Лечение.

Железодефицитная анемия

Препараты железа парентерально (в/м или в/в). Пероральный приём недопустим, т.к. в основе патогенеза лежит нарушение всасывания железа из ЖКТ.

В12- дефицитная анемия

Витамин В12 начинают вводить в/м по 1000 мкг/сутки до появления ретикулоцитарного криза (через 7-10 суток отмечается повышение уровня ретикулоцитов до 5-8^{0/00}), затем дозу витамина уменьшают до 500 мкг/сут в/м постепенно снижая кратность инъекций до 1 раза в месяц. При нормализации уровня гемоглобина вводят 1000 мкг витамина В12 в/м 1 раз в год пожизненно.

Щелочной рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит и пострезекционная астенция требуют посиндромного консервативного лечения.

ТРЕЩИНА ПРЯМОЙ КИШКИ. ГЕМОРРОЙ.

Трещина прямой кишки

Трещина прямой кишки – это механический надрыв слизистой при запорах, поносах, послеродовой и гинекологической травме, мочеполовой инфекции.

Клиническая симптоматика.

Резко болезненная дефекация, выраженный болевой синдром.

Диагностика.

Пальцевое ректальное исследование резко болезненно (иногда невозможно без наркоза), выявляют гипертонус сфинктера, на 6 часах продольная трещина с контрольным бугорком в проксимальном углу.

Аноскопия выявляет аналогичные изменения.

Лечение.

Консервативное: слабительные средства (борьба с запорами), анестетики местного действия в свечах, анальгетики, диета, режим питания.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения выполняют девульсию ануса под наркозом (манипуляция приводит к выздоровлению у 70% больных).

Хирургическое:

Иссечение трещины. При гипертонусе анального сфинктера операцию дополняют боковой подслизистой сфинктеротомией на 9 часах по условному циферблату при положении больного на спине. Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативных методов.

Геморрой

Геморрой – заболевание, при котором развивается патологическое увеличение кавернозных телец подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки. Указанные изменения развиваются вследствие нарушения венозного оттока от кавернозных телец прямой кишки и дистрофических процессов в продольной мышце подслизистого слоя и связке Паркса, расположенной в межсфинктерном пространстве анального канала.

Провоцирующие факторы: сидячая работа, прием острой пищи

и алкоголя, запоры. Типичная локализация геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату при положении больного на спине.

Классификация.

По клиническому течению: острый и хронический геморрой.

По локализации выделяют внутренний (проксимальнее гребешковой линии) и наружный геморрой.

По стадиям развития заболевания:

1 стадия - кровотокающие узлы без выпадения наружу;

2 стадия - выпадение узлов с самостоятельным их вправлением внутрь (с кровотечением или без него);

3 стадия - выпадение узлов с необходимостью их ручного вправления внутрь;

4 стадия – постоянное выпадение узлов, которые невозможно вправить внутрь.

По наличию осложнений: осложнённый и неосложнённый.

Для заболевания характерно развитие следующих осложнений: тромбоз геморроидального узла, геморроидальное кровотечение, целлюлит периаанальной подкожной клетчатки. Острый геморрой чаще осложняется тромбозом геморроидальных узлов, хронический – кровотечением.

Клиническая симптоматика.

Острый геморрой часто проявляется тромбозом геморроидальных узлов, при котором больные жалуются на боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации. Воспалительные изменения могут распространяться на клетчатку периаанальной области.

При хроническом геморрое больные предъявляют жалобы на выделение алой крови из прямой кишки после дефекации, кровь с калом не перемешана, выпадение геморроидальных узлов. Болевой синдром не характерен. Возможно появление анального зуда и выделение слизи из ануса.

Диагностика.

При пальцевом исследовании прямой кишки выявляют внутренние геморроидальные узлы, их локализацию, наличие осложнений. При тромбозе узлов исследование крайне болезненно.

Во время аноскопии или ректоскопии осуществляют детальный

осмотр слизистой, уточняют локализацию узлов и наличие осложнений, проводят дифференциальную диагностику.

Дифференциальная диагностика.

Рак или полип прямой кишки выявляют при пальцевом исследовании прямой кишки, диагноз подтверждают при исследовании биоптатов из образования.

При *трещине прямой кишки* во время пальцевого ректального исследования на 6 часах выявляют хроническую трещину с контрольным проксимальным бугорком.

Лечение.

Консервативное: флеботоники (детралекс), нестероидные противовоспалительные средства и ненаркотические анальгетики, местные комбинированные средства (проктоседил, проктогливенол, релиф и т.п.), антикоагулянты местного действия (гепариновый гель, троксевазин гель) – при тромбозе узлов, свечи с адреналином и гемостатические препараты местного действия – при кровотечении.

Хирургическое лечение.

Миниинвазивное:

1. Склеротерапия - введение в геморроидальные узлы склерозантов вызывает тромбоз узлов и их облитерацию. За один сеанс склерозант вводят не более чем в 2 узла, т.к. склеротерапия более 2 узлов вызывает выраженный болевой синдром. По показаниям повторное склерозирование геморроидальных узлов выполняют через 2 недели.

2. Инфракрасная фотокоагуляция основана на коагуляции крови в геморроидальном узле при его облучении инфракрасным лазером. Узлы тромбируются и облитерируются.

3. Использование латексных лигатур. С помощью специального аппарата на геморроидальные узлы одевают латексные кольца, которые приводят к ишемии и некрозу узла. Самоампутация некротизированных геморроидальных узлов происходит на 7-9 сутки.

Традиционной операцией при лечении геморроя является геморроидэктомия по Миллиграну-Моргану, которая выполняется как с ушиванием слизистой после удаления геморроидальных узлов, так и без ушивания.

Пластическим вариантом является геморроидэктомия по

Парксу, при которой слизистая над узлом отсепаровывается, выполняется иссечение узла с последующим восстановлением целостности слизистой анального канала.

Начальные стадии заболевания или тромбоз узлов являются показаниями к консервативному лечению.

3 и 4 стадии заболевания или рецидивирующие геморроидальные кровотечения являются показаниями к хирургическому лечению.

Миниинвазивные методики используются при 1-2 стадиях заболевания.

ПЕРИТОНИТ

Перитонит – острое или хроническое воспаление брюшины, сопровождающееся местными и общими симптомами заболевания, нарушением работы важнейших органов и систем.

Классификация.

По этиологии: бактериальный; асептический или абактериальный (желчный, мочево́й, ферментативный); особые формы: канцероматозный (при неоперабельном раке внутренних органов) или фибропластический (при попадании на брюшину инородных веществ).

По характеру проникновения микрофлоры в брюшную полость:

- первичный (микрофлора попадает в брюшную полость гематогенным, лимфогенным путём, через маточные трубы);
- вторичный (проникновение микрофлоры из воспалительно изменённых органов брюшной полости), который делят на перфоративный и неперфоративный.

По характеру выпота: серозный, фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, гнилостный, каловый, геморрагический.

По распространённости воспалительного процесса:

- местный (локализован вблизи источника инфекции);
- распространённый (занимает 3 и более анатомических областей брюшной полости).

По клиническому течению: острый; подострый; хронический.

Патогенез (упрощённо).

Проникновение воспалительного агента в брюшную полость → парез кишечника → накопление кишечного содержимого в просвете кишки + рост бактериальной флоры → пропотевание жидкости из внеклеточного пространства и сосудистого русла в просвет кишки + экссудация в брюшную полость → снижение ОЦК + транспозиция бактерий в портальный кровоток → органная дисфункция + интоксикация → синдром полиорганной недостаточности.

Клиническая симптоматика.

Больные жалуются на постоянные боли в животе различной интенсивности, тошноту, рвоту желчью, вздутие живота.

В развитии заболевания наблюдается стадийность:

- Реактивная стадия (<24 ч) – выражены местные симптомы:

защитное напряжение мышц живота, симптом Щёткина-Блюмберга, перистальтика ослаблена, развивается тахикардия.

- Токсическая стадия (24-72 ч) – кроме местных симптомов развивается парез кишечника, нарастает тахикардия, язык сухой, развиваются гипотония, олигурия, появляются симптомы интоксикации.

- Терминальная стадия (>72 ч) - характеризуется развитием септического шока и синдрома полиорганной недостаточности без ярко выраженных местных симптомов.

При перфоративном перитоните длительность каждой стадии сокращается в 2 раза.

Диагностика.

Диагноз устанавливают на основании физикального осмотра: сухой язык, положительный симптом Щёткин-Блюмберга, защитное напряжение мышц живота, тахикардия.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости можно выявить признаки перфорации полого органа, как причины перитонита (свободный газ в брюшной полости).

При УЗИ органов брюшной полости выявляют свободный выпот и возможную причину перитонита (при желчном, панкреатогенном и других видах перитонита).

В сомнительных случаях, если все возможные диагностические методы не позволяют установить диагноз, применяют диагностическую лапароскопию, которая позволяет выявить патологический выпот (гной, кровь, фибрин, желчь, кал и т.п.) и причину перитонита.

Лечение.

Экстренная операция, которая включает 2 основных этапа:

- выявление и ликвидация причины перитонита;
- санацию и дренирование брюшной полости.

В случае крайне тяжелого состояния больного и высоком операционно-анестезиологическом риске оправдано проведение кратковременной предоперационной подготовки в течение 2 часов, целью которой является стабилизация гемодинамики и нормализация мочевыделительной функции почек.

При невозможности ликвидации причины перитонита (панкреонекроз; перфорация участка кишки при невозможности резекции или надёжного закрытия дефекта кишки вследствие

спаечного процесса) её выводят наружу или отграничивают от свободной брюшной полости марлевыми тампонами с выведением последних на переднюю брюшную стенку самым коротким путём.

Формирование анастомозов после резекций различных отделов левой половины ободочной кишки нежелательно. Гастроэнтеро-, энтероэнтеро- или илиотрансверзоанастомоз желательно укреплять большим сальником с обязательным подведением к анастомозу контрольного дренажа, выведенного через широкую контрапертуру на переднюю брюшную стенку самым коротким путём. В условиях перитонита межкишечные анастомозы необходимо формировать по типу «бок в бок», а резекцию желудка выполнять по типу Бильрот-2.

При выраженном парезе кишечника или распространённом гнойном или каловом перитоните показана интраоперационная установка назоинтестинального 2-просветного зонда.

В хирургическом лечении перитонита используют следующие подходы.

Программируемая релапаротомия - при первой операции не удается гарантированно санировать брюшную полость (распространенный гнойный или каловый перитонит) или полностью ликвидировать источник перитонита. В такой ситуации хирург интраоперационно принимает решение о повторной санации через 12-24 часа.

Чаще бывает достаточно 2-4 релапаротомий (большее их количество нередко приводит к развитию кишечных свищей).

Релапаротомия по требованию выполняется в случае, если в послеоперационном периоде появляются симптомы перитонита и возникает необходимость в повторной операции. Диагностика в этой ситуации сложна, так как больной может быть без сознания, на искусственной вентиляции лёгких. Клиническую симптоматику стирают применяемые в раннем послеоперационном периоде миорелаксанты и наркотические анальгетики. Поэтому в этой ситуации необходимо ориентироваться на сохраняющийся или нарастающий парез кишечника, нарастание признаков интоксикации (тахикардия, гипотония, увеличение числа дыхательных движений, увеличение лейкоцитоза) и применять все возможные инструментальные методы диагностики. Появление при УЗИ большого количества выпота в брюшной полости (при

наличии вышеуказанных симптомов) может являться косвенным признаком прогрессирования перитонита. Появление по дренажам кишечного отделяемого, желчи или мочи в течение первых 3 суток послеоперационного периода является показанием к релапаротомии.

От *лапаростомии* в настоящее время отказались, т.к. грозным ее осложнением являются кишечные свищи. Основной мерой профилактики кишечных свищей является прецизионная техника выполнения операций, отсутствие контакта петель кишок с воздухом и перевязочным материалом после операции. Последнее достигается путём обязательной изоляции петель кишечника от внешней среды и перевязочного материала - после каждой релапаротомии над петлями кишечника необходимо свести все слои лапаротомной раны или только кожу (при риске компартмент-синдрома). При предстоящих программируемых релапаротомиях края раны сводят редкими узловыми швами через все слои (вкол в 3-5 см от края раны, шаг 7-8 см) или специальными устройствами (вентрофилы, застёжки-молнии).

Метод *перитонеального лаважа* в настоящее время также не используют, т.к. он не позволяет адекватно санировать и дренировать все отделы брюшной полости.

Кроме хирургической операции проводят массивное антибактериальное (с учётом генеза перитонита), инфузионное и детоксикационное лечение, парентеральное и раннее зондовое питание, коррекцию органной недостаточности, борьбу с парезом кишечника (назоинтестинальная интубация с кишечным лаважом, стимуляция перистальтики), посиндромное лечение.

АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Абсцесс – гнойное расплавление тканей, ограниченное капсулой.

Классификация:

По локализации выделяют: межкишечный, подпечёночный, поддиафрагмальный и тазовый абсцессы.

Поддиафрагмальные абсцессы по локализации бывают левосторонними, правосторонними и центральными.

Этиология:

- послеоперационные абсцессы (как осложнение после неадекватной санации брюшной полости во время ранее выполненного вмешательства или при несостоятельности швов анастомозов);

- абсцессы, как осложнённые формы острых заболеваний органов брюшной полости и малого таза (аппендикулярный, околопузырный, параколлерный, тубовариальный и др.).

Клиническая симптоматика.

Больные предъявляют жалобы на гектическую температуру, ознобы, умеренные боли в животе (локализация которых указывает на локализацию абсцесса). При тазовом абсцессе возможны дизурия, частый жидкий стул, боли при дефекации, тенезмы. При поддиафрагмальном абсцессе могут быть жалобы на боли в надплечье, плече и грудной клетке при дыхании, сухой кашель (реактивный плеврит). При межкишечных абсцессах возможны вздутие живота, тошнота, рвота (парез кишечника).

Диагностика.

Физикально: возможно выявление слабо болезненного инфильтрата в брюшной полости с нечёткими контурами, смещаемого или несмещаемого. При тазовом абсцессе в процессе пальцевого ректального и/или влагалищного исследования определяют нависание стенок органа со стороны абсцесса, болезненное при пальпации, пальпаторно может определяться флюктуация. При поддиафрагмальном абсцессе с реактивным плевритом аускультативно со стороны абсцесса выслушивается шум трения плевры.

В общем анализе крови: гиперлейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево.

При УЗИ брюшной полости (малого таза) подтверждают наличие инфильтрата, уточняют его размеры и локализацию, в центре инфильтрата выявляют округлое гипозоженное образование с гиперзоженной капсулой и неоднородным содержимым (признаки абсцедирования).

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости (при поддиафрагмальном абсцессе) под куполом диафрагмы выявляют округлое образование с уровнем жидкости, высокое стояние купола диафрагмы.

При малых размерах абсцесса, особенно у больных в послеоперационном периоде при подозрении на межкишечный абсцесс показано выполнение КТ органов брюшной полости, при котором выявляют жидкостное округлое образование с капсулой и неоднородным содержимым, а также уточняют его локализацию.

Дифференциальная диагностика.

Кисты органов брюшной полости и малого таза при УЗИ содержат гипозоженное однородное содержимое и не сопровождаются типичной симптоматикой гнойной интоксикации, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево отсутствует.

При *воспалительных инфильтратах* органов брюшной полости на УЗИ в центре инфильтрата возможно выявление гипозоженного жидкостного образования (реактивный экссудат) без гиперзоженной капсулы.

Для *злокачественных опухолей* органов брюшной полости не характерен гиперлейкоцитоз, а при УЗИ лоцируют образование мягкотканной плотности. Диагноз уточняют по данным эндоскопического исследования или КТ органов брюшной полости и результатам гистологического исследования биоптатов из опухоли.

Лечение только хирургическое: вскрытие и дренирование полости абсцесса (малоинвазивная альтернатива - пункция и дренирование под контролем УЗИ).

Доступ предпочтительно внебрюшинный (для предотвращения инфицирования свободной брюшной полости вдоль дренажа).

При *поддиафрагмальном абсцессе* используют следующие доступы.

- Внеплевральный доступ (по Мельникову) – по ходу XI ребра с резекцией его, пересекается задний листок надкостницы,

отыскивается переходная складка плевры (синус), который тупо отслаивается от верхней поверхности диафрагмы кверху, рассекается диафрагма и вскрывается гнойник, который дренируется.

- Внебрюшинный (по Клермону) – по краю реберной дуги через все слои доходят до поперечной фасции, которая вместе с брюшиной отслаивается от нижней поверхности диафрагмы, после чего гнойник вскрывается.

Оба эти способа опасны возможностью инфицирования плевры или брюшной полости из-за наличия инфильтрата и спаек, затрудняющих выделение.

- Трансабдоминальный – вскрытие брюшной полости в правом или левом подреберье, отграничение ее салфетками с последующим проникновением в полость абсцесса по наружному краю печени или селезёнки.

- Трансторакальный – через грудную стенку в области X-XI межреберья или с резекцией X-XI ребра:

- а) одномоментный – если при достижении париетальной плевры она оказывается непрозрачной, экскурсии легкого не видно, синус запаян; производится пункция толстой иглой и вскрытие полости гнойника по игле,

- б) двухмоментный – если париетальная плевро прозрачна, видна экскурсия легкого, синус не запаян, плевро обрабатывается спиртом и йодом (химическое раздражение), затем туго тампонируется (механическое раздражение) (1-ый этап). Через 2-3 дня тампон удаляется и, убедившись что синус запаян, производят пункцию, вскрытие и дренирование абсцесса (2-й этап).

При незапаянном синусе можно вскрыть полость абсцесса одномоментно. Для этого синус подшивается к диафрагме по окружности диаметром около 3 см стебельчатым швом атравматической иглой и в центре подшитого участка полость абсцесса вскрывается.

Тазовый абсцесс вскрывают через задний свод влагалища или через переднюю стенку прямой кишки после предварительной пункции абсцесса толстой иглой. Гной эвакуируют, полость абсцесса промывают антисептиками, дренаж фиксируют к коже перианальной области или к малой половой губе.

При лечении *межкишечных и подпечёночных абсцессов*

используют трансабдоминальный доступ, перед вскрытием абсцесса свободную брюшную полость ограничивают марлевыми салфетками.

В настоящее время предпочтение отдают миниинвазивной процедуре – пункции и дренированию абсцесса под контролем УЗИ.

ПНЕВМОТОРАКС

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости.

Классификация:

По объёму: пристеночный (парциальный), полный (тотальный).

По распространённости: односторонний, двусторонний.

По механизму развития: открытый (наружу и внутрь), закрытый, клапанный, спонтанный, посттравматический.

Этиология.

Спонтанный пневмоторакс чаще (у 85% больных) является первичным заболеванием, как проявление эмфиземы легких у лиц молодого (20-40 лет) возраста, реже - вторичным (у 15%), как следствие буллезной эмфиземы на фоне перенесенного туберкулеза или другого хронического заболевания легких у людей старше 45 лет. Посттравматический возникает при повреждении или разрывах тканей грудной стенки, лёгкого или бронхов.

Клиническая симптоматика.

Начало заболевания обычно острое и проявляется болью в области груди, невыраженной одышкой и редким сухим кашлем.

При клапанном пневмотораксе симптоматика быстро прогрессирует, нарастает одышка, развивается цианоз лица и шеи, отмечается вздутие яремных вен, развивается гипотония и брадикардия.

Диагностика.

Во время физикального обследования больного при перкуссии отмечается тимпанит, при аускультации - ослабление или отсутствие дыхания над легким. Голосовое дрожание на стороне поражения отсутствует. При симптоматике напряженного пневмоторакса, до проведения дальнейшего обследования необходимо произвести пункционную декомпрессию плевральной полости.

Диагноз пневмоторакса подтверждается при рентгенологическом исследовании грудной клетки. На рентгенограммах определяется исчезновение лёгочного рисунка над лёгочным полем, визуализируется коллабированное лёгкое с чёткой наружной границей, тень средостения смещается в сторону поражения, а при клапанном пневмотораксе – в здоровую сторону.

Лечение.

Все больные с пневмотораксом подлежат госпитализации.

При небольшом пневмотораксе (занимающем менее 15% гемиторакса) возможно динамическое наблюдение с ежедневным рентгенологическим контролем. У остальных больных следует дренировать плевральную полость во II-III межреберье по среднеключичной линии или в другом удобном месте по данным рентгенографии и наладить постоянную эвакуацию воздуха при отрицательном давлении в системе 5-10 см вод. ст.

После расправления легкого и прекращения поступления воздуха по плевральному дренажу последний пережимается зажимом на сутки. Если через сутки на контрольной рентгенограмме рецидива пневмоторакса не выявлено дренажный катетер удаляется.

Показанием к хирургическому лечению является длительное поступление большого количества воздуха по дренажам, которое препятствует расправлению легкого, двусторонний пневмоторакс, наличие в анамнезе контрлатерального пневмоторакса или пневмонэктомии.

Хирургическое лечение заключается в торакотомии, резекции или ушивании участка легкого, в котором имеется сообщение с плевральной полостью, декорткации легкого (если имеется фиброз висцеральной плевры, мешающий расправлению легкого в области дефекта), плевродезе. Методом выбора является видеоторакоскопическая операция.

Если имеются общие противопоказания к хирургическому лечению, через катетер в плевральную полость вводят стерильный тальк или коллаген для развития процессов слипания париетального и висцерального листков плевры.

ГЕМОТОРАКС

Гемоторакс - скопление крови в плевральной полости.

Этиология.

Гемоторакс возникает в результате поступления крови в плевральную полость из поврежденного легкого, сосудов корня легкого, межреберных, внутригрудных сосудов, аорты и ее ветвей, полых или плечеголовных вен. Гемоторакс может быть осложнением после торакальных и кардиохирургических операций.

Классификация.

По этиологии: травматический (при проникающих ранениях или закрытой травме грудной клетки); патологический (следствие различных заболеваний); ятрогенный (осложнение операций, плевральных пункций, катетеризации центральных вен и т. п.).

По количеству излившейся в плевральную полость крови: малый (до 500 мл) — кровь занимает только плевральные синусы; средний (от 500 до 1000 мл) — кровь достигает угла лопатки; большой, или тотальный, (более 1000 мл) — кровь занимает почти всю или всю плевральную полость.

По состоянию гемостаза: с прекратившимся кровотечением в плевральную полость; с продолжающимся внутриплевральным кровотечением.

По наличию осложнений: свернувшийся гемоторакс, инфицированный гемоторакс.

По локализации ограниченного гемоторакса: апикальный (верхушечный), междолевой, наддиафрагмальный, паракостальный, парамедиастинальный.

Клиническая симптоматика.

Небольшой гемоторакс не вызывает специфических симптомов. При продолжающемся интенсивном кровотечении вследствие сдавления легкого, органов средостения нарушается вентиляция легкого, развивается гипотония, геморрагический шок.

Диагностика.

Диагноз основывается на клинических проявлениях и данных рентгенологического исследования органов грудной полости (наличие жидкости в плевральной полости, сдавление жидкостью

легкого и смещение средостения в здоровую сторону). Диагноз подтверждает плевральная пункция.

Лечение.

Лечение начинают с катетеризации центральной вены, восстановления ОЦК, затем производят дренирование плевральной полости и налаживают постоянную эвакуацию содержимого из нее.

Срочная торакотомия показана:

а) при одномоментной эвакуации 800-1000 мл крови из плевральной полости и отсутствии уверенности в остановке кровотечения;

б) если в течение первых 4 часов сохраняется высокий темп поступления крови из плевральной полости - более 200 мл в час;

в) если не удается достичь эффективной функции дренажей и образовался свернувшийся гемоторакс.

Чаще производят переднебоковую торакотомию в V межреберье, удаляют сгустки крови, ликвидируют источник кровотечения, дренируют плевральную полость и налаживают постоянную аспирацию. Гемоторакс часто сочетается с пневмотораксом. Диагностическая и лечебная тактика во многом одинакова.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

Относится к механической абдоминальной травме и сопровождается повреждением органов брюшной полости при отсутствии кожных ран.

Классификация.

По локализации повреждений: травма брюшной стенки, травма органов брюшной полости, травма органов забрюшинного пространства (забрюшинная гематома).

По механизму воздействия: сдавление и удар.

Повреждения паренхиматозных органов делят на: поверхностные разрывы (до 3 см печень, до 1 см другие паренхиматозные органы), глубокие разрывы, центральные разрывы, разрывы с повреждением сосудисто-секреторной ножки, подкапсульные гематомы, внутриорганные гематомы, отрыв и разможнение органа.

Для повреждений печени и селезёнки *по времени разрыва* выделяют одномоментные и двухмоментные разрывы (нарастающие подкапсульные гематомы с последующим разрывом капсулы).

Повреждения полых органов: надрыв, разрыв, отрыв или разможнение.

По количеству ран одного органа выделяют монофокальное и полифокальное повреждение.

По количеству повреждённых органов различают одиночное или множественное повреждение.

Клиническая симптоматика.

Зависит от того, какой орган повреждён: паренхиматозный или полый. При повреждении полого органа ведущими являются симптомы перитонита (доскообразный живот, положительные перитонеальные симптомы, исчезновение печёночной тупости), при повреждении паренхиматозного органа на первый план выходят симптомы внутрибрюшного кровотечения (боли в животе, положительные перитонеальные симптомы при мягком животе (симптом Куленкампа), тахикардия, гипотония, бледность кожных покровов, холодный пот). При повреждении брюшной стенки превалирует локальный болевой синдром без признаков кровотечения или перитонита. При образовании забрюшинной

гематомы сразу развивается вздутие живота. При большом её объёме определяются общие симптомы кровопотери, а при прорыве гематомы в брюшную полость появляются жалобы на боли в животе, симптом Куленкампа положителен. Для закрытой травмы живота характерно образование бессимптомных подкапсульных гематом печени и селезёнки, постепенно увеличивающихся в объёме и приводящих к разрыву капсулы с внутрибрюшным кровотечением через несколько часов или даже дней после получения травмы (двухмоментные разрывы).

Диагностика.

Все пациенты отмечают травму брюшной стенки до поступления, давность травмы может варьировать от нескольких минут до нескольких суток.

У большинства больных отмечается ограничение дыхательной экскурсии брюшной стенки. Вздутие живота в первые 2 часа от момента травмы указывает на забрюшинную гематому. Обильная гематурия может быть следствием разрыва почки с кровотечением.

При перкуссии отмечают укорочение перкуторного звука в боковых отделах живота с изменением его границы при перемещении положения тела больного (при забрюшинной гематоме изменения этой границы при перемене положения тела не будет).

В общем анализе крови возможно снижение гематокритного числа и уровня гемоглобина, особенно при тяжёлой кровопотере.

Основным методом инструментальной диагностики является УЗИ органов брюшной полости. Данный метод позволяет визуализировать свободную жидкость в брюшной полости, подкапсульные или забрюшинные гематомы, гематомы передней брюшной стенки. Забрюшинные гематомы и гематомы передней брюшной стенки определяются как гипоэхогенные образования с чёткими краями и однородным содержимым. Подкапсульные гематомы выглядят аналогично, только располагаются под капсулой паренхиматозного органа (печень, селезёнка, почка). Чем больше времени прошло от момента травмы, тем чаще выявляют неоднородное содержимое гематомы (сгустки). Метод позволяет оценить объём гематомы. Свободная жидкость брюшной полости определяется как гипоэхогенная полоска в различных отделах брюшной полости (над- и подпечёночное пространства, левое

поддиафрагмальное пространство, латеральные каналы, область малого таза).

При выявлении подкапсульных гематом печени и селезенки у гемодинамически стабильных пациентов показан динамический УЗИ-контроль через 2, 8 и 24 часа для выявления их прогрессирования. При развитии симптоматики внутрибрюшного кровотечения УЗИ-контроль выполняют по клиническим показаниям.

В случае подкожной эмфиземы точность УЗИ-диагностики резко снижается, в таких случаях показана КТ органов брюшной полости. Данное исследование выполняют только у гемодинамически стабильных пациентов.

При подозрении на тупую травму живота, тяжёлом состоянии больного и нестабильной гемодинамике показано выполнение диагностического лапароцентеза с методикой шарящего катетера. Если при лапароцентезе по дренажу получены кровь, желчь или моча – диагноз не вызывает сомнений. Если патологического отделяемого по дренажу нет, то в брюшную полость вводят 800-1000 мл физиологического раствора и постепенно меняя направление троакара зондируют различные отделы брюшной полости. Появление в промывных водах прожилок крови подтверждает диагноз внутрибрюшного кровотечения, но не даёт гарантии, что оно является продолжающимся. В сомнительных случаях установленный при лапароцентезе дренаж оставляют на 12 часов.

Более точным методом диагностики является диагностическая лапароскопия, которая выявляет не только признаки внутрибрюшного кровотечения, но в ряде случаев позволяет уточнить источник кровотечения, состояние гемостаза и выполнить остановку кровотечения. Выполнение диагностической лапароскопии противопоказано при подозрении на разрыв диафрагмы, нестабильной гемодинамике, травме органов грудной клетки, резком вздутии живота и тяжёлой черепно-мозговой травме, а также нежелательно при наличии общих противопоказаний к лапароскопии (см. лапароскопическая холецистэктомия).

При подозрении на травматическое повреждение полых органов выполняют обзорную рентгенографию органов брюшной

полости. Необходимо отметить, что при этом исследовании свободный газ выявляют не всегда.

При подозрении на разрыв мочевого пузыря выполняют контрастную цистографию, при которой отмечается выход контраста за пределы органа.

Разрывы пищевода, желудка и 12-перстной кишки выявляют при рентгенографии этих органов с водорастворимым контрастом. Отмечается выход контраста за пределы органа.

КТ органов брюшной полости выполняют только у гемодинамически стабильных пациентов. При забрюшинной гематоме в забрюшинной и паранефральной клетчатке выявляют округлое образование пониженной плотности. Данный метод диагностики используется также для верификации внутриорганных и подкапсульных гематом паренхиматозных органов.

Необходимо помнить, что при тяжёлом состоянии больного и обоснованном подозрении на тупую травму живота с внутрибрюшным кровотечением или разрывом полого органа обследование должно быть минимальным и хирургу надо склоняться к экстренной лапаротомии. Аналогичная тактика показана, если все диагностические методы использованы, но у хирурга не может исключить внутрибрюшное кровотечение или разрыв полого органа.

Лечение.

При внутрибрюшном кровотечении или перитоните показано экстренное хирургическое вмешательство - срединная широкая лапаротомия – независимо от тяжести состояния и показателей гемодинамики. Доступ должен обеспечивать адекватную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Операции выполняют с одновременным проведением противошоковых и реанимационных мероприятий.

Первое, на что направлены действия хирурга – временная остановка кровотечения, что достигается пальцевым прижатием, тампонированием или наложением сосудистых турникетов. Излившаяся в брюшную полость кровь собирается в стерильный резервуар. Вопрос о реинфузии крови с применением cell-saver'a решается только после ревизии органов брюшной полости и исключения разрывов кишечной трубки. При массивной и

сверхмассивной кровопотере оправдано использование аппаратной реинфузии излившейся в брюшную полость крови даже при повреждении кишечника.

При травме печени поверхностные и глубокие разрывы ушивают блокирующими или П-образными швами. При глубоких разрывах необходимо следить, чтобы в линии шва не оставалось остаточных полостей. С этой целью иногда при ушивании рану печени тампонируют прядью большого сальника. При разрывах диафрагмальной поверхности печени или её задних отделов, которые технически трудно ушить, показана верхняя или нижняя (соответственно) гепатопексия. При повреждении сосудисто-секреторной ножки кровеносные сосуды и желчные протоки раздельно лигируют или прошивают. При размождении или частичном отрыве части органа выполняют санационные резекции печени с фиксацией к линии резекции пряди большого сальника. С целью временного гемостаза показано наложение турникетов из тесьмы или силиконовых трубок на печёночно-дуоденальную связку (приём Прингла), но не более чем на 20 мин. При неэффективности этой манипуляции и продолжающемся кровотечении из ран печени показано наложение турникетов на нижнюю полую вену ниже и выше печени (наложение проксимального турникета требует расширения доступа до правосторонней торакофренолапаротомии). Для выделения супраренального сегмента нижней полой вены мобилизуют печёночный изгиб ободочной кишки. При подозрении на повреждение внутривнутрипеченочных желчных протоков выполняют дренирование общего желчного протока или формируют холецистостому.

Одним из тяжелых осложнений центральных гематом печени является гемобилия. Данное осложнение развивается вследствие опорожнения гематомы в желчные протоки. Гемобилия проявляется желтухой, желудочно-кишечным кровотечением и болями в проекции печени.

Консервативное лечение повреждений селезенки, верифицированных при УЗИ и КТ, показано при стабильной гемодинамике, отсутствии нарушений сознания, изолированном характере повреждения и возрасте менее 55 лет. У пациента должна быть возможность быстро обратиться в стационар при

ухудшении состояния.

Абсолютными показаниями к спленэктомии являются:

1. Обширные ранения (центральные разрывы селезенки в области ворот, размозжение селезёнки, отрыв её от сосудистой ножки);
2. Невозможность выполнения реконструктивной операции из-за тяжести состояния больного;
3. Невозможность реконструкции из-за ненадёжности гемостаза.

При поверхностных разрывах селезенки выполняют попытки сохранения органа: коагуляцию ран или обработку их фибриновым клеем, а при неэффективности этих мероприятий выполняют спленэктомию с аутотрансплантацией участка селезенки в предбрюшинную жировую клетчатку или большой сальник. Как мера временного гемостаза при разрывах селезёнки показано наложение турникетов на ножку органа или временное пережатие её зажимом. Последний приём при неправильном техническом исполнении может привести к локальному панкреонекрозу хвоста поджелудочной железы в послеоперационном периоде вследствие его травмы.

Ушиб брюшной стенки, центральные гематомы паренхиматозных органов без тенденции к прогрессированию и небольшие стабильные подкапсульные гематомы лечат консервативно.

Подкапсульные гематомы печени и селезёнки более 2 см, обнаруженные интраоперационно, необходимо вскрыть (предотвращение двухэтапных разрывов) и осуществить гемостаз любым доступным способом. Если достичь гемостаза не удастся (при подкапсульных гематомах селезёнки) - выполняют спленэктомию.

При возникновении клинико-инструментальной картины внутрибрюшного кровотечения или появлении признаков прогрессирования подкапсульной гематомы при динамическом УЗИ-контроле показана операция. При прогрессирующих подкапсульных гематомах печени (более 10 см в диаметре) операцией выбора является селективная эмболизация печёночных артерий с пункцией гематомы под УЗИ-наведением. При прогрессирующих подкапсульных гематомах селезёнки выполняют

спленэктомиию.

При закрытой травме живота забрюшинная гематома без разрыва и внутрибрюшного кровотечения, не имеющая тенденции к увеличению, не требует вскрытия и ревизии, если исключен разрыв почек. В случае обнаружения нарастающих гематом показано их вскрытие и ревизия.

При краевых разрывах магистральных сосудов выполняют их ушивание, при больших размерах дефекта сосудистой стенки или полном отрыве сосуда показаны временные или окончательные шунтирующие операции аутовеной или сосудистым протезом. При отрыве сосуда, если это возможно, накладывают циркулярный сосудистый шов (этот этап операции выполняется бригадой ангиохирургов).

Разрывы полых органов ушивают 2-рядным швом. Резекция участка кишки показана при множественных близко расположенных ранениях, обширных разрывах стенки кишки и отрыве участка кишки от брыжейки.

При травме поджелудочной железы краевые разрывы ушивают с обязательным дренированием сальниковой сумки. Подкапсульные гематомы более 2 см вскрывают. При разрыве тела или хвоста железы с повреждением панкреатического протока показана дистальная резекция поджелудочной железы. При одиночных разрывах головки железы к месту разрыва устанавливают дренаж (лечение направлено на формирование наружного панкреатического свища). При сочетании разрывов головки железы с разрывами 12-перстной кишки показано ушивание дефектов кишечной стенки с отключением кишки из пассажа пищи и формированием гастро-энтероанастомоза, операция дополняется холецистостомией и формированием бурсооментостомы. Размножение головки поджелудочной железы и 12-перстной кишки являются показанием к панкреатодуоденальной резекции.

Разрывы почек ушивают с последующей нефростомией. В случае размножения органа или разрыве в области сосудистой ножки, при сохранности контрлатеральной почки, выполняют нефрэктомиию.

Разрывы мочевого пузыря ушивают двухрядным швом с выведением эпицистостомы.

В случае крайне тяжелого состояния пациента, тяжелого посттравматического шока и крайних степенях кровопотери используют тактику «Damage-control».

«Damage control» (контроль повреждения) - это планируемое многоэтапное хирургическое лечение пострадавших, поступающих в критическом состоянии, применение у которых стандартных методов приведет к летальному исходу.

Первым этапом останавливают кровотечение и выполняют профилактику инфицирования брюшной полости (ушивание или резекция полых органов без формирования анастомозов, восстановление магистрального кровотока временными шунтами или подручными средствами, удаление нежизнеспособных тканей, окончательный или временный /вплоть до тампонирования/ гемостаз). Лапаротомную рану ушивают непрерывным кожным швом.

Вторым этапом стабилизируют гемодинамику, проводят лечение травматического шока, коррекцию постгеморрагической анемии.

Третий этап (реконструктивный) выполняет через 12-24-48 часов бригада высококвалифицированных хирургов. Временные сосудистые шунты меняют на постоянные, выполняют окончательную хирургическую обработку поврежденных органов и тканей с формированием анастомозов.

**Основная образовательная программа
послевузовской профессиональной подготовки
в клинической ординатуре
по специальности «Хирургия»**

Целью клинической ординатуры по хирургии является подготовка выпускника медицинского вуза или интерна, прошедшего первичную специализацию по хирургии, для самостоятельной деятельности в качестве врача-специалиста по хирургии.

Задачи по формированию и развитию профессиональных и личностных компетенций ординатора.

1. Диагностическая деятельность:

- способность выявить у пациентов основные патологические симптомы и синдромы хирургических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам и системам организма в целом, использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;

- способность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений;

- способность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного;

- способность проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики болезней возрастно-половых и физиологических особенностей пациентов;

- способность к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных компьютерных технологий для решения профессиональных задач.

2. Лечебно-профилактическая деятельность:

- способность выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся хирургических заболеваниях и состояниях, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;

- способность назначать адекватное хирургическое лечение пациентам в соответствии с выставленным диагнозом;

- способность осуществлять врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний;

- способность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения хирургических заболеваний, к формированию навыков здорового образа жизни, устранению вредных привычек;

3. Планирование деятельности организаций здравоохранения:

- способность использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы РФ, технические регламенты, международные и национальные стандарты, рекомендации, терминологию, действующие международные классификации).

- способность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну;

- способность обеспечивать рациональную организацию труда среднего и младшего медицинского персонала.

- способность решать вопросы экспертизы трудоспособности пациентов с хирургическими заболеваниями,

оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на медико-социальную экспертизу;

4. *Научно-исследовательская деятельность:*

- способность изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями

- способность к участию в современных теоретических и экспериментальных исследованиях с целью создания новых перспективных методов диагностики, профилактики и лечения пациентов с хирургическими заболеваниями.

Инновационность курса.

Курс включает последние научные достижения в диагностике и лечении хирургических заболеваний. Кроме этого является инновационным по организации учебного процесса, который неразрывно связан с практической частью.

Квалификационные **характеристики** ординатора:

Общие характеристики

Врач-специалист «хирург», завершивший обучение по программе послевузовского профессионального образования (клиническая ординатура) по специальности «хирургия», должен приобрести знания, умения и практические навыки по следующим разделам:

- Организация хирургической помощи в Российской Федерации.

- Физиологические и клинические основы хирургии.

- Хирургическая анатомия и оперативная хирургия.

- Специальные методы диагностики хирургических заболеваний.

- Острый аппендицит.

- Перитонит.

- Болезни желчного пузыря и внепечёночных желчных протоков.

- Болезни поджелудочной железы

- Болезни печени

- Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- Болезни оперированного желудка.

- Острая кишечная непроходимость. Болезни кишечника.
- Общие вопросы диагностики и лечения заболеваний легких.
- Повреждения грудной клетки, трахеи, бронхов, легких и плевры.
- Заболевания грудной стенки и плевры.
- Повреждения и инородные тела пищевода.
- Ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.
- Опухоли пищевода.
- Заболевания трахеи.
- Доброкачественные и злокачественные опухоли легкого.
- Диагностика и лечение опухолей и кист средостения.
- Заболевания диафрагмы.
- Пороки развития, кисты и дивертикулы пищевода.
- Нейромышечные заболевания пищевода.

Специальные характеристики:

По окончанию ординатуры по хирургии врач должен уметь осуществлять:

- диагностику и дифференциальную диагностику основных хирургических заболеваний;
- основные диагностические и лечебные процедуры;
- комплексное лечение больных с хирургическими заболеваниями в стационарных и амбулаторных условиях с учётом возраста, тяжести заболевания и наличия сопутствующей патологии;
- первичную и вторичную профилактику хирургических заболеваний и реабилитацию больных после операций;
- плановые операции при основных хирургических заболеваниях;
- экстренные оперативные вмешательства в хирургии;
- выбор метода обезболивания и различные методы местной анестезии;
- предоперационную подготовку и послеоперационное ведение больных;
- профилактику осложнений у хирургических больных на этапах предоперационной подготовки, во время операции, в раннем и позднем послеоперационном периодах;
- ведение всех видов медицинской документации;

- определение временной и стойкой нетрудоспособности;
- постоянное совершенствование своей теоретической подготовки в области хирургии и смежных специальностей.

Требования к уровню подготовки:

- наличие высшего медицинского образования по специальности «лечебное дело», по специальности «педиатрия»;
- первичная специализация (интернатура или ординатура) по хирургии;
- научные публикации (желательно).

Учебная программа

Индекс	Наименование разделов и дисциплин (модулей)	Трудоёмкость (в ЗЕТ/часах)
1	2	
ОД.О.00	Обязательные дисциплины	42 (1512)
ОД. О.01 ОД. О.01.01	Специальные дисциплины Хирургия	28 (1008) 28 (1008)
ОД. О.02 ОД. О.02.01 ОД. О.02.02 ОД. О.02.03 ОД. О.02.04	Смежные дисциплины Медицина катастроф Травматология Урология Ангиохирургия	5 (180) 1 (36) 2 (72) 1 (36) 1 (36)
ОД. О.03 ОД. О.03.01 ОД. О.03.02	Фундаментальные дисциплины Оперативная хирургия и топографическая анатомия Организация здравоохранения	5 (180) 4 (144) 1(36)
ОД. О.04 1 2	Дисциплины по выбору Детская хирургия Гравитационная хирургия крови	4 (144)
ФД.О.00 ФД. О.01 ФД.О.02	Факультативные дисциплины Медицинская статистика Избранные вопросы хирургии	8 (288) 4 (144) 4 (144)
ОСК. О.00	Симуляционный курс	3 (108)
П О.00	Практика	90 (3240)
ИГА. О.00 ИГА. О.01	Итоговая государственная аттестация Выпускной экзамен по специальности	1 (36) 1 (36)
Общий объем подготовки		144 (5184)

Сведения об авторах:

Чиников М.А. к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН;

Добровольский С.Р. д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН;

Курбанов Ф.С. д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН;

Веретник Г.И. к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии РУДН с курсом детской хирургии;

Файбушевич А.Г. к.м.н., зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН, доцент;

Дандарова Ж.Б. к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии РУДН.

Специальная дисциплина «Хирургия».

Учебно-тематический план:

Вид учебной работы	Год обучения		Всего часов (ЗЕТ)
	1	2	
Аудиторные занятия (всего)	144	192	336
В том числе:			
Обзорно-установочные лекции	48	64	112
Практические занятия	96	128	224
Самостоятельная работа (всего)	288	384	672
В том числе:			
Самостоятельное изучение рекомендованных тем	288	384	672
Общая трудоемкость, часов (ЗЕТ)	432 (12)	576 (16)	1008 (28 ЗЕТ)

Тематический план лекций:

1. Перитонит
2. Болезни внепечёночных желчных протоков
3. Опухоли лёгких и новообразования средостения
4. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
5. Панкреонекроз
6. Острая кишечная непроходимость

7. Рак желудка
8. Диафрагмальные грыжи, рефлюкс-эзофагит.
9. Заболевания трахеи
10. Болезни оперированного желудка
11. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника.
12. Заболевания грудной стенки и плевры
13. Опухоли пищевода
14. Ожоги и рубцовые стриктуры пищевода
15. Нейромышечные заболевания пищевода

Тематический план практических занятий:

1. Болезни печени.
2. Этапы проведения медико-социальной экспертизы.
3. Ранения шеи, ранения трахеи и пищевода.
4. Кисты и дивертикулы пищевода.
5. Компартмент-синдром.
6. Методы исследований в хирургии
7. Паховые и послеоперационные грыжи передней брюшной
стенки
8. Острый холецистит
9. Тупая травма живота
10. Желудочно-кишечные кровотечения
11. Варикозная болезнь нижних конечностей
12. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной
клетчатки
13. Гангрена нижних конечностей
14. Аппендицит
15. Болезни печени.
16. Этапы проведения медико-социальной экспертизы.
17. Ранения шеи, ранения трахеи и пищевода.
18. Кисты и дивертикулы пищевода.
19. Компартмент-синдром.
20. Хирургический сепсис
21. Раны и их классификация, течение раненого процесса,
первичная хирургическая обработка ран.
22. Классификация терминальных состояний,
патофизиологические сдвиги. Понятие клинической смерти
23. Дифференциальная диагностика острого панкреатита

24. Методы интраоперационной диагностики холедохолитиаза, их информативность. Показания к холедохотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.

25. Доброкачественные заболевания молочных желез

26. Злокачественные опухоли молочных желез

27. Спаечная болезнь.

28. Ожог и отморожения.

29. Парапроктиты: классификация, принципы диагностики и лечения.

30. Опухоли щитовидной железы

31. Посттромбофлебитический синдром: принципы лечения.

32. Трофические язвы нижних конечностей

Аттестационные критерии и балльная структура оценки

От ординаторов требуется посещение занятий, выполнение заданий руководителя дисциплины, знакомство с рекомендованной литературой и др. При аттестации обучающегося оценивается качество работы на занятиях, уровень подготовки к самостоятельной деятельности в избранной области, качество выполнения заданий руководителя дисциплины.

Балльная структура оценки:

- участие в аудиторных занятиях: до 40% баллов
- выполнение заданий руководителя дисциплины: до 40% баллов
- выполнение заданий повышенной сложности (участие в научной работе): до 20% баллов по дисциплине.

Обязательная литература:

1. Хирургические болезни. Учебник для студентов медицинских вузов. Под редакцией Ю.В. Таричко.//М.: Медицинское информационное агентство.- 2007.

2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева./ М.: Издательство «Триада-Х», 2004, - 640 с

3. Хирургия: пер. с англ. (под ред. Ю.М.Лопухина, В.С.Савельева). /М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.

4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. /М.: Медицина, 1996

5. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е.. Острый панкреатит. – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. – 336 с.
6. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулутко А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар-М, 2000. 139 с.
7. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. М.: Изд. дом «Видар-М». -2009.- 568 с.
8. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. Профиль.-Москва.-2005.-С.223.
9. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки, Триада-Х, 2003. – 284 с.
10. Абакумов М.М., Сулиманов Р.А. Хирургия ранений груди в городе и на селе. //Великий Новгород, 2002. – 175с.
11. Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов / М.: ПРОФИЛЬ, 2004 - 64 с.
12. Гнойная хирургия: Атлас / С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко; Под ред. к. м. н. И.С.Абрамова. — М.:БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. - 558 с.

Дополнительная литература

1. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. /Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. Санкт-Петербургский НИИ институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - СПб.- 2007.- 58 с.
2. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. /Л.: Медицина, 1966.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. //М.: Медицина, 2000. – 352 с.
4. Лукомский Г.И. Неспецифические эмпиемы плевры. //М.: Медицина, 1976. – 287с.
5. Перельман М.И. Хирургия трахеи. //М.: Медицина. - 1972.
6. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. //М.: Медицина, 1987.– 303с.
7. Углов Ф.Г. Резекция легких. //Л.: Медгиз, 1954.– 435с.
8. Федоров Б.П., Воль-Эпштейн Г.Л. Абсцессы легких. //М.: Медицина.-1976.– 263с.

Учебное издание

**М.А. Чиников, С.Р. Добровольский,
Ф.С. Курбанов, Г.И. Веретник,
А.Г. Файбушевич, Ж.Б. Дандарова**

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Учебное пособие

Тематический план изданий учебно-методической литературы
2013 г., № 63

Издание подготовлено в авторской редакции

Технический редактор *Н.А. Ясько*

Подписано в печать 04.04.2013 г. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 6,98. Тираж 100 экз. Заказ 365.

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41