

**Б. С. Турсунов
О. М. Мамышев
У. Б. Очилов**

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Издательство медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино
Ташкент – 2005

Б. С. Турсунов, О. М. Мамышев, У. Б. Очилов ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. Изд-во медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино, Ташкент: 2005. 153 стр.

Турсунов Б.С. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии VI-VII курсов лечебного факультета Самаркандского Государственного медицинского института.

Мамышев О.М. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Самаркандского Государственного медицинского института.

Очилов У.Б. – директор Бухарского медицинского колледжа.

Рецензенты --- Бабаджанов Б.Р.– доктор медицинских наук, профессор.
Карабаев Х.К. – доктор медицинских наук, профессор.

В книге освещены вопросы, связанные с этиопатогенезом, классификацией, симптоматикой, дифференциальной диагностикой, клиникой и лечением острого аппендицита, заболеваний желчного пузыря, желчевыводящих протоков, панкреатита, грыж живота, кишечной непроходимости и перитонита. Приведены методы хирургического лечения этих заболеваний, показания и противопоказания к оперативному вмешательству, а также ситуационные задачи по каждому этим заболеваниям. Особое внимание уделено современным интерактивным методам обучения студентов, усовершенствованию системы контроля знаний и успеваемости учащихся.

Книга составлена в соответствии с программой преподавания хирургии в медицинских ВУЗах. Пособие предназначено для хирургов и студентов-медиков.

УДК. 611.95 – 089
ISBN 5-638-02018-7

© Б. С. Турсунов, О. М. Мамышев, У. Б. Очилов – 2005

ВВЕДЕНИЕ

Высшее медицинское образование – основа развития медицины в той или иной стране, от качественного уровня молодых специалистов зависит дальнейшая судьба всего здравоохранения. Медицинская школа Узбекистана претерпевает ряд реформ, направленных на совершенствование и повышение качества специалистов отрасли.

Реформы медицинского образования в Узбекистане проводятся в соответствии с Государственной программой реформирования системы здравоохранения, предусматривающие внедрение западных моделей, которые направлены на ускорение внедрения специальности “врач общей практики” и укрепление первичного звена здравоохранения в Республике.

Основой из основ преподавания знаний студентам являются практические занятия. При проведении практических занятий опытный преподаватель обеспечивает управление формирования понятий о заболевании, руководит действиями студентов и даёт определенные советы.

Практические занятия развивают и объединяют у студентов восприятие, память, логическое мышление и должны проводиться в условиях имитирующих профессиональную деятельность врача и заканчиваются решением проблемных задач (установление диагноза, алгоритмов лечения, прогнозируемый исход и др.).

В работе со студентами мы применяем различные современные методы обучения в малых группах, такие как метод «мозгового штурма», метод «сбора информации и написание рефератов», метод «круглого стола», методы «ручка на середине стола», «только сам», «счастливый случай» и др.

Мы считаем, что целенаправленная работа коллективов кафедр по исследованию прочности усвоения знаний и умений студентов, а также желание сделать преподавание интересным, насыщенным, а главное - эффективным, будет способствовать гармоничному развитию личности студентов и оптимизировать учебный процесс.

Мы не претендуем на догматическое отношение к данному изданию и будем благодарны за любые отзывы, которые помогут её усовершенствовать. Это первый опыт создания подобного издания, которое возможно ещё не отвечает всем требованиям.

ГЛАВА I. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Тема изучения: «Острый аппендицит». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и остальные студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способная научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того, чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового расследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересной в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы умственная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

- 1. Диагностировать острый аппендицит;*
- 2. Уметь пальпировать живот;*
- 3. Уметь диагностировать аппендикулярный инфильтрат;*

4. Уметь направить больного к соответствующему специалисту;
5. Уметь оказать неспециализированную врачебную помощь;
6. Уметь прогнозировать возможный исход заболевания.

Для этого студент должен знать:

7. **Этиологию и патогенез острого аппендицита**
 1. Методы диагностики острого аппендицита
 2. Дифференциальную диагностику острого аппендицита
 3. Типичную клиническую картину острого аппендицита
 4. Особенность клиники острого аппендицита у беременных
 5. Особенность клиники острого аппендицита у детей
 6. Особенность клиники острого аппендицита у стариков
 7. Виды осложнений острого аппендицита
 8. Особенности хирургического лечения острого аппендицита

Время на изучение темы – 180 минут

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки, является одной из самых распространенных хирургических болезней.

Согласно сборным статистическим данным, охватывающим большое число наблюдений, заболеваемость аппендицитом составляет 5-6 человек на 1000 населения, а больные, страдающие этим заболеванием, составляют 45-55% от всех больных, находящихся в хирургических стационарах. Наибольшая частота аппендицита приходится на возраст от 16 до 45 лет. При этом женщины болеют чаще.

Историю учения об остром аппендиците можно разделить на четыре периода.

Первый период - от древних времен до 80-х годов 19-го столетия. В этот период понятия «острый аппендицит» не было, лечение проводилось консервативно. В редких случаях при образовании аппендикулярного гнойника производили его вскрытие.

Второй период - от 80-х годов 19-го столетия до начала 20-го столетия. Выяснено значение воспаления червеобразного отростка, как причины отграниченного и разлитого перитонита. В 1886 году появился термин «аппендицит». Стали применять аппендэктомию при разлитом перитоните и аппендикулярных гнойниках.

Третий период - первая четверть 20-го столетия - доказана необходимость оперативного лечения острого аппендицита, однако аппендэктомию применяют в первые 24-48 часов от начала заболе-

вания, позднее этого срока оперировали больных только по поводу осложнений.

Четвертый период - вторая четверть 20-го столетия и до настоящего времени. Стали производить срочное оперативное лечение во все сроки от начала заболевания и при всех формах, кроме хорошо отграниченного аппендикулярного инфильтрата.

Принято считать, что первую аппендэктомию по поводу острого аппендицита выполнил в 1884 году в Англии Мухамед, а в Германии - Кронлейн. Первый из этих хирургов сделал аппендэктомию по поводу аппендикулярного гнойника, второй - по поводу разлитого гнойного перитонита. Однако в 1853 г. выяснилось, что первая успешная аппендэктомия была выполнена гораздо раньше. Грис обнаружил в трудах Клавдия Амианда сообщение автора о том, что в 1735 г. он оперировал 11-летнего мальчика по поводу мошоночной грыжи, осложненной каловым свищем. Установив, что причиной калового свища является червеобразный отросток, прободение которого вызвано косточкой, произвел удаление отростка, оставив длинную культю, перевязанную лигатурой. Таким образом, со времени первой аппендэктомии не по обоснованному диагнозу, а в связи со случайной операционной находкой прошло 265 лет. В 1889 г. А. А. Бобров оперировал больного с аппендикулярным инфильтратом и удалил часть червеобразного отростка. И только в 1890 г. А. А. Троянов в Обуховской больнице выполнил первую аппендэктомию в России.

Однако, принцип оперативного лечения острого аппендицита во все сроки от начала заболевания прочно утвердился и занял под собой солидную научную основу после Ленинградской городской областной конференции, созванной в 1963 г. Институтом Скорой Помощи во главе с Ю. Ю. Джанелидзе.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Несмотря на многолетние и всесторонние исследования, причина острого аппендицита окончательно не установлена. Заболевание рассматривается как неспецифическое воспаление, вызванное различными по своей природе факторами. Для его объяснения предложено несколько теорий.

Инфекционная теория. Разнообразная микробная флора всегда содержится в червеобразном отростке, проникая в него энтерогенным или, значительно реже, гематогенным и лимфогенным путями. Для развития воспаления необходима активизация инфекции. Главной причиной ее является закупорка просвета червеобразного отростка, приблизительно в 60 % случаев связанная с гиперплазией

лимфоидных фолликулов, в 40 % - с наличием каловых камней. Увеличение лимфоидных фолликулов нередко происходит как ответная реакция на острую кишечную или общую инфекцию. Таким образом, острый аппендицит возникает при сочетании двух факторов - инфекции и механического препятствия. Однако причина повышения вирулентности инфекции, постоянно находящейся в аппендиксе, остается неясной.

Нервно-сосудистая теория. Различные патогенные нарушения могут вызвать расстройство кровообращения в червеобразном отростке за счет мышечного или сосудистого спазма без морфологических изменений в начальной стадии. Если этот процесс продолжается, то наступает ишемия с очаговым некрозом или гангреной. Для подтверждения этой теории веских доказательств не предоставлено.

Аллергическая теория. Давно отмечено, что воспаление червеобразного отростка иногда протекает бурно и напоминает гиперергическую реакцию. Об этом свидетельствуют положительная проба на внутрикожное введение антигена из лимфоидной ткани аппендикса, наличие кристаллов Шарко-Лейдена в его содержимом, а в ряде случаев положительная реакция Кумбса. Вместе с тем нельзя исключить, что найденные у больных острым аппендицитом антитела имеют воспалительное происхождение и не являются специфическими.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Изменения при остром аппендиците затрудняют создание простой и общепризнанной классификации этой болезни.

В 1895 г. В. П. Образцов создал классификацию, основа которой остается правильной до настоящего времени. В. П. Образцов разделил острый аппендицит на пять групп:

1. *Аппендикулярная колика;*
2. *Катаральный аппендицит;*
3. *Простое воспаление червеобразного отростка с возможным вовлечением в процесс слепой кишки и брюшины;*
4. *Прободной аппендицит;*
5. *Ихорозный аппендицит.*

В 1898 г. Weinberg предложил различать четыре основные формы аппендицита:

1. *Простой острый аппендицит (катаральный, геморрагический);*
2. *Гнойный;*
3. *Некротический;*

4. Хронический.

В отдельную группу был выделен туберкулезный и тифозный аппендицит. Затем была предложена классификация острого аппендицита в 1900 г. Jonnenbuqdt, в 1901 г. В. Г. Цеге-Мантефелем. Последняя классификация близка к новейшим. Однако Цеге-Мантефель не предусматривал осложнения острого аппендицита, а это недостаток. А. И. Абрикосов разделил острый аппендицит на три основные формы - поверхностный, флегмонозный, гангренозный.

1. Поверхностный аппендицит (первичный аффект);

2. Флегмонозный аппендицит;

- простой флегмонозный;

- флегмонозно-язвенный;

- апостематозный (с прободением, без прободения).

3. Гангренозный аппендицит:

- первичный гангренозный аппендицит (с прободением, без прободения);

- вторичный гангренозный аппендицит (с прободением, без прободения).

Последующие классификации Н. Н. Еланского, П. П. Напалкова и И. И. Шафера также имели некоторые недостатки и были сложны для практического здравоохранения.

Из множества предложенных классификаций наиболее приемлема классификация В. И. Колесова.

Формы острого аппендицита:

1. Слабо выраженный аппендицит (аппендикулярная колика);

2. Простой аппендицит (поверхностный, катаральный).

3. Деструктивный аппендицит:

- флегмонозный, гангренозный;

- прободной (перфоративный) осложненный аппендицит;

- аппендикулярный инфильтрат (хорошо отграниченный, прогрессирующий);

- аппендикулярный абсцесс;

- разлитой гнойный перитонит;

- прочие осложнения острого аппендицита (пилефлебит, сепсис и др.).

Несмотря на некоторую громоздкость, эта классификация имеет ряд несомненных преимуществ перед другими и может быть использована в клинике.

СИМПТОМАТИКА, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Значительная вариабельность и своеобразие клинических проявлений при остром аппендиците обусловлены наличием многочисленных вариантов и форм болезни, которые зависят от стадии и продолжительности воспалительного процесса, топографии червеобразного отростка, его морфологических изменений, а также осложнений.

Острая боль является основным и ранним проявлением острого аппендицита. Она возникает обычно среди полного здоровья. Ее локализация, продолжительность, интенсивность различна в каждом отдельном случае. У большинства больных возникает в эпигастрии (симптом Кохера) или околопупочной (симптом Кюммеля) области. В отдельных случаях первичная боль возникает сразу в правой подвздошной области. Эта локальная боль обычно продолжительна, усиливается при движениях. При ретроцекальном или забрюшинном положении червеобразного отростка боль может ощущаться в поясничной области, иррадиировать в правое бедро, область заднего прохода. При медиальном расположении отростка боль может возникать около пупка.

Боль ниже кожной складки может указывать на локализацию воспаленного отростка в малом тазу или распространение воспаления на заднюю брюшину и ретроперитониальную клетчатку малого таза. Нельзя забывать о возможном расположении отростка в левой подвздошной области (при полном обратном расположении внутренних органов или подвижной слепой кишке), тогда боль локализуется с самого начала в левой подвздошной области.

В начальной фазе заболевания боль локализована в одной точке. Однако при распространении процесса за пределы отростка локализация ее становится менее определенной. По своей интенсивности боль в животе может быть различной. Иногда она незначительна и больной продолжает выполнять физическую работу, иногда она носит острый, нарастающий характер, что чаще наблюдается при деструктивных формах и перфорации червеобразного отростка. При прогрессирующем воспалительном процессе в боль отростке может стихнуть или прекратиться. Ретроперитониальная форма острого аппендицита при пальпации дает менее выраженные болевые признаки, однако при тщательном обследовании живота можно обнаружить отчетливую болезненность. При диагностике острого аппендицита часто помогают перкуторные данные. Высокий тимпанит в правой подвздошной области в сочетании с локальной болезненно-

стью в начале заболевания указывает на вовлечение червеобразного отростка в воспалительный процесс. Притупление перкуторного звука в этой области, в правом боковом кармане живота, при резко выраженной болезненности свидетельствует о наличии воспалительного процесса.

Исчезновение болей можно расценивать как благоприятный признак лишь в том случае, когда имеются другие симптомы обратного развития острого аппендицита.

Рвота и тошнота довольно часто встречаются при остром аппендиците. Они возникают в начале воспаления или при раздражении брюшины. Обычно в начале возникает тошнота, а потом рвота. Рвота бывает не у всех больных - при деструктивном аппендиците рвота наблюдается чаще.

Задержка стула - непостоянный симптом острого аппендицита - чаще встречается при деструкции червеобразного отростка и вызывается парезом кишечника, который наступает при воспалительном раздражении брюшины. В редких случаях у больных острым аппендицитом бывает жидкий стул. Эти расстройства чаще всего появляются при тазовом аппендиците. При тазовом аппендиците может наблюдаться учащенное мочеиспускание, зависящее от распространения воспаления на мочевой пузырь. Температура тела повышается у большинства больных острым аппендицитом. Высокая температура встречается редко. Бывают случаи острого аппендицита и без повышения температуры. При остром аппендиците температура в прямой кишке всегда повышена. У тяжелобольных с деструктивным аппендицитом иногда при подъеме температуры бывает озноб.

Общее состояние больных в начальном периоде острого аппендицита обычно удовлетворительное. Ухудшение их состояния начинается при нарастании деструкции червеобразного отростка и захвате в сферу воспаления брюшины. При гангренозном и перфоративном аппендиците общее состояние больных, как правило, тяжелое и оно быстро ухудшается.

Пульс слегка учащен. Появление тахикардии наблюдается при нарастании интоксикации и температуры, что связано с деструкцией отростка и началом перитонита. При остром аппендиците частота пульса зависит от температуры. Возникающая дислокация (тахикардия при невысокой температуре и брадикардия при высокой) является показателем тяжести патологического процесса.

Кожные покровы в большинстве случаев обычной окраски. Язык обложен белым налетом, влажный, становится сухим при перитоните. Больные с острым аппендицитом обычно не принимают вынужденного положения, не мечутся, а спокойно лежат на спине

или правом боку. При осмотре живота выясняют, не вздут ли он, нет ли его ассиметрии, что имеет дифференциально-диагностическое значение, определяется участие живота в дыхании. При остром аппендиците, особенно при деструктивном, правая половина живота менее подвижна при дыхании (не участвует в акте дыхания). Больного просят покашлять. При любом воспалительном заболевании органов брюшной полости, при воспалении брюшины, появляется болезненность при кашле, соответственно расположению воспаленного органа. При остром аппендиците эта болезненность чаще всего локализуется в правой подвздошной области. Из наших наблюдений, кашлевой симптом является положительным почти во всех случаях аппендицита независимо от стадии поражения червеобразного отростка.

При остром аппендиците обычно имеется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Эти три признака (болезненность в правой подвздошной области, локальное напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга) являются кардиальными симптомами в диагностике острого аппендицита.

При остром аппендиците мышечное напряжение происходит за счет нижней части правой прямой, косой и поперечных мышц живота, лежащих над правой подвздошной ямкой. В ранней стадии заболевания рефлекторная тоническая реакция мышц брюшной стенки направлена на ограничение движения их при дыхании в месте патологического очага, в более поздних стадиях сокращение мышц становится спастическим. Если отросток и аппендикулярная зона воспаления находятся за слепой кишкой или позади тонкой кишки, то ригидность мышц передней брюшной стенки может отсутствовать даже при гангренозном аппендиците.

При выраженной интоксикации может быть снижен мышечный тонус. У больных старческого возраста даже при запущенных формах острого аппендицита ригидность может быть минимальной и при обычной локализации отростка. У больных с атоничными мышцами при остром аппендиците также отмечается незначительная мышечная ригидность. У тучных людей мышечное напряжение порой нельзя определить из-за чрезмерно развитой жировой клетчатки.

Гиперестезия при остром аппендиците проявляется повышенной чувствительностью кожи правой подвздошной области при уколе иглой или легким сдавлением между пальцами кожной складки. Однако, из-за непостоянства и относительной редкости, эта проба не представляет большой диагностической ценности.

БОЛЕВЫЕ СИМПТОМЫ

Наиболее часто выявляется **симптом Щеткина-Блюмберга**, который характерен для любого местного и разлитого перитонита, в том числе и аппендикулярного происхождения. Он не является специфичным для острого аппендицита, вместе с тем это один из ранних симптомов, так как воспалительные процессы брюшины могут появляться уже в первые часы острого аппендицита. Симптом заключается в резком усилении боли при быстром отрыве руки, погруженной в брюшную стенку над очагом воспаления. Он может быть локальным или диффузным в зависимости от распространения процесса. Однако надо помнить, что воспаление придатков матки, острый аппендицит при растянутом, смещенном вниз желчном пузыре, болезни Крона, воспаление дивертикула Меккеля могут давать положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области.

Клинические наблюдения ряда авторов показывают, что этот симптом даже при простом аппендиците бывает положительным в 65% случаев, а при деструктивном аппендиците в 84-92% случаев. Симптом Щеткина-Блюмберга один из наиболее часто встречающихся и важных признаков острого аппендицита. Получается такая последовательность - боль бывает у всех больных острым аппендицитом, болезненность в правой подвздошной области встречается в 65-92 % случаев, напряжение мышц передней брюшной стенки в 21-74 % случаев. Становится ясным большое диагностическое значение этих признаков, особенно при их сочетании.

Симптом Воскресенского - симптом «рубашки» - кончиками пальцев правой кисти от правой реберной дуги вниз проводят скользящую пальпацию живота - боли усиливаются при приближении пальцев кисти к воспаленному аппендиксу. По данным В. Воскресенского, Н. А. Кузнецова, Е. К. Воскресенской, М. Ф. Волкова, Н. В. Дмитриева симптом скольжения был положительным при остром аппендиците в 97% случаях. По данным В. И. Колесова частота симптомов Щеткина - Блюмберга и Воскресенского при остром аппендиците встречается приблизительно одинаково часто.

Симптом Ситковского. При перемещении больного на правый бок боль в правой подвздошной ямке усиливается. Болевая реакция объясняется натяжением воспаленной брюшины в области слепой кишки.

Симптом Ровзинга. Он вызывается следующим образом: левой рукой надавливают на брюшную стенку в левой подвздошной области, соответственно расположению нисходящей части толстой

кишки. Не отнимая давящую руку, правой надавливают на вышележащий отрезок толстой кишки. Симптом считается положительным, если больной испытывает боль в правой подвздошной области. По мнению Ровзинга, газы толстой кишки перемещаются при толчке проксимально, достигая слепой кишки. Сотрясение стенки слепой кишки и вызывает боль. Положительный симптом Ровзинга бывает в 70-78% случаев в зависимости от формы острого аппендицита.

Следовательно, по своей частоте по достоверности он почти не уступает симптому Щеткина-Блюмберга.

Симптом Аорона. Боль или чувство тяжести в эпигастральной или прекардиальной области желудка при надавливании в точке Мак-Бурнея.

Симптом Барона. Повышенная чувствительность при надавливании в области правой поясничной мышцы.

Симптом Раздольского. При перкуссии брюшной стенки выявляется болезненность в правой подвздошной области. Симптом основан на резком повышении чувствительности кожи.

Симптом Бартомье-Мехельсона. Болезненность при пальпации слепой кишки усиливается в положении больного на левом боку. Характерен для острого аппендицита.

Симптом Басслера. Болезненность при надавливании посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости по направлению к ости подвздошной кости. Характерно для аппендицита.

Симптом Бастедо. Появление боли при раздувании слепой кишки. После очищения толстого кишечника с помощью клизмы в прямую кишку больного, лежащего на спине, вводят мягкий резиновый катетер на 10-15см и через него нагнетают в кишечник воздух. При хроническом аппендиците эта процедура вызывает боль в области слепой кишки.

Симптом Бен-Ашера. Появление боли в правой подвздошной области в результате надавливания кончиками 2 пальцев в левом подреберье во время глубокого дыхания или покашливания больного. Определяют при остром аппендиците.

Симптом Брауна. На коже живота отмечают место болезненности, после чего больного укладывают на здоровый бок. Через 15-20мин место болезненности перемещается на 2,5-5см или болезненность усиливается. Наблюдается при остром аппендиците.

Симптом Брендю. Боль справа при надавливании на левый рог беременной матки. Наблюдается при аппендиците во время беременности.

Симптом Бриттена. При пальпации стенки живота в месте максимальной болезненности наблюдаются сокращение брюшных мышц и подтягивание правого яичка к верхней части мошонки. При прекращении пальпации прекращается подтягивание яичка. Симптом характерен для деструктивного аппендицита.

Симптом Вахенгейма-Редера. Появление боли в илеоцекальной области при ректальном пальцевом исследовании.

Симптом Видмера. Температура в правой подмышечной впадине выше, чем в левой.

Симптом Волковича. У больных хроническим аппендицитом живот справа тощий, запавший, с большей углубленностью правого подреберья и правой подвздошной области. Брюшная стенка более мягкая и податливая, чем справа.

Симптом Волковича-Кохера. Боль первоначально возникает в подложечной области, иногда непосредственно под мечевидным отростком и только спустя 1-3 ч сосредотачивается в правой подвздошной области.

Симптом Гадая. В области петитова треугольника справа нажимают пальцем, потом быстро его отнимают (как при симптоме Щеткина-Блюмберга). В момент отнятия пальца появляется боль. Встречается при остром ретроцекальном аппендиците.

Симптом Грея. Повышенная чувствительность, определяемая на 2,5 см книзу и слева от пупка.

Симптом Доннелли. Появление боли при пальпации над и под точкой Мак-Бурнея при одновременном разгибании больным правой ноги. Характерен для ретроцекального аппендицита.

Триада Дъелафуа. Боль, мышечное напряжение и гиперестезия кожи в правой подвздошной области.

Симптом Дюбара. Болезненность при надавливании на затылочные точки блуждающего нерва.

Симптом Затлера. Боль в правой подвздошной области при поднятии больным выпрямленной правой ноги сидя.

Симптом Икрамова. Усиление боли в правой подвздошной области при прижатии правой бедренной артерии.

Симптом Илиеску. Болезненность при надавливании шейной точки правого диафрагмального нерва.

Симптом Клемма. Скопление газа в илеоцекальной области, определяемое при рентгенологическом исследовании.

Симптом Крупа. Усиление боли в правой подвздошной области при ротации правого бедра.

Симптом Крымова. Появление или усиление боли в правой подвздошной области при пальцевом исследовании наружного отверстия правого пахового канала.

Симптом Кюммеля. Болезненная точка, расположенная на 2см вправо и ниже от пупка. Определяется при хроническом аппендиците.

Симптом Ланца. Ослабление или исчезновение кремастер-рефлекса справа.

Точка Ланца. Болезненная точка на линии, соединяющей обе верхнепередние ости подвздошных костей (5см от правой ости).

Симптом Ларока. Подтянутое положение правого или обоих яичек, возникающее самопроизвольно или при пальпации передней брюшной стенки.

Симптом Лароша. Отсутствие гиперэкстензии в правом тазобедренном суставе.

Симптом Ленандера. Разность подмышечной и ректальной температуры более 1 градуса. Наблюдается при остром деструктивном аппендиците.

Симптом Локвуда. Урчание или шум перетекающей жидкости, определяемые при пальпации правой подвздошной области у больного, лежащего на спине с несколько согнутыми в коленных суставах ногами. Определяется при аппендиците в спайках брюшной полости.

Точка Мак-Бурнея. Точка расположена на границе средней и наружной трети линии, соединяющей правую передне-верхнюю ость подвздошной кости с пупком. В настоящее время расценивается критически.

Симптом Мастэна. Боль в области ключицы.

Симптом Мехельсона. Усиление боли в правой половине живота в положении больного на правом боку, когда матка давит на воспаленный очаг. Характерен для деструктивных форм острого аппендицита у беременных.

Симптом Московского. Расширение зрачка правого глаза. Встречается при острых заболеваниях органов брюшной полости (остром аппендиците, холецистите).

Симптом Мерфи. При перкуссии правой подвздошной области четырьмя пальцами подряд (как при игре на рояле) обычный тимпанический звук отсутствует.

Симптом Образцова. У больного острым аппендицитом болезненность при пальпации правой подвздошной области усиливается, если заставить больного поднять выпрямленную в коленном суставе правую ногу.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

Особенностью острого аппендицита у детей является быстрое развитие деструктивных изменений в червеобразном отростке, частое развитие разлитого перитонита вследствие плохо развитого сальника, что уменьшает возможность отграничения процесса. В клинической картине нередко преобладают такие симптомы, как боли схваткообразного характера, многократная рвота, понос. Температура тела, как правило, высокая достигает 39-40 градусов, частота пульса нередко не соответствует температуре. Выражены симптомы тяжелой интоксикации. Напряжение мышц брюшной стенки может быть небольшим.

Таким образом, острый аппендицит у детей характеризуется бурным течением, напоминает по своим клиническим проявлениям гастроэнтерит, дизентерию. Это затрудняет раннюю диагностику и увеличивает число перфоративных форм аппендицита.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Вследствие ареактивности организма и выраженности сопутствующих заболеваний имеет стертое течение. Боли в животе выражены незначительно, температура тела нормальная. Защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено или отсутствует, даже при деструктивных формах аппендицита отмечается небольшое повышение количества лейкоцитов в крови, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

У лиц пожилого и старческого возраста стертость клинической картины заболевания, не выраженность основных симптомов, а также склонность к быстрому развитию деструкции червеобразного отростка (вследствие склероза его сосудов) приводят к тому, что эти больные поступают в хирургические стационары в поздние сроки (через несколько дней от начала острого аппендицита). Нередко с развившимся осложнением - аппендикулярным инфильтратом.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Проявления острого аппендицита в первой половине беременности ничем не отличается от обычных его проявлений. Во второй половине беременности смещение слепой кишки и червеобразного отростка увеличенной маткой приводит к изменению локализации болей при остром аппендиците. Боли могут локализоваться не только в

правой подвздошной области, но и в правом подреберье. Больные не обращают внимания на эти боли, относя их к проявлениям беременности. Рвота, нередко отмечаемая у беременных, также не вызывает у них особого беспокойства. Напряжение мышц брюшной стенки в ранние сроки беременности выражены хорошо, но в поздние сроки беременности вследствие сильного растяжения мышц живота выявить их защитное напряжение бывает довольно трудно. Симптом Воскресенского и Щеткина-Блюмберга обычно хорошо выражены.

Если воспаленный червеобразный отросток расположен позади увеличенной матки, то симптомы раздражения брюшины могут не определяться. Нередко острый аппендицит у беременных принимают за признаки угрожающего выкидыша, что приводит к поздней госпитализации больных и поздней операции. Риск выкидыша при выполнении аппендэктомии даже в поздние сроки беременности невелик. Всех беременных, заболевших острым аппендицитом, надо оперировать.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Дифференциальная диагностика аппендицита должна проводиться с пятью группами заболеваний: заболеваниями органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства, с заболеваниями органов грудной клетки, с инфекционными заболеваниями, с болезнями сосудов и крови.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки отличается от острого аппендицита внезапным появлением резких, чрезвычайно интенсивных болей в эпигастральной области, «доскообразным» напряжением мышц передней брюшной стенки, резкой болезненностью, возникающей при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, наличием свободного газа в брюшной полости, что может быть определено перкуторно (исчезновение печеночной тупости) или рентгенологически (наличием светлой серповидной полоски между печенью и правым куполом диафрагмы). Отличие заключается также и в том, что в первые часы после перфорации (до развития перитонита) температура больных остается нормальной. Симптом Щеткина-Блюмберга при перфоративной язве хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья. При дифференциальной диагностике не следует придавать слишком большого значения указанию на наличие язвенной болезни в анамнезе. Этот признак не

имеет большой ценности, так как хорошо известна возможность перфорации язвы у больного и без «язвенного» анамнеза (перфорации «немой» язвы). В то же время у больного язвенной болезнью не исключается развитие у него острого аппендицита.

Острый холецистит отличается от острого аппендицита локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, предплечье, лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения. Боли возникают чаще всего после погрешности в диете. При пальпации живота болезненность, напряжение мышц и симптом Щеткина-Блюмберга определяется в правом подреберье. К тому же нередко удается пальпировать увеличенный, напряженный желчный пузырь. Температура тела больных обычно выше, чем при аппендиците. Довольно трудно, а порой практически невозможно отличить острый холецистит от острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка. В сомнительных случаях помогает лапароскопия.

Острый панкреатит иногда трудно дифференцировать с острым аппендицитом. При остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли локализуются в эпигастральной области, они очень интенсивные. Здесь же при пальпации отчетливо определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота. Температура тела остается нормальной. Для панкреатита характерно некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. При рентгенологическом исследовании видна раздутая газом, паретичная поперечная кишка. Болезненность при надавливании в левом реберном углу - характерный симптом для острого панкреатита. Определение уровня диастазы в моче и крови обычно позволяет уточнить диагноз, его повышение - патогномичный симптом острого панкреатита.

Болезнь Крона (неспецифическое воспаление терминального отдела подвздошной кишки) и воспаление дивертикула Меккеля могут давать клиническую картину, сходную с острым аппендицитом, так что дифференциальный диагноз этих заболеваний до операции труден. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, следует осмотреть участок подвздошной кишки на протяжении 1м, чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула Меккеля.

Острую кишечную непроходимость обычно необходимо дифференцировать с острым аппендицитом в тех случаях, когда ее причиной является инвагинация тонкой кишки в слепую, что чаще наблюдается у детей. При этом характерно появление схваткооб-

разных болей, однако нет напряжения мышц живота, а симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации живота определяют малоблезненное подвижное образование - инвагинат. К тому же имеются симптомы кишечной непроходимости - вздутие живота, задержка стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Довольно часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью (цвета «малинового желе»).

Острый аднексит может вызвать значительные трудности при дифференциальной диагностике с острым аппендицитом. Для острого аднексита характерны боли внизу живота, иррадирующие в поясницу или промежность, повышение температуры тела. При опросе больных можно установить в прошлом наличие воспалительных заболеваний женской половой сферы, нарушение менструального цикла. При пальпации определяют болезненность внизу живота, над лобком с обеих сторон (что может быть и при расположении червеобразного отростка в малом тазу), однако напряжение мышц брюшной стенки, столь характерное для острого аппендицита, при остром аднексите, как правило, отсутствует. Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и через прямую кишку, которые должны быть выполнены у всех женщин с подозрением на острый аппендицит. При этом можно определить болезненность придатков матки, инфильтрацию тканей, болезненность при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов свидетельствуют в пользу острого аднексита.

Нарушенная внематочная беременность имеет ряд признаков, позволяющих отличить ее от острого аппендицита. Уже при расспросе больной можно установить задержку менструации (количество излившейся крови, продолжительность), кровянистые выделения из влагалища. Характерно внезапное появление довольно сильных болей внизу живота иррадирующих в промежность, прямую кишку, тошноту, рвоту, обморочное состояние. При пальпации определяется болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует.

При значительном внутрибрюшном кровотечении возникает слабость, выраженная бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония, можно определить притупление в отлогих отделах живота, снижение в крови уровня гемоглобина и гематокрита.

Исследование через влагалище позволяет установить болезненность при надавливании на шейку матки, иногда нависание свода влагалища. При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки в результате скопления крови в

малом тазу. Разрыв яичника дает клиническую картину, схожую с нарушенной внематочной беременностью. При пункции заднего свода получают малоизмененную кровь.

Почечнокаменная болезнь приводит к развитию почечной колики, которую часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом, особенно при ретроцекальном расположении червеобразного отростка. Для почечной колики характерно появление очень интенсивных, периодически усиливающихся, приступообразных болей в поясничной области, иррадирующих в наружные половые органы и передне-внутреннюю поверхность бедра, учащенное мочеиспускание. При осмотре больного можно выявить положительный симптом Пастернацкого (боль при поколачивании поясничной области), отсутствие или слабое напряжение мышц брюшной стенки, в моче определяют неизмененные эритроциты.

Уточнению диагноза способствуют хромоцистоскопия и проба Лорин-Эпштейна. Хромоцистоскопия при почечной колике позволяет установить задержку выделения окрашенной мочи из устья правого мочеточника, чего не бывает при остром аппендиците. Введение нескольких миллилитров новокаина в правый семенной канатик (проба Лорин-Эпштейна) приводит к быстрому купированию приступа почечной колики.

Мезентериальный лимфаденит (воспаление лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки) иногда дает клиническую картину, схожую с острым аппендицитом. Наблюдается у детей и лиц молодого возраста. Характерна высокая температура тела, указания на перенесенное недавно острое респираторное заболевание. В отличие от острого аппендицита при пальпации живота выявляют болезненность по ходу прикрепления брыжейки тонкой кишки.

Плеврит и правосторонняя пневмония могут быть причиной диагностических ошибок, особенно у детей, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки. Внимательный осмотр больного, данные физикального исследования легких позволяют избежать диагностической ошибки.

При плевропневмонии имеются: кашель, одышка, цианоз губ, в легких выслушивают хрипы, иногда шум трения плевры.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение оперативное - аппендэктомия.

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ

1. Большинство хирургов считают, что лучшим при аппендэктомии является доступ Волковича-Мак-Бурнея. Этот доступ имеет три важных преимущества:

- 1) его проекция соответствует расположению слепой кишки и червеобразного отростка;
- 2) малое повреждение нервов брюшной полости;
- 3) он дает меньший процент послеоперационных грыж, так как мало повреждает ткани и расстраивает их иннервацию.

Доступ Волковича-Мак-Бурнея. Косой разрез длиной 5-6 см в правой подвздошной области параллельно пупартовой связке выше и ниже линии, соединяющей пупок и передне-верхнюю ось подвздошной кости, причем $\frac{1}{3}$ длины разреза идет выше, а $\frac{2}{3}$ длины - ниже этой линии.

В осложненных случаях, при малой подвижности слепой кишки, а также при необходимости ревизии брюшной полости можно легко расширить оперативный доступ. С этой целью надо продолжить поперечное рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, проведя разрез над влагалищем прямой кишки. Далее, прямую мышцу живота надо оттянуть тупым крючком кнутри и после этого продолжить рассечение поперечной фасции живота и брюшины. Этим приемом значительно расширяется доступ и открывается возможность для обозрения значительных участков брюшной полости.

Рассмотрим вначале типичную технику аппендэктомии, а в последующем остановимся на особенностях оперативного вмешательства при различных формах острого аппендицита и его осложнениях.

Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного доступа в правой подвздошной области, известного в отечественной литературе под названием доступа Волковича – Дьяконова. Для проведения кожного разреза при этом доступе служат следующие ориентиры: линию, соединяющую пупок и наружную верхнюю ось подвздошной кости, делят на три равные части и затем на границе наружной и средней трети этой линии строго перпендикулярно к ней проводят кожный разрез. При этом $\frac{1}{3}$ кожного разреза выступает над указанной линией и $\frac{2}{3}$ находятся ниже ее. Если операцию производят под местным обезболиванием, то вначале на проекции разреза анестезируют кожу, нагнетая в нее 0,25% раствор новокаина до образования «лимонной корочки». Затем инфильтрируют новокаином подкожную клетчатку и лишь после этого производят разрез кожи. Одномоментная анестезия на всю толщу брюшной стенки недопустима, так как это может привести к образо-

ванию гематом, проколу подлежащей кишки и другим осложнениям, не говоря уже о плохом качестве анестезии.

Длина кожного разреза для аппендэктомии составляет обычно 10–12 см; именно такой разрез создает максимальные удобства для удаления червеобразного отростка. Необходимо подчеркнуть, что уменьшение разреза ведет к большей травме тканей во время операции и создает дополнительные предпосылки для послеоперационных осложнений.

После разреза кожи и подкожной клетчатки производят тщательный гемостаз с помощью электрокоагулятора или наложения лигатур на сосуды. В подкожной клетчатке этой области нередко проходят крупные ветви боковых артерий брюшной стенки, отходящих непосредственно от аорты, поэтому пренебрежение гемостазом ведет к образованию послеоперационных гематом и, вследствие этого, к нагноению операционной раны.

Закончив гемостаз, изолируют с помощью марлевых салфеток операционную рану от остального операционного поля. Вслед за этим вводят новокаин под апоневроз наружной косой мышцы, надсекают его скальпелем и вскрывают ножницами по ходу волокон. В верхнем углу раны обычно надсекают и саму наружную косую мышцу, а при варианте низкого ее окончания приходится надсекать мышцу на значительном протяжении, но также по ходу ее волокон.

После рассечения апоневроза анестезируют подлежащие внутреннюю косую и поперечную мышцы, надсекают перимизий и разводят их тупыми крючками по ходу волокон. Обычно при разведении мышц удается вскрыть прилежащую к ним снизу поперечную фасцию и подойти непосредственно к брюшине.

Подойдя к брюшине, рану снова изолируют, для чего используют влажные марлевые салфетки во избежание высыхания обнаженных тканей. При вскрытии брюшины следует быть особенно внимательными, чтобы не повредить прилежащей кишки. С этой целью брюшину осторожно приподнимают пинцетом и надсекают ее, следя, чтобы противоположная бранша ножниц хорошо просвечивала сквозь серозные листки. Одновременно необходимо приготовить марлевый тампон для того, чтобы сразу же осушить рану, если в нее начнет изливаться выпот из брюшной полости.

Проникнув в брюшную полость, находят слепую кишку. Если этому мешают петли тонких кишок, то их осторожно отводят кнутри, осматривая область латерального канала и подвздошной ямки. В отличие от тонкой кишки слепая кишка имеет три хорошо выраженные продольные мышечные ленты (*taenia coli*). Описанные в отдельных руководствах различия в окраске не имеют практического значения,

так как при наличии воспалительного процесса цвет всех кишок нередко вследствие гиперемии становится одинаковым. Следует помнить также, что слепая кишка, как правило, не имеет брыжейки. Несмотря на отсутствие брыжейки, слепая кишка обладает некоторой подвижностью, и ее удается, как правило, извлечь в рану. Если кишка фиксирована спайками, то их рассекают ножницами, под контролем глаза.

Как известно, основание червеобразного отростка и начало его брыжейки находятся в месте слияния всех трех теней на куполе слепой кишки. Таким образом, вместе с куполом слепой кишки удается извлечь в рану и червеобразный отросток. Если же дистальный отдел отростка фиксирован в глубине и не выводится в рану, то в этом случае необходимо подвести под его основание узкую марлевую тесемку и опустить купол слепой кишки обратно в брюшную полость. Затем, при потягивании за тесемку, удастся увидеть и рассечь сращения, мешающие мобилизации червеобразного отростка. Необходимо помнить, что форсированное извлечение воспаленного червеобразного отростка недопустимо, так как при этом легко можно разорвать его или совсем оторвать от слепой кишки и брыжейки. Поэтому, если после рассечения видимых сращений червеобразный отросток все же не выводится в рану, нужно приступить к ретроградной аппендэктомии.

После выведения червеобразного отростка в рану производят анестезию его брыжеечки и накладывание на нее лигатуры. С этой целью у основания отростка проводят толстую кетгуттовую нить, которой и перевязывают брыжеечку, следя за тем, чтобы артерия червеобразного отростка обязательно вошла в лигатуру. При рыхлой и отечной брыжеечке лучше накладывать лигатуру на нее с предварительным прошиванием, что предотвратит в последующем соскальзывание лигатуры.

Перевязав брыжеечку у верхушки червеобразного отростка, накладывают зажим и отсекают его от брыжеечки на всем протяжении. Червеобразный отросток отводят кверху и, отступя 1–1,5 см от его основания, накладывают кисетный серозно-мышечный шов, для чего используют шелковую нить № 3 или № 4. Вслед за этим передавливают зажимом основание червеобразного отростка, перевязывают его в этом месте тонким кетгутом, затем накладывают зажим на 0,3–0,5 см выше лигатуры и червеобразный отросток отсекают. Культю червеобразного отростка смазывают йодом, затем ассистент захватывает ее анатомическим пинцетом и погружает внутрь кисетного шва, который затягивает хирург. Поверх кисетного шва тонким шелком или кетгутом накладывают еще один Z-образный серозный шов.

После этого купол слепой кишки осторожно погружают в брюшную полость.

При выполнении указанных манипуляций необходимо помнить следующее: 1) нельзя накладывать лигатуру на основание червеобразного отростка шелком, так как нерассасывающаяся шелковая нить может вызвать образование абсцесса в той замкнутой инфицированной полости, которая образуется вследствие инвагинации культи червеобразного отростка. В тех же условиях быстро рассасывающийся кетгут не будет служить препятствием к опорожнению образовавшегося абсцесса в просвет слепой кишки; 2) нельзя вместо обычного кисетного шва применять так называемые самопогружающиеся швы, поскольку при этом неизменно происходит инфицирование погружающейся лигатуры, следствием чего может быть возникновение абсцесса или даже перитонита; 3) нельзя подвязывать к погружающимся лигатурам культи брыжейки, так как это приводит к деформациям илеоцекального угла и нарушению пассажа кишечного содержимого вплоть до развития obturatorной кишечной непроходимости.

После осторожного вправления выведенной слепой кишки тщательно осушают брюшную полость от выпота или излившейся крови. Вслед за этим производят контроль гемостаза, опустив в брюшную полость тампон или узкую марлевую полоску. Если спустя 10–15 с марля остается без следов крови, можно быть уверенным в том, что гемостаз полный, и приступить к ушиванию раны брюшной стенки.

Вначале ушивают брюшину. Если разрез брюшины небольшой, то его ушивают единственным кетгутовым швом, который герметически затягивают ниже зажимов, удерживающих брюшину; при больших разрезах на брюшину накладывают непрерывный кетгутовый шов. Разделенные внутреннюю косую и поперечную мышцы ушивают отдельными кетгутовыми швами.

Апоневроз наружной косой мышцы живота также ушивают отдельными шелковыми швами. На подкожную клетчатку, в которой находится поверхностная фасция, накладывают отдельные тонкие кетгутовые швы. Кожу ушивают отдельными шелковыми швами.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

1. Аппендикулярный инфильтрат.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Бывают: 1. Дооперационные; 2. Операционные; 3. Послеоперационные.

Аппендикулярный инфильтрат может рассосаться или нагноиться. При рассасывании аппендикулярного инфильтрата нормализуется температура тела, постепенно исчезают боли, происходит уменьшение размеров инфильтрата, исчезает болезненность в правой подвздошной области, исчезают изменения в крови.

При нагноении аппендикулярного инфильтрата образуется **периаппендикулярный абсцесс**. Состояние больного ухудшается. Температура тела становится высокой, гектической. Резкие перепады температуры сопровождаются ознобами. Усиливаются боли в правой подвздошной области, где пальпируется патологическое образование, которое постепенно увеличивается, размягчается, контуры его становятся нечеткими. Над зоной абсцесса определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови выявляются лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличивается СОЭ.

Отграничение гноя может происходить не только вокруг червеобразного отростка, но и в других местах брюшной полости, и тогда формируются абсцессы: межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный (справа и слева), подпеченочный, в левой подвздошной области. Клиническая картина при развитии таких гнойников в основных чертах схожа с таковой при аппендикулярном абсцессе. Тазовый гнойник может быть определен при ректальном и вагинальном исследованиях.

Грозным осложнением острого аппендицита является **разлитой гнойный перитонит**, он может развиваться в результате отсутствия отграничения воспалительного процесса вокруг червеобразного отростка или прорыва периаппендикулярного абсцесса в свободную брюшную полость. Состояние больных резко ухудшается. Боли в животе носят разлитой характер, появляется многократная рвота. Наблюдается значительная тахикардия, причем частота пульса не соответствует температуре тела (патогномичный симптом перитонита). Язык сухой, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, вздут. Пальпаторно определяют болезненность во всех отделах живота, напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом раздражения брюшины. При аускультации живота кишечные шумы не выслушиваются. В анализе крови высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, резко увеличена СОЭ. Клинические проявления разлитого перитонита аппендикуляр-

ного происхождения не отличаются от проявлений перитонита другого генеза.

Пилефлебит - гнойный тромбоз ветвей воротной вены, ведущей к развитию абсцессов печени, сепсису. Частота этого осложнения при перфоративном аппендиците около 3%. Состояние больных крайне тяжелое, выражена интоксикация. Температура тела высокая, гектическая. Появляется желтуха вследствие поражения гепатоцитов. Печень увеличена. Летальность высокая. Больные погибают от печеночно-почечной недостаточности.

Послеоперационные осложнения. Наиболее частыми осложнениями после аппендэктомии являются инфильтрат и нагноение операционных ран, лигатурные свищи, кровотечение из раны брюшной стенки. Реже встречается кровотечение в брюшную полость, развитие инфильтратов и абсцессов в брюшной полости, кишечная непроходимость, несостоятельность швов культи червеобразного отростка, перитонит, развитие кишечных свищей.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. Больная 22 лет обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области. Сначала возникла боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,4°C. Затем, боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли. Стул был нормальный.

При осмотре: язык влажный, температура 36,9°C. Пальпаторно болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет.

Положительные симптомы: Ситковского и Воскресенского. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Лейкоцитоз крови $9 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Анализ мочи без патологий.

Ваш диагноз и тактика лечения?

2. Больной 78 лет поступил с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области. Боли появились сутки назад. Температура 36,6°C. Ранее никогда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел. При осмотре: язык суховат, пульс 88 уд. в минуту. Живот участвует в акте дыхания, мягкий.

В правой подвздошной области отмечается локальная болезненность. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга и Ситковского отрицательные.

Лейкоциты в крови 6,8 в 1 мкл. В анализе мочи изменений нет.

Ваш диагноз и тактика лечения?

3. Больной 28 лет поступил через 12 часов от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура 38,1°C, пульс 94 уд. в минуту. Положение больного вынужденное, на спине, с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро больной начинает кричать от сильных болей в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при очень глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется болезненность при пальпации петитова треугольника и резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный.

Дизурических явлений нет. В анализе мочи единичные лейкоциты. Лейкоцитоз крови 15,103 в 1 мкл.

Какое заболевание можно предполагать у больного?

С какими заболеваниями приходится проводить дифференциальный диагноз?

4. Больная Т. поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, рвоту, повышение температуры до 37,2°C. Язык сухой, обложен белым налетом. У больной диагностирована беременность 35 недель. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицательный. Лейкоцитоз, крови $15 \cdot 10^3$ в 1 мкл. В моче следы белка, 6-7 лейкоцитов в поле зрения. ***Ваш диагноз и тактика лечения?***

5. У больной Ш. 22 лет, с 20-недельной нормально протекающей беременностью, появились постоянные ноющие боли в правой подвздошной области, иногда тошнота. Стул и мочеиспускание в норме. Температура нормальная. Язык чист, влажен. При пальпации правой подвздошной области определяется локальная болезненность. Напряжения мышц нет. Положительный симптом Ситковского. Больная отмечает, что и до беременности в течение 2 лет у нее периодически появлялись подобные боли. Осмотр гинеколога не выявил никакой патологии со стороны половых органов.

Каков ваш диагноз и тактика лечения?

6. У девочки 4 лет часто появляются боли в животе, больше в правой подвздошной области. Боли довольно сильные, иногда сопровождающиеся рвотой. Температура всегда нормальная. Стул и мочеиспускание нормальные. Язык чист, влажен. Живот мягкий, безболезненный. На высоте болей определяется небольшая болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови $4,8 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Эозинофилы – 7%.

Какие заболевания здесь нужно дифференцировать?

Какие дополнительные исследования следует провести?

7. У больного 49 лет, страдающего комбинированным митральным пороком сердца с выраженным нарушением кровообращения, находящегося в состоянии тяжелой декомпенсации, 4 часа назад появились умеренной силы боли в правой подвздошной области, поднялась температура до $37,4^\circ\text{C}$, была однократная рвота. Год и два года назад у него были подобные приступы болей, которые самостоятельно быстро прошли.

При осмотре: язык влажный, пульс 92 уд. в минуту, мерцательная аритмия, дефицит – 40 ударов. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. Край печени пальпируется на 6 см ниже подреберья, слегка болезнен. В правой подвздошной области болезненность и небольшая ригидность мышц. Слабо положителен симптом Щеткина–Блюмберга. Лейкоцитоз крови $8,9 \cdot 10^3$ в 1 мкл. В моче единичные лейкоциты.

Ваш диагноз и тактика лечения?

8. У больного 45 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы к мочеиспусканию, поднялась температура до $38,1^\circ\text{C}$, была однократная рвота. Раньше подобных бо-

лей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптомы Щеткина–Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского положительные. В моче изменений нет. Лейкоциты в крови $15,10 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

ОТВЕТЫ

1. У больной острый аппендицит. Показана срочная аппендэктомия.

2. У больного не может быть исключен острый аппендицит. В старческом возрасте симптомы даже при деструктивных формах бывают выражены слабо. Поэтому наличие таких признаков, как боли и болезненность, локализующиеся в правой подвздошной области и сохраняющиеся на протяжении суток, в подобных случаях достаточны, чтобы решить вопрос в пользу хирургического лечения. Однако во время операции следует быть внимательным, и при отсутствии макроскопических изменений в червеобразном отростке путем тщательной ревизии органов брюшной полости, исключить в первую очередь тромбоз мезентериальных сосудов и опухоль слепой кишки.

3. Имеющаяся клиническая картина характерна для воспаления ретроцекально расположенного червеобразного отростка. Для подтверждения этого предположения следует проверить симптомы Образцова и Коупта.

Первый считается положительным, если при надавливании ладонью на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области попытка больного поднять правую ногу дает ощущение сильной боли. Симптом Коупта определяется в положении больного на левом боку. При отведении выпрямленной правой ноги появляется резкая боль в поясничной области.

Дифференциальный диагноз следует проводить с правосторонним передним гнойным паранефритом, начинающимся более медленно, и с острым гнойным пиелонефритом, который развивается бурно, обычно с температурой $39-40^{\circ}\text{C}$, сопровождается дизурическими явлениями и патологическими изменениями мочи.

4. У больной острый аппендицит. Показана срочная аппендэктомия в любые сроки беременности. Причем в первой половине беременности.

5. Можно предположить наличие хронического аппендицита. Больная подлежит оперативному лечению в плановом порядке. Надо стремиться произвести аппендэктомию такой больной в первую половину беременности, но не в первые 8-12 нед.

6. Следует дифференцировать заболевание между хроническим рецидивирующим аппендицитом и глистной инвазией. Надлежит выяснить, не было ли случаев отхождения глистов у ребенка. Проверить наличие симптомов, характерных для аппендицита, исследовать кал на яйца глистов.

7. У больного приступ острого аппендицита. Показана операция. Однако наличие недостаточности кровообращения III стадии делает риск операции чрезвычайно высоким.

8. У больного можно заподозрить острый аппендицит при ретроцекальном положении отростка. Для дифференциальной диагностики с почечной коликой необходимо прибегнуть к хромоцистоскопии. Нормальная функция почек и отсутствие патологии в анализе мочи позволяют исключить почечную колику и решить вопрос в пользу острого аппендицита.

Дизурические расстройства при ретроцекальном положении отростка не являются редкостью.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Клиника и лечение острого аппендицита». В. И. Колесов. «Медицина» Ленинград. 1972 г., с 3-372.
2. «Некоторые перспективные вопросы острого аппендицита». Х. А. Хакимов. «Ташкент» 1960 г., с 3-77.
3. «Диагностика и лечение острого аппендицита». Т. Я. Арьев. «Вестник хирургии» 1956г, № 9; с 147-151.
4. «К вопросу об остром аппендиците». В. В. Вохидов. За соц. здравоохранение Узбекистана, 1954 г., № 5; с 66-71.
5. «К вопросу об этиологии, патогенезе и классификации аппендицита». А. В. Русаков. «Хирургия» 1952 г., №5 с 83-84.
6. «Причины летальности при остром аппендиците и пути её снижения». В. И. Стручков «Хирургия» 1952 г., №5. с 86.

7. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости». В. С. Савельев. «Москва» 1976 г., с 66-113.
8. «Хирургические болезни». Б. В. Петровский «Москва» 1980 г., с 387-399.
9. «Хирургические болезни». М. И. Кузин. «Москва» 1986 г.
10. «Хирургические болезни». Н. Н. Еланский. «Москва» 1964 г.

ГЛАВА II. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Тема изучения: «Осложнения острого аппендицита» Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и оставшие студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способная научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того, чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового расследования», а именно, каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например 10 студентов, десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики», данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера- это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, готовят графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того, чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы умственная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога, для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

1. Диагностировать острый аппендицит;
2. Уметь пальпировать живот;
3. Уметь диагностировать аппендикулярный инфильтрат ;
4. Уметь диагностировать аппендикулярный, тазовый, поддиафрагмальный абсцессы. Пилефлебиты, перитонит;
5. Уметь диагностировать гематому, нагноение раны, лигатурные свищи;
6. Уметь диагностировать послеоперационные кровотечения;
7. Уметь прогнозировать исход заболевания;
8. Уметь направить больного к необходимому специалисту.

Для этого студент должен знать:

1. Методы диагностики острого аппендицита;
2. Методы диагностики осложнений острого аппендицита;
3. Типичную клиническую картину аппендикулярного инфильтрата, аппендикулярного, тазового, поддиафрагмального абсцессов, пилефлебита перитонита;
4. Типичную клиническую картину нагноения раны, послеоперационного кровотечения;
5. Тактику хирурга при этих осложнениях;
6. Уметь прогнозировать исход осложнений.

Время на изучение темы – 180 минут

К осложнениям острого аппендицита относятся аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы в брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), разлитой гнойный перитонит и септический тромбофлебит брыжеечных вен (пилефлебит).

Термином «аппендикулярный инфильтрат» принято обозначать конгломерат, рыхло спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка. Инфильтрат является следствием защитной реакции со стороны брюшинных образований, стремящихся отграничить воспалительный процесс в брюшной полости. Основой аппендикулярного инфильтрата чаще всего служит флегмонозно измененный червеобразный отросток, однако иногда в центре конгломерата находится отросток, подвергшийся полной деструкции.

Аппендикулярный инфильтрат осложняет течение острого аппендицита в 1–3% случаев. Главным образом он является резуль-

татом несвоевременного обращения больного к врачу и гораздо реже – результатом диагностической ошибки на догоспитальном этапе.

Типичная картина аппендикулярного инфильтрата развивается, как правило, спустя 3–5 дней от начала заболевания. Имеющиеся в первые дни болезни самостоятельные боли в животе почти полностью стихают, самочувствие больных улучшается, хотя температура еще остается субфебрильной. Общее состояние больных при этом страдает мало. При объективном исследовании живота не удается выявить мышечного напряжения или других симптомов раздражения брюшины. В то же время в правой подвздошной области, где чаще всего локализуется инфильтрат, удается прощупать довольно плотное, малоболезненное и малоподвижное опухолевидное образование. Размеры инфильтрата могут быть различными, иногда он занимает всю правую подвздошную область. Нередко оказываются положительными симптомы Ровзинга и Ситковского. Лейкоцитоз, как правило, умеренно повышен.

В диагностике аппендикулярного инфильтрата исключительно важную роль играет анамнез. Если появлению указанного образования в правой подвздошной области предшествовал приступ болей с характерным для острого аппендицита смещением, однократной рвотой и умеренным повышением температуры, то можно быть уверенным в правильном диагнозе аппендикулярного инфильтрата.

При типичной локализации инфильтрата в правой подвздошной области дифференциальный диагноз не сложен. Единственно, что заслуживает пристального внимания, это дифференцирование аппендикулярного инфильтрата от опухоли слепой кишки, особенно у лиц пожилого возраста. Здесь опять-таки решающую роль играет анамнез: известно, что при остром аппендиците он короткий, боли носят острый характер и сопровождаются повышением температуры, тогда как для новообразования характерен длительный анамнез с постепенным развитием болевого синдрома без повышения температуры. Кроме того, опухоль илеоцекального угла нередко вызывает явления частичной кишечной непроходимости, что почти никогда не наблюдается при аппендикулярном инфильтрате. Наконец, при динамическом наблюдении за аппендикулярным инфильтратом нетрудно заметить, что опухолевидное образование уменьшается в размере, в то время как истинная опухоль непрерывно растет.

Исходом аппендикулярного инфильтрата может быть либо его полное рассасывание, либо абсцедирование. Это обуславливает своеобразие хирургической тактики, которая принципиально является консервативно-выжидательной.

Таким образом, операция противопоказана при спокойном течении аппендикулярного инфильтрата, когда при динамическом наблюдении установлена явная тенденция к его рассасыванию. Из лечебных мероприятий в первые дни после поступления назначают постельный режим, холод на правую подвздошную область, легкоусвояемую диету. Одновременно ведут пристальное наблюдение за состоянием брюшной полости, характером температурной кривой и динамикой лейкоцитоза. После полного стихания болей и нормализации температуры для ускорения рассасывания инфильтрата можно назначать физиотерапевтическое лечение: УВЧ, УФО, тепловые процедуры.

Назначать какие-либо антибиотики при лечении аппендикулярного инфильтрата не следует вследствие их способности вуалировать клиническую картину заболевания. В связи с этим можно проследить абсцедирование инфильтрата вплоть до прорыва гнойника в свободную брюшную полость.

Если у больного по мере пребывания в стационаре вновь появляются боли в правой подвздошной области, развивается интоксикация, вновь возрастает лейкоцитоз, а температура принимает гектический характер, то следует предположить абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.

В этом случае показано хирургическое вмешательство. При этом нет необходимости ждать появления флюктуации, гиперемии брюшной стенки и других, более выраженных симптомов гнойника.

Вскрытие нагноившегося инфильтрата производят, как правило, под общим обезболиванием разрезом Волковича - Дьяконова. Вскрывая брюшину, следует быть предельно внимательным, чтобы не повредить подлежащие инфильтрированные петли кишок. Эти петли и прилежащий к ним сальник разделяют, соблюдая максимальную осторожность, исключительно тупым путем до появления гноя. После этого, также тупо, несколько расширяют образовавшееся отверстие в полость гнойника, эвакуируют гной, промывают полость раствором фурацилина и устанавливают в ней один или два перчаточко-марлевых тампона. Операционную рану не зашивают и ведут так же, как и при вскрытии периаппендикулярного абсцесса.

Следует помнить, что при вскрытии нагноившегося аппендикулярного инфильтрата ни в коем случае нельзя стремиться к одновременной аппендэктомии, несмотря на вполне естественное желание удалить деструктивно измененный червеобразный отросток. Поиски отростка в гнойной ране среди инфильтрированных и легкоранимых кишечных петель не только разрушают тканевой барьер, от-

граничивающий гнойник, но и могут привести к непоправимым осложнениям: массивному кровотечению, ранению кишки с последующим образованием кишечного свища и др.

В послеоперационном периоде больным назначают массивную дезинтоксикационную терапию и антибиотики направленного действия. В последние годы для лечения внутриполостных гнойников с успехом применяют парентеральное введение протеолитических ферментов.

Больному настоятельно рекомендуют повторную госпитализацию для аппендэктомии через 6 мес после выписки из стационара. Это необходимо сделать, так как остатки подвергшегося деструкции червеобразного отростка в последующем служат причиной частых рецидивов приступов острого аппендицита. Так же поступают и в тех случаях, когда аппендикулярный инфильтрат рассасывается при чисто консервативном ведении, но здесь аппендэктомия может быть произведена несколько раньше - через 3–4 мес.

Локальные абсцессы в брюшной полости чаще всего являются следствием аномального расположения червеобразного отростка и гораздо реже следствием внутрибрюшинных гематом, осумкования инфицированного выпота и несостоятельности швов в области культи червеобразного отростка.

Наиболее часто из перечисленных выше гнойников встречается **тазовый абсцесс**. Это обусловлено прежде всего анатомическими притонами, так как в дугласовом пространстве, являющемся самым нижним отделом брюшной полости, наиболее часто скапливается воспалительный выпот. Более того, нередко в послеоперационном периоде больным специально придают наклонное положение в постели для того, чтобы имеющийся выпот беспрепятственно стекал в дугласово пространство. При этом руководствуются следующими соображениями. Во-первых, в дугласовом пространстве существуют лучшие условия для раннего осумкования выпота, а во-вторых, диагностировать и вскрыть абсцесс дугласова пространства гораздо легче, чем любой другой абсцесс в брюшной полости.

Нередко причиной абсцесса дугласова пространства является непосредственно сам червеобразный отросток, локализующийся в малом тазу. Такая необычная локализация затрудняет диагностику острого аппендицита, поэтому операции часто предпринимаются уже при деструкции червеобразного отростка и выраженных явлениях местного перитонита.

Таким образом, при наличии у больного выпота в животе при тазовой локализации воспаленного червеобразного отростка возможно образование тазового абсцесса. Первыми признаками такого

абсцесса являются жалобы больных на тупые боли в нижних отделах живота и промежности, дизурические расстройства и учащенные позывы к дефекации.

Обычно перечисленные жалобы возникают на 5-7 й день после операции на фоне вполне благополучного течения. К этому же времени вновь начинает повышаться температура и возрастает лейкоцитоз. Общее состояние больных в этот период страдает мало, но иногда наблюдаются симптомы легкой интоксикации: бледность кожных покровов, тахикардия. При объективном исследовании живота нередко удается выявить умеренный парез кишечника, болезненность над лобком без выраженных симптомов раздражения брюшины.

Наиболее ценным диагностическим приемом является пальцевое ректальное исследование. У женщин, помимо этого, производят и вагинальное исследование. В начальных стадиях формирования тазового абсцесса в области заднего свода влагалища или передней стенки прямой кишки обнаруживают малоподвижный болезненный инфильтрат.

При дальнейшем динамическом наблюдении удается заметить размягчение инфильтрата, а в случае абсцедирования – определить флюктуацию.

Обнаружив плотный тазовый инфильтрат, больному сохраняют возвышенное положение головного конца кровати, назначают антибиотики парентерально и теплые клизмы из ромашки. Если, несмотря на проводимое лечение, у больного нарастают симптомы интоксикации, держится парез кишечника, температура принимает гектический характер, а при ректальном исследовании в области инфильтрата выявляется флюктуация, то имеются прямые показания к вскрытию гнойника.

Вскрытие абсцесса дугласова пространства у женщин производят через задний свод влагалища, а у мужчин – через переднюю стенку прямой кишки.

Больного укладывают как для операции по поводу геморроя и под наркозом специальными прямокишечными зеркалами широко раскрывают задний проход. Обычно при этом удается хорошо увидеть выбухающую переднюю стенку прямой кишки. Это образование пальпируют пальцем, отыскивая участок явной флюктуации (рис. 22), где производят пункцию с помощью шприца с толстой иглой. Появление гноя в шприце свидетельствует о точном попадании в полость абсцесса. Вслед за этим строго по игле делают разрез скальпелем длиной 1-1,5 см в продольном направлении по отношению к кишке. В полость гнойника вставляют толстую резиновую трубку и тщательно

промывают полость раствором фурацилина. Трубку оставляют в полости абсцесса на 4–5 дней после операции. Во избежание самопроизвольного выпадения, трубку фиксируют одним кетгутовым швом к слизистой оболочке прямой кишки.

В послеоперационном периоде больному назначают парентерально антибиотики и регулярно производят промывание полости абсцесса фурацилином. Полезно также назначить парентеральные инъекции протеолитических ферментов, например хемопсина по 50 мг ежедневно в течение 5 дней.

Диета должна быть высококалорийной и легкоусвояемой. Помимо этого, больному необходимо на 3–4 дня после операции задержать стул, для чего в течение указанного времени назначают настойку опия по 5–8 капель 3 раза в день. В последующем вызывают стул с помощью слабительного. **Поддиафрагмальный абсцесс** как следствие острого аппендицита встречается гораздо реже тазового. Непосредственной причиной его возникновения служит обычно высокое расположение червеобразного отростка, что создает известные трудности в диагностике, а это в свою очередь ведет к запоздалой операции при выраженном деструктивном процессе.

Более редкой причиной является затекание под диафрагму инфицированного выпота в послеоперационном периоде вследствие неправильного положения больного.

Клиническая картина поддиафрагмального абсцесса не столь ярка, как абсцесса дугласова пространства, хотя здесь также формирование гноя начинается спустя 5–7 дней после операции. Нередко локальные симптомы поддиафрагмального абсцесса являются стертыми, несмотря на то, что у больного имеется явная картина гнойной интоксикации. Это обусловило известный афоризм старых хирургов: «Если после аппендэктомии налицо клиника какого-то гнойника, который не удастся выявить нигде в брюшной полости, то нужно искать его под правым куполом диафрагмы».

Помимо общих признаков гнойной интоксикации (бледность, адинамия, потеря аппетита, гектическая лихорадка, повышение лейкоцитоза с нейтрофильным сдвигом влево), для поддиафрагмального абсцесса характерны тупые боли в нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе. Иногда к болям присоединяется сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмы.

При осмотре грудной клетки нередко удается выявить отстаивание правой ее половины при дыхании, а в поздних стадиях поддиафрагмального абсцесса – выбухание нижних правых межреберий. В этой же области выявляется притупление перкуторного звука

вследствие реактивного выпота в плевральной полости, а при аускультации по той же причине – ослабление дыхания.

Указанные симптомы дают основание для диагноза правосторонней нижнедолевой плевропневмонии. Эту пневмонию начинают усиленно лечить антибиотиками, забывая о том, что она носит содружественный характер и что главной причиной ухудшения состояния больного является гнойник под диафрагмой. Тем самым создаются дополнительные трудности для своевременного распознавания и лечения этого тяжелого осложнения острого аппендицита.

В диагностике поддиафрагмального абсцесса исключительная роль принадлежит рентгенологическому исследованию. При обзорной рентгенографии легко удается заметить высокое стояние правого купола диафрагмы и его неподвижность, мнимое увеличение печеночной тени. В половине всех случаев поддиафрагмальный абсцесс содержит газ, и тогда при рентгенографии или на рентгенограмме хорошо виден надпеченочный уровень жидкости с полоской купола диафрагмы над ним.

Вскрытие поддиафрагмального абсцесса является довольно тяжелым вмешательством для больного, ослабленного длительной гнойной интоксикацией. В связи с этим операцию предпринимают не сразу после установления диагноза, а после предварительной подготовки больного в течение 1–2 дней. С этой целью применяют трансфузии крови, ее плазмы, белковых гидролизатов, антитоксических препаратов: неокомпенсана, гемодеза, сорбитола и др. Само же оперативное вмешательство проводят, как правило, под общим обезболиванием.

Для вскрытия поддиафрагмального абсцесса предложены две категории доступов: чрезплевральные и внеплевральные.

При чрезплевральном доступе больного укладывают на левый бок и производят разрез по ходу VIII или IX ребра от лопаточной до передней подмышечной линии. Затем производят резекцию обнаженного ребра в пределах, несколько меньших, чем длина кожного разреза.

В большинстве случаев поддиафрагмального абсцесса, реберно-диафрагмальный синус облитерирован, в чем нетрудно убедиться после резекции ребра. Если париетальная плевро плотна на ощупь, белесовата и сквозь нее не виден край смещающегося при дыхании легкого, то можно с уверенностью приступать к непосредственному вскрытию гнойника.

Предварительно толстой иглой со шприцем делают прокол облитерированного синуса и диафрагмы, а после получения гноя, по игле делают разрез длиной 4–5 см. Пальцем производят ревизию

гнойной полости, вскрывая по необходимости мелкие гнойники при ячеистом строении абсцесса. Вслед за этим промывают полость абсцесса фурацилином, вводят один или два марлевых тампона с мазью Вишневского и трубку для орошения антибиотиками или антисептическими растворами. Трубку и тампон фиксируют кетгутowymi швами к диафрагме. Операционную рану, как правило, не зашивают. Лишь в некоторых случаях накладывают по одному шелковому шву на углы раны.

При свободном реберно-диафрагмальном синусе прибегают к двухэтапному вскрытию поддиафрагмального абсцесса, ввиду опасности инфицирования плевры и возникновения тяжелой содружественной эмпиемы. В этом случае, убедившись после резекции ребра в том, что синус не облитерирован, прекращают вмешательство и рану туго заполняют тампонами с мазью Вишневского. Содержащийся в мази деготь и ксероформ вызывают асептическое воспаление и способствуют плотному слипанию париетальной и диафрагмальной плевры.

Спустя 2 суток, происходит полная облитерация синуса. Больного повторно берут на операцию, где после пункции производят окончательное вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса по описанной выше методике.

В некоторых руководствах указано, что одномоментное вскрытие абсцесса можно выполнить и при незаращенном реберно-диафрагмальном синусе. С этой целью рекомендуют после отжатия легкого кверху произвести подшивание париетальной плевры к диафрагме и непосредственно вслед за этим произвести вскрытие гнойника. Однако не вовлеченная в воспалительный процесс париетальная плевра тонка и легко рвется, вследствие чего, как правило, не удается надежно изолировать плевральную полость и предотвратить развитие эмпиемы. Поэтому к одномоментному вскрытию абсцесса при свободном реберно-диафрагмальном синусе лучше не прибегать.

Внеплевральные доступы, технически выполнить труднее, однако их легче переносят больные, так как плевральная полость при этом остается интактной и у больного в послеоперационном периоде сохраняется полноценное дыхание.

При заднем внеплевральном доступе производят резекцию X и XI ребер и вслед за этим тупо отслаивают диафрагму вместе с прилежащим дном плеврального синуса кпереди. Обычно при этом удается хорошо подойти к нижнему полюсу гнойника. В дальнейшем поступают также, как и при чрезплевральном доступе, т. е. после пункции производят вскрытие и дренирование гнойника.

Боковой внеплевральный доступ применяют при сочетанном гнойном процессе под диафрагмой и в латеральном канале, что нередко бывает при ретроцекальном расположении червеобразного отростка.

В этом случае производят разрез, параллельный реберной дуге, протяженностью от задней подмышечной до среднеключичной линии через все слои брюшной стенки, включая брюшину. Отведя нижний край печени медиально, проникают под диафрагму, а приподняв нижний край раны – в латеральный канал. Эвакуируют гной и промывают полости абсцессов. Вслед за этим в латеральном канале и под диафрагмой оставляют перчаточные-марлевые тампоны и трубки для введения антибиотиков. Верхний угол раны зашивают одним или двумя шелковыми швами через все слои брюшной стенки.

Внеплевральные доступы создают лучшие условия для оттока гноя и быстрого заживления поддиафрагмального абсцесса, но ввиду технической сложности они могут быть рекомендованы только опытным хирургам.

При ведении больного после вскрытия поддиафрагмального абсцесса необходимо помнить, что полностью удалять тампоны можно не ранее 2 нед после операции, а до тех пор нужно производить периодическую их замену и частые промывания полости абсцесса антибиотиками и антисептиками.

Разлитой гнойный перитонит осложняет течение острого аппендицита в общей сложности не более чем в 1% случаев, однако среди прободных аппендицитов частота этого осложнения возрастает до 8%. В то же время разлитой гнойный перитонит является основной причиной летальности от острого аппендицита.

В возникновении разлитого гнойного перитонита главную роль играет поздняя обращаемость больных за врачебной помощью, и гораздо реже это осложнение возникает вследствие технических погрешностей во время операции или прорыва нераспознанного аппендикулярного абсцесса в свободную брюшную полость.

Клиническая картина разлитого перитонита хорошо известна. У больного, поступившего в стационар с нелеченым прободением червеобразного отростка, будут налицо классические признаки бурно протекающего воспаления брюшины: бледность, адинамия, неоднократная рвота, учащенный пульс, сухой язык, резко выраженное напряжение брюшной стенки. Легко выявляются и другие симптомы раздражения брюшины: Щеткина – Блюмберга, Воскресенского, Крымова, резкая болезненность при исследовании дугласова пространства. Таким образом, диагностика разлитого перитонита в этом случае не вызывает особых трудностей. Нетрудно обычно устано-

вить и причину перитонита, если учесть анамнез и динамику заболевания.

Несколько иначе выглядит, клиническая картина при перитоните, развивающемся в послеоперационном периоде. Здесь нет феномена острой боли, соответствующей моменту прободения червеобразного отростка; боли носят постоянный характер, что до известной степени можно связать с операционной травмой. Генерализованное напряжение брюшной стенки также часто отсутствует; напротив, живот остается умеренно вздутым за счет пареза кишечника и равномерно болезненным во всех отделах. Тем не менее симптом Щеткина – Блюмберга обычно бывает хорошо выражен равным образом, как и другие симптомы раздражения брюшины. Однако появление указанных симптомов также может быть связано с операционной травмой.

Помочь установлению правильного диагноза может гектический характер температурной кривой, гнойно-токсический сдвиг в формуле крови и другие признаки гнойной интоксикации.

Следует подчеркнуть, что в независимости от того, является ли разлитой гнойный перитонит первичным следствием прободения червеобразного отростка или же он развился вторично после аппендэктомии, в любом случае показана неотложная лапаротомия. Исключение составляют лишь крайне тяжело больные, у которых операция, хотя и показана, но не может быть предпринята немедленно. Таким больным необходимо в течение нескольких часов проводить энергичную предоперационную подготовку, направленную на улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы.

Операцию по поводу разлитого гнойного перитонита аппендикулярного происхождения всегда необходимо проводить под общим обезболиванием, так как наркоз создает все условия для наиболее полной эвакуации гноя, тщательного туалета брюшной полости и рационального дренирования. Только такой радикальный характер вмешательства имеет все предпосылки для последующего выздоровления больного.

Практика показывает, что паллиативные операции при разлитом перитоните никогда не приводят к успеху. Они лишь создают чувство известного успокоения у хирурга в том, что больной не оставлен без оперативной помощи, а больные между тем погибают в ближайшем послеоперационном периоде. Поэтому если у больного нет шансов перенести наркоз, то у него нет шансов справиться с разлитым гнойным перитонитом.

Основным оперативным доступом при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения является нижнесрединная лапа-

ротомия. В случае необходимости разрез может быть продолжен вверх с обходом пупка слева. Вскрыв брюшную полость, прежде всего эвакуируют гной, а затем производят аппендэктомию. Особое внимание нужно обратить на обработку культы червеобразного отростка, которую при инфильтрированном куполе слепой кишки лучше погружать отдельными серозно-мышечными шелковыми швами.

Если оперативное вмешательство предпринято по поводу послеоперационного перитонита, то после эвакуации гноя стремятся выявить источник инфекции и устранить его. Через этот же разрез устанавливают еще два-три тампона, изолирующих культю от свободной брюшной полости.

Устранив источник инфекции, по возможности удаляют некротические ткани, массивные наложения фибрина и производят тотальное промывание брюшной полости растворами антибиотиков. Общее количество раствора для промывания составляет 4–5 л. Остатки промывной жидкости тщательно удаляют.

В конце операции производят блокаду корня брыжейки. Эта блокада устраняет патологическую импульсацию со стороны брюшной полости и способствует быстрейшему восстановлению моторики кишечника.

Если в брюшной полости обнаруживают большое количество гнойного выпота и отдельные хлопья фибрина, то после тщательного туалета и промывания брюшной полости в нее вводят через небольшие контрапертуры по обе стороны от операционной раны 4 дренажа для последующего введения антибиотиков. Эти дренажи удаляют из брюшной полости на 3–4-й день после операции.

Если же в брюшной полости находят массивные фибриновые наложения на петлях кишок и густой гной, то операцию заканчивают установлением резиновых или синтетических дренажей для перфузии антибиотиков в послеоперационном периоде (так называемый перитонеальный диализ). Обычно устанавливают четыре дренажа: два более тонких для введения раствора антибиотиков в верхние отделы брюшной полости и два дренажа значительно большего диаметра для оттока жидкости в нижние отделы живота. Правый дренаж для введения антибиотиков устанавливают в подпеченочное пространство, левый дренаж – ниже поперечной ободочной кишки. При этом его проводят сквозь большой сальник, так как при аппендиците воспалительный экссудат почти никогда не проникает в область левого подреберья. Дренажи для оттока устанавливают следующим образом: правый дренаж проводят в подвздошную ямку, а левый опускают в дугласово пространство.

Все четыре дренажа проводят через контрапертуры и фиксируют их к коже отдельными шелковыми швами. Основную рану зашивают наглухо, обращая главное внимание на прочное ушивание апоневроза для профилактики послеоперационной эвентрации.

Перфузию брюшной полости антибиотиками начинают через 3–6 ч после операции. Общее количество перфузата составляет не более 5 л в сутки, а у пожилых больных не должно превышать 3 л во избежание опасной перегрузки сердечно-сосудистой системы. Раствор вводят капельно, через каждые 0,5 л прерывая введение на 1 ч, но дренажи для оттока сохраняют открытыми на все время перфузии. Для лучшего оттока больным придают наклонное положение в постели. При затруднении оттока периодически открывают все четыре дренажа.

Перфузию брюшной полости антибиотиками проводят в общей сложности в течение 3–4 дней после операции, так как спустя этот срок продвижение жидкости резко затрудняется вследствие начинающегося адгезивного процесса.

Помимо перфузии брюшной полости, в послеоперационном периоде проводят энергичную борьбу с интоксикацией, парезом кишечника, алиментарной недостаточностью и другими нарушениями, возникающими вследствие разлитого гнойного перитонита.

Следует помнить, что длительное промывание брюшной полости не дает никакой гарантии от возникновения в последующем локальных гнойников. Поэтому при возникновении подобного гнойника необходимо вскрыть и дренировать его так же, как и при любом другом локальном абсцессе брюшной полости. При нагноении в операционной ране нельзя разводить ее полностью во избежание эвентрации, необходимо лишь снять несколько швов и дренировать рану.

Пилефлебит (септический тромбофлебит брыжеечных вен) является самым редким и самым тяжелым осложнением острого аппендицита. Достоверные случаи излечения пилефлебита в настоящее время не известны, хотя теоретически возможно допустить, что больного можно спасти, если достаточно рано перевязать подвздошно-поперечноободочную вену или, что более правильно, произвести резекцию илеоцекального угла в пределах здоровых тканей.

Непосредственным основанием для возникновения пилефлебита служит обычно гангренозный аппендицит, при котором некротический процесс переходит на брыжейку червеобразного отростка и ее вены. Далее процесс принимает восходящий характер, быстро переходит на брыжеечные вены илеоцекального угла, а через 2–3 сут, как правило, достигает воротной вены, печеночных вен и затем

ретроградно распространяется на селезеночную вену и другие брыжеечные вены.

В случае пилефлебита после аппендэктомии не бывает никакого светлого промежутка: у больных повышается температура с первого же дня после операции, характерна бурно развивающаяся картина тяжелой гнойной интоксикации. При осмотре живота выявляется метеоризм, равномерная болезненность в правой половине без выраженных симптомов раздражения брюшины. В последующем, после перехода процесса на печеночные вены, возникает желтуха, увеличивается печень, прогрессирует печеночно-почечная недостаточность, и больные погибают через 4–6 дней после операции.

Необходимо отметить, что при массивной антибиотикотерапии может наблюдаться затяжное течение пилефлебита, когда указанные симптомы развиваются не так бурно, но динамика их остается прежней. При медленном развитии тромбофлебита печеночных вен может возникнуть картина синдрома Хиари (увеличение печени и селезенки, появление асцита) на фоне общего септического состояния больного. К сожалению, даже массивные дозы антибиотиков не предотвращают летального исхода и больные погибают в конечном счете от множественных абсцессов печени.

Исходя из сказанного, следует быть особенно внимательным, производя аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита. Если в брыжейке червеобразного отростка есть признаки начинающегося пилефлебита (серо-некротический вид, тусклая сероза, сквозь которую просвечивают зеленоватые тромбированные вены), то необходимо удалять всю брыжейку вплоть до ее корня, который находится позади конечного отдела подвздошной кишки.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Осложнения операционных ран (нагноения, инфильтраты, гематомы) являются наиболее частыми и сравнительно безопасными. У разных авторов до применения антибиотиков средний процент нагноений операционных ран при остром аппендиците колебался в пределах 12–16% (Б. П. Абрамсон, Г. Касумов, З. И. Бесфамильная, И. Г. Кочергин и Н. Д. Гарина и др.). Применение антибиотиков привело к резкому снижению этого процента (до 3–4% и даже ниже). Однако и в настоящее время нагноения ран после аппендэктомии еще встречаются. По этой причине увеличивается продолжительность лечения больных, остаются грубые, мало податливые рубцы и создается предрасположение к послеоперационным грыжам.

Основной причиной нагноения ран является их загрязнение во время операции, поэтому необходимо строгое соблюдение правил асептики и максимальная атравматичность оперативного вмешательства, во время которого ткани мало повреждаются и разминаются. Для предупреждения нагноения операционных ран многие авторы предлагают специальные мероприятия.

В. П. Вознесенский рекомендует у больных деструктивным аппендицитом зашивать только брюшину, а на апоневроз и кожу накладывать провизорные швы и рану рыхло тампонировать. При отсутствии признаков воспаления тампоны удаляются через 48 часов и швы завязываются. Этим способом, именуемым первичноотсроченным швом, пользуются И. Я. Кристал (1951 г.); Б. Ф. Дивногорский (1951 г.); К. И. Пикин (1952 г.); Е. Г. Гурова, А. К. Баранов (1967 г.) и др.

А. Г. Бржозовский (1960 г.) рекомендует продолжать инъекцию антибиотиков края раны еще в течение 1–3 дней после операции.

В. В. Вахидов советует при аппендэктомии местное обезболивание производить раствором новокаина с добавлением к нему антибиотиков. Этим путем удалось сократить число нагноений ран в 3,5 раза.

А. И. Рябов применил при аппендэктомиях раствор новокаина с добавлением фурацилина. В результате в 1946–1953 гг. удалось снизить процент послеоперационных нагноений с 12,7 до 0,8%. Однако указанные достижения не могут быть приписаны только действию фурацилина, так как лечение проводилось и антибиотиками.

А. В. Григорян с соавторами (1967 г.) применил для профилактики нагноения ран и ускорения регенерации тканей парентеральное введение протеолитических ферментов – трипсина и химотрипсина вместе с антибиотиками (внутримышечно по 5–10 мг дважды в сутки в течение 4–6 дней). Из 116 больных, оперированных по поводу деструктивного аппендицита, возникло нагноение раны лишь у одного.

Инфильтраты брюшной стенки, образующиеся после операции в области ран, в дальнейшем и области рубцов являются более частым осложнением, чем нагноение. Д. Ф. Скрипченко (1966 г.) указывает, что эти осложнения встречаются при простом аппендиците в 1-2%, а при деструктивном – в 5-10% случаев. Мы наблюдали инфильтраты в области послеоперационной раны при простом аппендиците в 10,3% случаев, при флегмонозном – в 12,9%, гангренозном – в 8,5% и прободном – в 5,5%. Меньшее число инфильтратов при деструктивном аппендиците объясняется тем, что в тех случаях приходится чаще прибегать к тампонаде ран или вторичному закрытию ран швами.

Клинически инфильтраты распознаются как умеренно болезненные уплотнения различных размеров, прощупываемые в толще брюшной стенки, часто в виде валика, занимающего область операционной раны или образовавшегося рубца. Появление инфильтрата является реакцией тканей на операционную травму, кровоизлияние, маловирулентную инфекцию, попавшую в рану при операции.

Как правило, под влиянием местного введения антибиотиков с новокаином и физиотерапевтических процедур (соллюкс, кварц, УВЧ-терапия) инфильтраты подвергаются рассасыванию. При своевременном начале лечения нагноение этих инфильтратов наблюдается редко.

Гематомы встречаются в 1,4% случаев. При небольших гематомах находят не чистую кровь, а сукровичную жидкость, представляющую смесь крови, лимфы и нередко экссудата воспалительного характера. Эта жидкость почти не свертывается и очень медленно рассасывается.

При подкожной гематоме появляется небольшая припухлость в области раны, почти безболезненная при пальпации. При нежном надавливании на область раны происходит просачивание кровянистой жидкости через каналы кожных швов. Иногда гематома обнаруживается в виде небольшого скопления жидкости, дающей симптом флюктуации. Иной раз небольшая гематома ничем не дает о себе знать до момента снятия швов. Но как только швы снимаются, края раны расходятся и из нее вытекает геморрагическая жидкость. Как правило, при гематомах общее состояние больного мало страдает. Если гематома диагностируется до снятия швов, то рекомендуется при строгом соблюдении асептики пунктировать ее вне линии разреза и отсосать жидкость шприцем, наполнив после этого полость раствором антибиотиков. При небольших асептических гематомах иногда достаточно одной пункции. Если отсасывание не удается, то можно раскрыть небольшую часть раны и затем легким нажатием стерильной салфетки на область раны опорожнить гематому. При больших кровоизлияниях и скоплениях кровяных сгустков надо снять несколько швов, удалить жидкую кровь и сгустки, ввести в рану антибиотики и затем вновь зашить ее.

Нагноившаяся гематома требует своевременного широкого раскрытия раны.

В целях профилактики гематом и инфильтратов рекомендуется соблюдение безукоризненной асептики, тщательная оперативная техника, внимательный гемостаз, избежание мертвых пространств при зашивании раны.

Расхождение краев раны при аппендэктомии наблюдается ред-

ко - в 1-1,5% случаев и то только при деструктивном аппендиците, у истощенных субъектов, у лиц в преклонном возрасте. При остром аппендиците чаще всего наблюдается расхождение кожной раны, реже полное расхождение всех слоев брюшной стенки, а эвентрация кишечника бывает совсем редко.

Лигатурные свищи нередко встречаются после удаления червеобразного отростка. Это осложнение, иногда возникающее после выписки больного, ограничивает его трудоспособность. Диагноз лигатурного свища ставится на основании данных осмотра, обследования свищевого канала путем осторожного введения в него зонда и, наконец, фистулографии. Чаще через 1–2 недели после операции образуется в области рубца небольшой гнойник, который, прорвавшись, дает начало образованию свища.

Лечение лигатурных свищей осуществляется обычно в амбулатории. Оно сводится в ряде случаев к извлечению лигатуры. При неудачном консервативном лечении показано рассечение свищевого хода под местной анестезией, удаление лигатур, поддерживающих нагноение, иссечение грануляций, введение в рану антибиотиков и наложение редких швов на кожу.

К более редким осложнениям возникающим при остром аппендиците относится: внутрибрюшные и желудочно-кишечные кровотечения после аппендэктомии, расстройства мочевыделительной системы, паротиты, психозы.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ:

1. Больная 37 лет поступила на 5-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больной острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10X12 см, прилежающее к гре-

бешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, симптомов раздражения брюшины нет.

Каков ваш диагноз? Ваша тактика?

2. У больного 52 лет, поступившего через четверо суток от начала заболевания, установлен диагноз острый аппендицит. При пальпации, и ректальном исследовании в брюшной полости аппендикулярный инфильтрат не определялся. Больного решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен аппендикулярный инфильтрат.

Какова ваша тактика? Каково дальнейшее лечение больного?

3. У больного 26 лет диагностирован аппендикулярный инфильтрат, температура нормальная, лейкоцитоз умеренный. На 4-е сутки после поступления и на 8-е сутки от начала заболевания появились боли внизу живота. Температура приняла гектический характер с размахами до полутора градусов. При осмотре: язык влажный, пульс 92 в минуту, живот мягкий, безболезненный, за исключением правой подвздошной области, где определяется резкая болезненность и положительный симптом Щеткина–Блюмберга.

Какое осложнение наступило у больного? Какова тактика хирурга?

4. У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания, внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина–Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с $10,0 \cdot 10^3$ до $18,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл ($10\ 000$ – $18\ 000$ по старой системе).

Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?

5. У больного в конце операции, произведенной по поводу острого аппендицита, при контроле тщательности гемостаза было обнаружено умеренное кровотечение.

Повторный, самый тщательный осмотр культи брыжейки, слепой кишки и близлежащих органов не привел к обнаружению источника кровотечения.

Что следует предпринять в создавшейся ситуации?

6. Больной 50 лет с чрезмерно развитой подкожной жировой клетчаткой оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция из-за технических трудностей протекала довольно длительное время.

Следует ли в этом случае тампонировать рану, каким образом и на какой срок? Какие существуют способы профилактики нагноения операционной раны?

7. У больного 22 лет, оперированного 16 ч тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Больной бледен, пульс 8 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитов в крови $11,2 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Какое осложнение вы заподозрили у больного? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?

8. У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоциты в крови $18,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено.

О каком осложнении можно думать? Какие следует применить исследования для уточнения диагноза? Какова тактика в лечении такого осложнения?

9. У больного, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до $38,7^\circ\text{C}$. Пульс учащен. Язык влажный. Живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Печень выходит из-под реберной

дуги на 6 см. Симптом Грекова-Ортнера положителен. В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легочной паренхимы не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, ограничен в подвижности. Лейкоциты в крови $16,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

О каком осложнении вы подумали? Какое исследование может помочь уточнить диагноз? Ваша тактика при лечении этого больного?

10. Через неделю, после того как больному была произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, накануне дня выписки, больной пожаловался на боли в животе. Температура, бывшая последние 4 дня нормальной, повысилась до 38°C , пульс 96 в минуту. Язык суховат. Живот мягкий, при пальпации слева от пупка резко болезненный, там же определяется слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Стул и мочеиспускание в норме. Клинико-рентгенологическое исследование грудной клетки не выявило патологии. Диафрагма подвижна, синусы свободны. Не выявлено патологии и при пальцевом исследовании прямой кишки.

Какое осложнение можно заподозрить у больного? Какие дополнительные исследования следует предпринять? Какова тактика лечения?

11. На 2-е сутки после операции аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита у больного 61 года резко ухудшилось общее состояние. Возник потрясающий озноб, температура поднялась до $39,6^\circ\text{C}$, появились боли в правом подреберье. При пальпации стала определяться увеличенная и болезненная печень. Живот оставался мягким, умеренно болезненным в правой половине. В последующие 2 дня потрясающие ознобы продолжались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер. Лейкоциты в крови $20,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ – 43 мм/ч, резкий сдвиг формулы белой крови влево. Рентгенологических изменений в грудной и брюшной полости не обнаружено. Симптом Крюкова отрицательный.

Какое осложнение развилось у больного? Что следует предпринять?

12. Больной 42 лет оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита месяц назад. Послеоперационный период осложнился нагноением операционной раны, которая медленно за-

живала. Общее состояние больного улучшилось, температура нормализовалась, оставалась небольшая поверхностная кожная рана.

Утром у больного внезапно появились сильные боли внизу живота и в левом бедре. Поднялась температура до 39,6°C, появился потрясающий озноб. К вечеру у больного стал заметен и быстро нарастал отек всей левой нижней конечности. Кожа приобрела розовато-синюшный оттенок. Пульсация артерий конечности определяется отчетливо. Пальпация бедра болезненна, движения в конечности затруднены из-за болей. Живот оставался мягким. Симптомов раздражения брюшины не было. Определялась локальная болезненность в подвздошной области слева.

Какое наступило осложнение? В чем должно заключаться лечение больного?

ОТВЕТЫ:

1. У больного имеется так называемый аппендикулярный инфильтрат. При этой форме острого аппендицита, если она протекает без осложнений, больного следует лечить консервативно. Назначается строгий постельный режим, паранефральная новокаиновая блокада, антибиотики, холод на живот, димедрол, питание полужидкой, легко усвояемой пищей. После того, как под влиянием указанных мероприятий воспалительные явления стихнут (нормализуется температура, исчезает лейкоцитоз), можно применять рассасывающую терапию: местно тепло и физиотерапевтические процедуры. После рассасывания инфильтрата больному рекомендуют в обязательном порядке через 2–3 мес явиться в больницу для плановой операции аппендэктомии.

2. Только в том случае, когда инфильтрат еще рыхлый, а червеобразный отросток виден в ране и легко может быть удален, можно произвести аппендэктомию. В большинстве же случаев инфильтрат трогать не следует; к инфильтрату необходимо подвести тампон и рану брюшной стенки вокруг него ушить. Тампон удалить через неделю. После рассасывания инфильтрата рекомендовать больному явиться через 2 мес для операции плановой аппендэктомии.

3. У больного произошло нагноение аппендикулярного инфильтрата. Гнойник следует вскрыть и дренировать. Наиболее целесообразен при типичном расположении инфильтрата внебрюшинный доступ в правой подвздошной области.

4. У больного наступил прорыв абсцедирующего инфильтрата в свободную брюшную полость. Развился разлитой перитонит. Необходимо срочное хирургическое вмешательство. Доступ через широкий аппендикулярный разрез. Как правило, червеобразный отросток удалить не удастся и при малейших трудностях делать этого не следует. Брюшную полость необходимо тщательно осушить, ввести антибиотики. К инфильтрату или к культе отростка, если он был без затруднений удален, подвести тампон и микроирригатор. В случаях больших изменений со стороны брюшины нужно ввести дренажи для проведения перитонеального диализа, в левой подвздошной области сделать контрапертуру и поставить сигарообразный дренаж, проводить активное лечение перитонита.

5. В случаях незначительного кровотечения, источник которого, несмотря на самые тщательные поиски, обнаружить не удастся, в брюшную полость к предполагаемому месту кровотечения можно подвести тампон из гемостатической марли и подержать там несколько минут. Если это не приводит к остановке кровотечения, тампон из гемостатической или обычной марли следует оставить в брюшной полости на 24 ч. За больным и наложенной повязкой вести активное наблюдение.

После операции у такого больного следует срочно определить состояние свертывающей системы крови и в случае обнаружения каких-либо нарушений в ней – произвести соответствующую коррекцию.

6. Для профилактики нагноения раны у больных с развитой жировой клетчаткой в рану до ушитого наглухо апоневроза следует ставить резиновый выпускник на 3–4 сут. При загрязнении раны гноем или инфицированным содержимым брюшной полости рекомендуется иссечь загрязненный слой подкожной - жировой клетчатки и также оставить в ней резиновый выпускник. Весь инструмент, употреблявшийся для иссечения раны, затем должен быть сменен.

7. Похоже, что у больного внутрибрюшное кровотечение. Для подтверждения диагноза следует определить количество гемоглобина и число эритроцитов (но и они показательны только при массивном кровотечении), измерить артериальное давление. Последнее при медленной кровопотере долго держится на нормальных цифрах. При кровотечении необходима релапаротомия с перевязкой кровоточащего сосуда (обычно сосуда брыжейки отростка). Жидкую кровь и сгустки из брюшной полости нужно удалить.

8. Все указывает на развитие у больного абсцесса в области таза. Необходимо ректальное исследование. Если при этом будет обнаружено нависание передней стенки прямой кишки – диагноз станет несомненным. Абсцесс пунктируют через переднюю стенку прямой кишки.

Получив из иглы гной, вскрывают абсцесс по игле скальпелем и дренируют широкой резиновой трубкой на 24–48 ч. Головному концу кровати следует придать возвышенное положение.

9. У больного поддиафрагмальный абсцесс справа. Уточнить этот диагноз можно, пунктировав поддиафрагмальное пространство. Точку пункции обычно выбирают вместе с рентгенологом. Абсцесс следует вскрыть, дренировать. Чаще абсцесс локализуется сзади. Поэтому его вскрывают доступом через ложе X ребра. После резекции ребра на мягкие ткани накладывают круговой шов, подшивая их к диафрагме. Этим плевральную полость изолируют от проникновения в нее инфекции после вскрытия поддиафрагмального гнойника. В центре этого шва иглой с широким просветом делают пункцию поддиафрагмального пространства. Получив гной, скальпелем, идя по игле, вскрывают гнойник.

10. Скорее всего у больного в брюшной полости имеется отграниченный воспалительный инфильтрат или гнойник. Поддиафрагмальная и тазовая локализация гнойника как будто бы исключены. Для уточнения его расположения следует тщательно перкутировать переднюю брюшную стенку. В случае обнаружения участка притупления или тупости, совпадающего с локализацией боли, его следует очертить. Торопиться с хирургическим лечением не следует, так как при наличии воспалительного инфильтрата, последний может рассосаться под действием консервативных мероприятий (лечение как при аппендикулярном инфильтрате). Если же температура принимает гектический характер, лейкоцитоз возрастает, а размеры участка тупости или притупления увеличиваются – необходимо оперировать. Гнойник должен быть вскрыт и тщательно дренирован. Если подход к нему осуществляется через свободную брюшную полость, то перед вскрытием гнойника она должна быть тщательно отграничена тампонами.

11. Вероятно, у больного развился пилефлебит, мезентериальная пиемия. Лечение консервативное. Назначают большие дозы антибиотиков, этазола, препаратов нитрофуранового ряда, производят правостороннюю паранефральную новокаиновую блокаду.

Г. Е. Островерхое и А. Д. Никольский рекомендуют производить длительную инфузию через пупочную вену антибиотиков и гепарина, так как она является кратчайшим путем для поступления в печень лекарственных веществ. Если в результате пилефлебита образуются гнойники в печени, то их вскрывают.

12. У больного наступил левосторонний подвздошно-бедренный тромбоз. Больного необходимо подвергнуть срочной операции: ревизии подвздошной бедренной вены внебрюшинным доступом и удаления тромба.

В послеоперационном периоде больному следует провести лечение гепарином и фибринолизинем, а затем антикоагулянтами непрямого действия, которые больной должен принимать не менее 3 мес, поддерживая уровень протромбинового индекса на 50%. Необходимо ношение эластического чулка в течение 4 мес.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Клиника и лечение острого аппендицита». В. И. Колесов. «Медицина», Ленинград. 1972 г. с 3-372.
2. «Некоторые перспективные вопросы острого аппендицита». Х. А. Хакимов. «Ташкент», 1960 г. с 3-77.
3. «Диагностика и лечение острого аппендицита». Т. Я. Арьев. «Вестник хирургии», 1956 г. № 9; с 147-151.
4. «К вопросу об остром аппендиците». В. В. Вохидов. За соц. здравоохранения Узбекистана, 1954 г. № 5. с 66-71.
5. «К вопросу об этиологии, патогенезе и классификации аппендицита». А. В. Русаков. «Хирургия» 1952 г. №5, с. 83-84.
6. «Причины летальности при остром аппендиците и пути её снижения». В. И. Стручков «Хирургия» 1952 г., №5. с 86.
7. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости». В. С. Савельев. Москва, 1976 г., с. 66-113.
8. «Хирургические болезни». Б. В. Петровский. Москва, 1980 г. с 387-399.
9. «Хирургические болезни». М. И. Кузин. Москва, 1986 г.
10. «Хирургические болезни». Н. Н. Еланский. Москва, 1964 г.

ГЛАВА III. КАМНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ, МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Тема изучения: «Камни желчного пузыря и желчевыводящих протоков, механическая желтуха». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и оставшиеся студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способствующая научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того, чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового исследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов-десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того, чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы мыслительная деятельность студентов становилась сопоста-

вимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучение данной темы студент должен уметь:

- 1. Диагностировать камни желчного пузыря;*
- 2. Диагностировать камни желчных протоков;*
- 3. Уметь диагностировать механическую желтуху;*
- 4. Уметь направить больного к соответствующему специалисту;*
- 5. Уметь оказать неспециализированную врачебную помощь;*
- 6. Уметь прогнозировать возможный исход заболевания.*

Для этого студент должен знать:

- 1. Этиологию и патогенез желчекаменной болезни;*
- 2. Этиологию и патогенез механической желтухи;*
- 3. Дифференциальную диагностику желчекаменной болезни от других заболеваний печени;*
- 4. Типичную клиническую картину камней желчного пузыря;*
- 5. Типичную клиническую картину камней желчевыводящих протоков;*
- 6. Осложнения желчекаменной болезни;*
- 7. Особенности хирургического лечения желчекаменной болезни и механической желтухи.*

Время на изучение темы – 180 минут

Желчекаменная болезнь является распространенным заболеванием, поражающим людей чаще всего в возрасте старше 40 лет. Люди старше 70 лет данным заболеванием страдают 30-40%. Чаще болеют женщины. Морфологическим субстратом желчекаменной болезни являются камни желчного пузыря и желчевыводящих путей. Желчные камни состоят из обычных компонентов желчи - билирубина, холестерина, кальция. Чаще всего встречаются смешанные камни. При значительном преобладании одного из компонентов говорят о холестериновых, пигментных или известковых камнях. Их диаметр колеблется в широких пределах от 1 мм до 5 и более см. Форма камней может быть округлой, овальной, в виде многогранника и т. д.

Основным местом образования желчных камней является желчный пузырь, редко камни возникают первично в желчных путях. Выделяют три основные причины образования желчных камней: нарушение обмена веществ, воспалительные изменения эпителия желчного пузыря и застой желчи. Желчь становится литогенной, то

есть перенасыщенной холестерином, который легко выпадает из нарушенного коллоида желчи в виде кристаллов при увеличении в ней концентрации холестерина и уменьшения концентрации лецитина и желчных клеток. Известно, что желчекаменная болезнь часто развивается у больных с такими заболеваниями обмена веществ, как сахарный диабет, ожирение, гемолитическая анемия. У подавляющего большинства больных желчь является инфицированной. Инфекция приводит к повреждению стенки желчного пузыря, слущиванию эпителия.

При этом возникают так называемые первичные ядра преципитации (бактерии, слизь, клетки эпителия), служащие основой для выпадения в кристаллическое состояние основных составных частей желчи, находившихся до этого в коллоидном состоянии. Повреждение стенки желчного пузыря нарушает процесс всасывания некоторых компонентов желчи, нарушает их физико-химические соотношения, что является фактором камнеобразования. Длительный застой желчи играет в литогенезе ведущую роль, способствует выпадению в кристаллы составных частей, будущего камня. Способствует повышению концентрации холестерина, билирубина, кальция, что в свою очередь приводит к литогенности желчи.

Желчекаменная болезнь может протекать бессимптомно и быть случайной находкой при обследовании больного по поводу других заболеваний.

Клинически желчекаменная болезнь проявляется в виде печеночной (желчной) колики. Боли возникают чаще после погрешности в диете, а также при физической нагрузке, тряской езде. Боли носят интенсивный, постоянный, режущий, колющий характер. Причиной возникновения болевого приступа является ущемление камня в шейке желчного пузыря или пузырном протоке. Боли локализуются в правом подреберье и эпигастральной области, отдают в правую лопатку, иногда в поясничную область.

Боли иррадиируют также в правое надплечье за счет раздражения ветвей правого диафрагмального нерва, в область сердца (холицисто-кардиальный синдром). Приступ печеночной колики сопровождается тошнотой и многократной рвотой с примесью желчи. Рвота не приносит облегчение больному. Длительность колики бывает различной. Больные мечутся в постели, возбужденные, стараются найти удобное положение чтоб облегчить свое страдание.

Температура тела нормальная, пульс до 100 уд в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, правая половина живота отстает в акте дыхания. Пальпаторно отмечается болезненность в проекции желчного пузыря. Напряжение мышц в

правом подреберье не выражено. Симптомы Ортнера-Грекова (болезненность при покалывании правой реберной дуги), Мюсси-Георгиевского (при надавливании между ножками m. sternocleidomastoideus), Щеткина-Блюмберга отрицательные. Лейкоцитоз не выражен.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Большая группа болезней билиарной системы и поджелудочной железы сопровождается развитием механической непроходимости желчных протоков, проявляющейся появлением у больного желтушной окраски кожи и склер, что ошибочно привело к объединению всех этих заболеваний в одно, вошедшее в клиническую практику под названием «**механическая желтуха**».

В настоящее время установлено, что желтуха является лишь симптомом болезни, хотя длительно не устраняемая механическая непроходимость желчных путей приводит, как правило, к тому, что желтуха-симптом становится желтухой-болезнью. Причиной этому служат изменения в органах, которые развиваются вследствие холестаза.

Если своевременно не восстановить отток желчи из печени, больному грозит смерть от развивающейся печёночной недостаточности.

В проблеме механической желтухи главным является совершенствование методов диагностики и своевременность выполнения рационального лечения для восстановления желчеоттока из печени.

К сожалению, многие врачи оказываются несостоятельными в постановке правильного диагноза у больных желтухой и выборе адекватного лечения их.

ЭТИОЛОГИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

В настоящее время причины механической желтухи изучены достаточно хорошо. По этиологическому принципу они могут быть объединены в пять основные группы: врождённые пороки развития желчных протоков, доброкачественные заболевания желчных путей и поджелудочной железы, которые этиологически связаны с желчекаменной болезнью (камни желчных протоков, рубцовые стриктуры дистального отдела желчного протока и стенозы большого дуоденального соска (БДС), индуративный панкреатит). Стриктуры желчных магистральных протоков, развивающиеся в результате операционной травмы:

– первичные и вторичные (метастатические) опухоли органов гепатопанкреатобилиарной зоны;

– паразитарные заболевания печени и желчных протоков. Если желче-каменная болезнь, опухоли печени и желчных путей, поджелудочной железы как причина развития механической непроходимости желчных протоков в повседневной хирургической практике встречаются довольно часто, то врождённые аномалии; развития желчных протоков, паразитарные заболевания печени и желчных протоков – значительно реже.

Механическая желтуха чаще возникает у людей в возрасте старше 40 лет. При этом для пожилого и старческого возраста характерно развитие как калькулезной, так и опухолевой непроходимости желчных протоков, тогда как в молодом возрасте причиной механической желтухи чаще является желчекаменная болезнь.

Наиболее частой причиной развития механической непроходимости желчных протоков является осложнение желче-каменной болезни. Возникающий в желчном пузыре воспалительный процесс сопровождается нарушением его функции, что приводит к застою желчи в нём и камнеобразованию. Образование камней в желчных магистральных протоках при желче-каменной болезни многими исследователями считается большой редкостью.

Чаще всего конкременты в печёчно-желчный проток попадают из желчного пузыря через пузырный проток во время одного из приступов желчной колики. В некоторых случаях камень из шейки желчного пузыря может мигрировать в просвет печёчно-желчного протока в результате развития некротических изменений в стенке шейки пузыря и образования пузырно-холедохоального свища (синдром Мириizzi).

Возникновению желтухи при холедохолитиазе, нередко, способствует сопутствующий ему холангит. Всякое обострение хронического воспалительного процесса в стенке печёчно-желчного протока при холедохолитиазе нарушает пассаж желчи в кишку, тогда как в стадии хронического воспаления наличие конкрементов в протоке может не вызывать непроходимости последнего.

Среди причин, вызывающих механическую непроходимость желчного протока при желчекаменной болезни, следует отметить развитие стеноза в области БДС. По данным разных авторов его частота составляет в среднем 25%.

В соответствии с клиническими данными и показателями операционных исследований, В. В. Виноградов (1963 г.) выделил три степени стеноза БДС: 1-я степень характеризуется компенсированным нарушением проходимости желчного протока и отсутствием

желтухи; 2-я степень сопровождается расширением просвета желчного протока и наличием сужения в его дистальном отделе, через которое зонд диаметром 3 мм провести не удаётся. Желтуха при этой степени стеноза носит непостоянный характер; 3-я степень проявляется полной блокадой желчного протока и явлениями декомпенсации, что клинически выражается появлением стойкой механической желтухи.

Следующую группу причин составляют стриктуры печёчно-желчного протока, обычно возникающие после его повреждения во время операции, особенно в тех случаях, когда оно во время операции не было замечено, а следовательно, не устранено. Образование стриктуры, как правило, приводит к развитию непроходимости желчного протока и появлению у больных механической желтухи.

Следует различать структуры высокие, возникающие при повреждении стенки общего печеночного протока, и низкие, которые являются результатом повреждения стенки общего желчного протока.

Стриктуры могут быть ограниченными, занимающими небольшой участок протока, и распространенными, вызывающими деформацию и сужение протока на значительном протяжении. Иногда стриктуры сочетаются с образованием наружного желчного свища, который и определяет клиническую картину заболеваемости. С механической желтухой опухолевого генеза вы ознакомлены во время прохождения курса онкологии.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ МЕХАНИЧЕСКУЮ ЖЕЛТУХУ

Больные желтухой относятся к категории наиболее сложных в диагностическом отношении, поскольку с симптомом желтухи протекает большая группа заболеваний различного происхождения.

Дифференциальная диагностика обтурационного холестаза и паренхиматозной желтухи до сих пор остается трудной и до конца не решенной проблемой. Это приводит к тому, что до 69-90% больных с механической желтухой первоначально направляются в инфекционные больницы, где длительно обследуются, прежде чем будет точно установлен диагноз болезни.

Такое положение обусловлено тем, что клинические симптомы при желтухах различного генеза многообразны и часто не имеют определенной патогномичности;

– используемые методы лабораторной диагностики часто оказываются недостаточно информативными, так как отражают глав-

ным образом функциональное состояние печени, которая в начальной стадии развития болезни мало изменена, а в поздних стадиях практически одинаково страдает при любой этиологии желтухи;

– обще принятые и достаточно достоверные инструментальные методы исследования слишком сложны и не могут быть широко использованы вне хирургических отделений.

Наличие у больного желтухи ставит перед врачом следующие главные задачи:

1. дифференцировать механическую желтуху от паренхиматозной и гемолитической;

1) выявить причину механической непроходимости желчных путей;

2) установить уровень и протяженность обтурации желчных путей.

Решение этих задач, как правило, начинается с обще клинических методов обследования больного.

Известно, что началом определения болезни является изучение жалоб больного. Больные с механической непроходимостью желчных путей чаще всего жалуются на боли в области правого подреберья, наличие желтушной окрашенности кожи и склер, кожный зуд. Боли обычно локализуются в правом подреберье или эпигастриальной области. Характер их бывает разнообразным: сверлящим, ноющим, коликообразным, острым, тупым, умеренным или сильным, иногда иррадиирующим в спину.

Отмечается сравнительно раннее возникновение желтухи у большинства больных желчекаменной болезнью (у 95,5% больных в течение первых 15 дней болезни) и более позднее появление ее у больных раком (у 55% больных она появилась более чем через месяц).

При механической желтухе кожный зуд является более постоянным симптомом и встречается при калькулёзной желтухе в 55% случаев, а при раке головки поджелудочной железы в 75%.

При механической желтухе калькулёзной этиологии характерным является наличие повышенной температуры, причем повышение ее, как правило, носит волнообразный характер. При желтухе опухолевого генеза температура чаще постоянно субфебрильная.

Малая информативность клинических симптомов и показателей, лабораторных данных для установления механических причин развития желтухи, заставили клиницистов искать пути более ранней дифференциальной диагностики механической и паренхиматозной желтух.

Важная роль в дифференциальной диагностике механической и паренхиматозной желтухи принадлежит УЗИ печени, печеночно-желчного протока и поджелудочной железы, производимому на догоспитальном этапе.

Поскольку УЗИ являясь не сложным методом исследования, не требующим специальной подготовки больного, оно может быть проведено на догоспитальном этапе в условиях поликлиники. Информативность УЗИ достаточно велика, есть все основания считать, что широкое внедрение УЗИ в практику значительно улучшит результаты хирургического лечения больных с механической желтухой, так как позволит раньше направлять больного в хирургический стационар.

Таким образом, диагностика заболеваний, сопровождающихся желтухой, должна быть разделена на два этапа. На первом, догоспитальном этапе, проводится дифференциальная диагностика этиологического фактора желтухи, устанавливается основная причина гипербилирубинемии. Главная роль при этом отводится использованию ультразвуковой диагностики. При установлении наличия у больного желтухи механической этиологии, он должен быть немедленно госпитализирован в хирургический стационар, где будет проведен второй этап диагностики, который позволит установить характер механического препятствия в желчевыводящей системе и определить уровень его локализации, что предопределил выбор способа лечения больного.

Специальные методы исследования. Рентгенографические исследования.

Холангиография. Главным симптомом механической непроходимости желчных путей различной этиологии на рентгенограммах является расширение просвета желчных протоков над местом локализации зоны поражения.

Дуоденография. Заполнение бариевой взвесью двенадцатиперстной кишки, находящейся в состоянии гипотонии, позволяет выявить патологические процессы в зоне БДС, в парапапиллярной области, в головке поджелудочной железы.

Компьютерная томография. В последнее время стала применяться для диагностики причин механической желтухи. Этому способствует то обстоятельство, что при механической непроходимости желчных путей происходит расширение просвета желчных протоков, которое фиксируется с помощью компьютера, без предварительного введения в них контрастного раствора. С помощью компьютерной томографии удастся определить место обтурации протока, а в некоторых случаях и дифференцировать причины обтурации протока -

холедохолитиаз, опухоль головки поджелудочной железы и области ворот печени.

Эндоскопические методы исследования.

При механической желтухе они могут быть использованы в качестве самостоятельных способов выявления патологических изменений в органах гепатобилиарной системы или применяется для выполнения других специальных методов диагностики заболеваний желчных путей.

Лапароскопическая картина при механической желтухе достаточно достоверна и дает много ценных сведений не только для этиологического диагноза, но и позволяет установить локализацию патологического процесса.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

В настоящее время проблема хирургического лечения механической желтухи калькулезного генеза является чрезвычайно актуальной. Это объясняется тем, что, во-первых, отмечается рост заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнений, среди которых механическая желтуха занимает одно из первых мест; во-вторых, среди заболевших преобладает контингент больных пожилого и старческого возраста, общее состояние которых утяжеляется сопутствующими заболеваниями, что повышает риск операции и непосредственно влияет на ее результаты; в-третьих, несмотря на успехи, достигнутые в лечении больных с механической желтухой, послеоперационная летальность все еще остается высокой, что связано не только с осложнениями соматических заболеваний, но и с неправильным определением лечебной тактики, выбором объема оперативного вмешательства, не проведением лечебных мероприятий по профилактике послеоперационных осложнений.

Улучшение результатов лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, и, прежде всего, снижение госпитальной летальности – одна из первейших задач этой проблемы. Решение ее может идти путем совершенствования диагностики заболевания, сокращения сроков обследования больных, своевременного выполнения операции, правильного выбора метода коррекции нарушения желчеоттока в кишечник и завершения холедохотомии, а также применения (по показаниям) методов дооперационной декомпрессии желчных протоков и широкого использования с лечебной целью эндоскопических методов.

Лечебная тактика при калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, в последнее десятилетие резко изменилась

и стала многообразной, что связано, главным образом, с широким использованием в клинической практике лечебной эндоскопии.

Ранее при механической желтухе, явившейся осложнением хронического калькулезного холецистита, общепринятой была лечебная тактика, которая заключалась в выполнении хирургической операции не позднее 10-14 суток с момента госпитализации больного. Такое затягивание сроков операции нередко приводило к прогрессированию желтухи, нарастанию печеночной недостаточности, что, естественно, ухудшало ближайшие результаты лечения. Сегодня, благодаря современным диагностическим методам, позволяющим ускорить обследование больного и уточнение диагноза, сроки проведения оперативного вмешательства следует сократить до 3-5 дней. За этот относительно короткий срок можно не только тщательно обследовать больного, но и полноценно подготовить его к операции.

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Обтурация желчных внепеченочных протоков, вызванная вклиниванием камня или рубцовой структурой, приводит к развитию желчной гипертензии, холестазу и холемии. Вследствие повышения внутрипротокового давления и их расширения возникает нарушение крово- и лимфообращения в печени, резко изменяется органная микроциркуляция, что в итоге приводит к дистрофическим изменениям гепатоцитов и печеночной недостаточности.

В настоящее время для предоперационной декомпрессии желчных протоков и устранения холемии у больных с длительной механической желтухой используют следующие методы: лапароскопические (лапароскопическую холецистостомию) чрескожную, чреспеченочную холангиостомию и чреспеченочное дренирование желчного пузыря под контролем лапароскопии, чрескожную, чреспеченочную холангиостомию.

НАЛОЖЕНИЕ ГЛУХОГО ШВА НА ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК

Механическая желтуха является абсолютным показателем к холедохотомии, которую производят в целях ревизии желчных протоков, их санации, удаления камней и создания билиодегистивных анастомозов. Вскрытие гепатикохоледоха производят в супрадуоденальном отделе тотчас выше двенадцатиперстной кишки, протяженностью 1-1,5 см.

Одним из спорных вопросов в хирургии желчных путей является применение глухого (первичного) шва на общем желчном протоке.

При использовании первичного шва общего желчного протока сохраняется опасность оставления камней в желчных протоках, которые невозможно выявить в ближайшем послеоперационном периоде. В связи с серьезными недостатками первичного шва необходимо сочетать ушивание раны протока наглухо с дренированием его по Холстеду - через культю пузырного протока. Сторонников этого способа завершения операции холедохолитотомии становится все больше.

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.

Наружное дренирование желчных протоков, как самостоятельный метод завершения холедохотомии, имеет почти вековую историю применения. Её существование связано с именем известного немецкого хирурга Н. Кера, который в 1898 году предложил Т-образный катетер для дренирования желчных протоков. А. В. Вишневский в 1925 г. рекомендовал для этих же целей одноствольный резиновый дренаж, получивший название «дренаж сифон - манометр».

К основным показаниям для введения наружного дренажа после холедохотомии относится гнойных холангит, чтобы с помощью дренажа активно воздействовать на купирование воспалительных явлений. По наружному дренажу легко отходит желчный песок и замазка, густая гнойная желчь. По нему можно вводить растворы антибиотиков и антисептиков для ускорения стихания холангита. Кроме того, его используют в послеоперационном периоде для проведения контрольной фистулохолангиографии, для оценки состояния желчных протоков, желчеоттока в кишечник и обнаружения забытых камней. В последние годы стало возможным через Т-образный дренаж с помощью корзинки Дормиа удалять остановленные камни.

СУПРАДУОДЕНАЛЬНАЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ

Этот вид желчеотводящего анастомоза получил наиболее широкое применение при хирургической коррекции нарушений желчеоттока в кишечник. Многие авторы отдают предпочтение данному анастомозу потому, что за многие годы освоена техника его формирования, гарантирующая от послеоперационных осложнений. Анастомоз эффективен в устранении механической желтухи и желчной гипертензии. Послеоперационный период у больных с этим видом анастомоза протекает благоприятно, а отдалённые результаты у большинства из них хорошие.

До сих пор дискутируется вопрос о показаниях к применению супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза (ХДА).

Большинство авторов широко ставят показания к этой операции и производят её при рубцовом стенозе БДС и протяженной стриктуре дистального отдела общего желчного протока, вызванной индуративным панкреатитом; при множественном литиазе желчных протоков, гнойном холангите, сопутствующем литиазу и рубцовым стриктурам; при расширении желчных внепеченочных протоков без наличия препятствий к оттоку желчи в кишечник, при не удаляемых камнях БДС.

Рецидивирующий холангит, возникающий вследствие заброса инфицированного дуоденального содержимого в желчные протоки, нередко приводит к циррозу печени и печёночной недостаточности, что становится причиной смерти больных. В «слепом мешке» отмечено формирование камней и желчной замазки, а также длительная задержка формирования камней и желчной замазки, а также длительная задержка дуоденального содержимого, что способствует появлению желчных колик и рецидиву хронического панкреатита.

Однако, следует сказать, что далеко не все авторы разделяют точку зрения о влиянии дуоденобилиарного рефлекса и «слепого мешка» на развитие восходящего холангита и рецидива хронического панкреатита.

Эффективное функционирование анастомоза зависит не только от учёта показаний и противопоказаний к нему, но и от методики его наложения. В настоящее время в литературе освещено более десятка модификаций этой операции, отличающихся друг от друга как направлением размера стенки общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки, размером соустья, способом сшивания органов (ручным или механическим), так и использованием различного шовного материала, количеством шовных рядов, способом завершения операций на желчном протоке и другими деталями техники операции.

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ (ПСТ)

Трансдуоденальная ПСТ занимает важное место в хирургии желчных путей. Очевидными преимуществами её перед другими желчеотводящими операциями является возможность устранения самого стеноза, как причины нарушения проходимости желчных протоков, сохранения физиологического пути оттока желчи и панкреатического сока в кишечник, а также возможность доступа к протоку поджелудочной железы и вмешательства на нём при наличии сопут-

ствующего остиум-стеноза. Кроме того, в отличие от трансдуоденальной холедоходуоденотомии, получившей широкое применение при стенозе БДС, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия не ведёт к образованию «слепого мешка».

Следует отметить, что папиллосфинктеропластика имеет следующие положительные моменты:

1) выполнение пластики позволяет хорошо сопоставить края дистального отдела общего желчного протока со слизистой 12-перстной кишки;

2) поэтапное наложение швов, по мере рассечения сосочка, даёт возможность контролировать длину разреза;

3) наложение швов обеспечивает гемостаз краев рассечённого сосочка;

4) в случаях повреждения задней стенки 12-перстной кишки швы, наложенные в верхнем углу разреза сосочка, могут предотвратить образование дуоденального свища.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Разработка и внедрение в практику фиброволоконной эндоскопической техники способствовали созданию и быстрому развитию лечебной эндоскопии.

Показаниями к эндоскопической операции являются:

1) ущемленный камень БДС;

2) рубцовое сужение сосочка;

3) камень внедуоденального отдела желчных протоков;

4) сочетанные поражения желчных протоков в виде литиаза или стеноза БДС, осложнённые холангитом или острым панкреатитом.

Эндоскопическое вмешательство на БДС выполняют с использованием фиброэндоскопа, диатермокоагулятора и рентгенотелевизионной установки.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. Мужчина 52 лет поступил с жалобами на приступ сильной боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту. Ранее отмечал такие же приступы в течение последних 10 лет. Температура тела не повышена. Склеры субэтеричные. Язык суховат. Живот болезнен при пальпации в правом подреберье, умеренно напряжен в этой области. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз крови – $9,6 \cdot 10^9$ /л. стул регулярный окрашен, мочеиспускание свободное.

Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

2. Больная 62 лет поступила с жалобами на боли в правом подреберье, рвоту. Начало заболевания было спровоцировано приёмом жирной пищи. Ранее отмечала подобные приступы несколько раз. Температура тела не повышена.

При осмотре: язык суховат, обложен. Живот болезнен в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен в этой области. Отмечается защитное напряжение мышц брюшной стенки в правом подреберье. Стул регулярный.

В стационаре начата консервативная терапия, спазмолитики, антибиотики, паранефральная блокада справа и круглой связки печени. После начала этих мероприятий, через несколько часов, боли стихли. Лейкоцитоз крови снизился с $10,2$ до $8,4 \cdot 10^3$ в 1мкл.

Каков диагноз и дальнейшие рекомендации по лечению?

3. Больная 73 лет, страдавшая хроническим холециститом, поступила с приступом болей в правом подреберье, рвотой. Боли иррадируют в правое плечо и лопатку. Год назад перенесла инфаркт миокарда. Начата консервативная терапия, однако, несмотря на это, боли не стихали. Появился симптом Щеткина-Блюмберга как в подреберье, так и в правой боковой области живота вплоть до подвздошной области. Отмечается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Лейкоцитоз крови составляет $14,8 \cdot 10^3$ в 1мкл.

Какое течение заболевания в данном случае?

Тактика лечения? Выбор манипуляции в данном случае?

4. Больная 40 лет в течение ряда последних лет отмечает периодически возникающие приступы болей в правом подреберье. Боли возникают вне зависимости от приема пищи. Приступы проходят иногда самостоятельно. Женщина отличается высокой нервной возбудимостью, эмоционально лабильна. Желтушности не было. При ос-

мотре живот мягкий, отмечается слабая болезненность в области желчного пузыря. На УЗИ конкрементов в пузыре и протоках не обнаружено, стриктура печени обычная. Контрастное исследование желчных путей не показало конкрементов, пузырь сократим.

Каков ваш диагноз? Рекомендуемое лечение?

5. Больная 58 лет поступила в стационар впервые с болями в правом подреберье, тошноту. Боли иррадируют в шею и правое плечо. Ранее отмечала такие боли, но к медикам не обращалась; самостоятельно принимала обезболивающие препараты.

При осмотре отмечается болезненность при пальпации живота в правом подреберье, слабое напряжение мышц в этой области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул регулярный. Легкая субъэпигастричность склер.

Ваш предварительный диагноз? Какие виды лабораторных и инструментальных исследований необходимо произвести?

6. Больному 60 лет произведена операция холецистэктомия по поводу флегмонозного холецистита. Во время операции был установлен наружный дренаж-трубка, по которой истекает желчь.

В какие сроки удаляется трубка? Какие существуют для этого обоснования? Техника удаления трубки?

7. Больная 55 лет оперируется по поводу острого холецистита, желчный пузырь от дна удален быстро. Проток и артерия надёжно обработаны. Общий желчный проток расширен до 2,0 см. В анамнезе у больной отмечалась желтуха, хотя в момент операции ее нет.

Можно ли на этом закончить операцию ушиванием брюшной полости? Как закончить операцию? Какие манипуляции нужны?

8. Во время операции по поводу острого холецистита, после ревизии, желчный пузырь взят на держалку, стала видна шейка пузыря, выделен проток.

Каким способом удаляется пузырь в этом случае? Почему? Какие другие способы существуют?

9. Больной 62 лет оперирован по поводу калькулезного холецистита, произведено удаление желчного пузыря. Общий желчный проток резко расширен до 3,5 см. Отмечается механическая желтуха. Хирург решил накладывать билеодегистивный анастомоз.

Какие показания существуют для этой манипуляции?

10. Больная оперируется по поводу холецистита. При ревизии обнаружен флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удалён от дна, после чего, ввиду того что проток расширен до 3,0 см, хирург решил выполнить холедохотомию. Из общего желчного протока удалено несколько малого размера конкрементов, замазкоподобная желчь.

Каков вид интраоперационного исследования позволит убедиться в полном удалении конкрементов из протока?

11. Больная оперируется по поводу калькулезного холецистита. Желчный пузырь удалён от шейки. Ложе перитонизировано. Купьта протока и артерия надежно обработаны. В общем желчном протоке камни не обнаружены, проток не расширен. Однако в брюшной полости находится светлый геморрагический выпот, на брюшине и сальнике имеются стеариновые бляшки. По вскрытию сальниковой сумки обнаружен отёк поджелудочной железы.

О чем говорит находка хирурга?

Какова дальнейшая тактика?

12. Больной 62 лет оперирован по поводу механической желтухи. Во время операции установлен рак головки поджелудочной железы. Метастазы в печени. Желчный пузырь напряжен, пузырный и общий желчный протоки расширены.

Какова дальнейшая тактика хирурга?

Как разрешить механическую желтуху у данного больного?

ОТВЕТЫ

1. Хронический рецидивирующий холецистит. Лечебная тактика- консервативное лечение болевого синдрома. Вводятся спазмолитики, антибиотики, новокаиновая блокада круглой связки печени. УЗИ печени, желчного пузыря и протоков, холецистохолангиография, анализ дуоденального сока, при обнаружении конкрементов рекомендуют плановую холецистэктомию. В случае бескамерного холецистита на фоне консервативной терапии также целесообразно предложить оперативное лечение.

2. Хронический рецидивирующий холецистит. У данной больной острые явления под воздействием консервативной терапии прошли. Можно приступить к плановому обследованию. УЗИ печени,

желчных путей, анализ дуоденального сока, холецистохолангиография. Затем можно рекомендовать плановую холецистэктомию, после соответствующей подготовки.

3. У больной возможна перфорация воспаленного пузыря и начало перитонита. Необходимо оперативное вмешательство, однако нужно учесть, что больная страдает сопутствующими заболеваниями сердца, сосудов, сахарным диабетом. Тяжелое состояние больной не даёт возможности произвести такое радикальное вмешательство. Операцией выбора в этом случае является холецистостомия. В то же время, при нарастании симптомов перитонита, придется выполнять обширное вмешательство для санации брюшной полости. Можно произвести лапароскопическую холецистостомию.

4. В данном случае у больной дискинезия желчных путей. Она нуждается в лечении у невропатолога и терапевта. Однако она должна наблюдаться амбулаторно по месту жительства с целью своевременной диагностики заболеваний желчных путей.

5. У больной, судя по клинике хронический рецидивирующий холецистит. В связи с первичным обращением, после купирования острых явлений она должна пройти всестороннее обследование. Обязателен анализ биохимических показателей крови – желчных пигментов в крови, белковых фракций, печеночных проб, уровня холестерина крови, амилазы крови и мочи. Исследование желчных пигментов. Анализ дуоденального сока. Кроме того УЗИ печени, желчного пузыря и желчных ходов, поджелудочной железы. Холецистохолангиография.

6. Трубка удаляется обычно через 2 суток после удаления тампона, то есть на 9-11 сутки. После удаления трубки в рану вводится резиновый выпускник для того, чтобы края кожи не стянулись раньше, чем облитерируется свищевой ход. В противном случае может образоваться желчный затек. Периодически можно проводить пережатие трубки зажимом. Длительное существование наружного свища с отеками большого количества желчи, ахоличностью кала или приступами желтухи может свидетельствовать о стриктуре протоков.

7. Наличие расширенного общего желчного протока и желтухи в анамнезе больного желчекаменной болезнью является показанием для проведения холедохотомии с ревизией проходимости протока фатерова сосочка. При наличии камней в протоке они удаляются.

При свободной проходимости протока и соска возможно наложение глухого шва холедоха. Однако, чаще после операции производят наружное дренирование дренажом Кера или Вишневого, либо через культю пузырного протока (Аббе). К месту холедохотомии подводится тампон. Лишь после этого брюшная полость ушивается до дренажей.

8. Если хорошо видна шейка желчного пузыря, выделяется проток. Если нет щеечных камней, пролежней на протоке, отека его стенки, наилучшим является удаление желчного пузыря от шейки, то есть ретроградно, когда выделяется шейка, протоки и артерия, которые обрабатываются. Другим способом является удаление желчного пузыря от дна, это менее рискованно (антероградно), так как выделяя пузырь от дна потягивают за него и натягивают проток и артерии, которые в этом случае более надежно визуализируются, кроме того, меньше вероятности травмирования холедоха.

9. Для наложения билиодигестивного анастомоза показаниями является стриктура холедоха, опухоль большого дуоденального соска, камень соска со сращениями. При невозможности выполнения папиллосфинктеротомии, то же при стенозе большого дуоденального соска. В таких случаях невозможно восстановление естественного пути оттока желчи в кишку. Поэтому создается ровный путь – анастомоз между желчными путями и кишкой.

10. Для интраоперационного исследования протоков существует интраоперационная холангиография. В этом случае, чтобы операция была возможной, операционный стол конструируется специальным образом, часть его выполняется из пластика. После холедохотомии производится удаление камней и замазки из протока, проток тщательно промывается, после чего через катетер, введенный в проток, вводится контрастное вещество и проводится рентгенотелевизионное исследование.

Заполнение контрастом дает возможность проследить проходимость протоков и наличие оставленных в них камней.

В последнее время появились работы, указывающие на использование специальных ультразвуковых установок для интраоперационного исследования. Кроме того, разработан фиброволоконный холангиоскоп для визуализации протоков и образований в них; аппарат вводится через холедохотомическую рану и проводится вверх и вниз по протоку.

11. У больной холецистопанкреатит. Обязательно провести симультанное вмешательство на поджелудочной железе – вскрыть капсулу над ней, дренировать сальниковую сумку, подвести в нее сальник или выполнить операцию Козлова (абдоминализация поджелудочной железы.). Панкреатит может явиться причиной осложнений течения послеоперационного периода и постхолецистэктомического синдрома.

12. При раковых опухолях головки поджелудочной железы и опухолях фатерова соска необходимо восстановление оттока желчи в кишечник, то есть устранение механической желтухи. Это возможно лишь наложением либо наружного дренирования – создание наружного желчного свища, либо созданием билеодегистивного анастомоза. В данном случае анастомоз может быть создан между желчным протоком или желчным пузырем, так как последний не воспален.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш. И. «Хирургик касалликлар. « Тошкент, 1991 г. - С. 404-408.
2. Королёв Б. А., Пиковский Д. Л. «Экстренная хирургия желчных путей. « -М.,: Медицина, 1990 г. - 240 С.
3. Кузин М. И. «Хирургические болезни» - М. : Медицина, 1987 г. - С, 625-626.
4. Лапкин К. В., Пауткин Ю. Ф. «Механическая желтуха». - М., 1990 г. Родионов В. В. и др. «Калькулезный холецистит». - М. : Медицина, 1991 г. -320 С.
5. Зайцев В. Т. «Неотложенная хирургия брюшной полости» Киев, 1989 г. - 147.
6. Б. В. Петровский «Хирургические болезни», М. 1980 г.
7. Б. В. Петровский «Избранные лекции по хирургии», М. 1986 г.
8. Б. В. Петровский «ХХХТ-Всесоюзный съезд хирургов», Т. 1986 г.
9. Н. Н. Еланский «Хирургические болезни», М. 1964 г.
10. Ш. Дробни «Хирургия кишечника», Будапешт 1983 г.
11. В. А. Попов «Перитонит», Медицина Л, 1985.
12. К. В. Лапкин «Механическая желтуха», М. Медицина 1990.
13. Б. А. Королев «Экстренная хирургия желчных путей». М. Медицина 1990
14. Э. И. Гальперин «Заболевания желчных путей послехолецистэктомии». М. Москва, 1988.

ГЛАВА IV. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШИНЫ. ПЕРИТОНИТЫ

Тема изучения: «Перитониты». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и остальные студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способная научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового расследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы умственная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

1. Пальпировать брюшную полость;
2. Поставить диагноз «перитонит»;
3. Дифференцировать различные виды перитонитов;
4. Оказать неспециализированную врачебную помощь;
5. Направить к соответствующему специалисту
6. Прогнозировать возможный исход заболевания;

Для этого он должен знать:

1. Этиологию и патогенез перитонита;
2. Классификацию перитонита;
3. Клиническую картину всех видов перитонитов;
4. Все методы диагностики перитонитов;
5. Методы лечения перитонитов;

Время на изучение темы – 180 минут.

Острое или хроническое воспаление брюшины, сопровождающиеся не только местными изменениями вследствие воздействия на брюшину инфекции, травмы или физических факторов, но и общими явлениями в виде тяжелой реакции организма, вызываемой гнойной интоксикацией, называется перитонитом. Под термином перитонит чаще понимают острый разлитой процесс, вызванный микробной флорой.

Классификация. Различают первичные перитониты и вторичные. При первичном перитоните микрофлора попадает в брюшную полость гематогенным путем, а у женщин также через маточные трубы. Первичные перитониты встречаются редко, всего около 1% из всех больных, страдающих перитонитом.

При вторичных перитонитах микрофлора проникает из воспалительно-измененных органов брюшной полости: из червеобразного отростка, желчного пузыря, при наличии перфорации в желудке и двенадцатиперстной кишке, при несостоятельности швов анастомоза и т.д.

По клиническому течению различают острый, подострый и хронический перитонит.

По этиологическому происхождению выделяют перитониты, вызванные микрофлорой желудочно-кишечного тракта – кишечной палочкой, стафилококками, протеем, и микрофлорой, не имеющей отношения к желудочно-кишечному тракту – туберкулезной палочкой, гонококками, трихомонадами и др. В первом случае из перито-

неального экссудата выявляется смешанная микрофлора, во втором случае высеивается монокультура. Выделяют асептические (абактериальные) перитониты, возникающие при попадании в брюшную полость различных неинфицированных агентов, обладающих агрессивным действием на брюшину – это кровь, моча, желчь, панкреатический сок. По характеру выпота различают перитонит серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический, гнилостный перитонит. В зависимости от вида возбудителя стрептококковый, гонококковый, анаэробный, туберкулезный, колибациллярный, стафилококковый и др. количество экссудата и его характер в известной мере определяют тяжесть течения перитонита. Если в серозном экссудате выпадают в большом количестве нити фибрина, и он становится более густым, то быстрее происходит слипание серозных оболочек и ограничение процесса. Перитониты с фибринозным налетом и утолщением стенки кишечника имеют более благоприятный прогноз, чем перитониты с незначительным количеством мутного, геморрагического, бедного фибрином экссудата. Для клинической практики важна классификация перитонитов по распространенности воспалительного процесса на поверхности брюшины. Выделяют ограниченные и диффузные разлитые (тотальные) перитониты.

Ограниченный перитонит - воспаление брюшины, ограниченное от других ее отделов спайками или сращениями с внутренними органами. К этой форме относят различного происхождения инфильтрата и абсцессы (периаппендикулярные, поддиафрагмальные, подпеченочные, межкишечные). При диффузном или разлитом перитоните в воспалительный процесс вовлекается весь серозный покров брюшины без четких анатомических границ и тенденции к ограничению. Диффузный перитонит, локализованный только в непосредственной близости от источника инфекции, занимающий только одну анатомическую область живота, может быть назван местным. Диффузный перитонит, занимающий несколько анатомических областей живота, называют распространенным. Поражение всей брюшины называют общим перитонитом.

Клиническая картина. Перитонит проходит ряд стадий, разграничение которых основано на объективных проявлениях болезни в зависимости от времени, прошедшего с начала развития перитонита, и степени патофизиологических сдвигов в гомеостазе.

Выделяют три стадии перитонита: первая стадия – реактивная; вторая стадия – токсическая; третья стадия – терминальная.

Особые формы перитонита: карциноматозный, фибропластический (при попадании на брюшину только с перчаток хирурга) и др. В

клинической практике наиболее часто наблюдается разлитой гнойный перитонит. Самая частая его причина – деструктивный аппендицит (60%). Затем деструктивный холецистит (10%), перфорация желудка и 12 перстной кишки (7%), панкреатит (3%), тромбоз сосудов кишечника, несостоятельность швов анастомозов на органах брюшной полости.

Патогенез сложный, многофакторный. В течение перитонита выделяют три стадии.

Первая стадия – реактивная – реакция организма на попадание инфекции в брюшную полость. Попадание на брюшину микробных тел вызывает воспалительную реакцию окружающих тканей с типичным отеком, экссудацией. Экссудат сначала имеет серозный характер, затем при накоплении бактерий и лейкоцитов становится гнойным. К местным проявлениям защитной реакции организма относят отек и инфильтрацию близлежащих органов – это чаще всего большой сальник, петли кишки, брыжейка кишечника. К общим механизмам защитной реакции в начале развития перитонита относят неспецифическую реакцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в ответ на стрессорное воздействие. Эти сдвиги характерны для реактивной стадии перитонита и деструктивных изменений в органах брюшной полости при заболеваниях, предшествующих развитию перитонита.

Вторая стадия – токсическая – это реакция организма в ответ на поступление в общий кровоток экзо- и эндотоксинов, а также ферментов продуцируемых бактериями, продуктов белковой природы, образующихся при кишечном распаде (лизосомных ферментов, протеаз, полипептидов и т.д.), токсических веществ, накапливающихся в тканях за счет нарушения нормальных процессов метаболизма.

Эта реакция протекает с типичными признаками эндотоксического шока. Параллельно этим изменениям нарастает развитие общих и местных реакций организма, нарушается иммунная система организма. Иммунологические сдвиги, показывающие защитную реакцию организма появляются в самом начале перитонита, но их развитие наступает именно, при второй, токсической стадии перитонита.

Третья стадия – терминальная – это реакция организма на разнообразные неблагоприятные факторы, свойственные терминальной стадии перитонита с преобладанием признаков септического шока. Местные и общие механизмы защиты от инфекционной агрессии оказываются неэффективными.

Уже на ранней стадии развития перитонита возникают нарушения функционального состояния жизненно важных органов и систем. Происходят изменения гемодинамики (учащение пульса; повышение

артериального давления, увеличение ударного и минутного объема сердечного выброса). Затем повышение артериального давления сменяется его понижением, обусловленным гиповолемией. Гиповолемия в свою очередь связана с воспалительным отеком брюшины, экссудацией, депонированием жидкости в брюшной полости в просвете кишечника за счет паралитической кишечной непроходимости и снижения портального кровотока. Все это приводит к снижению венозного возврата к сердцу, увеличению тахикардии и к глубоким изменениям в сердечно-сосудистой системе. В генезе гемодинамических сдвигов важная роль веществам – кининам, серотонину, катехоламинам, гистамину. В поздних стадиях развития перитонита происходят изменения в системе органов дыхания, которые связаны с нарушением гемодинамики, с выраженными метаболическими расстройствами, гипоксией. Изменения в дыхательной системе появляются при нарушении микроциркуляции в легочной ткани, открытии артериовенозных шунтов, появлении интерстициального легочного отека («шоковое» легкое). Все это предрасполагает к развитию легочно-сердечной недостаточности.

Одновременно наступает нарушение функции печени, почек, моторной активности желудочно-кишечного тракта. При перитоните нарушается белковый, углеводный обмен, появляются симптомы диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Из сказанного видно, что перитонит, начавшись как локальное заболевание, быстро вызывает выраженные нарушения деятельности всех органов и систем организма.

Острый разлитой гнойный перитонит. *Так как известно, что источники возникновения и распространение инфекции при разлитом перитоните разнообразны, то и клиника перитонита при желчном, каловом, аппендикулярном источнике перитонита будет различной. Однако, в терминальной стадии перитонита, когда преобладают общие расстройства гомеостаза, клиническое течение перитонита будет одинаковым.*

Клиника и диагностика. *Течения и симптоматика перитонита зависят от многих причин: вида и вирулентности микробов, состояние иммунологических сил организма, предшествующего лечения и т. д.*

Время, прошедшее с момента возникновения воспаления брюшины, несомненно, сказывается на характере клинических проявлений и по этому положено в основу деления перитонита по фазам его развития. Такое деление условно, поскольку воспалительный процесс брюшины не всегда претерпевает все фазы развития и в результате лечения может оборваться на той или иной фазе. Кро-

ме того, нет четких границ перехода одной фазы в другую. По данным В.И. Стручковой **первая фаза** перитонита (реактивная) продолжается 1-2 суток. Она характеризуется ограниченным воспалительным процессом с образованием серозного или фибринозно-гнойного экссудата, при всасывании которого наблюдается нередко выраженная интоксикация. Больные жалуются на интенсивную боль постоянного характера,

Локализация боли зависят от локализации первичного воспалительного очага. Боль связана с массовым раздражением многочисленных нервных окончаний брюшины. Для уменьшения растяжения брюшных мышц и париетальной брюшины больные принимают вынужденное положение, лежат неподвижно с приведенными к животу ногами. Отмечается тахикардия до 100-110 уд, в 1 минуту, артериальное давление вначале повышено, а при мезентеральном тромбозе, перфорации желудка или кишечника понижается. Понижение артериального давления происходит также из-за одновременного раздражения большого количества нервных окончаний (рецептов) с ответной реакцией организма по типу шока с изменением гемодинамики. Язык и слизистые сухие, что связано с депонированием жидкости и развивающейся дегидратацией. Живот ограничен в акте дыхания, особенно более выражено в зоне проекции основного воспалительного очага. Перкуторно можно определить зону повышенной болезненности, что соответствует локализации основного воспалительного очага, а также тимпанит за чет пореза кишечника, притупление перкуторного звука при скоплении большого количества экссудата (700-800 мл) в той или иной области живота определяют защитные напряжения мышц передней брюшной стенки соответственно зоне воспалительное измененной париетальной брюшины. Мышечная защита, особенно выражена при перфорации полового органа («доскообразный живот»). При ректальном и вагинальном исследовании определяется нависающая болезненная передняя стенка передней кишки, а у женщин нависание заднего свода влагалища. Характерным симптомам перитонита является симптом Щеткина – Блюмберга. При аускультации живота определяют ослабленные перистальтические шумы; на поздних стадиях перитонита шумы не выслушиваются. Выявляется лейкоцитоз – число лейкоцитов повышается до 16-20·10⁹/л, нейтрофилез, сдвиг формулы белой крови влево, увеличенное СОЭ. При обзорной рентгеноскопии и графии живота иногда определяется скопление газа под диафрагмой слева или справа (при перфорации полового органа), ограничения подвижности диафрагмы (при гнойном процессе в верхнем этаже живота), высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, плеврит в постодиафрагмальном си-

нуса, дисковидные ателектазы в легком. При рентгеноскопии можно увидеть вздутую газом кишку, прилежащую к очагу воспаления. В поздних стадиях перитонита - уровень жидкости с газом в петлях кишечника (чаши Клойбера). Большое диагностическое значение имеют лапароскопия и лапароцентез. Ультразвуковое сканирование позволяет определить скопление экссудата в брюшной полости.

Вторая фаза – токсическая стадия перитонита продолжается обычно с третьего по пятый день заболевания, ввиду того, что за это время, интоксикация возрастает и приводит к нарушению компенсаторных нарушений. Прежде всего, это выражается в параличе капилляров и более крупных сосудов органов брюшной полости, депонированием в них крови и резком нарушении кровообращения. В этой стадии перитонита происходит некоторое уменьшение интенсивности болевых ощущений в животе, наблюдается срыгивание и рвота жидкостью бурого цвета, задержка стула и газов. Пульс учащается до 120-140 уд в минуту, уменьшается его наполнение, развивается гипотония. Сохраняется высокая температура, нарастает тахипноэ. Черты лица заострены, язык сухой как щетка. Отмечается сухость внутренней поверхности слизистой оболочки щеки. Живот резко вздут, напряжения мышц передней брюшной несколько ослабевает, зачет истощения висцеромоторных рефлексов, перистальтика не прослушивается – гробовая тишина.

Симптом Щеткина – Блюмберга становится менее выраженным. Снижается объем циркулирующей крови, количества белка. Нарушается кислотно-щелочное состояние, развивается гипокалиемия, а при снижении диуреза – гиперкалиемия и ацидоз.

Третья фаза – терминальная стадия. Перитонит протекает по-разному. В одних случаях в результате комплексного уже на 6 день с момента заболевания определяются ограничение и уменьшение гнойно-воспалительного процесса. В связи с этим интоксикация быстро уменьшается, состояние больного улучшается и процесс заканчивается. В других случаях заболевания прогрессирует. Развиваются симптомы поражения центральной нервной системы - адинамия, иногда сменяющаяся эйфорией и психомоторным возбуждением, спутанность сознания, бред. Появляется бледность кожных покровов с акроцианозом, заостряются черты лица, западают глазные яблоки (лицо Гиппократ), резкая тахикардия, гипотония. Разлитая болезненность по всему животу. Высокий лейкоцитоз, который за тем снижается и может смениться лейкопенией при истощении защитных сил организма. Нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния достигают максимума. На электрокардиограмме появляются признаки, характерные для токсического повре-

ждение миокарда и электролитных расстройств. Все эти факторы приводят к декомпенсации функции жизненно важных органов и систем с развитием сердечно-сосудистой, легочной, почечно-печеночной недостаточности. Озноб при перитоните свидетельствует о неблагоприятном септическом его течении и появлении гнойного тромбофлебита. Уменьшение количества суточной мочи является плохим прогностическим признаком и, наоборот, значительное увеличение ее свидетельствуют о начале выздоровления.

Лечение. В связи со сложностью патогенеза и разнообразием нарушений в организме у больных с тяжелой формой перитонита лечение этого тяжелого заболевания должно быть комплексным и включать предоперационную подготовку, своевременно проведенную операцию, тщательную санацию брюшной полости и правильное послеоперационное лечение. Предоперационная подготовка, особенно необходимо у больных тяжелой формой разлитого перитонита; она должна быть кратковременной (не более 2-3 часов), но достаточно полной. Задачи предоперационной подготовки являются нормализация кровообращения и дыхания, снижение интоксикации, коррекция нарушенных обменных процессов. Для уменьшения интоксикации и борьбе с гиповолемией большое значение имеет капельное внутривенное вливание солевых растворов. При выраженной сосудистой недостаточности внутривенно капельно вводят 30-50 мг преднизолона. Разлитой гнойный перитонит – абсолютное показание к экстренному хирургическому вмешательству. Своевременная диагностика перитонита и адекватное хирургическое вмешательство являются залогом успеха в лечении этого грозного заболевания. Задача при операции по поводу разлитого перитонита состоит в устранении источника инфицирования брюшной полости, удаление экссудата и инфицированного материала; механическом очищении брюшной полости растворами антисептиков, декомпрессия кишечника; дренировании брюшной полости; закрытии послеоперационной раны. Операционный доступ должен быть достаточно широким, чтобы можно было произвести тщательную ревизию брюшной полости и выполнить операцию на больном органе, являющемся источником перитонита. Доступ, отвечающим такому требованию, является срединный разрез, если источник перитонита определен до операции, можно пользоваться и другими доступами. Однако при всех формах распространенных перитонитов, какого происхождения они не были, надо заканчивать операцию широкой серединой лапаротомией, которая позволяет более тщательно очистить брюшную полость.

В случае если, источником перитонита является орган, который может быть удален (червеобразный отросток, желчный пузырь) и

технические условия позволяют это сделать, целесообразно убрать радикально очаг инфекции из брюшной полости. При перфорации полового органа (язва желудка, двенадцатиперстной кишки, дивертикуле толстой кишки, раковой опухоли желудка или толстой кишки) чаще всего выполняют ушивание, прошло более 6 часов и можно ожидать массивное бактериальное загрязнение брюшной полости. При разрыве дивертикула или раковой опухоли, ушивание дефекта органа как правило выполнимо. Показана резекция поражения органа, если это технически выполнимо, или наложение разгрузочной колостомы. При послеоперационным перитоните, вызванном несостоятельностью швов ранее наложенного анастомоза, как правила, не удастся ушить дефект в анастомозе вследствие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях, поэтому чаще приходится ограничиваться подведением двухпросветной дренажной трубки к отверстию для аспирации кишечного содержимого, тампонированием данного участка для отграничение очага инфекции от остальных отделов брюшной полости или выведением самого анастомоза из брюшной полости в подкожную клетчатку или на кожу передней брюшной стенки. Брюшную полость тщательно осушивают электроотсосом и марлевыми салфетками, удаляют рыхлые налеты фибрина. Затем промывают брюшную полость фурацилином или диоксидином, хлоргексидином или синтетическим моющим средством.

Декомпрессию кишечника осуществляют путем введения в тонкую кишку через рот длинного двухпросветного, с множественными отверстиями, зонда или зонда через прямую кишку с последующем аспирацией находящихся в просвете кишечника жидкости и газа. В случае если эти манипуляции оканчиваются неудачей, приходится прибегать к энтеротомии и аспирации электроотсосом кишечного содержимого.

После завершения декомпрессии кишечника в корень брыжейки тонкой кишки вводят 110-120 мл 0,25% раствора новокаина для уменьшения послеоперационном периоде болевых ощущений и предотвращения в послеоперационном периоде болевых ощущений и предотвращение пореза кишечника. После чего приступают к дренированию брюшной полости. При распространенном гнойном перитоните не обходимо дренировать брюшную полость 4 толстыми дренажами. Дренажные трубки располагают в правом подпеченочном пространстве, левом поддиафрагмальном, в правом латеральном канале и в полости малого таза. Все дренажи выводятся на переднюю брюшную стенку. В брюшной полости оставляют микроирригаторы для регионарной антибиотикотерапии. Для предотвращения нагное-

ния послеоперационной раны в подкожной клетчатке оставляют дренаж с множеством отверстий для аспирации раннего содержимого и промывания подкожной клетчатки раствором антисептиков. Если во время операции выявлен разлитой гнойный перитонит и источник инфекции удален, необходимо проведения перитонеального лаважа. С помощью перитонеального лаважа достигается дальнейшее механическое очищение брюшной полости от инфекции. Для проведения поретеального лаважа брюшную полость дренируют 4 дренажами как было описано выше. В верхние дренажи вводятся специальные диализирующие растворы, являющимися изотоничными по отношению к крови и содержащие ионы натрия, калия, кальция с добавлением антибиотиков широкого спектра действия. Отток диализата из брюшной полости происходит через нижние дренажи. Такой способ проведения перитонеального лаважа называют проточным. Если количество вводимой жидкости больше оттекающей, то переходят на фракционный лаваж. В один из дренажей вводят диализирующий раствор и на 30 минут прикрывают дренаж, а затем аспирируют диализирующую жидкость и экссудат. Такой способ уступает по эффективности. При проточном способе в брюшную полость вводят до 10 литров раствора в сутки. При фракционном лаваже всего 2-3 литра диализата в сутки. Длительность перитонеального лаважа составляет до 3 дней. За это время удается хорошо отмыть брюшную полость, в которой образуются рыхлые сращения, препятствующие ирригации большой площади брюшины, поэтому проведение далее лаважа пропадает. Антибактериальная терапия включает введение антибиотиков местно в брюшную полость через микроирригаторы и парентерально. В начале заболевания назначают антибиотики широкого спектра действия. Через трое суток после получения анализа посева экссудата из брюшной полости проводят направленную антибиотикотерапию. Борьбу с паралитической кишечной непроходимостью начинают уже на операционном столе (блокада корня брыжейки тонкой кишки, декомпрессия кишечника). Через нос в желудок вводят тонкий зонд для постоянной декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для стимуляции моторной деятельности кишечника используют прозерин, который является ингибитором холинэстеразы. Проводят дезинтоксикационную и инфузионную терапию. Во второй и третьей фазах перитонита, когда на первое место выступают симптомы нарушения гомеостаза, с явлениями глубокого нарушения водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного состояния и белкового обмена, необходима адекватная коррекция нарушений гомеостаза. В первые сутки после операции больному проводят парентеральное питание. Количество внутривенно вводимой жидкости должно быть не менее 5-6

литров, при этом необходимо учитывать потерю воды и электролитов с рвотой, при аспирации кишечного содержимого и с потом. В связи дизэлектролитемией необходимо введение полиионных кристаллоидных растворов. Кислотно-щелочного равновесия, концентрации электролитов крови, ОЦК. Клиническими признаками гиповолемии являются возбуждение, учащение дыхания, холодная влажная кожа, частый нитевидный пульс, значительное снижение диуреза (менее 25л/г), низкое пульсовое давление, метаболический. Для возмещения электролитов не обходимо применять изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера и др. смеси, содержащие калий, вливают при наличии достаточного диуреза. При этом придерживаются правила: при диурезе 40-50 мг/г раствор не должен содержать калия боле 30-40 ммоль/л. при необходимости поддержания диуреза применяют манитол. Важное значение имеет паренетереальное питание, которое должно быть высококалорийным (не менее 3000 ккал в сутки). Большим необходимо вводить анаболические гормоны (нерабол, ретаболил) или пиримидиновые производные (пентоксил), обладающие анаболическим действием. Для устранения нарушение микроциркуляции уместно применять трасилол (100000-200000 ЕД в день), угнетающий кининовую систему крови (антикоагулянты, стероидные гормоны). При восстановлении деятельности кишечника, начинают энтеральное питание. Для борьбы с диссеминированным внутрисосудистым свертыванием применяют препараты, реологические свойства крови - низкомолекулярные декстрины, дезагреганты, гепарин. Лечение перитонита не только хирургическая проблема, но и реаниматологическая.

Прогноз зависит от характера основного заболевания, вызвавшего перитонит, своевременности хирургического лечения, адекватности проводимого лечения. До недавнего времени прогноза при разлитом гнойном перитоните был плохим, летальность колебалась в пределах 60-70%. В настоящее время благодаря правильной организации скорой медицинской помощи, ранней госпитализации, раннему комплексному лечению и применению современных антибиотиков летальность значительно снизилась и колеблется в пределах 6-20%.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. Во время утреннего обхода врач обратил внимание на 16-летнего мальчика, который ночью был оперирован дежурным врачом по поводу острого аппендицита. Больной крайне беспокоен, мечется от боли. Боль носит постоянный характер- Дыхание частое, поверхностное – грудного типа; животом больной не дышит. Язык сухой. Пульс 120 в минуту, легко сжимаем. Живот напряжен, даже легкое прикосновение к коже живота вызывает резкую болезненность. Перистальтика почти не выслушивается, в то же время больной говорит, что вскоре после операции в животе появилось сильное урчание и трижды был жидкий стул. Температура 39°C.

Симптом Щеткина-Блюмберга разлитой, резко выражен. Печеночная тупость определяется, жидкости в свободной брюшной полости нет. К больному был вызван оперировавший его хирург. Он сообщил, что во время операции обращала на себя внимание необычная тусклость брюшины, выпота в брюшной полости не было. Макроскопически им был поставлен диагноз флегмонозного аппендицита.

Что происходит с больным? Какова должна быть тактика?

2. Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1°C. Пульс 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение.

Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40°C. Пульс стал 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с $9,0 \cdot 10^3$ до $25,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина–Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга?

3. У молодой женщины внезапно возникли сильные боли в нижней половине живота справа. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Общее состояние больной удовлетворительное, температура 38,8°C, пульс 100 в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшной стенки в правой подвздошной области она напряжена, резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется по всей нижней половине живота. Симптом Ровзинга – положителен, симптом Ситковского – отрицателен, но при малейшем движении больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитов в крови $12,3 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Какое заболевание вы предположили? Какие дополнительные исследования нужно сделать? Как лечить больную?

4. У девочки 12 лет внезапно появились боли в животе, которые были постоянными, умеренной силы и вначале не носили ясной локализации. Вскоре присоединилась довольно частая рвота, затем обильный зловонный понос. Стул был с зеленоватым оттенком, температура повысилась до 40°C. Стало быстро ухудшаться общее состояние. Появились одышка, легкий цианоз, пульс участился до 120 в минуту, наступило состояние протрации. Ребенок с диагнозом алиментарной токсико-инфекции был доставлен в инфекционную клинику, но после осмотра опытным врачом направлен к вам с диагнозом: «токсическая форма острого аппендицита – перитонит».

При исследовании живота брюшная стенка несколько напряжена, определяется разлитая болезненность, но как будто бы наиболее чувствительной девочка оказывалась к пальпации правой подвздошной области. Симптом Щеткина–Блюмберга разлитой, но выражен умеренно. Лейкоцитов в крови $25,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. С диагнозом острого аппендицита девочка была взята на операцию, однако после вскрытия брюшной полости выделился густой сливкообразный, желтоватый, лишенный запаха гной с фибринными пленками. Брюшина

несколько гиперемирована, червеобразный отросток изменен не был.

Какое заболевание у больной? Как следует поступить дальше?

5. Вас вызвали в инфекционное отделение к больной брюшным тифом, у которой на 14-й день заболевания внезапно возникли боли в животе. Вы видите больную через $1\frac{1}{2}$ ч от момента возникновения болевого приступа. Больная в сознании, говорит, что боли были острые, но быстро стихли и живот болит не больше, чем обычно. При осмотре живот участвует в акте дыхания, не вздут. При пальпации умеренно болезненный, больше в правой подвздошной области, имеется слабо выраженная защита в нижней половине живота. Печеночная тупость сохранена, перистальтика слабо выслушивается. Симптом Щеткина-Блюмберга четко не выражен. В брюшной полости как будто бы определяется свободная жидкость. Температура $38,9^{\circ}\text{C}$. Пульс 104 в минуту. Накануне пульс был 96 в минуту. Температура $39,2^{\circ}\text{C}$. Лейкоцитов в крови $2,8 \cdot 10^3$ в 1 мкл; за 2 дня перед этим было $4,2 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Перед вами задача – установить, произошло ли прободение брюшнотифозной язвы и следует ли больную оперировать?

6. Больной 29 лет доставлен вертолетом из геологической партии на 3-й сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вял, апатичен, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания. Имеется типичное лицо Гиппократовое. Температура, $39,2^{\circ}\text{C}$, пульс 132 в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, до 36 в минуту. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, печеночная тупость отсутствует. В свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика не выслушивается. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал.

Какой диагноз вы поставите больному? Как будете его лечить?

7. Девушка 19 лет обратилась к вам с жалобами на боли в животе неопределенного характера, похудание, наличие диспепсических явлений, субфебрильную температуру в течение полугода. В анамнезе больной туберкулез легких. При осмотре: общее состояние

больной удовлетворительное, она истощена, вялая, тургор кожи снижен. Живот втянут, мягкий, при пальпации – разлитая болезненность, симптомов раздражения брюшины нет. Температура 37,5°С, пульс 76 в минуту.

Какой диагноз следует поставить больной? Как лечить?

8. Во время операции, которая производится больному 30 лет по поводу острого аппендицита, развившегося у него на фоне вполне удовлетворительного общего состояния, из брюшной полости выделилось большое количество прозрачной серозной жидкости. Червеобразный отросток, выведенный в рану, оказался неизменным, дивертикул Меккеля при ревизии тонкой кишки не обнаружен. Однако на брюшине, покрывающей толстый и тонкий кишечник и брыжейку, обнаружено высыпание небольших белесоватых бугорков.

Какое заболевание у больного? Как следует поступить?

9. Больной 14 лет поступил в клинику с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в животе схваткообразного характера, рвоту. Температура 37,5°С. Общее состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации выражена разлитая болезненность и разлитой, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Язык суховат. Пульс 84 в минуту.

При ректальном исследовании больного патологии не обнаружено, но на перчатке есть следы крови. Возникло подозрение на инвагинацию, однако при ирригоскопии никаких данных о наличии инвагината получено не было. Боли не уменьшались, и после того, как у больного появился стул с примесью крови, его решили оперировать по поводу тонкокишечной инвагинации. Только на операционном столе у больного был выявлен еще один симптом заболевания – мелкие симметричные петехиальные высыпания в области коленных суставов и на разгибательных поверхностях голеней.

Какое заболевание у больного? Какие пробы смогут подтвердить диагноз? Как следует лечить больного?

ОТВЕТЫ

1. По всем данным, у больного имеется так называемый сухой перитонит (peritonitis sicca). Это крайне тяжелая форма перитонита, протекающая по типу сепсиса. Заболевание развивается быстро, иногда молниеносно. Прогноз очень плохой. Поэтому в комплексе лечебных мероприятий следует сочетать самое энергичное лечение

перитонита и лечение сепсиса. Особое внимание следует обратить на поднятие иммунобиологических сил организма.

2. Несомненно, что у больной произошла перфорация желчного пузыря с развитием желчного перитонита. Больная нуждается в срочной операции. Во время операции необходимо удалить желчный пузырь, провести ревизию желчных протоков и в случае необходимости (наличие камней, инфицированной желчи, затруднения оттока, перфорации протока) дренировать их и тщательно осушить брюшную полость. В брюшную полость следует ввести дренажную трубку (к ложу пузыря) и тампоны.

3. Внезапное начало, характер иррадиации и быстрое развитие перитонеальных явлений заставляет заподозрить разрыв гнойника маточной трубы.

Для уточнения диагноза следует выяснить гинекологический анамнез, произвести влагалищное исследование, а в случае неразрешимых сомнений произвести пункцию заднего свода влагалища.

Больная должна быть немедленно оперирована. Брюшную полость вскрывают нижним срединным разрезом. Отсасывают гной. При прободном перитоните гинекологического происхождения необходимо удалить перфорированный орган (тубо-овариальную воспалительную опухоль, нагноившуюся кисту яичника, перфорированную при аборте матку).

Обычно брюшную полость закрывают наглухо с оставлением микроирригатора для введения антибиотиков. Однако при выраженном воспалении брюшины и обильном гнойном экссудате нужно дренировать брюшную полость путем задней кольпотомии или через рану передней брюшной стенки.

4. Судя по клинической картине и операционной находке у девочки имеется пневмококковый перитонит. Апендэктомию производить не следует. После удаления гноя в брюшную полость ставят микроирригатор, через который в дальнейшем осуществляют введение соответствующих антибиотиков. Рана брюшной стенки обязательно зашивается наглухо. В послеоперационном периоде следует проводить энергичное детоксикационное лечение. Заживление ран при пневмококковом перитоните плохое, поэтому снимать швы рекомендуется у таких больных на 2–3 дня позднее, чем обычно.

5. У брюшнотифозного больного почти всегда ответить на такой вопрос затруднительно. Однако такие признаки, как наличие хотя и

слабовыраженной мышечной защиты, определяемая в свободной брюшной полости жидкость, прогрессирование лейкопении, заставляют думать о прободении.

Больную следует оперировать. При этом, найдя одну перфорировавшую язву, не следует успокаиваться, а следует тщательно осмотреть подвздошную кишку, так как одновременно может быть перфорация нескольких язв или другие язвы находятся в предперфоративном состоянии.

6. У больного имеется разлитой гнойный перитонит в терминальной стадии. Выяснить его причину в подобной ситуации практически невозможно. Однако известно, что в 60% причиной «неизвестного» перитонита оказывается острый аппендицит и в 20%—острая кишечная непроходимость.

Несмотря на крайнюю тяжесть состояния больного и плохой прогноз, его необходимо оперировать. Анестезиологическое пособие должно быть тщательно продумано и хорошо обеспечено. Во время операции средне-срединным разрезом необходимо найти и устранить источник перитонита, тщательно осушить брюшную полость, наложить разгрузочную илеостому с введением длинной трубки в тонкий кишечник, поставить дренажи для проведения перитонеального диализа. Если источник перитонита не устранен или устранен ненадежно, то к этому месту следует подвести тампон.

7. У больной адгезивная или сухая форма туберкулеза брюшины. Хирургическому лечению такие больные подлежат только в случае развития у них острой кишечной непроходимости. Больная должна состоять на учете и лечиться у фтизиатра.

8. Учитывая молодой возраст больного и его общее сравнительно хорошее состояние, следует думать, что у него туберкулез брюшины (в более пожилом возрасте следует дифференцировать с канцероматозом брюшины).

Во время операции рекомендуется произвести ультрафиолетовое облучение брюшины, ввести в брюшную полость стрептомицин. Повторные введения стрептомицина в брюшную полость в послеоперационном периоде можно проводить путем прокола брюшной стенки, которые производятся по тем же правилам, что и пневмоперитонеум.

Если во время операции возникло подозрение на наличие канцероматоза, то часть брюшины с бугорками берут для гистологиче-

ского исследования. Жидкость же из брюшной полости, для подтверждения туберкулеза брюшины, прививают морским свинкам.

9. У больного имеется абдоминальная пурпура, или иначе болезнь Шенлейна-Геноха, симулирующая инвагинацию кишечника. Заболевание подтверждается положительным симптомом «жгута» – феномен Румпеля-Леде (появление петехиальной сыпи дистальнее наложенного резинового жгута, сдавливающего поверхностные вены) и положительной баночной пробой. При этом заболевании оперировать больного не следует. Рекомендуются прямое переливание крови или переливание свежечитратной крови, большие дозы аскорбиновой кислоты, викасол, рутин, димедрол.

Вместе с тем следует помнить, что абдоминальная пурпура может осложниться и истинной инвагинацией, поэтому больной должен находиться под тщательным наблюдением хирурга.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш. И. «Хирургик касалликлар. « Тошкент, 1991 г. - С. 404-408.
2. Кузин М. И. «Хирургические болезни» - М. : Медицина, 1987 г. - С, 625-626.
3. Зайцев В. Т. «Неотложная хирургия брюшной полости» Киев, 1989 г. - 147.
4. Б. В. Петровский «Хирургические болезни», М. 1980 г.
5. Б. В. Петровский «Избранные лекции по хирургии», М. 1986 г.
6. Б. В. Петровский «ХХХТ-Всесоюзный съезд хирургов», Т. 1986 г.
7. Н. Н. Еланский «Хирургические болезни», М. 1964 г.
8. В. А. Попов «Перитонит», Медицина Л, 1985.
9. В. С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М. Медицина 1976.
10. М. И. Кузин, О. С. Шкроб «Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность». Медицина, Т., 1978.

ГЛАВА V. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Тема изучения: «Кишечная непроходимость». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и оставшиеся студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способствующая научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового исследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы мыслительная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

1. Пальпировать брюшную полость;
2. Поставить диагноз «кишечная непроходимость»;
3. Дифференцировать различные виды кишечной непроходимости;
4. Оказать неспециализированную врачебную помощь;
5. Направить к соответствующему специалисту
6. Прогнозировать возможный исход заболевания;

Для этого он должен знать:

1. Этиологию и патогенез кишечной непроходимости;
2. Классификацию кишечной непроходимости;
3. Клиническую картину всех видов кишечной непроходимости;
4. Все методы диагностики кишечной непроходимости;
5. Методы лечения кишечной непроходимости.

Время на изучение темы – 180 минут.

Задача: больной Н., 25 лет обратился в стационар с жалобами на схваткообразные боли в животе.

Объективно: Живот участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпируется образование в левой половине живота. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. Температура тела нормальная. Пульс 98 уд/мин среднего наполнения. АД – 110/60 мм.рт.ст. Врач приемного покоя заподозрил опухоль брюшной полости и направил больного к врачу онкологу. Боли не стихли, образование в левой половине живота увеличилось. Живот стал асимметричен. Появились симптомы раздражения брюшины. Направлен к хирургу, кем установлен диагноз заворот сигмовидной кишки. Срочно больной взят на операцию. В данном случае врач приемного покоя не установил диагноз кишечной непроходимости и направил больного врачу онкологу. Поэтому хирургическое вмешательство было запоздалое, так как развился перитонит.

Кишечная непроходимость является довольно распространенным острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Она наблюдается у 3 – 4% ургентных больных (В.И.Стручков). По данным М.И.Кузина процент этого заболевания в ургентной хирургии достигает 9%.

Классификация: различают врожденную и приобретенную кишечную непроходимость. Первая связана с пороками развития пищеварительного канала и встречается преимущественно у новорож-

денных и детей – это атрезия тонкой и толстой кишки, атрезия заднепроходного отверстия. Общепринятым по механизму возникновения является деление кишечной непроходимости на две формы – динамическую и механическую. Механическую кишечную непроходимость разделяют на обтурационную, которая связана с закупоркой кишечника просвета опухолью, инородным телом, клубком аскарид, фекалиями и т.д., без сдавления сосудов брыжейки. И странгуляционную, которая вызвана перекрутом, сдавлением, ущемлением или перетяжкой кишки и ее со сдавлением сосудов, с расстройством кровоснабжения и ишемическим некрозом. А также сочетанную – промежуточную между этими формами инвагинацию, которой заключается во внедрение одного кишечного сегмента в другой. По уровню не проходимости – в зависимости от локализации различают высокую (тонкокишечную) и низкую (толстокишечную) непроходимость. При этом, чем выше она расположена, тем тяжелее проявления этого прогноза. По клиническому течению не проходимость кишечника делятся на острую хроническую, полную и частную.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Обтурационная кишечная непроходимость обусловлена закупоркой кишки изнутри опухолью, рубцовыми сужениями просвета кишечника после заживления язв или хирургическим анастомозов, клубком кишечных паразитов, инородным телом, желчным или каловым камнем. Кровоснабжение кишечной стенки при этом виде непроходимости страдают в более поздние сроки вследствие ее перирастяжения. Кишечные петли проксимальное места закупорки переполняются и расширяются в результате скопления застойного кишечного содержимого, стенка кишки утолщается, набухает, становятся полнокровной и цианотичной. Значительные перирастяжение ее приводит к нарушению кровообращения с образованием точечных экстравазатов или аваскулярных очагов некрозов. Ниже препятствия кишки находится в спавшемся состоянии.

Слизистая оболочка раздутых и растянутых сегментов кишки приобретает патологическую склонность к гиперсекреции и замедленной абсорбции. Это приводит к скоплению большого количество жидкости и электролитов в стенки и просветы кишки. Растянутой кишечник служит пусковым механизмом для рвотного рефлекса. Рвота при обтурационной кишечной непроходимости является источником гидроионных потерь и сомой частой причиной дегидратации, гипонатриемии, гипокалемии и гиповолемии. За сутки депонируется до 8-10 литров пищеварительных соков. Помимо дегидратации происхо-

дит сдавление кишечной стенки со сдавлением сосудов подслизистого слоя. В первую очередь сдавливаются вены. Рвота при высокой (тонкокишечной) непроходимости наступает в более ранние сроки, чем при низкой непроходимости. Потеря воды и электролитов приводит к гемодинамическим расстройствам, снижением клубочковой фильтрации в почках и уменьшения диуреза.

Клиника. Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости, это схваткообразные боли появляющиеся в момент перистальтической волны, рвота, гиперперистальтика, задержка стула и газов. Указанные симптомы наблюдается при всех формах непроходимости кишечника, но степень их выраженности бывает различной и зависимости от вида и характера непроходимости, уровни и сроков прошедших с начала заболевания. При обтурационной непроходимости боли носят схваткообразный характер. Между периодами схваток боли утихают и на две-три минуты могут полностью исчезнуть.

Нередко при осмотре наблюдается локальное вздутие или асимметрии живота в области растянутых жидкостью или газами приводящих сегментов кишки (симптом Валя). Можно обнаружить видимую кишечную перистальтику, которая усиливается после пальпации живота (симптом Шланге). Брюшная стенка мягкая, умеренно болезненная в области обтурированной кишки. Толчкообразное сотрясение брюшной стенки в этой области сопровождается шумом плеск (симптом Склярора). Напряжение мышц и развития болезненности обычно появляется в запущенных стадиях болезни, когда присоединяются явления перитонита. При аускультации живота определяется волнообразное усиление перистальтики, времена достигающей большой звучности и высокой тональности. Иногда удается услышать «шум падающей капли» (симптом Спасакуоцкого). Во время рентгенологического исследования выявляются чаши Колейбера, расположенные в кишечных петлях проксимальное место обтурации.

Рвота бывает у 70% больных с острой кишечной непроходимостью. При высокой непроходимости рвота многократная и не приносит облегчения. При низкой непроходимости рвота редкая и раннем периоде иногда может отсутствовать. При запущенных формах кишечной непроходимости рвотные массы имеют «каловый характер» вследствие гнилостного разложения, содержимого приводящего отдела кишечника. Задержка стула и газов не абсолютно достоверный симптом заболевания. В первые часы заболевания стул может быть самостоятельным, могут частично отходить газы, что объясняется опорожнением содержимого отделов кишечника, находящихся ниже

мест препятствия. При низких формах толстокишечной непроходимости стула обычно не бывает. Общее состояние при непроходимости кишечника у большинства больных тяжелое. Больные беспокойны, принимают вынужденное положение. Температура тела в начале заболевания нормальная, иногда субфебрильная, иногда сниженная до 35,5-35,8⁰С. Когда развивается перитонит температура тела повышается до 38-40⁰С. пульс и артериальное давление могут колебаться. Выраженная тахикардия и низкие показатели артериального давления указывают на гиповолемический или септический шок. Язык сухой, покрытый серовато-желтым налетом. В конечных (терминальных) стадиях заболевания появляются трещины слизистой оболочки, язвочки, что говорит о тяжелой интоксикации, обезвоживание и наличия перитонита.

Вздутие живота – характерный признак острой непроходимости кишечника. Степень выраженности вздутия живота бывает различной. При высокой тонкокишечной непроходимости вздутие живота может отсутствовать, при непроходимости в нижних отделах тонкого кишечника, отмечается симметричное вздутие живота. Асимметрия живота выражена при толстокишечной непроходимости. В зависимости от уровня непроходимости может быть вздута только правая половина ободочной кишки или вся ободочная кишка. В поздние сроки заболевания при сильном растяжении кишечника определяется характерная ригидность брюшной стенки (симптом Мандора), которая при пальпации напоминает консистенцию надутого мяча. При некрозе кишечника и перитоните перистальтика исчезает (симптом гробовой тишины), аускультативно хорошо слышны дыхательные и сердечные шумы (симптом Лотейсена). Перкуторно над растянутыми кишечными петлями тимпанит и определяется «шум плеска» за счет скопления в приводящей петле жидкости. При пальцевом ректальном исследовании можно определить опухоль, каловый камень, инородное тело.

Диагностика обтурационной кишечной непроходимости основана на клинической картине (схваткообразные боли в животе, рвота, задержка стула, газов, вздутия живота, усиленная перистальтика, положительные симптомы Валя, Склярлова, Спасокукоцкого) и рентгенологических данных. Обзорное рентгенологическое исследование живота выполняется в горизонтальном и вертикальном положении больного. Обнаруживают отдельные петли кишечника, заполненные жидкостью и газами. В норме газ имеется только в ободочной кишке. Появления газа в тонкой кишке указывает на непроходимость. Одним из ранних признаков острой кишечной непроходимости являются чащи Клойбера (скопления газа над горизонтальным уровнем жид-

кости), появляющиеся через 3-5 часов от начала заболевания. При тонкокишечной непроходимости чащи Колейбера небольших размеров, ширина горизонтального уровня жидкости больше, чем высота столба газа над ним. Горизонтальные уровни жидкости ровные. На фоне газа видны складки слизистой оболочки (складки Керкринга) в виде спирали. При непроходимости тощей кишки горизонтальные уровни жидкости локализуются в левом подреберье и эпигастральной области. При непроходимости в терминальной отделе подвздошной кишки уровни жидкости расположены области мезогастрия. При тонкокишечной непроходимости, кроме чащи Колейбера, на рентгенограммах видны растянутые газом кишечные петли, принимающие формы органов труб. При толстокишечной непроходимости горизонтальные уровни жидкости расположены по периферии брюшной полости, в боковых отделах живота. Количество их меньше, чем при тонкокишечной непроходимости. Высота чаш Клойбера преобладает над шириной. На фоне газа видны полулунные складки слизистой оболочки (гаустры). Уровни жидкости не имеют равной поверхности, что обусловлена наличием в толстой кишке плотных кусочков кала, плавающих на поверхности жидкого кишечного содержимого. При непроходимости тонкой кишки истестиноскопия дает возможность выявить расширения кишки над местом препятствия. При непроходимости толстой кишки ирригоскопия помогает установить уровень и причину непроходимости. На рентгенограммах можно обнаружить сужение и дефекты наполнения, при опухоли в кишке, сужение дистального отдела сигмовидной кишки в виде «клюва» при ее заворотах: эффекты наполнения в виде «полулуния», «двузубца» при илеоцекальной инвагинации. Можно проводить ректоскопию и колоноскопию.

Лечение обтурационное кишечной непроходимости направлено на быстрейшее устранение препятствие хирургическим путем. Перед операцией в большинстве случаев проводится кратковременная подготовка, которая заключается в декомпрессии желудка и начального отдела тонкой кишки для устранения высокого стояния диафрагмы, вызывающего гиповентиляцию легких, профилактики аспирации и снижения интоксикации, восстановление водно-электролитного баланса и нормализации кислотно-щелочного равновесия, уменьшение гиповолемии. При обтурационной кишечной непроходимости можно попытаться использовать консервативное лечение с целью ликвидации кишечной непроходимости с последующим устранением вызвавшей ее причины.

Постоянная аспирация желудочного и кишечного содержимого позволяет у ряда больных восстановить моторную функцию желудка

и кишечника при их атонии. Можно делать сифонную клизму, которая позволяет при обтурационной опухолевой кишечной непроходимости вывести за суженный участок газы и кишечной содержимое. Необходимо внутривенное введение полиионных и плазмозаменяющих растворов для восстановления объема циркулирующей крови и ликвидировать гидроионные нарушения. Консервативное лечение в случае отсутствия выраженного эффекта должно проводиться не более двух часов. Абсолютным противопоказанием к консервативному методу лечения как к основному в лечение кишечной непроходимости являются признаки нарастающей интоксикации и перитонита. Тактика хирурга во время операции – зависит от природы обтурации, патоморфологических изменений кишечной стенки и общего состояния больного. При закупорки кишки желчными камнями, инородным телом, производят продольную энтеротомию, их удаление и ушивание кишечного разреза в поперечном направлении. Если обтурация вызвана опухолью тонкой кишки, то обычно выполняют первичную резекцию. При толстокишечном непроходимости наложения межкишечного анастомоза после резекции кишки приводит к недостаточности швов и развитию перитонита. Только при правосторонней локализации опухоли, обтурирующей ободочную кишку, у молодых больных при незапущенной кишечной непроходимости допустима правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. В остальных случаях более целесообразны двух и трех этапные операции. Двух этапная операция – резекция кишки с опухолью, с наложением противоестественного заднего прохода на приводящую петлю, вторым этапом – наложения анастомоза между приводящей и отводящей петлей.

Трехэтапная операция – разгрузочная цекостома или противоестественный задний проход проксимальнее места обтурации резекция участка ободочной кишки с опухолью с наложением межкишечного анастомоза; закрытие цекостомы или противоестественного заднего прохода.

1. Удаление некротизированных участков кишечника.

2. Разгрузка дилатированного участка кишечника способствует восстановлению микроциркуляции в стенке кишки, тонуса стенки кишки и перистальтики. При неудаляемых злокачественных опухолях накладывают обходные межкишечные анастомозы. Лечение больных оперативной ликвидацией непроходимости не заканчивается. В послеоперационном периоде патогенетическое лечение проводят по тем же принципам что и в дооперационном периоде.

Прогноз: летальность после операции по поводу острой кишечной непроходимости остается высокой и составляет в среднем

13-18%. Для снижения послеоперационной летальности большое значение имеют организации оказания скорой медицинской помощи. Ранняя госпитализация и раннее хирургическое вмешательство имеют основное значение для благоприятного исхода лечения. По статистическим данным, летальность среди больных с острой кишечной непроходимостью, оперированных впервые в течение 6 часов, составляет 3,5%, а среди оперированных после 24 часов – 25% и более.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Странгуляция относится к числу наиболее тяжелых и быстро текущих форм кишечной непроходимости. Ее характерная особенность заключается в нарушении проходимости кишки с одновременным сегментом в результате сдавления его брыжейкой. Различают три основных вида странгуляции: заворот, узлообразование, ущемление.

ЗАВОРОТ является одним из распространенных видов кишечной непроходимости (15-43% случаев). Чаще он встречается в тех отделах кишечника, где имеется брыжейка – это тонкая кишка, поперечно-ободочная сигмовидная и слепая кишка. Перекрут брыжейки по оси может происходить на $180-360^{\circ}$ и более и сопровождается давлением мезентериальных сосудов с последующим ишемическим некрозом, вовлеченного в заворот участка кишки. Этиология заворота полностью не выявлена. Большое значение имеют предрасполагающие факторы – это анатомические варианты и пороки развития кишечника (избыточно подвижная и удлинённая кишка и ее брыжейка, наличие тяжёлых спаек, вокруг которых может происходить заворот).

Производящие факторы – обусловлены быстрым заполнением пустого кишечника обильной, особенно грубой пищей, резким повышением внутрибрюшного напряжения, выраженным усилением моторики кишечника.

Клиника и диагностика. Заболевание начинается внезапно. Ведущим симптомом является резкая боль. Боль постоянная в глубине живота. В начале заболевания на фоне постоянной боли, возникают схваткообразные боли. Сила боли нарастает, с усилением перистальтики и больные становятся беспокойными, принимают вынужденное положение. Рвота, не приносящая облегчения многократная. Сначала неизменным желудочным содержимым и желчью, затем приобретает каловый характер. Часто в начале заболевания бывает однократный стул за счет опорожнения нижних отделов кишечника, затем перестают отходить стул и газы.

Общее состояние крайне тяжелое. Быстро происходит нарушение водно-солевого, белкового, углеводного обмена. Нарастают гемодинамические расстройства, интоксикация, уменьшается диурез. Живот умеренно вздут. В начале заболевания часто обнаруживается положительный симптом Валя. Позднее определяется шум плеска (симптом Склярова). Через 1-2 часов при рентгеноскопии брюшной полости обнаруживается чаши Клойбера. Прогноз плохой, летальность достигает 30%. При завороте сигмовидной кишки, которые чаще возникают у пожилых людей, боли такие же как и при других формах странгуляционной непроходимости, они локализуются чаще в нижних отделах живота и области крестца. Рвота одно или двукратная. Каловой рвоты как правило не бывает. Она появляется при разлитом перитоните. Основным симптомом является задержка стула и газов. Живот резко вздут. Выражена асимметрия живота. Имеется выбухание верхних отделов справа. Живот как бы перекошен. Дыхание затрудненное, нарушается сердечная деятельность за счет поднятия диафрагмы раздутой ободочной кишки. Рентгеноскопически обнаруживается резко раздутая газами сигмовидная кишка, которая занимает всю брюшную полость, одна или две чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости.

При завороте слепой кишки боли постоянные и схваткообразные, локализуются вокруг пупка и в правой подвздошной области. Рвота появляется в начале заболевания желудочным содержимым. Задержка стула и газов. Асимметрия живота за счет вздутия в околопупочной области. Часто происходит западения правой подвздошной области (симптом Шимана-Дакса). Имеется ригидность мышц передней брюшной стенки. Аускультативно – выслушиваются характерные звонкие с металлическим оттенком перистальтические шумы, затем перистальтические шумы снижаются и исчезают. При рентгеноскопии выявляется раздутая слепая кишка, с большей длиной до 20 см горизонтальным уровнем жидкости.

ЛЕЧЕНИЕ. Все больные со странгуляционной кишечной непроходимостью подлежат срочному хирургическому лечению. При завороте тонкой кишки и узлообразовании операция производится из среднего разреза и заключается в раскручивание заворота или расправлении узла. Если расправить узел не удастся, участвующих в его образовании. В тех случаях, когда странгулированная кишка после раскручивания заворота и тщательного согревания салфетками, смоченными теплым изотоническим раствором хлорида натрия сохранять синюшный или темно вишневый цвет, сосуды брыжейки не пульсируют, нет пристатльтики, она подлежит резекции в пределах здоровых тканей. После раскручивания заворота слепой кишки, если

она жизнеспособна, операцию заканчивают туалетом брюшной полости и ушиванием лапаротомной раны.

Некоторые хирурги (А. И. Ильин, И. К. Геворкян и др.) проводят цекопексию для профилактики повторных заворотов слепой кишки. При ее некрозе осуществляют правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом. В этих случаях, когда заворот сигмовидной кишки сопровождается симптомами быстро нарастающей кишечной непроходимости, показана срочная операция, состоящая в раскручивании заворота, трансанальной или реже колотомической декомпрессии кишечника и оценки жизнеспособности сигмовидной кишки. Если имеется некроз сигмовидной кишки, то выполняют ее резекцию в пределах здоровой тканей с формированием одно или двуствольного подвздошного ануса. При жизнеспособной сигмовидной кишке, отсутствие общих и местных противопоказаний производят первичную, которая избавляет больного от рецидива заворота.

Различные полиативные операции, в укорочении брыжейки сигмовидной кишки, фиксация ее к передней или задней брюшной стенки из-за отсутствия эффективности распространение не получили. Если симптомы заворота сигмовидной кишки нарастают постепенно, в начале может быть проведено консервативное лечение – сифонные клизмы, паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому.

Инвагинация кишок. Инвагинация – вид непроходимости, заключающейся во внедрении вышележащего отрезка кишки в нижележащий (нисходящая инвагинация). Восходящая инвагинация наблюдается редко. Закрытие просвета кишки инвагинатом ведет к обтурационному виду непроходимости. Вместе, с кишкой внедряется и ее брыжейка, что приводит к сдавлению сосудов и расстройствам кровообращения во внедрившейся кишке (странгуляция). Наиболее часто бывает инвагинация подвздошной кишки в слепую (илеоцикальная инвагинация) или подвздошной и слепой кишки в восходящую.

Клиника и диагностика. При острой форме заболевание начинается внезапно, иногда на фоне энтерита. Ведущий симптом – редкие схваткообразные боли, усиливающиеся с усилением перистальтики. Со временем интервалы между схватками укорачиваются, боли становятся постоянными. Появляется неоднократная рвота. Отхождение кишечного содержимого сохраняется. В испражнениях обнаруживают много примеси крови и слизи. У многих больных наблюдается так называемый кровавый стул и тенезмы. Выделение из кишечника имеют вид малинового «желе». Живот при пальпации мягкий. При глубокой пальпации удаётся пропальпировать болезненное,

колбасовидное образование. При илеоцикальной инвагинации располагающейся в правом подреберье или поперечно под пупком. При ректальном исследовании определяют расширенную ампулу прямой кишки, а у детей иногда определяется инвагинат (головка) спустившейся в прямую кишку. В просвете прямой кишки обнаруживают кровянистое содержимое. Диагноз основывается на характерной триаде симптомов (схваткообразные боли, пальпируемое колбасовидное образование, кровянистые выделения из прямой кишки). В сомнительных случаях при рентгеноскопии обнаруживают наличие горизонтальных уровней жидкости в тонкой кишке, а при иригоскопии наличие в слепой кишке, или восходящей кишке дефекта наполнения с четкими контурами, имеющими форму «полулуния».

Лечение хирургическое. Консервативные методы включающие сифонные клизмы, видение газа в ободочную кишку, атропинизация, производство паранефральной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому не получили распространения. Оперативное лечение заключается в дезинвагинации, которая производится посредством его осторожного выдавливания со стороны головки инвагината. Во избежании разрыва кишки вытягивать ее за оральной конец не следует. При застарелых внедрениях, не поддающихся расправлению, выраженных патоморфологических изменениях, наличия опухолей показана резекция пораженного отдела кишечника.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. Подросток 15 лет пришел в приемное отделение с жалобами на частую обильную рвоту, вздутие и боли в животе, жажду. Заболел 2 дня назад после обильной еды. Больной отмечает, что подобные приступы у него появлялись за последние 4 года трижды, все они

были связаны с перееданием и проходили после промывания желудка.

Общее состояние удовлетворительное, больной несколько бледен. Температура нормальная, пульс 84 в минуту. Живот асимметричен: резко вздут в верхней половине, в то время как подвздошные ямки свободны. При пальпации живота определяется тугоэластическое напряжение в эпигастральной области, пальпация безболезненна, симптомов раздражения брюшины нет, слышен «шум плеска». Через зонд, введенный в желудок, выделяется большое количество желудочного содержимого, окрашенного желчью.

Какое заболевание у больного? Какова должна быть тактика врача?

2. Больной 25 лет, пониженного питания, поступил с жалобами на сильные постоянные боли в области пупка, рвоту, начавшиеся остро 3 ч назад. Стула нет, газы не отходят. Больной бледен, беспокоен, все время стремится изменить положение. Язык обложен, влажный, пульс 100 в минуту, температура нормальная. Живот не вздут, мягкий. Пальпируются спастически сократившиеся петли кишечника. В правой половине живота, приблизительно на уровне пупка, определяется плотное продолговатое образование.

Дежурным хирургом поставлен диагноз: «илеоцекальная инвагинация».

Введение спазмолитических средств с последующими сифонными клизмами эффекта не дало. Больному произведена лапаротомия. В терминальном отделе спастически сокращенной подвздошной кишки: обнаружено образование диаметром около 5 см. На серозной оболочке кишки в этом месте имеются небольшие кровоизлияния. Образование плотной консистенции с неровной поверхностью. Создается впечатление, что оно находится в просвете кишки и не связано с ее стенкой.

Какая причина кишечной непроходимости у больного? Что нужно сделать?

3. У ребенка 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач скорой помощи нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал.

Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося еще через полчаса и столь же

кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной, пульс 100 в минуту. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, отчетливо видна кровь. Лейкоцитов в крови $10,2 \cdot 10^3$ в 1 мкл.

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре больного? Ваш предположительный диагноз? Какое уточняющее исследование следует предпринять?

4. Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании, ампула прямой кишки пуста.

Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость средне-срединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки.

Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

Какие ошибки привели хирурга к неправильному диагнозу? Изменил бы хирург тактику, если бы сразу был поставлен диагноз ущемления диафрагмальной грыжи?

5. Больной 28 лет была произведена сложная гинекологическая операция 3 года назад. С тех пор было 5 приступов острой спаечной кишечной непроходимости. Все они сравнительно легко купирова-

лись после консервативных мероприятий. На этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих.

Общее состояние больной тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 100 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется неперистальтирующая петля кишки.

Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предшествующих приступов? Какой тактики следует придерживаться?

6. Больной 17 лет во время тяжелого физического напряжения почувствовал резкую боль внизу живота, через 10-15 мин боль значительно уменьшилась. Через 4 ч боль снова усилилась, распространилась по всему животу, появилось вздутие живота, была трижды рвота. Больной положил на живот грелку, которая несколько уменьшила боли. Вскоре у него обильно отошли газы, был самостоятельный стул, после чего живот опал, боли прошли. Ночь больной провел спокойно, а утром снова появились сильные схваткообразные боли в животе, метеоризм, не отходили газы, не было стула, появилась рвота.

Общее состояние больного в момент поступления (через сутки от начала заболевания) оставалось вполне удовлетворительным. Температура нормальная, пульс 76 в минуту. Язык влажный. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной и паховой области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. Дежурный врач диагностировал острую кишечную непроходимость, поставил больному сифонную клизму, после которой обильно отходили газы и был стул. Живот опал, перистальтика стала нормальной, боли прекратились. Больной был отпущен домой, а на следующий день доставлен в больницу с явлениями острого разлитого, перитонита.

Что произошло с больным? В чем состоят ошибки врача? Что нужно было делать с больным?

7. Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при

пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Ваш диагноз и тактика лечения?

8. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, однократную рвоту в начале заболевания. Осмотрен через 3 ч от начала заболевания. Общее состояние больного удовлетворительное. Язык суховат. Пульс 92 в минуту. Температура нормальная. Живот вздут в области пупка, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. В области вздутия пальпируется плотноэластическое образование. Положительный симптом Валя. Создается впечатление, что правая подвздошная ямка пуста. При ректальном исследовании – положительный симптом Обуховской больницы. Был скудный однократный стул вскоре после начала заболевания; газы не отходят. Дежурный врач поставил диагноз острая кишечная непроходимость. Учитывая, что 2 года назад больной был оперирован по поводу острого аппендицита, а максимальная болезненность определяется в правой подвздошной области, он решил, что непроходимость спаечного характера, и начал операцию, вскрыв брюшную полость по старому операционному рубцу в подвздошной области. Однако сращений в брюшной полости не было, а слепую кишку на обычном месте врач не обнаружил.

Какие ошибки допущены врачом? Как следует продолжить операцию?

9. Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное; температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» – резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не про-

слушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму – жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно. Поставлен диагноз заворота сигмовидной кишки.

Какая операция и в какие сроки должна быть произведена?

10. Больной 56 лет, находящийся на лечении в терапевтическом отделении по поводу тяжелой формы нижнедолевой крупозной пневмонии слева, со 2-го дня заболевания стал жаловаться на распирающие тупые боли в животе, которые постепенно нарастали. Вздулся живот. Появилась задержка стула, перестали отходить газы, появилась рвота, не вызывавшая облегчения. Температура в это время была 38°C, а пульс 120 в минуту. Живот вздут, но мягкий, слегка болезнен при пальпации. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицателен. При перкуссии высокий тимпанит. Свободная жидкость в животе не определяется. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, в прямой кишке небольшое количество каловых масс.

При рентгенологическом исследовании определяется большое количество газа в желудке, тонком и толстом кишечнике; жидкости в кишечнике немного; диафрагма стоит высоко, подвижность ее ограничена.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ОТВЕТЫ

1. У больного острое расширение желудка и двенадцатиперстной кишки, возможно связанное с артериомезентериальной непроходимостью или какой-либо аномалией развития. Лечение должно быть консервативным. Больному следует ввести постоянный зонд в желудок, уложить больного на живот и активно аспирировать содержимое желудка. Если после опорожнения желудка и двенадцатиперстной кишки их моторная функция не восстановится, то следует ввести средства, тонизирующие мускулатуру желудка, выполнить двухстороннюю паранефральную новокаиновую блокаду и промыть желудок.

В дальнейшем больному надлежит произвести рентгеновское исследование желудка и тонкого кишечника для установления причины непроходимости.

2. По-видимому, у больного обтурационная непроходимость кишечника на почве закупорки его просвета клубком аскарид. В пользу этой причины указывает резкий сопутствующий спазм кишечника.

В брыжейку такого кишечника нужно ввести 80-100 мл 0,25% раствора новокаина, положить на подвздошную кишку салфетку, смоченную теплым раствором папаверина, внутривенно ввести ганглиоблокирующие средства. Если под влиянием этих мероприятий

3. В подобных случаях врач скорой помощи должен был либо доставить больного в стационар, либо вызвать участкового врача, либо через некоторое время сам вернуться к больному или, по крайней мере, по телефону выяснить состояние больного.

Похоже, что у ребенка инвагинация. Для уточнения диагноза проводится рентгенологическое исследование. Кроме определения уровней и чаш Клойбера, которые могут наблюдаться при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, следует выполнить рентгеноконтрастное исследование – ирригоскопию. В качестве контрастного вещества используется взвесь бария или воздух. Барий, дойдя до головки инвагината, дает изображение дефекта наполнения типа трезубца или двузубца.

4. Как выяснилось ретроспективно, у больного несколько лет назад было проникающее ножевое ранение грудной клетки, очевидно с ранением диафрагмы. Из анамнеза стало известно, что приступ возник после тяжелой физической нагрузки, что характерно для ущемления грыжи и не характерно для инвагинации. Кроме недооценки данных анамнеза, хирург не произвел рентгенологического исследования брюшной и грудной полостей больного, в том числе ирригоскопию. Эти исследования, несомненно, помогли бы установить правильный диагноз.

Ущемленную диафрагмальную грыжу лучше оперировать трансторакальным доступом.

5. Судя по клинической картине заболевания, на этот раз у больной спаечная непроходимость протекает по типу странгуляционной, в то время как во время предыдущих приступов она, по-видимому, была обтурационного характера.

Если с момента странгуляции времени прошло немного, следует в течение 1/2–2 ч попытаться ликвидировать непроходимость с помощью консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта нужно оперировать больную.

6. У больного имела место частичная кишечная непроходимость, которая возникла в момент тяжелого физического напряжения. Прежде всего следовало подумать об ущемлении грыжи. Но поскольку при осмотре наружных грыж у больного не оказалось, следовало думать о внутреннем ущемлении. Сочетание явлений частичной перемежающейся кишечной непроходимости с общим удовлетворительным состоянием больного должно было навести на мысль о пристеночном ущемлении кишки, т. е. о грыже Рихтера. Болезненность, установленная при пальпации в правой подвздошной и паховой области, подсказывала и локализацию ущемления. Следовало определить состояние паховых каналов.

Основная ошибка врача заключалась в том, что он не поставил больному точного диагноза, который при непроходимости кишечника категорически должен быть поставлен. Не имея точного диагноза, врач отпустил больного домой. То что больному после клизмы стало легче, не являлось основанием для такого решения, тем более, что улучшение после клизмы, наблюдавшееся накануне, оказалось временным.

Через 2 сут ущемившийся участок кишечной стенки некротизировался, кишка с отверстием на месте некроза отошла от брюшной стенки и содержимое ее стало изливаться в брюшную полость.

При правильном топическом диагнозе больного следовало бы оперировать, сделав правостороннюю паховую герниолапаротомию. Если же место ущемления осталось неясным, следовало произвести нижнюю срединную лапаротомию.

7. У больного имеются явные признаки заворота тонкого кишечника. Необходима немедленная операция. Консервативные мероприятия в виде сифонных клизм при высоких заворотах неэффективны и при ясном диагнозе на них не следует тратить время.

8. Во-первых, диагноз поставлен не точно. У больного имелась типичная картина заворота слепой кишки. Во-вторых, неудачно выбран доступ в этом случае; судя по локализации ущемленной кишки, следовало произвести нижнюю или среднюю срединную лапаротомию, в крайнем случае—правосторонний параректальный разрез по Ленандеру.

Сделанный хирургом разрез придется расширить вверх или, лучше, зашив его, сделать новый разрез по средней линии. Затем следует осмотреть завернувшуюся кишку. Если она явно нежизнеспособна, раскручивать ее не следует вообще или развернуть толь-

ко после того, как на брыжейку резецируемого участка будут наложены зажимы. При сомнительно жизнеспособной кишке ее следует развернуть, после чего принять решение. Если кишка жизнеспособна и опасности повторного заворота нет, операция на этом заканчивается. Если же кишка большого размера или имеет длинную брыжейку или брыжейку, общую с подвздошной кишкой, то в этих случаях следует произвести операцию цекопексии или цекопликации.

При нежизнеспособной кишке производится резекция илеоцекального угла с анастомозом подвздошной кишки в поперечную ободочную.

9. Хотя в некоторых случаях консервативное лечение заворота сигмовидной кишки возможно, у больного попытки сделать сифонную клизму окончились неудачно, и его следует оперировать. Несмотря на общее благополучное состояние больного, операция должна быть экстренной. Доступ – нижняя срединная лапаротомия, разрез при необходимости можно продолжить кверху. В рану выводится сигмовидная кишка. Нужно постараться опорожнить ее через широкий зонд, введенный через задний проход. При деторзии кишки зонд следует провести в завернувшуюся кишку. При невозможности этой манипуляции кишку пунктируют толстым троакаром, а в случае, если она забита калом, даже вскрывают и опорожняют.

Поскольку многочисленные предложения операций, направленных на предупреждение рецидивов заворота, оказались несостоятельными, в настоящее время рекомендуется производить первичную резекцию даже жизнеспособной кишки с анастомозом конец в конец.

Если кишка оказывается нежизнеспособной, то после ее резекции в пределах здоровых тканей приводящий ее конец выводят на кожу в виде искусственного заднего прохода, а отводящее колено тщательно закрывают наглухо и погружают в брюшную полость.

10. У больного имеются данные, указывающие на паралитическую непроходимость кишечника, возникшую вследствие нижнедолевой пневмонии и усугубляющую течение пневмонии.

Наряду с лечением основного заболевания необходимо как можно быстрее ликвидировать парез кишечника. С этой целью нужно выполнить двустороннюю паранефральную новокаиновую блокаду, внутривенно ввести 20–40 мл 10% раствора хлорида натрия, 1 мл 0,05% раствора прозерина, ввести подкожно 1 мл 1% раствора диколина или димеколина, кроме того, в желудок (если удастся и в кишечник) ввести зонд и постоянно аспирировать содержимое, а в

толстый кишечник ввести газоотводную трубку. Сифонные клизмы с небольшим количеством вводимой жидкости рекомендуется делать только после появления хотя бы небольшой перистальтики кишечника. При возможности – осуществить электростимуляцию кишечника. Отличный эффект дает проведение сеансов гипербарической оксигенации. Не следует забывать о полноценном питании больного парентеральным путем, массаже живота, лечебной физкультуре.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш. И. «Хирургик касалликлар. « Тошкент, 1991 г. – С. 404-408.
2. Кузин М. И. «Хирургические болезни» - М. : Медицина, 1987 г. - С, 625-626.
3. Зайцев В. Т. «Неотложная хирургия брюшной полости» Киев, 1989 г. - 147.
4. Б. В. Петровский «Хирургические болезни», М. 1980 г.
5. Б. В. Петровский «Избранные лекции по хирургии», М. 1986 г.
6. Б. В. Петровский «ХХХТ-Всесоюзный съезд хирургов», Т. 1986 г.
7. Н. Н. Еланский «Хирургические болезни», М. 1964 г.
8. В. А. Попов «Перитонит», Медицина Л, 1985.
9. В. С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М. Медицина 1976.
10. М. И. Кузин, О. С. Шкроб «Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность». Медицина, Т., 1978.

ГЛАВА VI. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Тема изучения: «Острый панкреатит». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и оставшиеся студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способствующая научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того, чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового исследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для того чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы мыслительная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

1. Уметь поставить диагноз острый панкреатит;
2. Уметь дифференцировать панкреатит от острых хирургических заболеваний брюшной полости;
3. Уметь пальпировать брюшную полость;
4. Уметь направить больного к соответствующему специалисту;
5. Уметь оказать неспециализированную врачебную помощь;
6. Уметь прогнозировать возможный исход заболевания;

Для этого он должен знать:

1. Этиологию и патогенез острого панкреатита;
2. Классификацию панкреатита;
3. Клиническую симптоматику панкреатитов;
4. Все методы диагностики панкреатита;
5. Методы лечения панкреатита;

Время на изучение темы – 180 минут.

ЗАДАЧА: больной Н., 25 лет обратился в стационар с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, понос.

ОБЪЕКТИВНО: Язык влажный обложен белым налётом. Живот мягкий. При пальпации умерено болезненный, в эпигастриальной области, левом и правом подреберье. Температура тела 37,9 градусов. Кожные покровы обычной окраски, пульс 80 уд/мин среднего наполнения. А/Д – 110/60 мм. рт. ст. Симптомы раздражения брюшины не выявлены, в анамнезе у больного имеется нарушение диеты. Так как у больного неоднократно была рвота, расстройство стула врач приемного покоя направил в гастроэнтерологическое отделение с подозрением на пищевое отравления. Через сутки боли не стихли, пульс стал 115-120 уд/мин. Появилось вздутие живота, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мерфи. Показатели деостаза стали повышены. Больной осмотром хирургом, переведен в хирургическое отделение где подвергся операционному вмешательству. Так как больной при поступлении в стационар не принял специфическое медикаментозное лечение по поводу панкреатита, развился перитонит и больной подвергся операционному вмешательству.

Острый панкреатит – острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.

Термин «панкреатит» условное, собирательное понятие. Воспалительные изменения в железе при этом заболевании не являются определяющими, а являются как правило, вторичными. Они присоединяются, когда в железе уже имеются выраженные деструктивные изменения, развивающиеся под влиянием переваривающего действия активированных протеолитических и липолитических ферментов железы.

Острый панкреатит имеет тенденцию к увеличению. Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости он составляет 12%, занимая третье место после аппендицита и холецистита.

Острый панкреатит встречается в любом возрасте, но пик его возникновения приходится на возраст – 40-60 лет. Мужчины страдают панкреатитом в три раза реже женщин.

Классификация. 1. Отечная форма (стадия) интерстициальный панкреатит и деструктивная стадия; 2. Геморрагический панкреатит (некроз поджелудочной железы); 3. Гнойный панкреатит (панкреонекроз) .

Целесообразно выделить первичный острый панкреатит, развивающийся вне видимой связи с заболеваниями других органов и вторичной, обусловленной патологией желчных путей, печени или двенадцатиперстной кишки. Можно говорить о панкреатите при брюшном и сыпном тифе, инфекционном паротите, гепатите, различных формах еюнита, илеита, колита. Различают неосложненный острый панкреатит и панкреатит с разнообразными осложнениями, это перитонит, кровотечение почечно-печеночной недостаточности, диабет, панкреатические свищи, переход острого панкреатита в хроническую форму. Травматический панкреатит помимо открытых и закрытых повреждений железы, может возникать после операций на органах верхнего этапа брюшной полости. После ретроградной панкреато-холангиографии.

Этиология и патогенез. Предложено много теорий объясняющих возникновение острых панкреатитов: канальцевая, сосудистая, инфекционная, аллергическая, неврогенная. Из них наиболее жизненной оказалась теория «общего канала» сформированная Одди и Хольстедтом в 1901 г. По этой теории наличие общей ампулы, образовавшиеся вследствие слияния общего желчного и панкреатического протоков, ведет к забрасыванию желчи в проток поджелудочной железы, что в случае, ее инфицирования вызывает развитие острого панкреатита. Частой причиной возникновения острого панкреатитов являются заболевания выводных протоков печени и поджелудочной железы (камни, рубцовые структуры, спазмы сфинктера Одди, метаплазмы эпителия). Застойные явления в верхних отделах пищевари-

тельного тракта (дуоденостоз, гастрит) могут способствовать забросом кишечника содержимого в панкреатический проток. К возникновению острого панкреатита предрасполагают расстройства жирового обмена, алкоголизм, болезнь сердца и т. д. Иными словами к развитию панкреатита предрасполагают: 1) нарушение оттока секрета поджелудочной железы; 2) метаболические нарушения: расстройства кровотока при сосудистых заболеваниях, аутоиммунные процессы, аллергия, гормональные нарушения во время беременности, длительная стероидная терапия, диуретическая терапия, гиперлипотеинемия и т. д.

Производящим фактором в развитии острого панкреатита является нейрогенная или гуморальная стимуляция секреции поджелудочной железы (обильная еда, прием алкоголя, диагностическая стимуляция секретинном или панкреозимином).

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Острый отек – поджелудочной железы иногда называют катаральным панкреатитом. Макроскопически железа отечна, увеличена в размере. Отек может распространиться в забрюшинную клетчатку, брыжейку поперечно-ободочной кишки. В брюшной полости, в сальниковой сумке часто имеется серозно-геморрагический выпот. При гистологическом исследовании обнаруживают отек межклеточной ткани, небольшие кровоизлияния, незначительно выраженные дегенеративные изменения железистой ткани.

Острый геморрагический панкреатит. Характеризуется наличием обширных геморрагий и очагов жирового некроза. Иногда вся железа оказывается имbibированной кровью, нередко наблюдается тромбоз сосудов. Могут наблюдаться участки обширных некрозов. Очаги жировых некрозов помимо железы, имеются в большом и малом сальниках.

Острый гнойный панкреатит. Видны очаги гнойного расплавления ткани железы. При микроскопическом исследовании обнаруживают гнойную инфильтрацию, которая носит характер флегманозного воспаления или обнаруживают множество различной величины абсцессов. В брюшной полости гнойно-геморрагический или серозно-гнойный экссудат.

Клиника и диагностика.

Боль является ведущим и наиболее постоянным симптомом. При воспалении железы она носит редчайшей характер, бывает режущей, сверлящей, сжимающей, отдает в спину или как бы опоясывает, irradiируя одновременно в левое и правое подреберье. У

части больных боль иррадирует в области сердца, сопровождается акроцианозом, снижением артериального давления и может имитировать инфаркт миокарда.

Тошнота и рвота – второй характерный симптома заболевания. Рвота часто бывает неукротимой и не приносящей больным облегчения. Она объясняется повышенной возбудимостью желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванной раздражением солнечного сплетения. В дальнейшем может развиться парез желудочно-кишечного тракта, и тогда рвота приобретает застойный характер.

Третий ведущий симптом заболевания повышение уровня диастазы. Наличие острого панкреатита и одновременно значительного снижения активности диастазы может говорить о панкреонекрозе и является опасным симптомом. При остром панкреатите в кровь выбрасывается значительное количество кининов, вызывающих порез периферических сосудов и снижение артериального давления и коллапса.

Положение тела больного часто вынужденное, они нередко находятся в полусогнутом состоянии. Температура тела нормальная или субнормальная. Высокая температура и лихорадка характерны для развития воспалительных осложнений. Кожа и видимые слизистые бледные, с цианотичным оттенком, что объясняется тяжелой интоксикацией. У 40% больных наблюдается иктеричность или субиктеричность склер и желтуха, обусловленные нарушением оттока желчи, или тяжелыми токсическими поражениями печени.

При деструктивных формах панкреатита ферменты железы и компоненты кининовой системы поступают в забрюшинную клетчатку и под кожу, приводят к геморрагической инбиции клетчатки, вплоть до экхимозов. При локализации деструктивного процесса в хвосте поджелудочной железы подобные изменения локализованы на боковой стенке живота слева (симптом Грея-Тернера), при локализации в области головки – в области пупка (симптом Кулена). При массивном поступлении ферментов в кровь аналогичные изменения могут локализоваться в отдельных участках тела на лице (кожные симптомы: пигментация на животе справа, слева, симптом «красных капелек» – точечные телеангиэктазии на коже груди живота, пигментация вокруг пупка или на лице).

Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут. В первые часы болезни имеется асимметрия живота, за счет вздутия только эпигастральной и параумбиликальной области за счет пареза желудка и паперечно-ободочной кишки.

В дальнейшем с развитием динамической кишечной непроходимости вздутие живота увеличивается и становится равномерным.

В начале заболевания живот мягкий, что отличает острой панкреатит от большинства острых заболеваний брюшной полости. Вместе с тем у некоторых больных при пальпации можно отметить легкое напряжение мышц в эпигастральной области и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте). Характерным является симптом исчезновения пульсации брюшной аорты в эпигастральной области (симптом Васкресенского) и болезненность в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Симптомы раздражения брюшины становятся положительными при деструктивных формах в связи с развитием перитонита. Перестальника кишечника ослаблена с первых часов заболевания. При перитоните перестальтические шумы отсутствуют. В начале у больного появляется брадикардия, затем быстро появляется тахикардия. Пульс при тяжелом состоянии становится нитевидным.

Артериальное давление понижено. На электрокардиограмме отмечаются выраженные нарушения обменных процессов в миокарде (снижение интервала S-T, деформация зубца T, дополнительные зубцы U).

При тяжелой форме панкреатита появляется цианоз, одышка. В паренхиматозных органах развиваются дистрофические изменения, нарушается их функция. В основе этих изменений лежат гиперэнзимемия, микроциркуляторные нарушения и интоксикация.

У 20% больных резко нарушается функция почек, снижается диурез вплоть до анурии и развития острой почечной недостаточности. Значительно повышается в моче и в крови содержание ферментов поджелудочной железы, глюкозурия. Содержание в крови трипсина и его ингибитора повышается рано.

Изменение концентрации липазы в крови наступает более поздно, на четвертые сутки после начала заболевания.

Диагностическое значение имеет повышение диастазы мочи.

Но повышение диастазы в крови и моче может не поступить при обширных разрушениях в железе. Может даже понижаться.

Гипергликемия и глюкозурия указывают на вовлечение в патологический процесс островкового аппарата железы. Характерно для деструктивных форм острого панкреатита гипокальцемию. Она обычно проявляется после четвертого дня заболевания, то есть в период наивысшего развития жировых некрозов. Снижение кальция крови плохой прогностический признак.

При тяжелых деструктивных формах панкреатита, как правило, наблюдается гиповолемия, уменьшение объема циркулирующей

крови, плазмы, гипокалемия, изменение кислотно-щелочного состояния в сторону как алкалоза так и ацидоза.

При длительном течении тяжелых форм заболевания в связи с гемморагиями и токсическим угнетением функции костного мозга развивается анемия.

Имеется выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево. В моче, помимо повышения содержания ферментов поджелудочной железы, появляется белок, эритроциты, цилиндры.

При тяжелом токсико-инфекционном поражении почек развивается острая почечная недостаточность, развивается олигурия и анурия. Повышаются показатели остаточного азота, мочевины и креатинина крови.

Основные положения острого панкреатита: ранние – шок и острая сердечная недостаточность, перитонит; поздние – абсцессы поджелудочной железы, флегмона забрюшинной клетчатки, поддиафрагмальные, межкишечные, сальниковой сумки, аррозивные кровотечения при отторжении некротизированных тканей, острая почечная недостаточность. В последствие возможно образование ложных кист и свищей поджелудочной железы, кишечных свищей, сахарного диабета.

Диагностика. Правильно собранный анамнез и оценка состояния больного с учетом симптомов, характерных для острого панкреатита, позволяют осуществить диагностику у большинства больных (прием обильного количества пищи и алкоголя, травмы и т. д.). Характерны интенсивные боли в верхнем отделе живота, нередко принимающие опоясывающий характер сопровождающейся тахикардией и снижением артериального давления. Характерно что живот до развития перитонита остается мягким, однако вздут, отсутствует перистальтика. Иногда положительный симптом Мейо-Робсона. На обзорной рентгенограмме видно расширение желудка, наличие в нем жидкости. Петля (подводка) двенадцатиперстной кишки расширена, в состоянии пареза.

Расширена начальная петля тощей кишки (симптом «сторожливой петли») раздута поперечно-ободочная кишка (симптом Гобье). В левой плевральной полости нередко определяют выпот. При компьютерной томографии и ультразвуковом сканировании выявляют увеличение размеров поджелудочной железы, неоднородность ее структуры.

Лапароскопически можно увидеть геморрагический выпот, при исследовании которого находят ферменты поджелудочной железы, наличие «стеариновых» пятен, жирового некроза, иногда виден увеличенный растянутый желчный пузырь. В связи со сложностью ме-

тодики реже определяется содержание в крови трипсина и его ингибитора, а также липазы.

Дифференциальная диагностика. Острый панкреатит необходимо дифференцировать со многими заболеваниями брюшной полости, в первую очередь с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для прободной язвы характерны желудочный анамнез, внезапное начало, «кишечная боль», неподвижное положение больного в постели, втянутый дискообразный живот, исчезновение печеночной тупости. Редко возникает рвота. Прободение язвы чаще наблюдается у мужчин (10:1). Средний возраст больных 30-40 лет.

Острый панкреатит встречается преимущественно у женщин (5:1) пожилого возраста (55-65 лет), страдающих нарушениями жирового обмена и заболеваниями желчных путей. Беспокойное поведение больных, повторная рвота, не приносящая облегчения, тахикардия, вздутие живота при относительно мягкой брюшной стенке. Отсутствие перетониальных симптомов, повышение диастазы тоже свидетельствуют о наличии острого аппендицита.

Острый аппендицит, как и острый панкреатит, часто начинается с болей в подложечной области. Однако в верхней половине живота боли локализуются лишь в первые часы заболевания, затем они оказываются более выраженными в правой подвздошной области. Здесь же отмечается выраженная болезненность и появляется защитное напряжение, которое при остром панкреатите отсутствует. Для острого аппендицита характерны повышение температуры и лейкоцитоз при отсутствии диастазурии.

Острая кишечная непроходимость также может быть ошибочно принята за острый панкреатит. Однако при панкреатите боли носят постоянный характер и с самого начала наблюдаются явления паралитической непроходимости. Живот равномерно вздут, симптомы Валя и Склярова не наблюдаются.

При рентгеноскопии отмечается скопление газов в толстом кишечнике, горизонтальные уровни жидкости – чаши Клойбера – отсутствуют.

Тромбоз брюшных сосудов – имеет очень сходную с острым панкреатитом клинику, так как сопровождается явлениями динамической непроходимости (постепенные редкие боли, вздутие живота, отсутствие перестальтики). Однако при тромбозе боли не иррадиируют в поясницу, рвота присоединяется гораздо позже и состояние больных обычно более тяжелое. Иногда появляется жидкий стул с примесью крови, нет диастазурии.

Лечение. Комплексная терапия острого панкреатита должна включать: борьбу с болью, ферментной токсемией, адекватную коррекцию гидроионных расстройств и кислотно-щелочного состояния. Для снятия или уменьшения боли необходимо применить анальгетики и спазмолитики (Но-шпа, платифилин, папаверин). Хороший эффект дает передуральная блокада. Для борьбы с ферментной токсемией используют: 1) угнетение внешнесекреторной функции железы путем аспирации желудочного содержимого и промывания желудка холодным содовым расстройством, введением атропина, гипотермии поджелудочной железы, введение цитостатиков (5- фторурацил и др. угнетают экскреторную функцию железы почти на 90%); 2) обеспечение нормальной эвакуации выработанных ферментов введением спазмолитиков; 3) инактивацию ферментов ингибиторами протеаз (кантрикал и др.). Однако в фазу жировых некрозов применение ингибиторов теряет смысл. С целью регуляции водно-электролитного баланса, нормализации сердечной деятельности и снижения токсикоза показано применение 5 или 10% растворов глюкозы, полиионных растворов, плазмы, полиглюкина, гемодеза. По показаниям назначают препараты как сердечные глюкозы. В сутки для нормального объема внутрисосудистого и внеклеточного секторов необходимо влить 3-5 л растворов.

Для улучшения реологических свойств крови и профилактики диссеминированного внутрисосудистого свертывания применяются реополиглюкин и гепарин каждые 4 часа по 5000 ед.

С целью профилактики и лечения возможных вторичных воспалительных изменений назначают антибиотики широкого спектра действия.

Хирургическое лечение при остром панкреатите показано: 1) при сочетании острого панкреатита с деструктивными формами острого аппендицита; 2) при безуспешном консервативном лечении в течение 36-48 часов; 3) при панкреатогенном перитоните, при невозможности выполнения лапароскопического дренирования брюшной полости; 4) при осложнениях острого панкреатита: абсцессе сальниковой сумки, флегмоне забрюшинной клетчатки.

При хирургическом лечении острого панкреатита применяют следующие типы операций: 1) дренирование сальниковой сумки; 2) резекцию хвоста и тела поджелудочной железы; 3) панкреатэктомию.

Наиболее распространенной является операция дренирования сальниковой сумки. Ее применяют при деструктивных формах острого панкреатита, осложненных перитонитом. Основной целью операции является освобождение организма от токсических веществ и ак-

тивных элементов, находящихся в перитонеальном экссудате; обеспечение условий для адекватного оттока активного панкреатического сока, экссудата, отторжения некротических масс.

Прогноз. Летальность при остром панкреатите в настоящее время снижена до 4%. Однако прогноз при деструктивных формах панкреатита остается серьезным.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. Больной К. А 22 лет получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 в минуту. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга здесь слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость, в брюшной полости не определяется. Эритроцитов в крови $4,5 \cdot 10^6$ в 1 мкл, гемоглобина 140 г/л.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

2. Больного 24 лет в течение года беспокоят ноющие боли в эпигастральной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастральной области размером 15x20 см. Образование слегка пульсирует, шума над ним не выслушивается. Общее состояние больного удовлетворительно. Диспепсических расстройств, расстройств стула и мочеиспускания нет. Диастаза мочи 256 единиц.

При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта определяется смещение желудка кпереди за счет образования, располагающегося позади него.

Между какими заболеваниями и с помощью каких методов следует проводить дифференциальный диагноз?

3. В приемное отделение поступил больной Ж. Ф 34 лет. Накануне обильно поужинал. Утром ощутил резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят.

При осмотре состояние тяжелое, больной бледен выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо–Робсона положительные.

Лейкоцитоз в крови $12,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Диастаза мочи 1024 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

4. У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастаза мочи стала 256 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

5. У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096

ед. Консервативные мероприятия (пара-нефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8 ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

6. Больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет упорными, интенсивными болями в эпигастральной области, взят на операцию с подозрением на опухоль . поджелудочной железы. Во время операции опухоль не найдена, диагностирован хронический панкреатит. Отмечается резкий фиброз части тела и хвоста поджелудочной железы с участками обызвествления в них. Патологии желчных путей не обнаружено.

Какую операцию следует выполнить?

7. Больной 48 лет поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку и в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость, за 2 мес потерял 4 кг массы. У больного часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 4 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 мес назад у больного появилась желтуха, которая постоянно нарастает. Живот мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов $9,2 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

Ваш диагноз? Что вы предпримете для дифференциальной диагностики? Какова тактика лечения больного?

8. 42 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры до $39-39,5^{\circ}\text{C}$, проливными потами. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2–3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \cdot 10^3$ в 1 мкл. СОЭ 60 мм/ч. Рентгеноскопия желудочно-

кишечного тракта без особенностей. При дуоденальном зондировании получены все порции, патологии в них не найдено. Холецистография показала небольшое расширение общего желчного протока. Камни не определяются.

Какой диагноз вы поставите? Какова тактика лечения больной?

ОТВЕТЫ

1. Учитывая характер травмы и клинические проявления, есть веские основания предположить у больного травму поджелудочной железы, возможно ее разрыв.

Больному показана срочная лапаротомия. Осмотр поджелудочной железы производят после рассечения желудочно-ободочной связки. Множественные кровоизлияния в область железы или видимая гематома позволяют думать о ее повреждении. Необходимо вскрыть задний листок, брюшины и осмотреть железу.

При поперечном разрыве железы наиболее рациональна операция сшивания панкреатического протока после продольного его рассечения на небольшом участке (2–3 мм) П-образными швами, затем ушивание ткани поджелудочной железы узловыми швами и прикрытие линии швов сальником.

Если имеется размоложение небольших участков железы, необходимо произвести прошивание и перевязку кровоточащих сосудов и тампонаду раны железы сальником. При полном ее размоложении предпринимают экстирпацию поджелудочной железы. При размоложении хвоста – его резекцию.

Во всех случаях рану живота не зашивают наглухо. Производят дренирование сальниковой сумки. В послеоперационном периоде проводят интенсивную терапию как при остром панкреатите

2. Тупая травма живота могла привести к двум заболеваниям, клиника которых характерна для данного больного: травматическая аневризма аорты или травматическая киста поджелудочной железы. С целью дифференциальной диагностики рекомендуется выполнить больному контрастную аортографию. При наличии аневризмы аорты, она будет частично или полностью заполняться контрастным веществом. Может быть выполнена также целиакография (рентгеноконтрастное исследование ветвей чревной артерии), которая дает возможность выявить патологию со стороны поджелудочной железы.

Хотя больного и при первом, и при втором заболевании нужно будет все равно оперировать, здесь необходим точный дооперационный диагноз. Во-первых, потому, что операционный доступ к кисте

и аневризме совершенно различен; во-вторых, потому, что киста может быть оперирована в общем хирургическом отделении, в то время как операция при аневризме допустима только в специализированном отделении хирургии кровеносных сосудов.

3. У больной острый панкреатит. Тяжелая ферментативная интоксикация. Необходима экстренная госпитализация. Рекомендуется начать срочно комплексную дезинтоксикационную терапию. Строгий постельный режим. Голод. Паранефральная двусторонняя новокаиновая блокада. Внутривенное введение 1% раствора 10 мл новокаина. Спазмолитики (платифиллин, папаверин, ношпа). Обезболивание (морфий не вводить!). Наладить систему для капельного введения жидкостей. Вводить растворы электролитов (на 1 л 5% раствора глюкозы 20 мл 10% раствора калия хлорида, 50 мл 10% раствора натрия хлорида и 300 мл 1% раствора кальция хлорида), белковые заменители (плазма, альбумин, аминокислоты) до 1-1,5 л, 3% раствора бикарбоната натрия, 0,5 и 0,5-1 л раствора Рингера-Локка. Одновременно срочно начать введение антиферментов: трасилола (тзалола, контрикал), пантрипина. Инсулин. После введения жидкостей начать форсированный диурез, для чего внутривенно вводить 15% раствор маннитола в дозах 1-1,5-2 г на 1 кг массы. Сеансы форсированного диуреза проводить ежедневно 1-2 раза в течение 3-7 сут.

Проводить борьбу с парезом кишечника (промывание желудка содовым раствором, сифонные клизмы).

При выраженной гипертермии внутримышечно вводить 4% раствор амидопирина 10 мл и 50% раствор анальгина 2-4 мл, 40% раствор глюкозы 80-100 мл в сутки. Не забывать об инсулине. Можно применить и физическое охлаждение (пузыри со льдом), а при наличии условий – ввести в желудок тонкостенный резиновый баллон и пропускать по нему холодную жидкость. Назначить антибиотики широкого спектра действия, оксигенотерапию. Целесообразно применение гипербарической оксигенации.

Если состояние больной будет улучшаться под действием консервативной терапии, лечение продолжить до исчезновения всех клинических проявлений (больной в последующем следует провести исследование желчных путей и желудочно-кишечного тракта).

Если терапевтический эффект достигнут не будет, появятся признаки некроза поджелудочной железы, нагноения или перитонита, больную следует подвергнуть операции.

4. У больной острый панкреатит. Быстрое улучшение ее состояния после лечения говорит об отечной форме панкреатита. Консервативное лечение следует продолжать (голод 5-7 дней, паранефральная блокада, парентеральное введение больших количеств физиологического раствора и 5% раствора глюкозы, спазмолитики, антибиотики, ингибиторы поджелудочной железы, инсулин).

После ликвидации острых явлений больная через 3-4 нед. должна быть подвергнута тщательному клиническому обследованию. Необходимо исключить заболевания желудочно-кишечного тракта и желчных путей, которые могут быть причиной развития острого панкреатита.

5. У больного острый панкреатит. Ухудшение состояния, несмотря на проводимые мероприятия, и резкое падение цифр диастазы в моче говорят о наступлении некроза поджелудочной железы.

Больного необходимо срочно оперировать. Произвести лапаротомию, рассечь желудочно-ободочную связку, вскрыть брюшину, покрывающую поджелудочную железу широкими тремя продольными разрезами, инфильтрировать клетчатку в окружности железы новокаином с антибиотиками и ингибиторами поджелудочной железы.

Если выражен некроз отдельных участков, произвести некрэктомию и участки дефектов в железе заполнить сальником, который подшить к «капсуле».

При обширном некрозе после некрэктомии предпочтительна наружная марсупиализация и дренирование (тампонами и широкой трубкой) сальниковой сумки.

Кроме того, необходимо уменьшить обычно сопутствующую панкреатиту гипертензию в желчных путях. При выраженных изменениях в желчном пузыре (деформация, наличие камней) и удовлетворительном состоянии больного следует произвести холецистэктомию и дренировать общий желчный проток. В тех случаях, когда изменений в пузыре нет или они небольшие или состояние больного не позволяет удлинить время операции, следует ограничиться наложением холедохостомии или холецистостомии. В послеоперационном периоде нужно продолжать проводимое ранее лечение.

6. Если фиброз поджелудочной железы резко выражен и сосредоточен в хвостовой ее части, больному показана резекция хвоста и тела поджелудочной железы. Оставшуюся культю поджелудочной железы прошивают II-образными швами и тщательно перитонизируют либо сальником, либо брыжейкой поперечной ободочной кишки. Для ушивания культи поджелудочной железы можно исполь-

зывать аппарат УО-60. К поджелудочной железе подводят тампоны и дренаж, которые удаляют не ранее 7-8-го дня. В послеоперационном периоде необходима декомпрессия двенадцатиперстной кишки с помощью зонда и интенсивное лечение.

7. Учитывая анамнестические данные: длительность заболевания, алкоголизм, повторяющиеся поносы, изменение характера стула, у больного можно предположить хронический панкреатит.

Необходимо дифференцировать с опухолью головки поджелудочной железы (анемия, большая СОЭ, быстрое прогрессирование заболевания). Для дифференциальной диагностики производят рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. Такие признаки, как смещение желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки вверх, увеличение расстояния между желудком и позвоночником, замедленная эвакуация из желудка и двенадцатиперстной кишки, разворачивание «подковы» двенадцатиперстной кишки обычно свидетельствует в пользу опухоли головки поджелудочной железы. Однако при псевдоопухолевом панкреатите возможны те же признаки.

Больному показано оперативное лечение. Диагноз уточняется во время лапаротомии.

8. При такой клинической картине заболевания следует думать о раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Больной показан оперативное лечение. Характер операции уточняется после лапаротомии. При отсутствии метастазов и небольшом распространении опухоли больной показана резекция большого сосочка двенадцатиперстной кишки путем дуоденотомии с последующим вшиванием панкреатического протока в двенадцатиперстную кишку или резекция головки поджелудочной железы.

При распространенном процессе и наличии метастазов следует ограничиться наложением соустья между желчным пузырем, общим желчным протоком или одним из печеночных протоков, с одной стороны, и с петлей тощей кишки – с другой.

Радикальная операция может производиться только при условии высокой квалификации хирурга.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш. И. «Хирургик касалликлар. « Тошкент, 1991 г. – С. 404-408.
2. Кузин М. И. «Хирургические болезни» - М. : Медицина, 1987 г. - С, 625-626.
3. Зайцев В. Т. «Неотложная хирургия брюшной полости» Киев, 1989 г. - 147.
4. Б. В. Петровский «Хирургические болезни», М. 1980 г.
5. Б. В. Петровский «Избранные лекции по хирургии», М. 1986 г.
6. Б. В. Петровский «ХХХТ-Всесоюзный съезд хирургов», Т. 1986 г.
7. Н. Н. Еланский «Хирургические болезни», М. 1964 г.
8. В. А. Попов «Перитонит», Медицина Л, 1985.
9. В. С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М. Медицина 1976.
10. М. И. Кузин, О. С. Шкроб «Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность». Медицина, Т., 1978.

ГЛАВА VII. ГРЫЖИ

Тема изучения: «Грыжи». Каждый студент в своей группе высказывает свое мнение о предстоящем исследовании, методах лечения, прогнозирует исход проводимых манипуляций. Если идея изучения данной темы, подходы к реализации поставленной задачи студентом воспринимаются неправильно, то преподаватель и оставшиеся студенты приветствуют высказывания своих коллег, дающих более правильные прогрессивные идеи. Чем больше идей у студентов, тем интереснее и плодотворнее пройдет усвоение изучаемой темы.

Методика, способствующая научить студента отстаивать и аргументировать собственную точку зрения, находит интерес и оптимальное решение в разрешении изучения данного заболевания. Для того, чтобы студент освоил теоретически и применил на практике изучаемый материал, мы пользуемся методом «группового исследования», а именно каждый студент изучает специальную литературу и высказывает свое мнение. Например, 10 студентов десять различных мнений. В конце занятия совместно с преподавателем вырабатывается общая точка зрения.

В группах с одарёнными студентами наиболее интересный в творческой работе является метод «групповой динамики». Данный метод предполагает максимальную активность на всех этапах обучения. Студенты выбирают своего лидера - это наиболее одарённый студент из подгруппы, который будет вступать в дискуссию по изучаемой теме с лидерами из других подгрупп. Студенты из каждой подгруппы, имеющие талант к рисованию, оформлению таблиц, стендов назначаются художниками. Студенты, владеющие математическими способностями, подготавливают графики, диаграммы, производят вариационную обработку данных изучаемого материала. Тем самым происходят групповые методы изучения, расширяются стереотипы мышления студентов, преодолевается психоэмоциональное напряжение.

Но для, того чтобы проводить занятия на таком уровне, надо чтобы мыслительная деятельность студентов становилась сопоставимой с активностью педагога. Для этого разрабатывается цель обучения.

После изучения данной темы студент должен уметь:

1. Уметь поставить диагноз грыжи;
2. Уметь дифференцировать вправимые, невправимые и ущемленные грыжи;
3. Уметь пальпировать грыжу;
4. Уметь направить больного к соответствующему специалисту в зависимости от вида грыж;
5. Уметь оказать неспециализированную врачебную помощь;
6. Уметь прогнозировать возможный исход заболевания;

Для этого он должен знать:

1. Все виды грыж;
2. Классификацию грыж;
3. Клиническую симптоматику вправимых, невправимых, ущемленных грыж;
4. Все методы диагностики грыж;
5. Методы лечения грыж;

Время на изучение темы – 180 минут.

ЗАДАЧА: больной Н., 25 лет обратился в стационар с жалобами на увеличение и боли в мошонке слева.

ОБЪЕКТИВНО: Левая половина мошонки увеличена в размере. Складчатость сглажена. Кожа гиперемирована. Имеется местная температура. Кожные покровы обычной окраски, пульс 98 уд/мин среднего наполнения. А/Д – 110/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. При пальпации пальпируется твердое болезненное образование в мошонке. Направлен в урологическое отделение по поводу острого орхоэпидидимита, где принимал антибиотики, сульфаниламиды, хлористый кальций. Однако состояние больного не улучшилось, появилась клиника перитонита. Больной осмотрен хирургом.

Поставлен диагноз: Ущемленная левосторонняя паховая грыжа

Произведена операция грыжесечения с резекцией некротизированного тонкого кишечника. В связи с тем, что врач приемного покоя не знал клинику ущемленной грыжи, не смог диагностировать и правильно направить в соответствующее хирургическое отделение для срочного хирургического вмешательства, больной был поздно прооперирован, пришлось резецировать кишечник.

Грыжей (Hernia) называют выходение внутренностей через естественные или патологические отверстия из брюшной полости в месте с париетальным листом брюшины.

Различают грыжи наружные и внутренние. Наружные грыжи живота – это выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия брюшной стенки в подкожную клетчатку при сохранении кожных покровов.

Внутренней грыжей называется проникновение органов брюшной полости в нормально существующий или патологически образовавшийся брюшной мешок, в котором при нормальных соотношениях органов внутренностей не содержится. Примером внутренней грыжи являются грыжи сальниковой сумки, а также диафрагмальные грыжи.

НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА

Грыжиносители составляют 3-4% всего населения. Элементы наружной грыжи живота: грыжевые ворота; грыжевой мешок; содержимое грыжи; оболочки грыжи.

Грыжевые ворота – это слабые места в мышечно-апоневротической стенке живота, через которые внутренние органы с париетальной брюшной выходят из брюшной полости. Это паховый канал, бедренный канал, пупочный канал, щели между опоневротическими волокнами образующими белую линию живота, запирающее отверстие, седалищные отверстия.

Грыжевой мешок представляет собой выпячивание париетальной брюшины через грыжевые ворота.

В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело, дно. Грыжевой мешок может быть одно и многополостным.

Содержимое грыжевого мешка – внутренние органы вышедшие в грыжевой мешок. Любой орган (кроме поджелудочной железы) может быть содержимым грыжевого мешка.

Классификация наружных грыж – по происхождению различают врожденные и приобретенные грыжи.

Приобретенные грыжи делятся на грыжи от усилия и грыжи от слабости.

В зависимости от анатомического расположения грыж: различают паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, мечевидного отростка, боковые грыжи живота, поясничные, седалищные, запирающего отверстия, промежностные.

По клиническому течению в зависимости от состояния вдающихся в грыжу внутренностей разделяют грыжи на вправимые и невправимые, грыжи с явлениями капростаза, грыжи с явлениями ущемления, грыжи с явлениями воспаления.

Этиология и патогенез. Наиболее часто грыжи бывают у детей до одного года, затем к 30-40 годам. В пожилом и старческом возрасте также отмечено увеличение числа больных с грыжей живота.

Наиболее часто встречаются паховые грыжи (75%), затем бедренные (8%), пупочные (4%), послеоперационные (12%), прочие формы грыжи (1%).

У мужчин чаще бывают паховые грыжи, у женщин бедренные и пупочные. В происхождении грыж имеют значение как местные, так и общие факторы.

Местные факторы: особенности анатомического строения области выхода грыж. К ним относят паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, бедренный канал, через который проходят бедренные сосуды, область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки.

Общие факторы: способствующие образованию грыжи, разделяют на предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: наследственные, возраст (слабая брюшная стенка у детей, атрофия тканей брюшной стенки у старых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного канала у женщин, большая слабость паховой области у мужчин), особенности телосложения, степень упитанности (быстрое похудение), частые роды, травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы, паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку. Перечисленные факторы способствуют местному ослаблению брюшной стенки.

Производящие факторы: факторы вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, трудные роды, затрудненное мочеиспускания, запоры, длительный кашель.

Механизм образования грыж различен в зависимости от происхождения грыжи (врожденная или приобретенная). Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде (эмбриональные пупочные грыжи, грыжи пупочного канатика, незаращение брюшино-пахового отростка).

Грыжевые ворота и грыжевой мешок формируются в начале, а затем в результате физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок.

При приобретенных грыжах внутренние органы выходят на уровень грыжевых ворот и проникают далее чаще всего по ходу сосудистого пучка или органа (бедренный канал, паховый канал).

Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутренние органы раздвигают впереди себя шов брюшной стенки. Грыжевой мешок формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания париетальной брюшины.

Клиника и диагностика: Основными симптомами являются боль в области грыжи и в животе, наличие выпячивания в одной из грыжевых зон. Выпячивание появляется при натуживании или в вертикальном положении больного, исчезает или уменьшается в горизонтальном положении.

Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях, при изменениях барометрического давления. Нередко появляются тошнота, отрыжка, вздутие живота, запоры.

Развитие грыжи происходит чаще медленно. Вначале в месте формирующейся грыжи возникает покалывающая боль при физической нагрузке, ходьбе, беге, поднятие тяжести. Затем появляется выпячивание, которое исчезает в горизонтальном положении больного и снова возникает при физической нагрузке. Выпячивание увеличивается, приобретает округлую или овальную форму.

При грыжах, остро возникших в момент резкого повышения внутрибрюшного давления, больные ощущают сильную боль в области формирующейся грыжи. Появляются выпячивание на брюшной стенке и кровоизлияния в окружающие ткани. Больного осматривают в вертикальном и горизонтальном положении. Осмотр в вертикальном положении даёт возможность определить иногда незаметную асимметрию в паховых областях и под паховыми складками.

При натуживании и кашле определяют незначительные выпячивания, ранее незаметные, а при больших грыжах устанавливают наибольших из размер. При перкуссии грыжевого выпячивания выслушивается тимпанический звук при наличии в нем кишки содержащей газ, и притупление, когда содержимым грыжевого мешка является большой сальник или орган не содержащий газа.

При пальпации определяют консистенцию содержимого грыжевого мешка. В горизонтальном положении больного определяют вправимость содержимого грыжевого мешка. В момент вправления большое грыжи можно услышать характерное урчание в кишечнике. Грыжа может быть вправимой, частично вправимой и невправимой.

К специальным методом исследования относят определение грыжевых ворот и симптома кашлевого толчка. Кашлевый толчок ха-

ракторный симптом наружной грыжи живота. При больших грыжах для определения содержимого грыжевого мешка проводят рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря.

Скользящие грыжи – это грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган частично покрытый брюшиной (мочевой пузырь, восходящая и нисходящая кишка). Скользящие грыжи толстой кишки чаще бывают при косых паховых грыжах, а мочевого пузыря при прямых паховых грыжах. Скользящие грыжи, составляют 1-1,5% всех паховых грыж. Скользящие грыжи по механизму возникновения могут быть врожденными и приобретенными.

Скользящая грыжа толстой кишки не имеет патогномотичных симптомов. Обычно это большая грыжа с широкими грыжевыми воротами у лиц пожилого и старческого возраста. Диагностике помогает рентгенологическое исследование толстой кишки (ирригоскопия).

При скользящих грыжах мочевого пузыря больных могут беспокоить расстройства мочеиспускания или мочеиспускание в два приема. Сначала больной опорожняет мочевой пузырь, а потом после надавливания на грыжевое выпячивание появляется новый позыв на мочеиспускание и больной начинает мочиться снова. При подозрении на скользящую грыжу мочевого пузыря необходимо выполнить катетеризацию мочевого пузыря и цистографию. Последняя может выявить форму и размеры грыжи мочевого пузыря, наличие камней в мочевом пузыре.

Лечение хирургическое. Если не знать анатомических особенностей при скользящей грыжи, можно во время операции вскрыть вместо грыжевого мешка стенку кишки или стенку мочевого пузыря.

Паховые грыжи

Паховые грыжи составляют 80-90% других видов грыж. Среди больных с паховыми грыжами мужчины составляют 90%, а женщин 10%. Более частое возникновение паховых грыж у мужчин связано с особенностями развития и анатомического строения паховой области у мужчин. Паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными.

Врожденные паховые грыжи. Если влагалищный отросток брюшины остается полностью незаращенным, его полость свободно сообщается в полость брюшины. В дальнейшем формируется врожденная паховая грыжа, при которой влагалищный отросток является грыжевым мешком. Врожденные паховые грыжи у детей (90%). У взрослых врожденные паховые грыжи бывают в 10% случаев.

Приобретенные паховые грыжи. Различают косую наружного пахового грыжу и прямую (внутреннюю) паховую грыжу. Косая пахо-

вая грыжа проходит через наружную паховую ямку, прямая через медиальную паховую ямку. В начальной стадии развития кривой паховый грыжи, грыжевое выпячивание незаметно. При натуживании или покашливании больного определяется овальной формы припухлость, быстро исчезающая после того, как только больным прекращает натуживание, при канальной форме дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала. При канатиковой форме грыжа выходит через наружное отверстие пахового канала и располагается на различной высоте семенного канатика. При пахово-мышечной форме грыжа спускается в мошонку, растягивая ее.

При больших грыжах мошонка значительно увеличивается в размерах, половой член скрывается под кожей, содержимое грыжи самостоятельно не вправляется в брюшную полость. При вправлении грыжи прослушивается урчание в кишечнике.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную ямку, вытягивая поперечную фасцию (заднюю стенку пахового канала). Пройдя через наружное отверстие пахового канала располагается у корня мошонки под паупартовой связкой в виде округлого образования. Поперечная фасция препятствует спусканию прямой паховой грыжи в мошонку. Часто прямая паховая грыжа бывает двусторонней.

Клиника и диагностика. Типичным является анамнез: внезапное возникновение грыжи в момент физического напряжения или постепенное развитие грыжевого выпячивания, появление выпячивания брюшной стенки при натуживании в вертикальном положении тела больного и вправление грыжи в горизонтальном положении больного. Больных беспокоит боль в области грыжи, в животе, чувство неудобства при ходьбе, диспепсические явления, а при кользающих грыжах мочевого пузыря возникают дизурические явления.

Осмотр больного в вертикальном положении даёт представление об асимметрии паховых областей. При наличии выпячивания брюшной стенки можно определить размеры и форму грыжи. При пальпации определяют поверхность, консистенцию грыжевого выпячивания, урчание кишечника, при перкуссии – перкуторный звук. Пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала производят в горизонтальном положении больного после вправления содержимого грыжевого мешка. В норме наружное отверстие пахового канала у мужчин пропускает кончик пальца. При покашливании больного, врач кончиком пальца ощущает толчки внутренних органов – симптом кашлевого толчка.

Невправимая пахово-мошоночная грыжа, вызывающая увеличение размеров мошонки, приобретает сходство с водянкой оболоч-

чек яичка. При водянке пальпируемое образование нельзя отграничить от яичника и его придатка. Большая водянка оболочек яичка, достигает наружного отверстия пахового канала, четко от него может быть отделена при пальпации. При паховой грыже пальпируемое в мошонке образование имеет «ножку» уходящую в паховый канал, так как в грыжевом мешке имеется содержимое, вышедшие в него из брюшной полости. Перкуторный звук над водянкой тупой, над грыжей может быть тимпанический. Большое значение в диагностике имеет диафаноскопия.

Лечение хирургическое. Главная цель операции по поводу паховых грыж – пластика пахового канала: первый этап – доступ к паховому каналу, второй этап – выделение и удаление грыжевого мешка. Третий этап – ушивание внутреннего пахового кольца до нормальных размеров. Четвертый этап – пластика пахового канала. При выборе метода пластики пахового канала надо учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость задней стенки пахового канала.

Укрепление передней стенки пахового канала с обязательным ушиванием глубокого пахового кольца до нормальных размеров может быть применена у молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах.

При прямых грыжах и сложных формах паховых грыж должно быть произведено укрепление задней стенки пахового канала.

Способ Жирара – укрепление передней стенки пахового канала. Способ Спасокукоцкого – также укрепление передней стенки пахового канала. Способ Бассине – обеспечивает укрепление задней стенки пахового канала. Способ Кукуджанова – предложен для прямых и сложных форм паховых грыж.

Бедренные грыжи. Бедренные грыжи располагаются на бедре в области скарповского треугольника.

По частоте они составляют 5-8% всех грыж живота. Бедренные грыжи бывают преимущественно у женщин. Среди больных с бедренными грыжами женщины в возрасте 30-60 лет составляют 80%. Наибольшая частота бедренных грыж у женщин объясняется более широким тазом, что обуславливает большую выраженность мышечной и сосудистой лакун и меньшую прочность наупартовой связки.

Клиника и диагностика. Бедренная грыжа в процессе формирования проходит три стадии: начальную, канальную и полную.

В начальной стадии грыжевое вытягивание не выходит за пределы внутреннего бедренного кольца. Клинически эта стадия трудно выявляется. На этой стадии возможно пристеночное ущемление кишки. В неполной (канальной) стадии грыжевое выпячивание рас-

положено вблизи сосудистого пучка, не выходит за пределы поверхностной фасции, не проникает в подкожную клетчатку скарповского треугольника.

В полной стадии бедренная грыжа проходит весь бедренный канал, выходит через его наружное отверстие в подкожную клетчатку бедра.

Диагноз начальной канальцевой бедренной грыжи представляет трудности. Заподозрить такие грыжи можно лишь на основании жалоб больного, на боль в ногу, в нижнем отделе живота, усиливающуюся при ходьбе, физической нагрузке, при перемене погоды. Боль возникает в результате кратковременного частичного ущемления содержимого грыжи в узком, ригидном внутреннем отверстии бедренного канала. Стойкое ущемление нередко является первым клиническим выражением таких грыж.

Характерными клиническими признаками полной бедренной грыжи являются грыжевое выпячивание в области бедренно-пахового сгиба в виде полусферического образования небольшого размера, расположенное под паховой связкой кнутри от бедренных сосудов. Редко грыжевое выпячивание поднимается кверху и располагается под паховой связкой. Появляется грыжевое выпячивание при вертикальном положении тела, натуживании, при вправлении исчезает, иногда с урчанием. Перкуторно - тимпанический звук над выпячиванием – признак грыжи, в которой находится кишка, содержащая газ. Признаком грыжи является также симптомом кашлевого толчка, который бывает положительным даже при начальной форме грыжи. При скользящих грыжах мочевого пузыря могут быть дизурические явления.

Бедренная грыжа располагается ниже паховой связки, паховая выше. По отношению к лобному бугорку паховая грыжа расположена выше и кнутри, а бедренная – ниже и кнаружи (симптом Купера). За бедренную грыжу (невправимую) могут быть приняты липомы, располагающиеся в верхнем отделе скарповского треугольника. Липома имеет дольчатое строение, не связана с наружным отверстием бедренного канала. Симулировать бедренную грыжу могут увеличенные лимфатические узлы в области скарповского треугольника. Лимфатический узел можно захватить пальцами, оттянуть и установить отсутствие его связи с бедренным каналом.

Лечение – хирургическое. Способ Бассини – разрез делают параллельно паховой связке и ниже ее над грыжевым выпячиванием. Грыжевой мешок выделяют, вскрывают, прошивают как можно выше и отсекают. Закрывают грыжевые воронки путем сшивания паховых лонных связок. Второй ряд швов между серповидным краем

широкой фасции бедра и гребенчатой фасцией, ушивают бедренный канал.

Операция бедренной грыжи паховым способом (по Руджи) – делают разрез как при паховой грыже. Вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота. Обнажают паховый промежуток. Рассекают поперечную фасцию в радиальном направлении. Выделяют шейку грыжевого мешка. Грыжевой мешок выводят из бедренного канала, вскрывают, прошивают, удаляют. Закрытие грыжевых ворот производят путем сшивания внутренней косой, поперечной мышц, верхнего края поперечной фасции с костной и паховой связками. Пластику передней стенки пахового канала производят путем дубликатуры ананевроза наружной косой мышцы живота.

Пупочные грыжи. Пупочной грыжей называют выходение органов брюшной полости через дефект брюшной стенки в области пупка.

У женщин пупочная грыжа встречается вдвое чаще, чем у мужчин, что связано с растяжением пупочного кольца во время беременности.

Пупочные грыжи составляют 5% всех наружных грыж живота. Развитие пупочных грыж: врожденные дефекты пупочной области, повторные беременности, пренебрежение физическими упражнениями и гимнастикой.

Симптомы: постепенно увеличивается в размерах выталкивание в области пупка, боль в животе, возникающая при физической нагрузке, кашле. При исследовании обнаруживают округлое выпячивание в области пупка. В горизонтальном положении больного выпячивание уменьшается в размере или исчезает. Через истонченную кожу, покрывающую выпячивание, можно заменить перистальтические волны кишечника. При покашливании четко определяется кашлевой толчок. Пупочные грыжи часто бывают невправимыми, могут быть многокамерными.

Лечение – хирургическое. После удаления грыжевого мешка и ушивания париетальной брюшины производят аутопластику брюшной стенки по методу Сапезко или по методу Мейо.

Грыжи белой линии живота: Белую линию. Живота образуют плотно прилегающие друг к другу пучки фиброзных волокон апоневрозов широких брюшных мышц. Между ними имеются щели и углубления, которые могут служить предрасполагающими анатомическими факторами в образовании грыж белой линии живота.

В начале через малую щель проходит предбрюшинная клетчатка, образуя предбрюшинную липому, а затем формируется грыжевой мешок.

По локализации грыжи белой линии живота могут быть подпупочными, околопупочными. Подпупочные грыжи встречаются крайне редко. Околопупочные располагаются чаще сбоку от пупка.

Симптомы: боль в эпигастральной области, усиливающаяся после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления.

При исследовании больного обнаруживают плотное болезненное образование в области белой линии живота. При вправимых грыжах иногда удается прощупать щелевидные грыжевые ворота. Чаще грыжи протекают бессимптомно.

Лечение – хирургическое. Операция заключается в выделении грыжевого мешка, удаление его и закрытии отверстия в апоневрозе путем наложения кисетного шва, или отдельных узловых швов.

При больших грыжах белой линии живота используют метод Сапежко. При сопутствующем грыже расхождении прямых мышц живота применяют метод Напалкова. Метод заключается в том, что после удаления грыжевого мешка рассекают влагалище прямых мышц живота вдоль по внутреннему краю и сшивают сначала внутренние, а затем наружные края рассеченных влагалищ. Таким образом, создают удвоение белой линии живота.

Редкие виды грыж живота: грыжи мечевидного отростка, грыжи полулунной (спигелиевой) линии, поясничные грыжи, запирающие грыжи, промежностные грыжи, седалишные грыжи.

Лечение – хирургическое. Осложнения наружных грыж живота: ущемление, копростаз, невправимость, воспаление.

Самым частым и опасным осложнением грыжи является ущемление, которое требует немедленного хирургического лечения.

По механизму возникновения различают эластическое, каловое и смешанное или комбинированное, ущемление. Каловое ущемление возникает при ослаблении перистальтики кишечника, чаще наблюдается у лиц пожилого возраста. Вследствие скопления большого количества кишечного содержимого в кишке, находящейся в грыжевом мешке происходит сдавление отводящей петли кишки, затем усиливается давление грыжевых ворот на содержимое грыжи и к каловому ущемлению присоединяется эластическое, таким образом, возникает смешанная форма ущемления.

Основной причиной развития патоморфологических изменений в ущемленном органе нарушение крово и лимфообращения. При ущемлении кишки вследствие венозного стаза происходит трансфузия в стенку кишки, в ее просвет и в полость грыжевого мешка. Жидкость в грыжевой мешке называют «грыжевой водой». В начале ущемления кишка приобретает цианотичную окраску, «грыжевая вода» прозрачная. Некротические изменения стенки кишки начина-

ются со слизистой оболочки. Наибольшие повреждения, прежде всего, возникают в области странгуляционной борозды на месте сдавления кишки ущемляющим кольцом.

Изменения в кишке прогрессирует, ущемленная кишка становится сине-черного цвета, серозная оболочка ее тусклая, множественные субсерозные кровоизлияния. Кишка не перистальтирует, сосуды брыжейки не пульсируют «грыжевая вода» мутная, геморрагического характера, имеет каловый запах. Затем развивается гангрена стенки кишки, ее перфорация. Развивается каловая флегмона и перитонит.

Виды ущемления и их распознавание. Основными симптомами ущемления грыжи являются боль в области грыжи, ранее свободно вправляющейся.

Интенсивность боли различная.

Местные признаки ущемления грыжи: грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации, плотное напряженное. Симптом кашлевого толчка выявить не удастся. При перкуссии определяется притупление, если грыжевой мешок содержит сальник, мочевого пузыря, «грыжевую воду». Перкуторный звук бывает тимпаническим, если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ.

Эластическое ущемление. Ущемление кишки является одной из форм странгуляционной кишечной непроходимости. На фоне постоянной острой боли в животе, обусловленной сдавлением сосудов и нервов брыжейки ущемленной кишки, возникает схваткообразная боль связанная с усилением перистальтики, задержки стула, газов, возможна рвота. При аускультации живота выслушиваются непрерывные кишечные шумы. При обзорной рентгеноскопии живота выявляются растянутые петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости и газом над ними. Позже развивается перитонит. При ущемлении кишки. В Клиническом течении осложнения можно выделить три периода. Период болевой или шоковый, период мнимого благополучия, период разлитого перитонита.

Для первого периода характерна острейшая боль, которая вызывает явления шока. Пульс слабый частый, А/Д снижено, дыхание становится частым, поверхностным. В период мнимого благополучия происходит уменьшение боли за счет омертвления ущемленной петли кишки. Если больного не оперировать, состояние его быстро ухудшается, наступает третий период – разлитого перитонита. Температура тела повышается, пульс учащается, увеличиваются вздутие живота, появляется рвота с калом. Отечность в области грыжевого выпячивания увеличивается, появляется гиперемия кожи, развивается флегмона. Возможно, ущемление во внутреннем отверстии

пахового канала (пристеночное ущемление). Вот почему при отсутствии грыжевого выпячивания необходимо произвести пальцевое исследование пахового канала. Введенным в паховый канал пальцем можно прощупать небольшое болезненное уплотнение на уровне внутреннего отверстия пахового канала.

Ретроградное ущемление. Ретроградное ущемление возникает, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель, а промежуточные, связующие их петли находятся в брюшной полости. Ущемленную подвергают в большей степени связующие кишечные петли. Некроз начинается раньше в этих кишечных петлях, расположенных выше ущемляющего кольца. В это время кишечные петли, находящиеся в грыжевой мешке, могут быть еще жизнеспособными.

Диагноз устанавливается во время операции.

Пристеночное ущемление происходит в узком ущемляющем канале, когда ущемляется только часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки. Наблюдается пристеночное ущемление тонкой кишки чаще в бедренных и паховой грыжах, реже пупочных. Расстройство крово- и лимфообращения в ущемленном участке кишки приводит к развитию деструктивных изменений, к некрозу и перфорации кишки.

Диагноз представляет большие трудности. По клиническим проявлениям пристеночное ущемление кишки отличается от ущемления кишки с ее брыжейкой. Нет явлений шока. Симптомы кишечной непроходимости могут отсутствовать, так как прохождение содержимого происходит свободно в дистальном направлении. Иногда наблюдается понос. Возникает постоянная боль в месте ущемления кишечной стенки в грыже, где можно прощупать небольшое болезненное плотное образование. Боль нередко выраженная, так как брыжейка соответственно ущемленному участку кишки свободна. Общее состояние больного в начале может оставаться удовлетворительным, затем прогрессивно ухудшается в связи с развитием перитонита, флегмона тканей окружающих грыжевой мешок. Лечение – хирургическое.

Копраостаз и каловое ущемление. Копраостаз – осложнение грыжи, когда содержимым грыжевого мешка является толстая кишка. Развивается в результате расстройства моторной функции кишечника, связанного с резким понижением тонуса кишечной стенки.

Симптомы: упорные запоры, боли в животе, тошнота редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами, оно почти безболезнен-

но, слабо напряжено, тестообразной консистенции, симптом кашлевого толчка определяется.

Лечение. Освобождено толстой кишки от содержимого. При вправимых грыжах надо стараться удержать грыжу во вправленном состоянии, когда легче добиться восстановления перистальтики кишечника. Противопоказано применение слабительных средств, так как переполнение приводящей петли содержимым может вызвать переход копростаз в каловую форму ущемление грыжи. Нарастают признаки обтурационной кишечной непроходимости. Боль в животе усиливается, приобретает схваткообразный характер, учащается рвота. В дальнейшем вследствие переполняется каловыми массами кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление грыжевыми воротами всей петли кишки и ее брыжейки. Возникает смешанная форма ущемления кишки.

С этого момента появляются признаки странгуляционной непроходимости кишечника.

Лечение: ущемленная грыжа является показанием к экстренной операции. Необходимо устранить ущемление и выяснить жизнеспособность ущемленных органов.

Первый этап – послойное рассечение тканей до апоневроза и обнаружение грыжевого мешка.

Второй этап – вскрытие грыжевого мешка производят осторожно с тем, чтобы не повредить раздутые петли кишечника, плотно прилегающие к стенке грыжевого мешка.

Третий этап – рассечение ущемляющего кольца.

Четвертый этап – определение жизнеспособности ущемленных органов. Основные критерии жизнеспособности тонкой кишки: восстановление нормального розового цвета кишки, отсутствии странгуляционной борозды и субсерозных гематом, сохранение пульсации мелких сосудов, брыжейки и перистальтических сокращений кишки. Темная окраска кишки, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка кишки, отсутствие перистальтики кишки.

Пятый этап – нежизнеспособную кишку надо удалять.

Шестой этап – ущемленный сальник резецирует.

Седьмой этап – при выборе метода пластики грыжевых ворот следует отдать предпочтение наиболее простым. При ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка, операцию надо начинать со срединной лапаротомии (первый этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей.

Восьмой этап – хирургическая обработка гнойного очага (грыжевой флегмоны). Радикальная хирургическая обработка гнойного очага заключается в иссечение нежизнеспособных, некротизированных, инфильтрированных тканей. Достоверным признакам жизнеспособности тканей является обильное капиллярное кровотечение. Разрез следует производить с учетом анатомо-топографической характеристики локализации грыжевой флегмоны. Над грыжей рассекают послойно ткани. Грыжевой мешок осторожно вскрывают, удаляют гнойный экссудат. Грыжевые ворота осторожно надсекают настолько, чтобы извлечь ущемленную кишку и ее слепые концы приводящего и отводящего отрезка. После удаления ущемленной кишки отделяет устье и шейку грыжевого мешка от грыжевых ворот. Пластику грыжевых ворот не производят. Удаляют грыжевой мешок вместе с измененными тканями. Хирургическую обработку гнойного очага завершают дренированием раны.

Послеоперационная летальность. Опасность ущемления грыжи для жизни больного возрастает по мере удлинения времени, прошедшего с момента ущемления до операции. Летальность после операции, произведенных после начала ущемления впервые 6 часов, составляют 1. 1% в сроке от 6 до 24 часов – 2,1%, позже 24 часов – 8,2%. После операций, во время которых производили резекцию кишки, летальность составляет 16%. При флегмоне грыжевого мешка, после резекции кишки летальность достигает 24%.

Осложнения после самостоятельно вправившихся, насильно вправленных и оперированных ущемленных грыж. Опасность самопроизвольного вправления ранее ущемленной кишки состоит в том, что в результате возникших в ней нарушений кровообращения она может стать источником инфицирования брюшины и внутрикишечного кровотечения.

Больной в обязательном порядке должен быть госпитализирован в стационар для динамического наблюдения. Если диагностируется перитонит или внутрикишечное кровотечение надо срочно оперировать.

В лечебных учреждениях насильственное вправление грыжи запрещено. При насильственном вправлении ущемленной грыжи могут произойти повреждения грыжевого мешка и содержимого грыжи вплоть до разрыва кишки и ее брыжейки с развитием перитонита и внутрибрюшного кровотечения, которые требуют срочного хирургического вмешательства.

Поздние осложнения, наблюдаемые после самопроизвольного вправления ущемленных грыж и развивающиеся после операций по поводу ущемленных грыж, характеризуется при-

знаками хронической кишечной непроходимости, в результате образования спаек кишечных петель между собой, с другими органами, с париетальной брюшной и рубцовых структурах, суживающих просвет кишки.

Внутренние грыжи живота. Внутренними грыжами живота называют попадание органов брюшной полости в карманы и щели париетальной брюшины. К внутренним грыжам относятся также диафрагмальные грыжи.

Петли тонкой кишки проникают между пластинками брыжейки ободочной кишки. Части грыжевыми воротами внутренних грыж являются карманы брюшины в области слепой кишки или сигмовидной кишки.

Причинами образования грыжевых ворот могут быть повреждения во время операции на органах брюшной полости: не ушитые щели в брыжейке, в большом сальнике.

Симптомы заболевания при внутренних грыжах возникают при непроходимости кишечника, по поводу которой больных оперируют.

Для оптимизации процесса обучения мы составляем ситуационные задачи

Решение ситуационных задач позволяет применять имеющиеся знания, закреплять умения и навыки, способствовать творческой деятельности обучающихся.

Ситуационные задачи делятся на типовые (репродуктивная деятельность) и нетиповые, требующие продуктивной умственной деятельности на уровне умений.

ВОПРОСЫ

1. У ребенка 3 мес, страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5х1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его – 1 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

2. На прием явился допризывник, направленный военкоматом. Во время обследования установлено, что оба наружных отверстия

пахового канала расширены до 2 см в диаметре. Положителен симптом кашлевого толчка. Каких-либо выпячиваний в этой области не обнаружено.

Какова ваша тактика в отношении данного больного?

3. Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

4. У больного 16 лет во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко» находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

5. Вы оперируете в плановом порядке больного 40 лет по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В грыжевом мешке содержимым оказались петли тонкого кишечника и часть слепой кишки с червеобразным отростком. Отросток не изменен, но фиксирован плоскостными спайками к слепой кишке.

Будете ли вы одновременно с грыжесечением производить аппендэктомию?

6. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избежать подобных осложнений?

7. Больного 60 лет оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволок-

нен и не дает возможности надежного укрепления стенок пахового канала.

Каким образом вы укрепите его стенки, чтобы избежать повторного рецидива?

8. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет паховоадошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

9. Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 ч после ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

10. Больной 65 лет оперирован вами по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?

11. У больного 36 лет вами была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Какая была допущена вами ошибка, приведшая к возникновению перитонита?

ОТВЕТЫ

1. У больного наступил левосторонний подвздошно-бедренный тромбоз. Больного необходимо подвергнуть срочной операции: ревизии подвздошной бедренной вены внебрюшинным доступом и удаления тромба.

В послеоперационном периоде больному следует провести лечение гепарином и фибринолизинем, а затем антикоагулянтами непрямого действия, которые больной должен принимать не менее 3 мес, поддерживая уровень протромбинового индекса на 50%. Необходимо ношение эластического чулка в течение 4 мес.

2. У ребенка пупочная грыжа. Необходимо прежде всего ликвидировать причины, ведущие к резкому повышению внутрибрюшного давления. Обратиться к педиатру и устранить причину запоров, нормализовать деятельность кишечника. Одновременно назначить ребенку ношение повязки-бандажа. Повязку из лейкопластырных лент накладывают черепицеобразно в поперечном направлении, после вправления грыжи и тесного сближения краев кожи над пупочным кольцом. Мать ребенка должна ежедневно производить ему массаж брюшной стенки и лечебную гимнастику для укрепления мышц брюшной стенки.

При отсутствии осложнений грыжи вопрос об оперативном лечении, если грыжа не поддается консервативному лечению, целесообразно решать в возрасте 2-3 лет, а при грыжах с широким пупочным кольцом или со значительным прыжевым выпячиванием – уже в 5-6 мес.

У больного канальная паховая грыжа. Подлежит операции грыжесечения. Операцию можно произвести одномоментно с обеих сторон.

3. У больного имеются двусторонние прямые паховые грыжи. Указанные нарушения мочеиспускания возможны и при наличии грыжи (например, скользящая грыжа, содержимым которой является часть стенки мочевого пузыря). Вместе с тем, учитывая возраст больного и то, что жалобы на расстройства мочеиспускания появились у него намного раньше, чем образовались грыжи, можно предположить, что здесь имеет место аденома предстательной железы.

С этой целью производят пальцевое ректальное исследование предстательной железы.

Если диагноз подтвердится, а состояние больного позволяет надеяться на благополучный исход, делают операцию аденомэктомии, а затем, позже – грыжесечение. При невозможности хирургического лечения можно рекомендовать консервативное лечение аденомы.

Оперировать больного по поводу грыж раньше, чем исчезнут явления нарушения мочеиспускания, не следует.

4. У больного была врожденная паховая грыжа. В этом случае часть грыжевого мешка, покрывающую яичко и прилежащий к нему участок семенного канатика, не выделяют, а отсекают от остального грыжевого мешка. Этот участок остается на месте и выворачивается как при операции Винкельмана по поводу водянки яичка. В остальном обработка грыжевого мешка и пластика пахового канала производится по обычным правилам.

5. Наличие спаек, фиксирующих червеобразный отросток к слепой кишке, косвенно говорит, что у больного хронический аппендицит (иногда это может подтвердить и анамнез больного). Но при отсутствии острых явлений и, стало быть, срочных показаний «аппендэктомии» производить ее во время грыжесечения не следует. Грыжесечение – это чистая операция, и вскрытие просвета кишечника при выполнении аппендэктомии нецелесообразно.

6. У больного имелась скользящая грыжа, медиальной стенкой которой являлся мочевой пузырь. Прежде всего следует разобраться в анатомических соотношениях. Рану мочевого пузыря закрыть двухрядным швом. Затем брюшину как покрывающую мочевой пузырь, так и со свободной стороны в области шейки грыжевого мешка изнутри прошить кيسетным швом. Концы шва вывести наружу и завязать. К месту ранения пузыря подвести тонкую резиновую трубочку. Произвести пластику пахового канала в медиальном углу раны. Наружный конец трубки вывести между швами в латеральном углу раны, где при пластике апоневроза накладывают швы более редко. К наружному концу трубки присоединить отсасывающий баллончик. В мочевой пузырь ввести постоянный катетер.

Избежать вскрытия органов при скользящих грыжах можно при тщательной оценке рассекаемых при выделении грыжевого мешка тканей, а также выясняя некоторые детали анамнеза, указывающие на возможность скользящей грыжи.

7. Необходимо укрепить переднюю стенку пакового канала аллопластическими материалами (лучше лавсановой или териленовой сеткой). При отсутствии таких материалов можно воспользоваться лоскутом из широкой фасции бедра. Целесообразно также использование гетерогенной брюшины.

8. Врач совершил грубейшую ошибку. Больной после насильственного или самопроизвольного вправления длительно ущемленной грыжи должен находиться в стационаре под наблюдением хирурга. Если вправилась нежизнеспособная кишка, как это было у данного больного, то при первых признаках неблагополучия со стороны брюшной полости больного следует оперировать. Разрез – срединная лапаротомия. Обязательно резецировать кишку в пределах здоровых тканей. В случае благополучного исхода после вправления нужно произвести операцию грыжесечения в плановом порядке, не выписывая больного из стационара.

9. Следует произвести обычное Грыжесечение с пластикой пакового канала. Вопрос о немедленной лапаротомии для ревизии ускользнувшей кишки решается индивидуально, в зависимости от срока ущемления, величины ущемляющего кольца, возраста больного, наличия грыжевых вод и прочих факторов.

В случае малейшего сомнения в жизнеспособности ускользнувшей петли кишки следует произвести «герниолапаротомию» или дополнительную срединную лапаротомию. Если лапаротомию решили не производить, то за больным надо установить тщательное наблюдение, а при малейшем подозрении на перитонеальные явления – произвести ревизию органов брюшной полости из срединного разреза.

10. О нежизнеспособности кишки говорит темный синюшно-багровый цвет кишки, не меняющийся и после 20-30-минутного согревания салфетками с теплым физиологическим раствором, отсутствие перистальтики и пульсации соответствующей артерии брыжейки. Границы резекции должны быть: в проксимальном направлении отступя 40 см от участка некроза, в дистальном – на 15-20 см.

11. Несомненно, что у больного было ретроградное ущемление кишки, которое во время операции не было диагностировано. В руках у хирурга, оперирующего ущемленную грыжу, при решении вопроса о жизнеспособности кишки должна быть только одна петля

кишки. Если петли две, как это было в данном случае, а промежуточный между ними участок кишки находится в брюшной полости, то он может быть ретроградно ущемлен. Этот участок обязательно следовало вывести из брюшной полости и осмотреть.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш. И. «Хирургик касалликлар. « Тошкент, 1991 г. – С. 404-408.
2. Кузин М. И. «Хирургические болезни» - М. : Медицина, 1987 г. - С, 625-626.
3. Зайцев В. Т. «Неотложная хирургия брюшной полости» Киев, 1989 г. - 147.
4. Б. В. Петровский «Хирургические болезни», М. 1980 г.
5. Б. В. Петровский «Избранные лекции по хирургии», М. 1986 г.
6. Б. В. Петровский «ХХХТ-Всесоюзный съезд хирургов», Т. 1986 г.
7. Н. Н. Еланский «Хирургические болезни», М. 1964 г.
8. В. А. Попов «Перитонит», Медицина Л, 1985.
9. В. С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М. Медицина 1976.
10. М. И. Кузин, О. С. Шкроб «Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность». Медицина, Т., 1978.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА I. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.....	4
ГЛАВА II. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	32
ГЛАВА III. КАМНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ, МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА.....	56
ГЛАВА IV. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШИНЫ. ПЕРИТОНИТЫ	75
ГЛАВА V. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	93
ГЛАВА VI. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ	113
ГЛАВА VII. ГРЫЖИ.....	130

Б. С. Турсунов, О. М. Мамышев, У. Б. Турсунов
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ

Издательство медицинской литературы
имени Абу Али ибн Сино,
Ташкент, 700129, пр. Навои, 30.

Редактор: Х.Карабаев
Технический редактор: Е. Цой
Корректор: О. Мирзаев

Подписано в печать 21.12.2004
№ заказа 21/2004
Гарнитура Time. Формат бумаги 60x84 ¹/₁₆
Усл.-печат. листов 7,87. Тираж 1000 экз.
Отпечатано на оборудовании фирмы «Селбис»
г. Самарканд, ул. Ш. Рашидова, 68.