

НАЦИОНАЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ  
БИБЛИОТЕКА



ПРАКТИКУМ

---

НЕОТЛОЖНАЯ  
АБДОМИНАЛЬНАЯ  
ХИРУРГИЯ

---

Н. А. МАЙСТРЕНКО К. Н. МОВЧАН В. Г. ВОЛКОВ

 ПИТЕР®

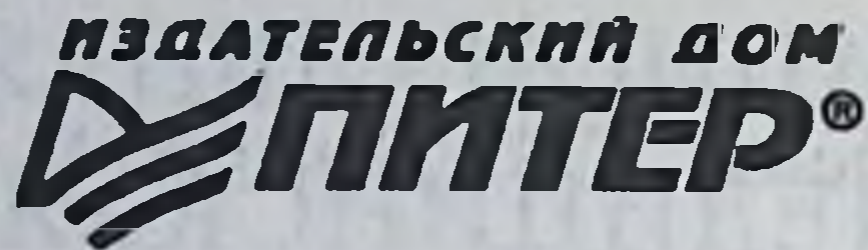
The logo for the publisher PITER, featuring a stylized graphic of three horizontal lines of varying lengths to the left of the word "ПИТЕР" in a bold, sans-serif font, followed by a registered trademark symbol.



НАЦИОНАЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ  
БИБЛИОТЕКА



582  
0



Издательский дом «Питер» создан в 1991 году. Сегодня он входит в десятку крупнейших издательств России и СНГ и является самым крупным в Санкт-Петербурге.

Если вы — профессионал в медицине, психологии, компьютерных технологиях, экономике или стремитесь к этому, — всю необходимую литературу вы найдете у нас. В соответствующих разделах сайта ([www.piter.com](http://www.piter.com)) показаны не только книги, которые уже можно приобрести, но и те, что только готовятся к выходу в свет.

Отзывы и предложения можно присылать по электронной почте ([medicina@piter.com](mailto:medicina@piter.com)).

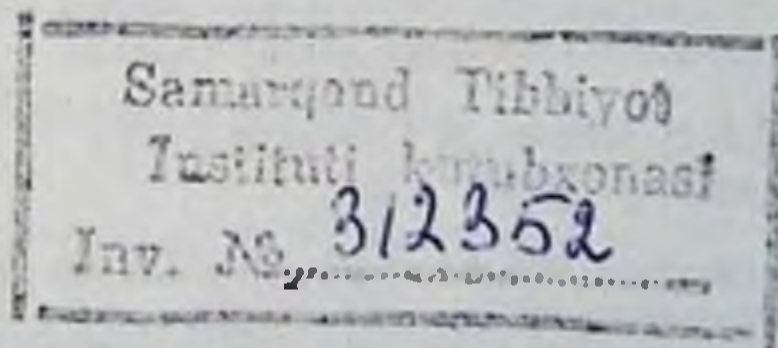


617-039  
M140

Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков

# НЕОТЛОЖНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

## ПРАКТИКУМ



 **ПИТЕР®**

Санкт-Петербург  
Москва • Харьков • Минск

2002



*Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков*  
**НЕОТЛОЖНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**  
**Практикум**

Главный редактор  
Заведующий редакцией  
Ведущий редактор  
Редактор  
Художественный редактор  
Художники  
Корректор  
Дизайн и верстка

*Е. В. Строганова  
П. В. Алесов  
Т. П. Ульянова  
Н. Н. Иезуитова  
К. Ф. Радзевич  
А. Г. Новиков, М. И. Генералов  
Т. В. Дубраво  
А. Л. Кудрявцев*

**Рецензенты:**

**А. Е. Борисов**, доктор медицинских наук, профессор, Главный хирург Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой хирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования;

**А. Ф. Романчишен**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и военно-полевой хирургии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии.

ББК 54.574я7 УДК 616-089(075)

Майстренко Н. А., Мовчан К. Н., Волков В. Г.

**М14 Неотложная абдоминальная хирургия: практикум.** — СПб: Питер, 2002. — 304 с. — (Серия «Национальная медицинская библиотека»).

ISBN 5-318-00270-6

Эта книга успешно решает проблему подготовки студентов медицинских вузов по хирургии, связанную с недостаточным уровнем знаний в области оказания медицинской помощи больным с острыми формами патологии органов брюшной полости. Современные сведения, приведенные в этой книге, позволяют сосредоточиться на изучении этого раздела хирургии на фоне нарастающего потока информации. Настоящий практикум является удачным дополнением к учебнику и предназначен не только для студентов медицинских вузов, но и для широкого круга врачей хирургического профиля.

**Авторы:**

**Майстренко Николай Анатольевич**, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, начальник кафедры абдоминальной хирургии Российской Военно-медицинской академии;

**Мовчан Константин Николаевич**, доктор медицинских наук, старший преподаватель кафедры абдоминальной хирургии Российской Военно-медицинской академии;

**Волков Вячеслав Григорьевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры абдоминальной хирургии Российской Военно-медицинской академии.

© Н. А. Майстренко, К. Н. Мовчан, В. Г. Волков, 2002

© Издательский дом «Питер», 2002

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельца авторских прав.

Отзывы и предложения можно присылать в редакцию по электронной почте: [medicina@piter.com](mailto:medicina@piter.com).

ISBN 5-318-00270-6

ООО «Питер Принт», 196105, Санкт-Петербург, Благодатная ул., д. 67в.

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 95 3000 — книги и брошюры.

Подписано в печать 20.02.02. Формат 60 × 90/16. Усл. п. л. 19. Тираж 3000 экз.  
Заказ № 2680.

Отпечатано с готовых диапозитивов в АООТ «Типография „Правда“»,  
191119, С.-Петербург, Социалистическая ул., 14.



# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Список основных сокращений .....</b>	<b>7</b>
<b>Введение .....</b>	<b>8</b>
<b>Глава 1. Основные острые хирургические заболевания органов брюшной полости .....</b>	<b>11</b>
1.1. Острый аппендицит .....	12
1.2. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки .....	44
1.3. Острые желудочно-кишечные кровотечения .....	68
1.4. Острый холецистит .....	105
1.5. Острый панкреатит .....	132
1.6. Острая кишечная непроходимость .....	157
1.7. Ущемленные грыжи .....	182
1.8. Перитонит .....	205
<b>Глава 2. Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, симулирующих «острый живот» .....</b>	<b>233</b>
2.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы .....	236
2.2. Заболевания органов дыхания .....	242



---

2.3. Хронические заболевания органов пищеварения .....	244
2.4. Гинекологические заболевания .....	250
2.5. Кожные и венерические заболевания .....	254
2.6. Инфекционные и паразитарные заболевания .....	256
2.7. Заболевания мочевыводящих путей .....	268
2.8. Заболевания эндокринных органов .....	270
2.9. Заболевания нервной системы .....	274
2.10. Заболевания психики .....	276
2.11. Заболевания крови .....	278
2.12. Отравления .....	280
<b>Заключение .....</b>	<b>294</b>
<b>Список основной литературы .....</b>	<b>296</b>
<b>Список дополнительной литературы .....</b>	<b>296</b>



## **Список основных сокращений**

**АД** — артериальное давление

**АЛТ** — аланинаминотрансфераза

**АСТ** — аспартатаминотрансфераза

**ИФА** — иммуноферментный анализ

**КК** — креатининкиназа

**КТ** — компьютерная томография

**КФК** — креатинфосфокиназа

**ЛДГ** — лактатдегидрогеназа

**РА** — реакция агглютинации

**РСК** — реакция связывания комплемента

**РНГА** — реакция непрямой гемагглютинации

**РНИФ** — реакция непрямой иммунофлюоресценции

**РПГА** — реакция прямой гемагглютинации

**ПЦР** — полимеразная цепная реакция

**СОЭ** — скорость оседания эритроцитов

**СБЙ** — связанный с белком йод

**T<sub>3</sub>** — трийодтиронин



T<sub>4</sub> — тироксин

ФГС — фиброгастродуоденоскопия

ЭКГ — электрокардиография

ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография

ЯМР — ядерно-магнитный резонанс



## ВВЕДЕНИЕ

Практикум составлен преподавателями кафедры абдоминальной хирургии Военно-медицинской академии и предназначен для студентов, обучающихся на старших курсах медицинских вузов, при их самостоятельной подготовке к практическим занятиям. Материалы Практикума подобраны в соответствии с тематическим планом по циклу неотложной абдоминальной хирургии. Практикум должен помочь обучающимся выделить основные положения, которые необходимо усвоить на предстоящем занятии.

Каждому врачу приходится оказывать помощь при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Больные с «острым животом» составляют основной контингент пациентов, поступающих экстренно в лечебные учреждения органов здравоохранения. Понятие «острый живот» объединяет несколько хирургических заболеваний органов брюшной полости, которые в большинстве случаев устраняются срочным оперативным вмешательством, реже — консервативным лечением. Обследование больных в стационарных условиях должно завершаться верификацией заболевания, по поводу которого необходимо срочно выполнить оперативное вмешательство. Если необходимости в хирургическом лечении не возникает, то пребывание больных в хирургическом стационаре редко имеет смысл. Чаще всего в таких случаях пациенты переводятся в другие стационары или выписываются на амбулаторное лечение.

Клинические проявления заболеваний, относящихся к группе «острый живот», характеризуются рядом общих признаков (боли в животе,



рвота, диспепсические расстройства и т. д.). Аналогичными признаками могут характеризоваться и другие патологические состояния, не относящиеся к группе острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, но очень схожие с ними по клиническим проявлениям. Однако заболевания, симулирующие «острый живот», имеют и свои специфические особенности, ориентируясь на которые их можно распознать. Для предупреждения диагностических ошибок симптомы заболеваний группы «острый живот» всегда необходимо дифференцировать от клинических проявлений состояний, симулирующих острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Поэтому в пособии приведены основные дифференциально-диагностические характеристики группы заболеваний, часто симулирующих «острый живот».

Сведения, изложенные в Практикуме, прежде всего концентрируют внимание обучающихся на общепризнанных концепциях и положениях, регламентирующих оказание медицинской помощи больным «острым животом». В то же время в главах Практикума представлен и обобщенный опыт лечебной и методической работы сотрудников клиники им. С. П. Федорова Военно-медицинской академии, который начинающему врачу целесообразно учитывать в повседневной работе.



Глава 1

# **ОСНОВНЫЕ ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**



*«...к этому заболеванию более чем какому-либо другому, приложима формула: существуют больные, а не болезнь. Всегда рассчитывать на одинаковую клиническую картину и придерживаться классической схемы – значит обречь себя во многих случаях на слепоту».*

*Г. Мондор, 1939 г.*

## **1.1. Острый аппендицит**

### **Содержание занятия**

Анатомо-физиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке. Классификация острого аппендицита. Его патолого-анатомические формы. Этиология и патогенез. Клиническая картина, диагностика. Тактика при оказании медицинской помощи. Осложнения при остром аппендиците. Их клиническая картина, диагностика и лечение. Подготовка больных к операции, ее особенности. Послеоперационные осложнения у больных, перенесших аппендэктомию, их диагностика и лечение. Особенности лечения острого аппендицита у детей, беременных и больных старшей возрастной группы. Ошибки диагностики и лечения. Врачебно-трудовая экспертиза.

### **Базисные знания**

Червеобразный отросток расположен в илеоцекальном отделе кишечника (рис. 1). Терминальный отдел подвздошной кишки отделен от слепой кишки илеоцекальным клапаном (баугиниевой заслонкой). Он препятствует рефлюксу содержимого толстой кишки в тонкую.

Артериальное кровоснабжение этой зоны осуществляется по верхнебрыжеечной артерии, подвздошно-ободочной артерии, одной из ветвей которых является аппендикулярная артерия. Отток крови от червеобраз-



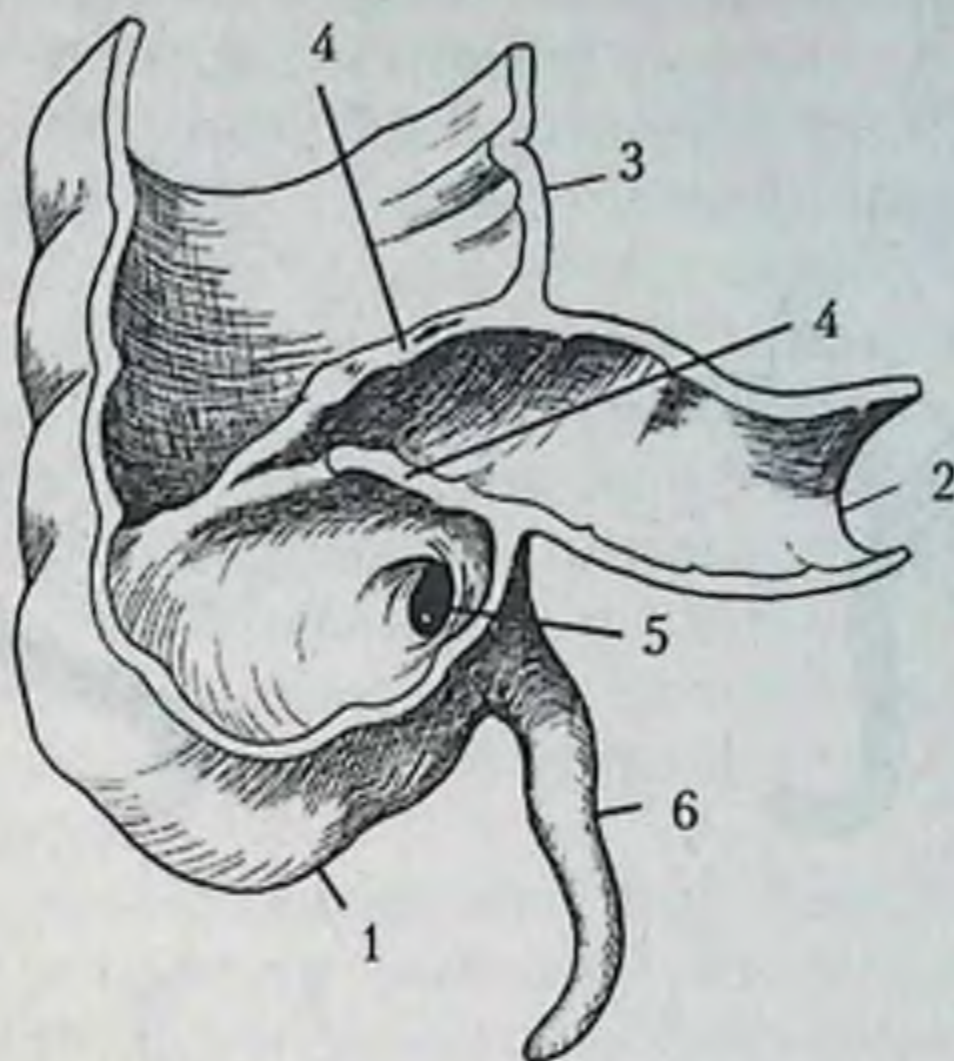


Рис. 1. Илеоцекальный отдел кишечника:

1 — слепая кишка; 2 — подвздошная кишка; 3 — восходящая ободочная кишка; 4 — баугиниева заслонка; 5 — просвет червеобразного отростка; 6 — червеобразный отросток.

ного отростка происходит по подвздошно-ободочной вене, впадающей в верхнюю брыжеечную вену, участвующую в формировании воротной вены. Лимфатические сосуды червеобразного отростка составляют густую сеть, расположенную в слизистой оболочке, подслизистом, мышечном и серозном слоях. Лимфатические сосуды по брыжейке кишки впадают в подвздошно-ободочные лимфатические узлы, расположенные по ходу подвздошно-ободочной артерии. Далее лимфа оттекает по лимфатическим коллекторам, расположенным вдоль верхней и нижней брыжеечных артерий и аорты.

Симпатическая иннервация илеоцекального отдела осуществляется из верхнего брыжеечного и чревного сплетений. Волокна блуждающих нервов обеспечивают илеоцекальный отдел парасимпатической иннервацией.

В правую подвздошную область слепая кишка опускается из верхних отделов брюшной полости в процессе эмбриогенеза. Иногда из-за пороков эмбрионального развития или конституциональных особенностей слепая кишка располагается под печенью. Очень редко, при обратном



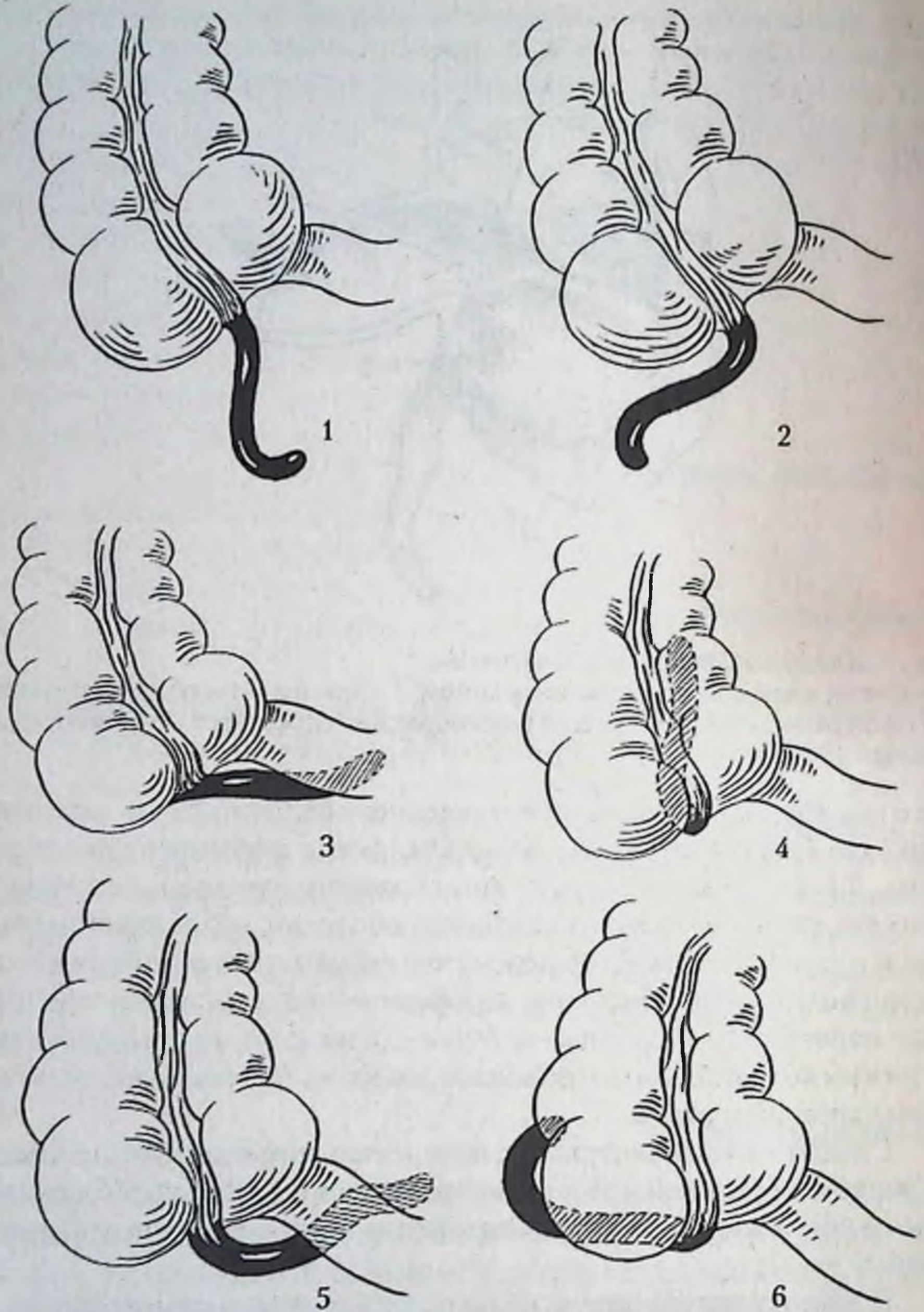


Рис. 2. Некоторые варианты расположения червеобразного отростка:  
 1 — тазовое; 2 — в правой подвздошной ямке; 3 — медиальное; 4 — ретроцекальное;  
 5 — под терминальным отделом подвздошной кишки; 6 — латеральное.



расположении внутренних органов, возможна локализация илеоцекального угла в левой подвздошной области.

Червеобразный отросток имеет цилиндрическую форму. Его длина в среднем составляет 7–13 см, а диаметр — 5–8 мм. Аппендикс может занимать различные положения по отношению к слепой кишке (рис. 2). Чаще всего червеобразный отросток располагается книзу и медиально от слепой кишки. В другом варианте он может находиться в малом тазу у мочевого пузыря, прямой кишки, яичников, маточных труб. При локализации червеобразного отростка на передней поверхности слепой и восходящей ободочной кишок его верхушка может находиться у нижней поверхности печени и дна желчного пузыря. При ретроцекальном и ретроперитонеальном положениях червеобразного отростка он может прилегать к правому мочеточнику или почке.

Как правило, червеобразный отросток располагается интраперитонеально. В жировой ткани его брыжейки проходят сосуды и нервы. Брюшина, покрывающая червеобразный отросток со всех сторон, является его серозной оболочкой (рис. 3). Мышечная оболочка аппендикса имеет два

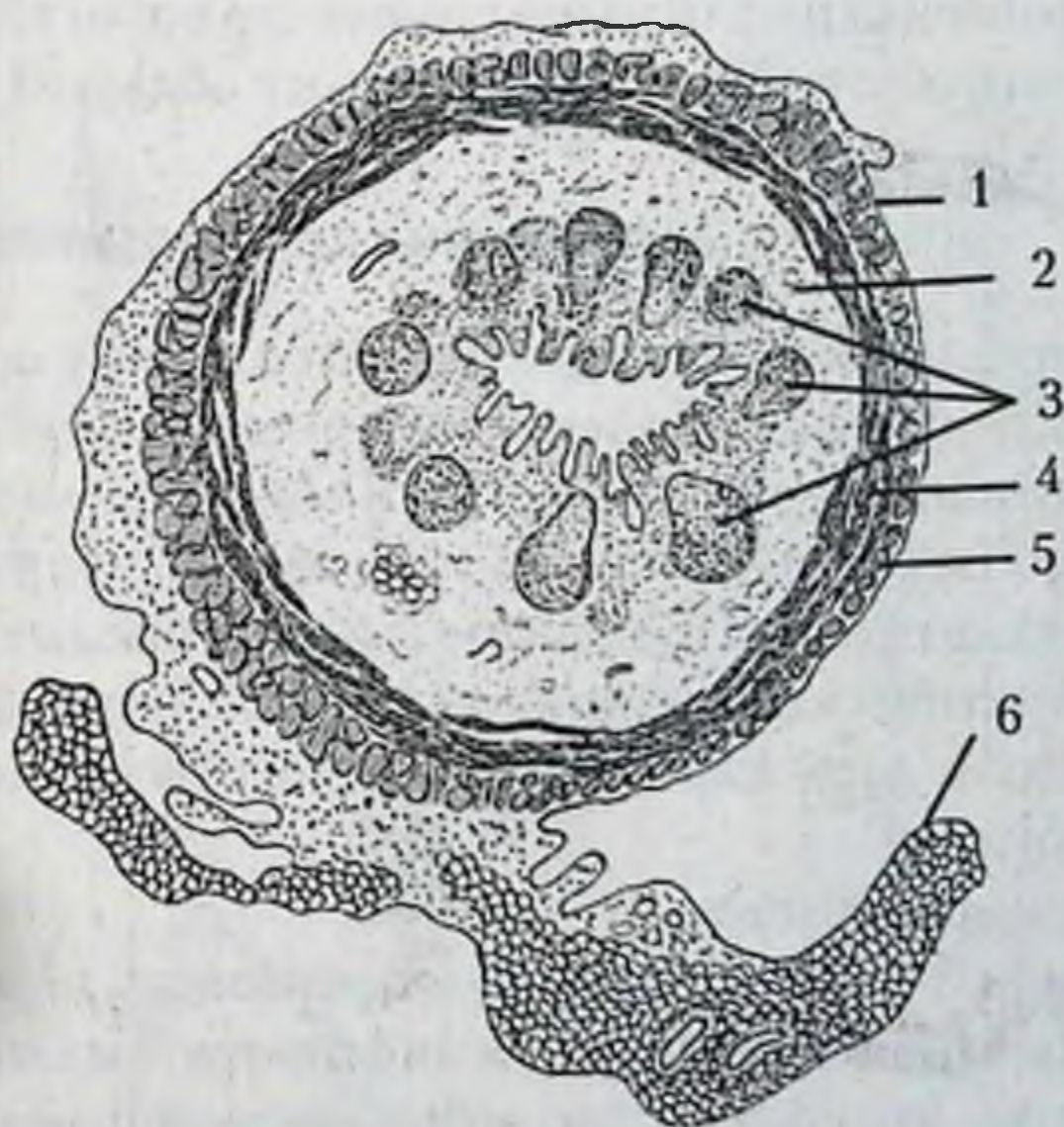


Рис. 3. Гистологическое строение червеобразного отростка: 1 — серозная оболочка (брюшина); 2 — подслизистый слой; 3 — лимфоидные фолликулы; 4 — циркулярные мышечные волокна; 5 — продольные мышечные волокна; 6 — брыжейка червеобразного отростка.



слоя — продольный и циркулярный. В подслизистом слое червеобразного отростка находится множество лимфатических фолликулов и сосудов. Мощный лимфатический аппарат червеобразного отростка представляет барьер для микроорганизмов.

Слизистая оболочка выстлана цилиндрическим эпителием и имеет складчатое строение, образуя глубокие лакуны и крипты. Червеобразный отросток продуцирует около литра щелочного секрета в сутки.

### **Контрольные вопросы по базисным знаниям**

Является ли червеобразный отросток рудиментом? Какие отделы правой половины толстой кишки покрыты брюшиной со всех сторон?

Куда могут распространяться гнойные затеки при локализации гнойно-воспалительного очага в правой подвздошной области?

С помощью каких рентгенологических методов осуществляется диагностика заболеваний илеоцекального отдела кишечника?

Какие инструментальные методы используются при диагностике заболеваний илеоцекального отдела кишечника?

Какими анатомическими образованиями ограничено дугласово пространство? Перечислите границы подвздошных областей.

### **Материалы для подготовки к занятию**

«Острый аппендицит» — понятие, принятое для обозначения отдельной нозологической формы заболевания червеобразного отростка. Оно содержит в себе различные по этиологии и патогенезу острые воспалительные и деструктивные изменения в этом органе, проявляющиеся рядом одинаковых клинических признаков и объединяемые единством диагностических и тактических принципов лечения больных.

В зависимости от выраженности морфологических изменений острый аппендицит бывает:

- простой (катаральный);
- деструктивный (флегмонозный, гангренозный, перфоративный);
- осложненный (аппендикулярным инфильтратом, местным или разлитым перитонитом, пилефлебитом, забрюшинной флегмоной, межкишечными абсцессами и др.).

Клинические признаки острого аппендицита во многом обуславливаются расположением червеобразного отростка. Как правило, заболевание



начинается среди полного здоровья и связывается с появлением болей в животе. Вначале боли не имеют четкой локализации, но чаще всего отмечаются в подложечной области или около пупка. Затем болевые ощущения перемещаются (рис. 4) в правую подвздошную область (симптом Кохера).

Характер болей в животе может быть различен. Чаще всего отмечают выраженные болевые ощущения (у больных молодого возраста), реже — незначительные (как правило, у людей старшей возрастной группы). С течением времени боли в животе могут изменяться — усиливаться или уменьшаться. Характерной особенностью болевых ощущений в животе при остром аппендиците является то, что, раз возникнув, они сохраняются и, даже уменьшившись в своей интенсивности, окончательно не проходят. Боли в животе могут усиливаться при ходьбе или кашле, при этом больные несколько наклоняются вперед, стараясь ограничить движение в болевой зоне, или стремятся лежать на правом боку. Полного параллелизма между интенсивностью болей и морфологическими изменениями в стен-

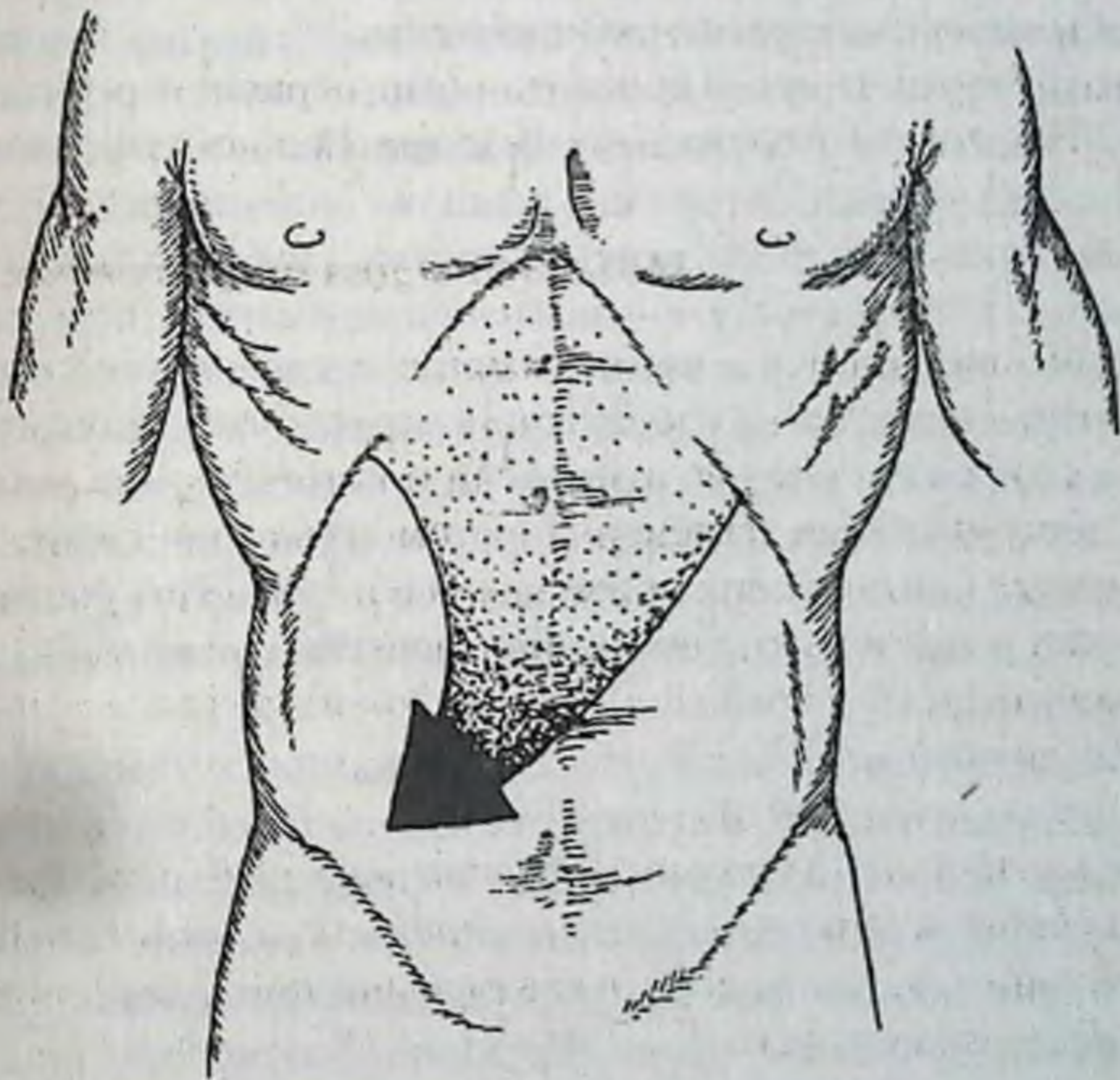
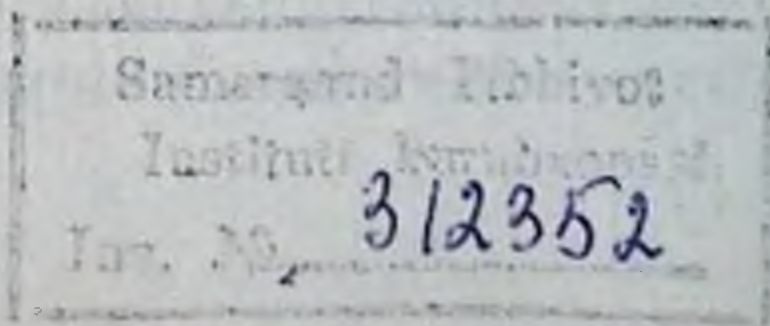


Рис. 4. Симптом Кохера.





ке червеобразного отростка нет. При явном нарастании воспалительных изменений в червеобразном отростке боли могут уменьшаться. Так бывает при гангрене червеобразного отростка, когда происходит омертвление его нервного аппарата. При прободном аппендиците боли в животе резко усиливаются, принимая «кинжальный» характер.

Кроме болей в животе, при остром аппендиците могут отмечаться общая слабость, недомогание, сухость во рту, ощущение жара и озноба, потеря аппетита, тошнота, однократная (очень редко — многократная) рвота, повышение температуры тела. Если червеобразный отросток располагается рядом с мочевым пузырем, могут быть дизурические расстройства. При расположении патологического процесса рядом с прямой кишкой могут отмечаться расстройства стула.

Чем ближе воспаленно измененный червеобразный отросток расположен к передней брюшной стенке, тем сильнее выражены симптомы, свидетельствующие о неблагополучии в брюшной полости. Их надо уметь определять. При осмотре живота правая его половина может отставать от левой во время дыхательных движений. Иногда отчетливо видна асимметрия живота вследствие выраженного напряжения мышц правой половины передней брюшной стенки. При перфоративном аппендиците передняя брюшная стенка может вообще не участвовать в дыхании. Пальпировать живот необходимо теплыми руками, осторожно выявляя болезненные места и зоны напряжения мышц передней брюшной стенки. Грубая пальпация живота может вызвать ложное произвольное напряжение мышц передней брюшной стенки. Без сильного давления на живот, проводя рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки (рис. 5), может быть определена зона болезненности в правой подвздошной области (симптом Воскресенского, или скольжения). Чаще всего этот симптом выявляется при исследовании живота через нателное белье больного, которое натягивается рукой врача. Выявление таким образом кожной гиперестезии внизу живота справа называется еще «симптом рубашки».

При обследовании больных острым аппендицитом, даже при поверхностной пальпации живота, в правой подвздошной области может определяться мышечное напряжение передней брюшной стенки. Еще больше оно выражено при глубокой пальпации живота. Усиление болей при резком подъеме руки, производящей глубокую пальпацию живота, свидетельствует о положительном симптоме Щеткина—Блумберга (рис. 6). Важно не просто определить напряжение мышц живота и положительный симптом Щеткина—Блумберга, но и оценить локализацию, выраженность



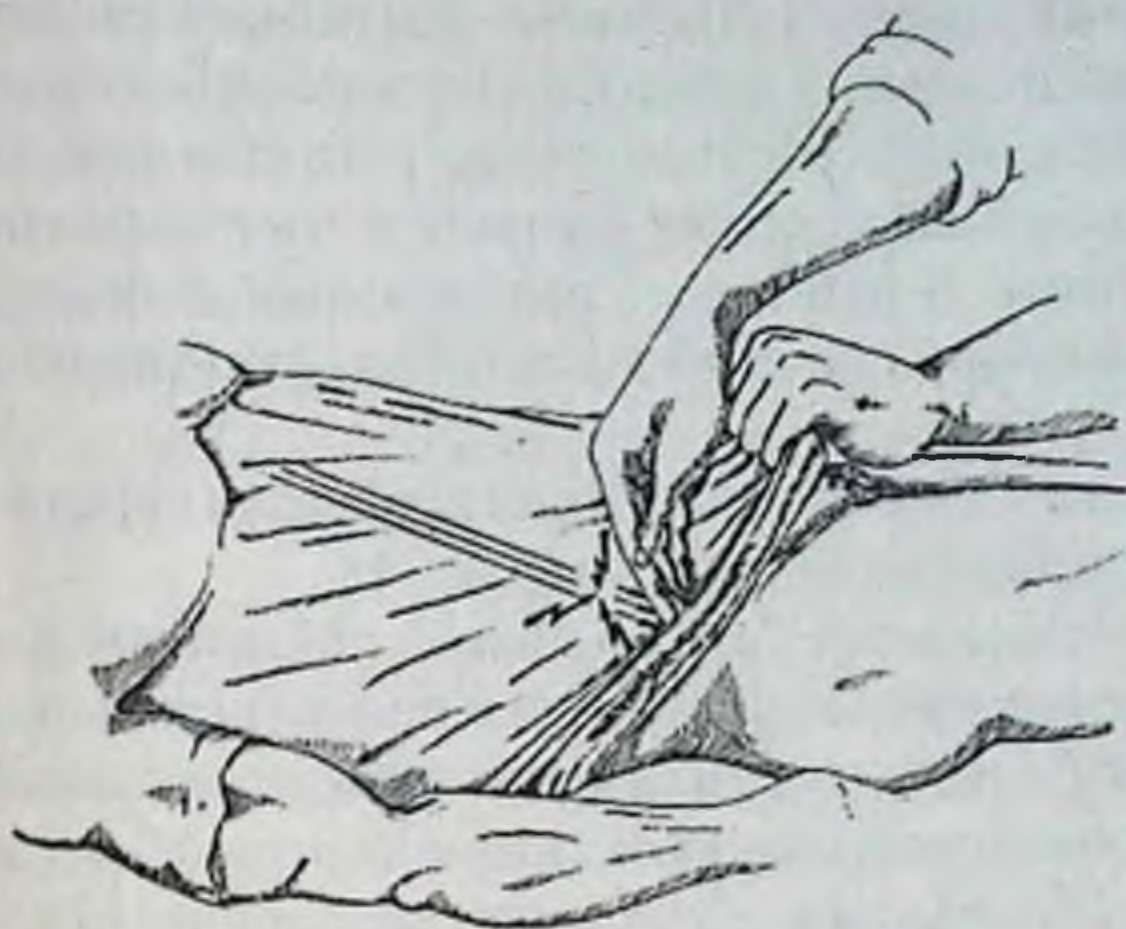


Рис. 5. Симптом Воскресенского.

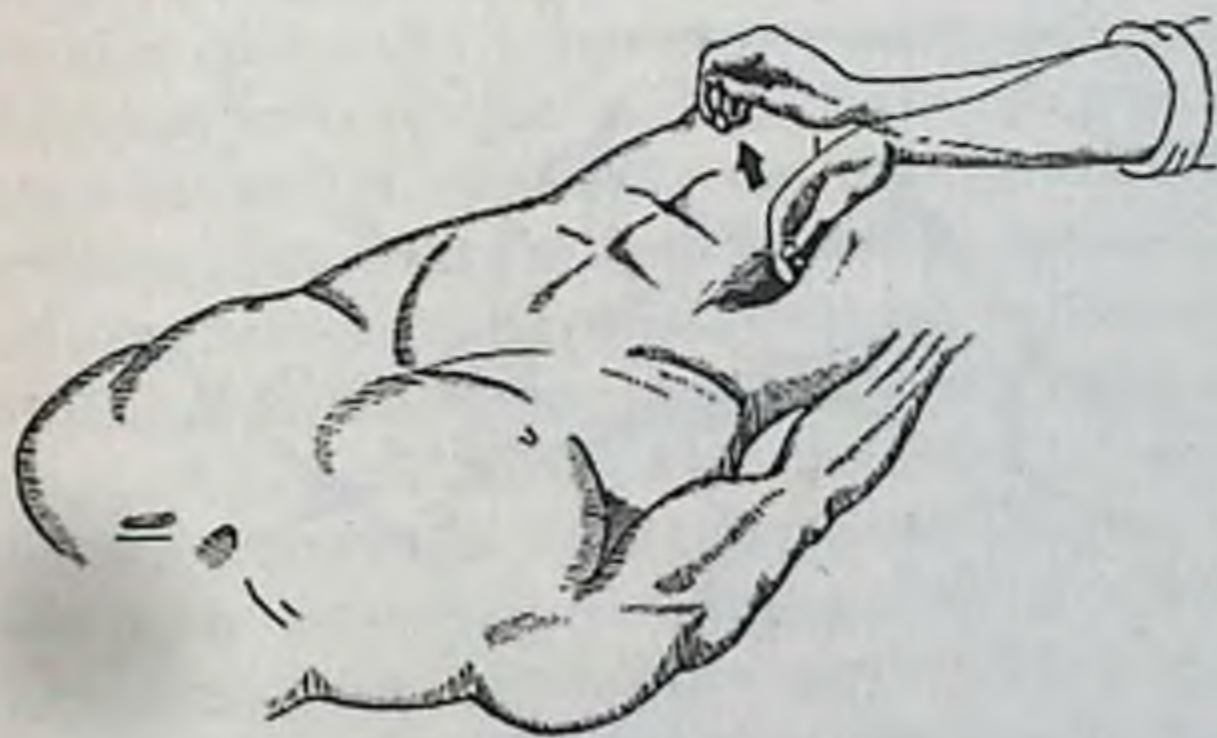


Рис. 6. Симптом Щеткина-Блюмберга.



и распространенность этих признаков неблагополучия в брюшной полости. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины. Этот симптом не является патогномоничным для острого аппендицита. Более характерными для этого заболевания считаются так называемые аппендикулярные симптомы. В настоящее время известно свыше 100 таких признаков. Во врачебной практике в основном ориентируются на следующие симптомы:

— Раздольского — болезненность при перкуссии передней брюшной стенки в правой подвздошной области (рис. 7);

— Ровзинга — появление болей в правой подвздошной области при толчках, совершаемых рукой врача в левой половине живота (рис. 8);

— Ситковского — появление или усиление болей в правой подвздошной области при повороте больных со спины на левый бок (рис. 9);

— Бартомье—Михельсона — усиление болезненности в правой подвздошной области при пальпации живота в положении больных на левом боку (рис. 10);

— Образцова — усиление болезненности во время проведения глубокой, как правило, бимануальной пальпации правой подвздошной обла-



Рис. 7. Симптом Раздольского.





Рис. 8. Симптом Ровзинга.

ти в положении больного на спине при подъеме им выпрямленной правой ноги (рис. 11).

Очень важными диагностическими приемами являются пальцевое исследование органов живота через прямую кишку (рис. 12) и через влагалище у женщин (рис. 13). С помощью этих методик обследования больных можно распознать тазовое расположение червеобразного отростка и исключить острое воспалительное заболевание внутренних половых органов у женщин (рис. 14). Определенное значение имеет сравнительная оценка температуры тела в подмышечной области и прямой кишке. Разница в этих показателях, превышающая  $1^{\circ}\text{C}$ , должна привлекать особое внимание врача, обследующего больного с «острым животом».

При общеклиническом исследовании крови у больных острым аппендицитом отмечается увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Изменение показателей крови имеет важное диагностическое значение при динамическом наблюдении за больным.

По мере развития воспалительного процесса в червеобразном отростке нарастают общие симптомы заболевания: слабость, недомогание, озноб, сухость во рту, тахикардия, обложенность языка, повышение температуры тела. В табл. 1 представлены основные дифференциально-диагностические характеристики острого аппендицита и ряда других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и состояний, симулирующих «острый живот».



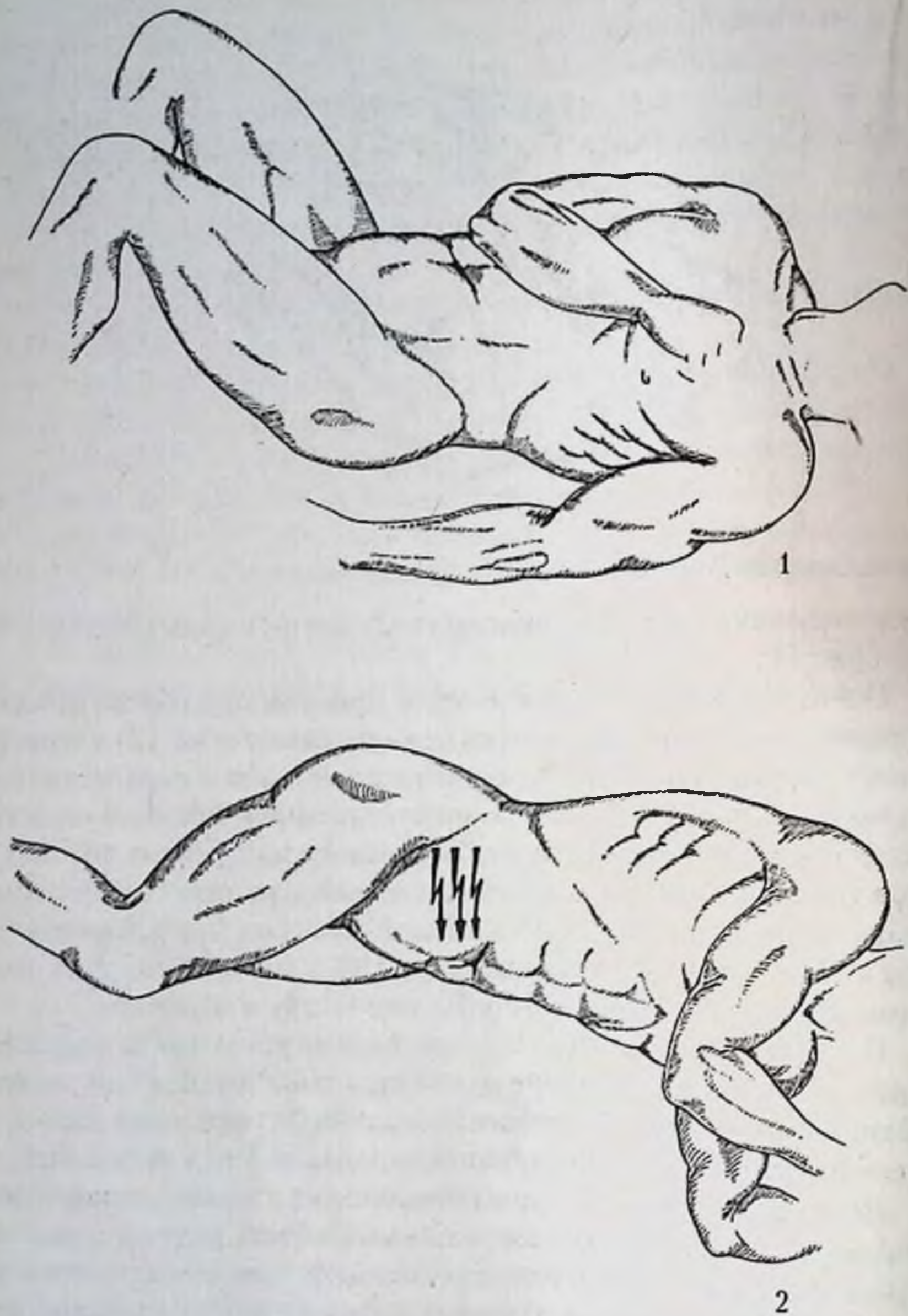


Рис. 9. Симптом Ситковского:

1 — боли в животе при положении больного лежа на спине отсутствуют; 2 — появление болевых ощущений в животе при повороте больного на левый бок.



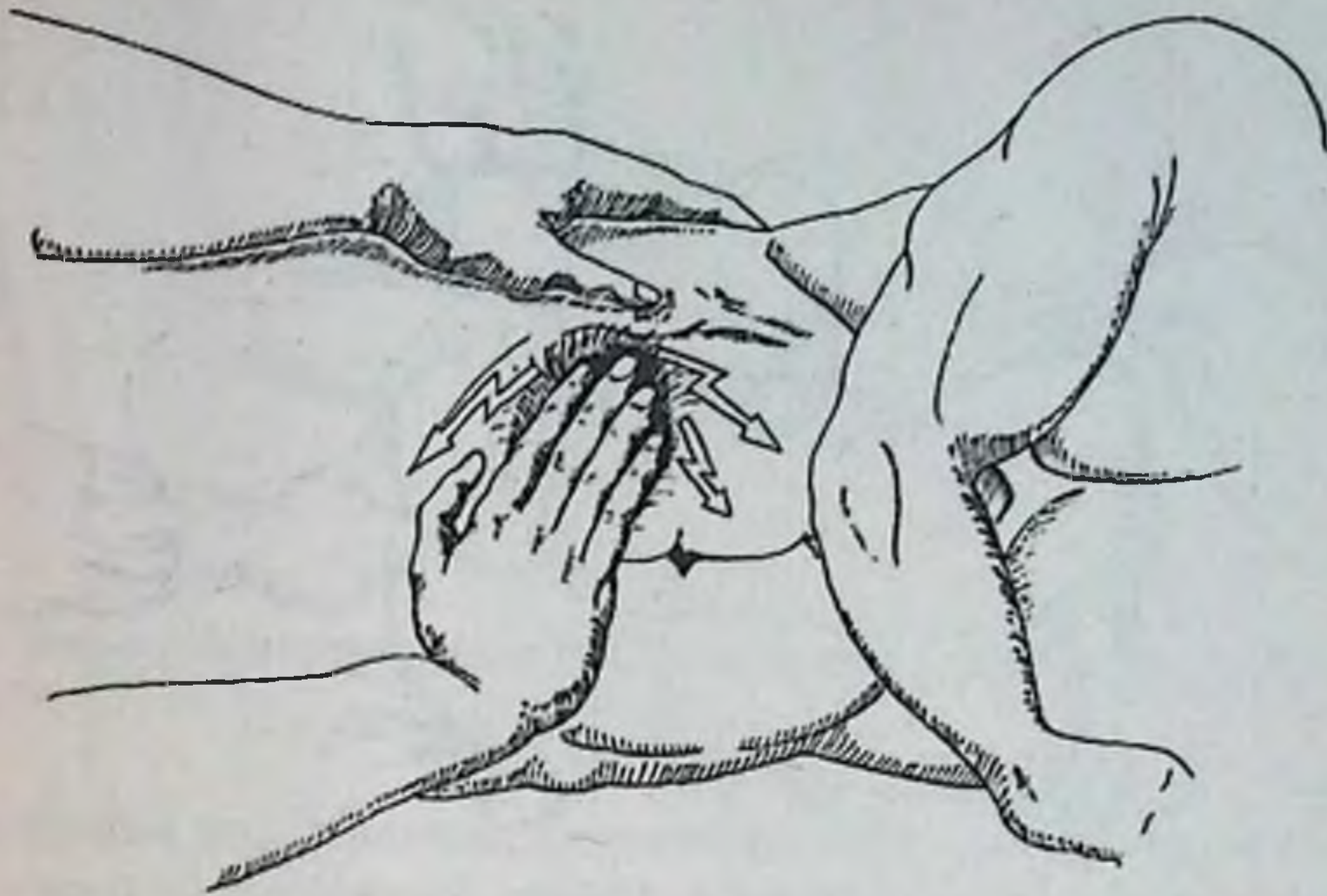


Рис. 10. Симптом Бартомье—Михельсона.



Рис. 11. Симптом Образцова.





Рис. 12. Пальцевое исследование органов малого таза через прямую кишку.

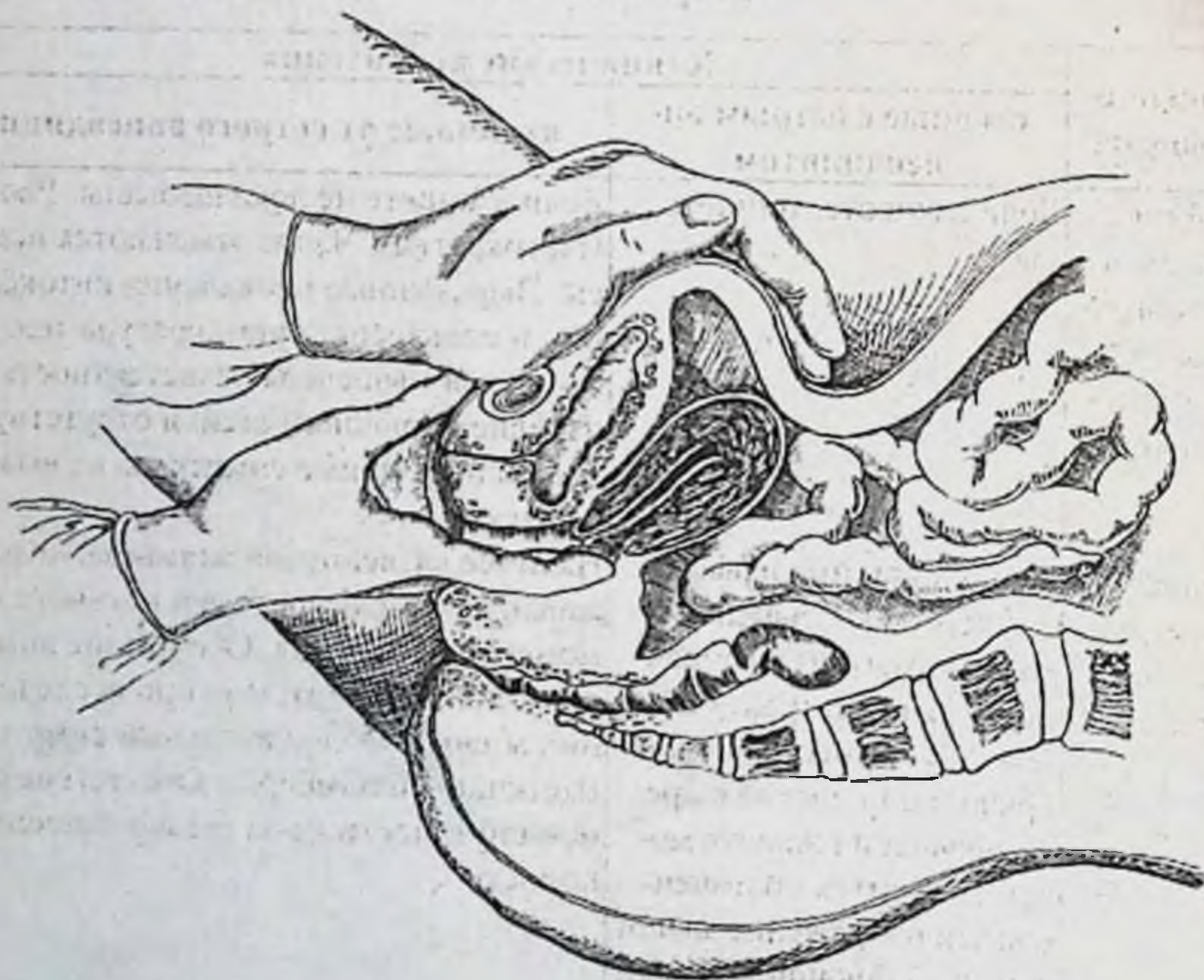


Рис. 13. Исследование органов малого таза через влагалище у женщин.





Рис. 14. Бимануальная пальпация придатков матки через влагалище при остром аднексите.

Таблица 1

Клинические дифференциально-диагностические отличия в проявлениях острого аппендицита, некоторых других острых патологических состояний органов брюшной полости и заболеваний, симулирующих «острый живот»

Нозологическая форма	Клинические проявления	
	сходные с острым аппендицитом	отличные от острого аппендицита
Острый гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, острая пищевая интоксикация	Боли в животе, тошнота, рвота	Боли в животе не локализованы. Рвота многократная. Часто отмечаются поносы. Выраженные проявления интоксикации и повышенная температура тела. Защитная мышечная резистентность передней брюшной стенки отсутствует. Аппендикулярные симптомы не выявляются
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	При прикрытой перфорации и распространении содержимого из желудочно-кишечного тракта по правому боковому каналу брюшной полости во время пальпации живота могут отмечаться болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области	Наличие «язвенного» анамнеза. «Кинжальный» характер болей в животе в момент прободения. Отсутствие аппендикулярных симптомов при исследовании живота. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Отсутствие печеночной тупости из-за газов в брюшной полости



## Продолжение табл. 1

Нозологическая форма	Клинические проявления	
	сходные с острым аппендицитом	отличные от острого аппендицита
Печеночная колика	Боли в животе, рвота	Боли в животе (по характеру — приступ) с иррадиацией в правую половину грудной клетки, правое плечо и правое надплечье. Приступ развивается в течение короткого времени, длится минуты (часы), быстро проходит после введения спазмолитических средств. Иногда отмечается положительный холецистокоронарный симптом Боткина. Может быть болезненность в правом подреберье, но отсутствуют мышечное напряжение, аппендикулярные симптомы и симптомы раздражения брюшины
Острый холецистит	Боли в правой половине живота, сопровождающиеся повышением температуры тела, рвота	В анамнезе — приступы печеночной колики. Боли постоянного характера (иногда начинаются как приступ), локализуются в правом подреберье, могут иррадиировать в правое плечо, правое надплечье, под правую лопатку. Боли, постепенно нарастая и постепенно стихая, длятся несколько дней. Многократные, приносящие незначительное облегчение. При исследовании живота может определяться мышечное напряжение в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси. Аппендикулярные симптомы не выявляются. Могут быть положительные симптомы раздражения брюшины. Признаки интоксикации. Часто — выраженная температурная реакция
Острый панкреатит	Боли в животе, рвота	Интенсивные боли в верхней половине живота, принимающие опоясывающий характер. Многократная рвота, не приносящая облегчения. Выраженные проявления ферментативного токсикоза (цианоз кожных покровов, коллапс и др.). Положительные симптомы Мейо—Робсона, Воскресенского. Напряжение мышц передней стенки в верхних отделах живота при мягком животе в нижних отделах. Отсутствие аппендикулярных симптомов



Окончание табл. 1

Нозологическая форма	Клинические проявления	
	сходные с острым аппендицитом	отличные от острого аппендицита
Правосторонняя почечная колика	Боли в правой половине живота, иногда защитное мышечное напряжение в этой зоне	Приступ болей с иррадиацией в правую половину поясницы, в нижние отделы живота, в правое бедро, в половые органы, может быть макрогематурия
Острая кишечная непроходимость	Боли в животе, рвота	Боли схваткообразного характера. Отмечаются задержка стула и газов, неоднократная рвота по типу срыгивания. Положительные симптомы Валя, Кивуля, Обуховской больницы. При пальпации живота выявляется шум плеска. Аппендикулярные симптомы отсутствуют. При аускультации брюшной полости выслушивается усиленная перистальтика
Острый аднексит	Боли в нижних отделах живота, повышение температуры	Боли часто возникают в пред- или постменструальном периодах. При вагинальном (ректальном) исследовании смещение шейки матки вызывает усиление болей в брюшной полости. Аппендикулярные симптомы отсутствуют
Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония	Боли в правой половине живота, напряжение мышц в этой зоне	Признаки острого респираторного заболевания – кашель, одышка. Притупление легочного звука при перкуссии правых нижних отделов грудной клетки. При аускультации легких справа выслушиваются влажные звучные хрипы. Аппендикулярные симптомы при исследовании органов брюшной полости отсутствуют. Признаки воспалительной интоксикации
Острый инфаркт миокарда	Боли в сердце	Болевые ощущения в животе сочетаются с болями за грудиной сжимающего характера. Могут наблюдаться расстройства сердечного ритма, изменения параметров пульса. При аускультации сердца – приглушение его тонов, появление шумов. При исследовании органов брюшной полости аппендикулярные симптомы отсутствуют



Иногда, со вторых суток, заболевание сопровождается уменьшением или исчезновением напряжения мышц передней брюшной стенки, а при пальпации органов брюшной полости можно определить аппендикулярный инфильтрат. Это одно из осложнений острого аппендицита. *Аппендикулярный инфильтрат* образуется в случаях, когда воспалительный процесс охватывает всю толщу стенки червеобразного отростка. Соответственно в процесс вовлекаются окружающие органы и появляется серозный выпот. При благоприятном течении заболевания, когда выпот не становится гнойным, из экссудата выпадает фибрин, склеивающий петли кишок с сальником. Таким образом, очаг воспаления ограничивается в пределах червеобразного отростка и окружающих его органов (рис. 15).

Аппендикулярный инфильтрат может абсцедировать (рис. 16).

Осложнением острого аппендицита может быть и *перитонит*. Он развивается при отсутствии отграничения воспалительного процесса вокруг червеобразного отростка или при прорыве периаппендикулярного абсцесса, сформировавшегося в аппендикулярном инфильтрате, в свободную брюшную полость. Клинические проявления разлитого перитонита аппендикулярного происхождения не отличаются от перитонита другого генеза.

Еще одним опасным осложнением острого аппендицита является *пилефлебит*. Это осложнение представляет собой острый (гнойный) тромбоз ветвей воротной вены, ведущий к образованию абсцессов в печени и сепсису. Состояние больных крайне тяжелое. Отмечаются выраженная интоксикация и высокая температура тела. Вследствие поражения гепатоцитов появляется желтуха, увеличивается печень. Больные погибают от нарастающей печеночно-почечной недостаточности.

Острый аппендицит может быть источником *забрюшинной флегмоны, межкишечных абсцессов и других осложнений*.

Не диагноз «острый аппендицит», а лишь подозрение на это заболевание обязывает к срочному направлению больных в хирургический стационар. Лечение при остром аппендиците – только оперативное.

На догоспитальном этапе больным острым аппендицитом никаких лечебных манипуляций проводиться не должно. Назначение обезболивающих и седативных препаратов может изменить клиническую картину заболевания и затруднить его диагностику. Исключается также прием пищи и воды. В стационаре после обследования, подтверждения диагноза заболевания, выявления его осложнений проводится короткая предоперационная подготовка и выполняется срочная операция.



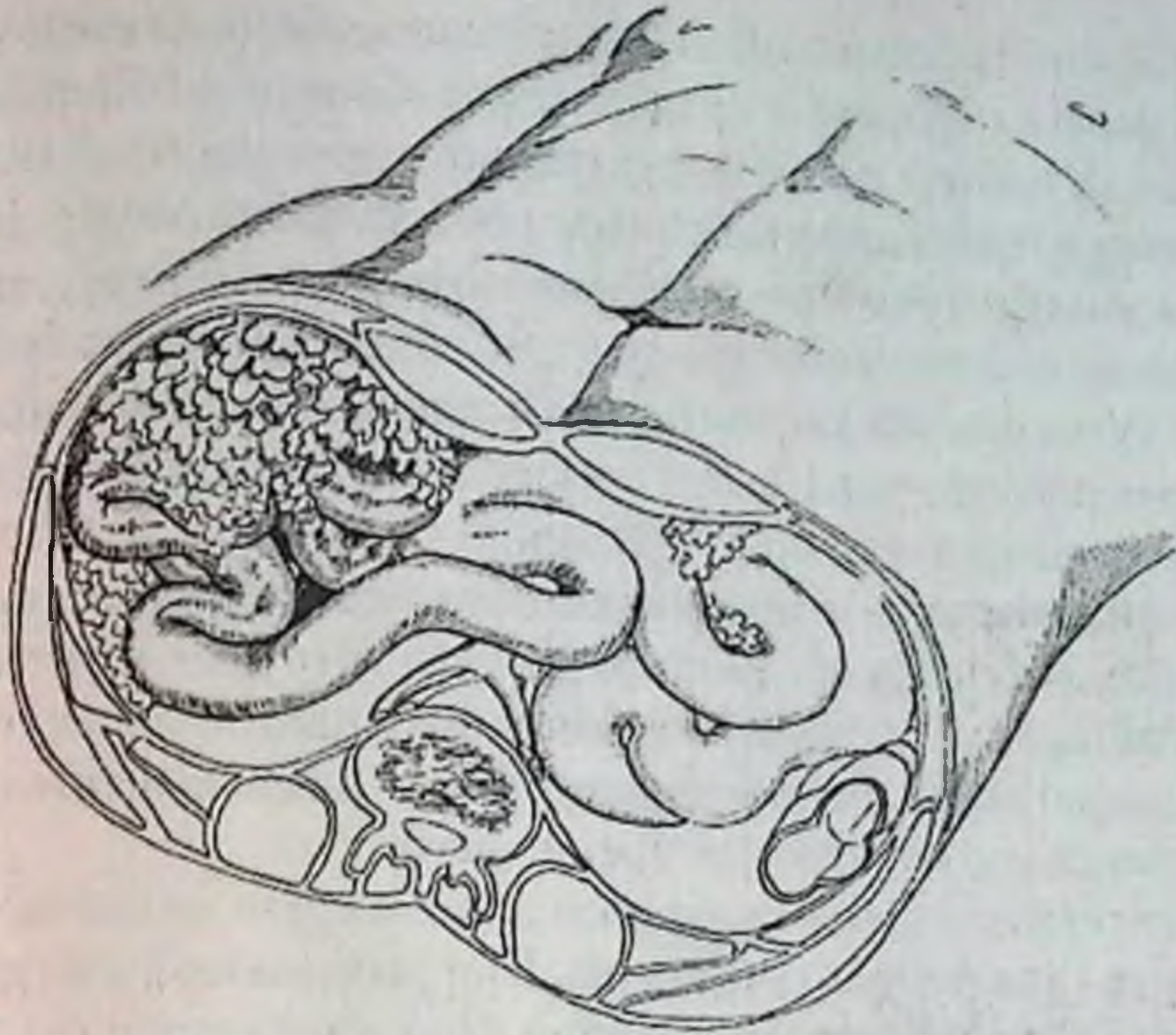


Рис. 15. Аппендикулярный инфильтрат.

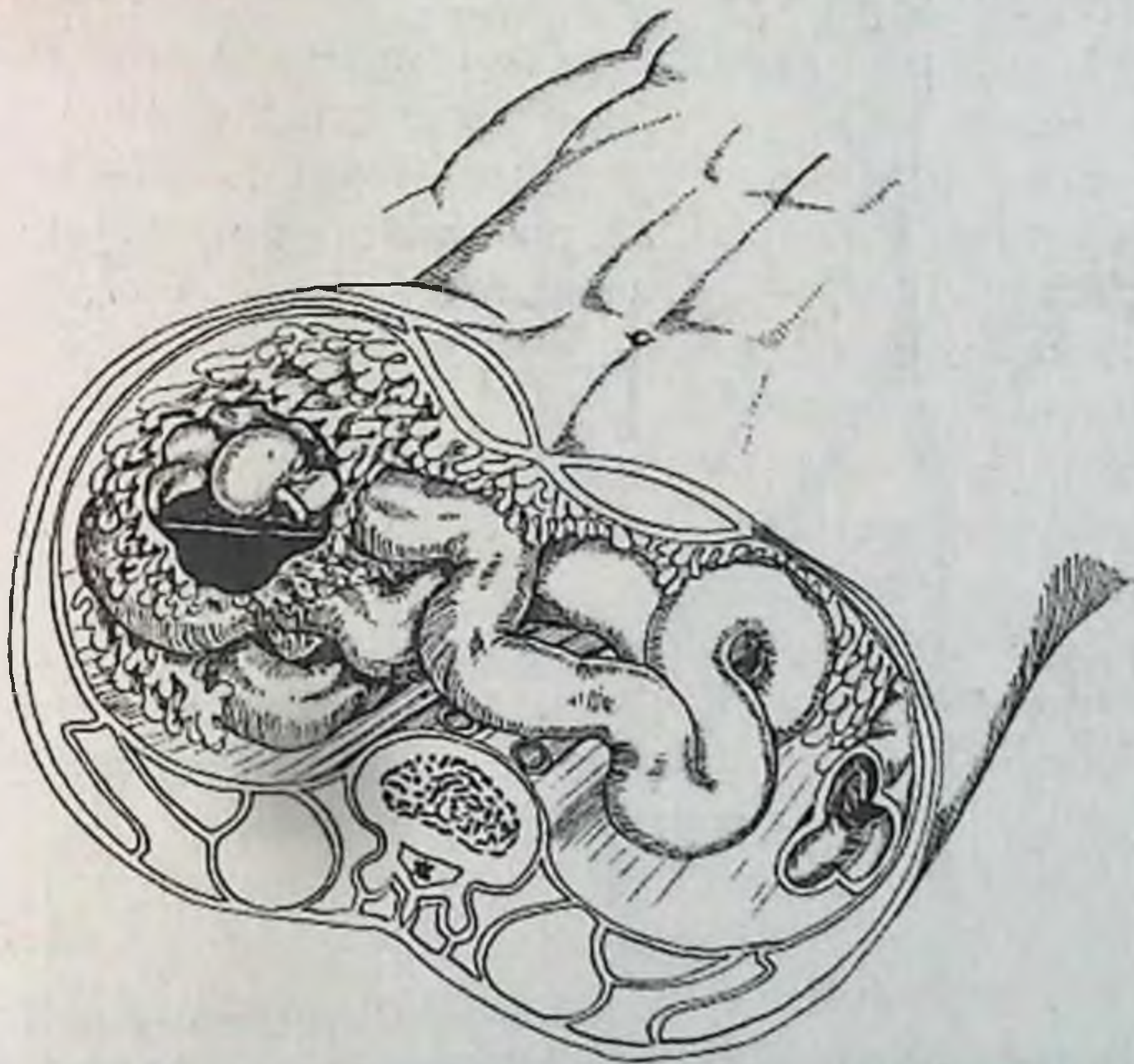


Рис. 16. Абсцедирующий периаппендикулярный инфильтрат.



Операция обычно производится под местным обезболиванием с помощью косого разреза в правой подвздошной области по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бурнею) или параректального доступа по Линандеру (рис. 17). Основные этапы аппендэктомии представлены на рис. 18.

После удаления гангренозно-измененного отростка или при его перфорации операция заканчивается ушиванием лапаротомной раны до апоневроза. На кожу и подкожную клетчатку накладываются провизорные швы, которые завязываются на 2–3-и сутки послеоперационного периода при отсутствии воспалительных изменений в ране.

При наличии признаков перитонита операция выполняется под наркозом с помощью широкого срединного доступа. Это дает возможность выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, осуществить необходимую по объему операцию, сделать надлежащую санацию полости брюшины и рационально ее дренировать.

При обнаружении аппендикулярного инфильтрата во время операции хирургическая тактика неоднозначна. При рыхлом инфильтрате допустимо удаление червеобразного отростка. При этом хирург стремится сохранить отграничительное слипание органов, формирующих инфиль-

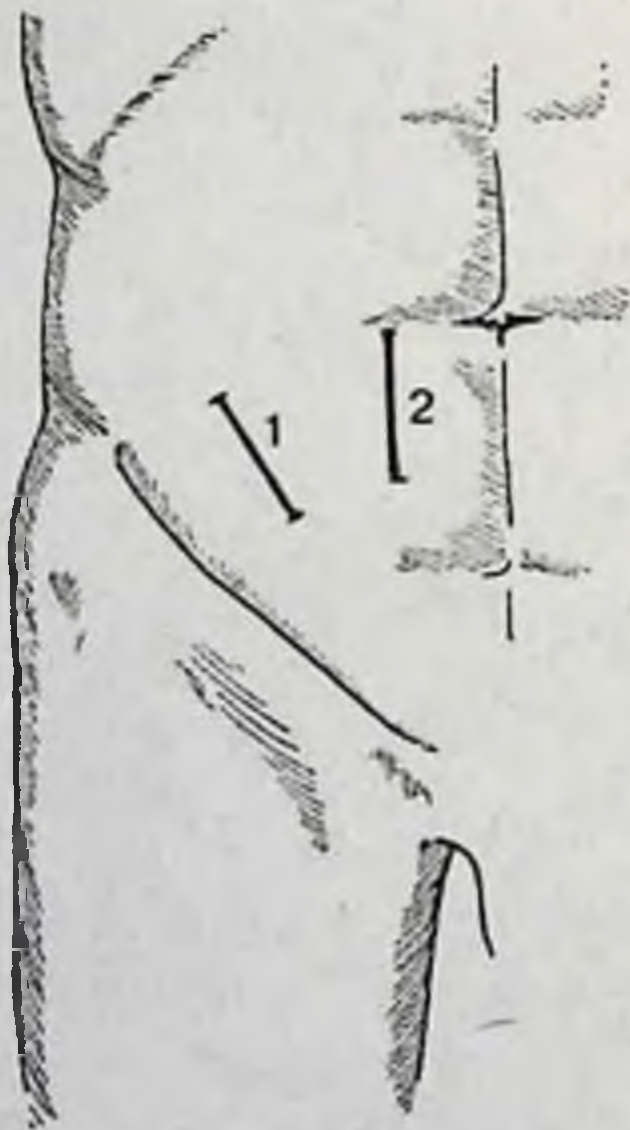


Рис. 17. Оперативные доступы, используемые при аппендэктомии: 1 — по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бурнею); 2 — по Линандеру.



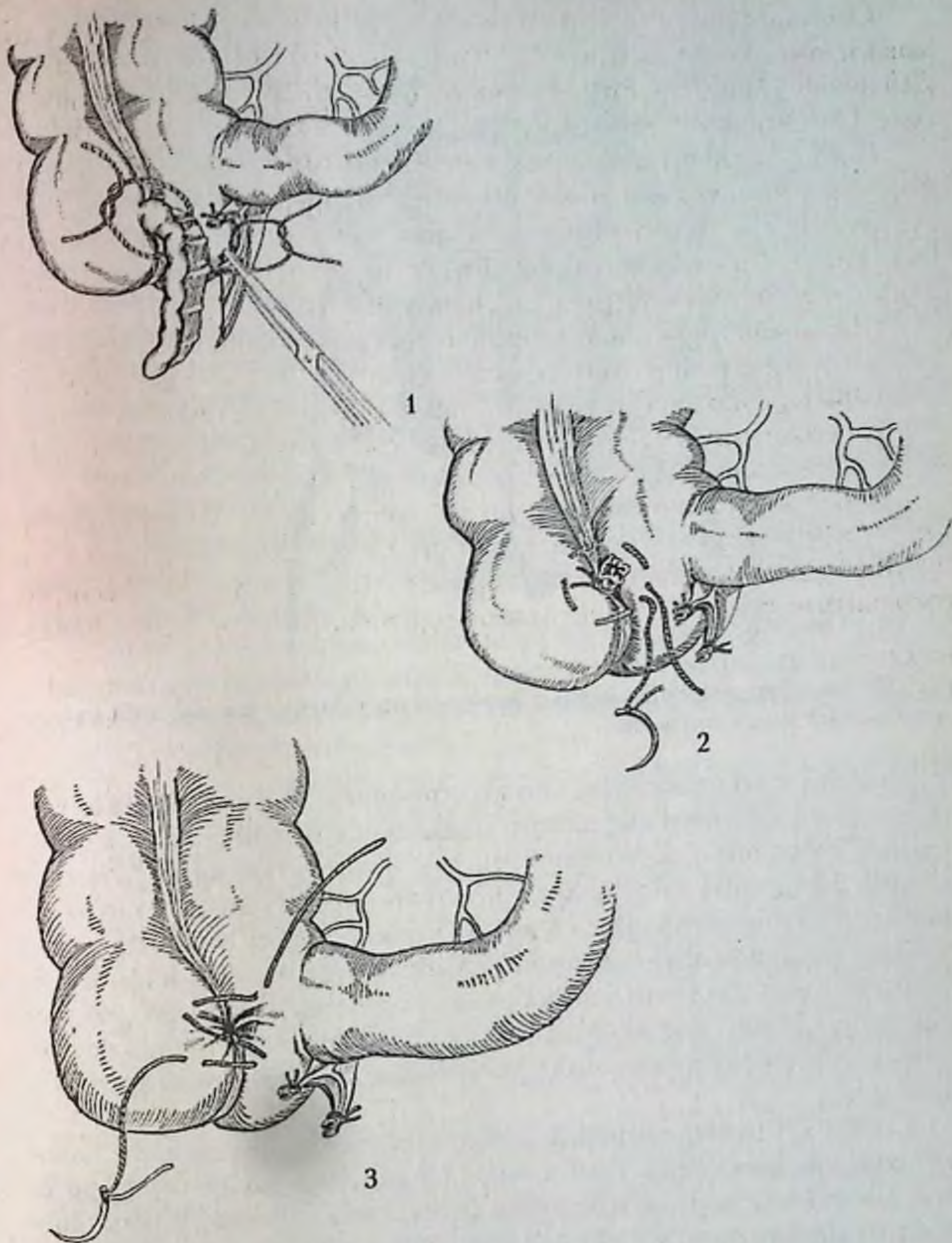


Рис. 18. Основные этапы аппендэктомии:

1 — пересечение и перевязка брыжейки червеобразного отростка;  
 2, 3 — погружение культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный швы.



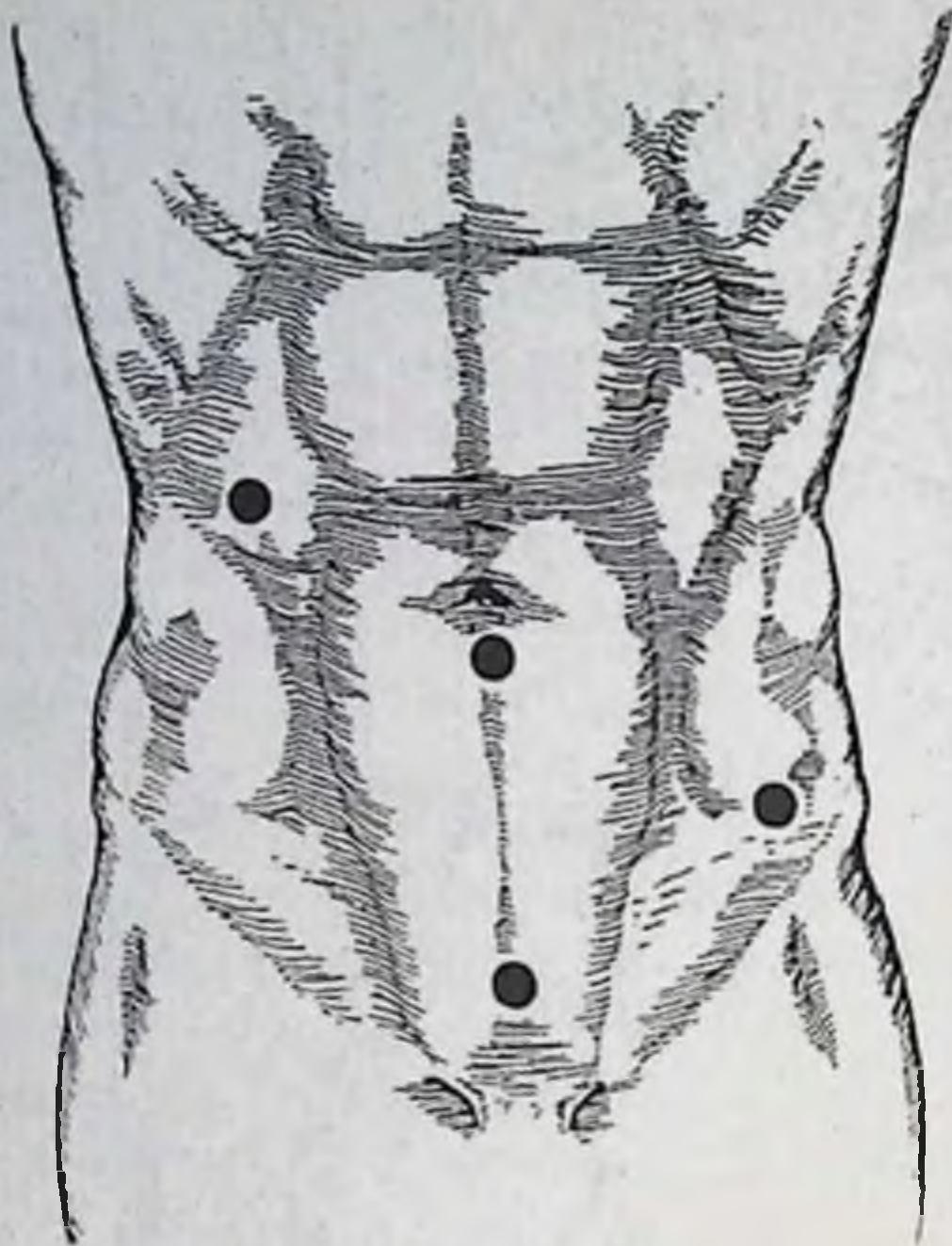


Рис. 19. Зоны введения троакаров в брюшную полость при выполнении лапароскопической аппендэктомии.

трат, в целях профилактики разлитого перитонита. При выявлении во время операции плотного инфильтрата, последний отграничивается от остальной брюшной полости тампонами. Настойчивые поиски, попытки выделения и удаления в плотном инфильтрате червеобразного отростка — ошибка. Тампоны подводятся к культе червеобразного отростка и в тех случаях, когда при аппендэктомии остается неуверенность в гемостазе. Так бывает при удалении червеобразного отростка в условиях рыхлого аппендикулярного инфильтрата. В этих случаях очень трудно осуществить надежное лигирование сосудов в воспаленно измененной брыжейке аппендикса.

С 1983 г. удаление червеобразного отростка производится с помощью видеолапароскопии. Время такой операции короткое (от 15 до 20 мин), вмешательство редко сопровождается осложнениями, больные способны нормально питаться уже на следующий день после операции и быть физически активными. Отдельные этапы лапароскопической аппендэктомии представлены на рис. 19 и 20.



После введения в наркоз и формирования пневмоперитонеума в брюшную полость в нескольких точках по передней брюшной стенке (см. рис. 19) устанавливаются троакары для видеолапароскопа и манипуляционных инструментов. Инструменты вводятся в брюшную полость под непосредственным визуальным контролем. Далее следует осмотр брюшной полости. Кроме визуализации червеобразного отростка хирург должен осмотреть и органы малого таза. У женщины особое внимание уделяется состоянию яичников, маточных труб и дугласова пространства для исключения патологических изменений в яичниках, воспалительных заболеваний органов малого таза, эктопической беременности или эндометриоза. Тонкая кишка может быть осмотрена от илеоцекального перехода до связки Трейтца. Для исключения возможной прикрытой перфоративной язвы внимательно осматриваются желудок и луковица двенадцатиперстной кишки.

После подтверждения патологии в червеобразном отростке проводится аппендэктомия.

В конце операции выполняются стандартное промывание и осушение правой подвздошной области. При необходимости устанавливается дренаж брюшной полости.

После аппендэктомии как можно раньше целесообразен активный двигательный режим больных. Он назначается с учетом возраста, характера заболевания, его осложнений, течения послеоперационного периода и других особенностей больного.

Показателем благополучного течения раннего послеоперационного периода у больных, перенесших аппендэктомию, является постепенное улучшение их самочувствия и объективного состояния, нормализация температуры тела, параметров пульса, показателей крови, восстановление моторики кишечника, появление аппетита и др. Выздоровление наступает на 4—5-е сутки после операции. Из осложнений острого аппендицита, обусловленных оперативным вмешательством или особенностями течения воспаления в червеобразном отростке в раннем послеоперационном периоде, особенного внимания заслуживают инфильтраты и абсцессы дугласова пространства. Большое значение в диагностике этого осложнения имеет пальцевое исследование прямой кишки (рис. 21).

Через прямую кишку производится и вскрытие абсцесса дугласова пространства. У женщин удаление гноя при данном осложнении возможно также через задний свод влагалища (рис. 22).

Улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом достигается исключением случаев поздней обращаемости за медицинской



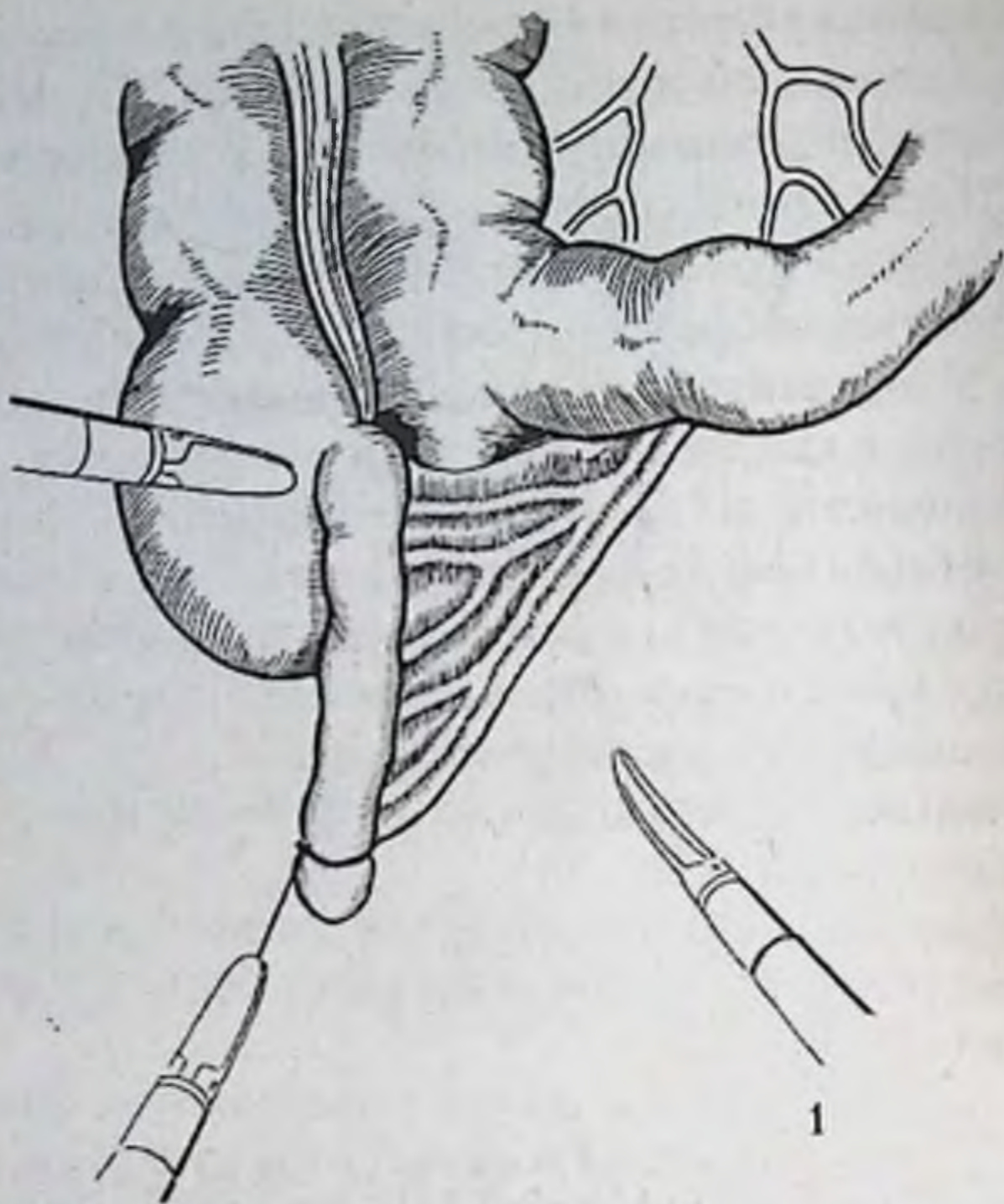


Рис. 20. Основные этапы лапароскопической аппендэктомии:

1 — верхушка червеобразного отростка подтягивается к троакару, расположенному в правой подвздошной области или по направлению к малому тазу с тем, чтобы лучше была видна брыжейка червеобразного отростка; 2 — брыжейка червеобразного отростка прошивается вместе с сосудами, проходящими в ней; 3 — брыжейка червеобразного отростка пересекается либо с помощью электрокоагуляции, либо после наложения скобок, либо с помощью лапароскопического линейного степлера; 4 — выделенный червеобразный отросток перевязывается у основания тремя эндолигатурами: две накладываются проксимально и одна — дистально от предполагаемого места пересечения отростка; 5, 6 — червеобразный отросток пересекается между двумя проксимальными и одной дистальной лигатурами; 7 — червеобразный отросток удаляется из брюшной полости через троакар; 8 — культя червеобразного отростка погружается в кисетный шов; 9 — дополнительная перевязка культи брыжейки червеобразного отростка.



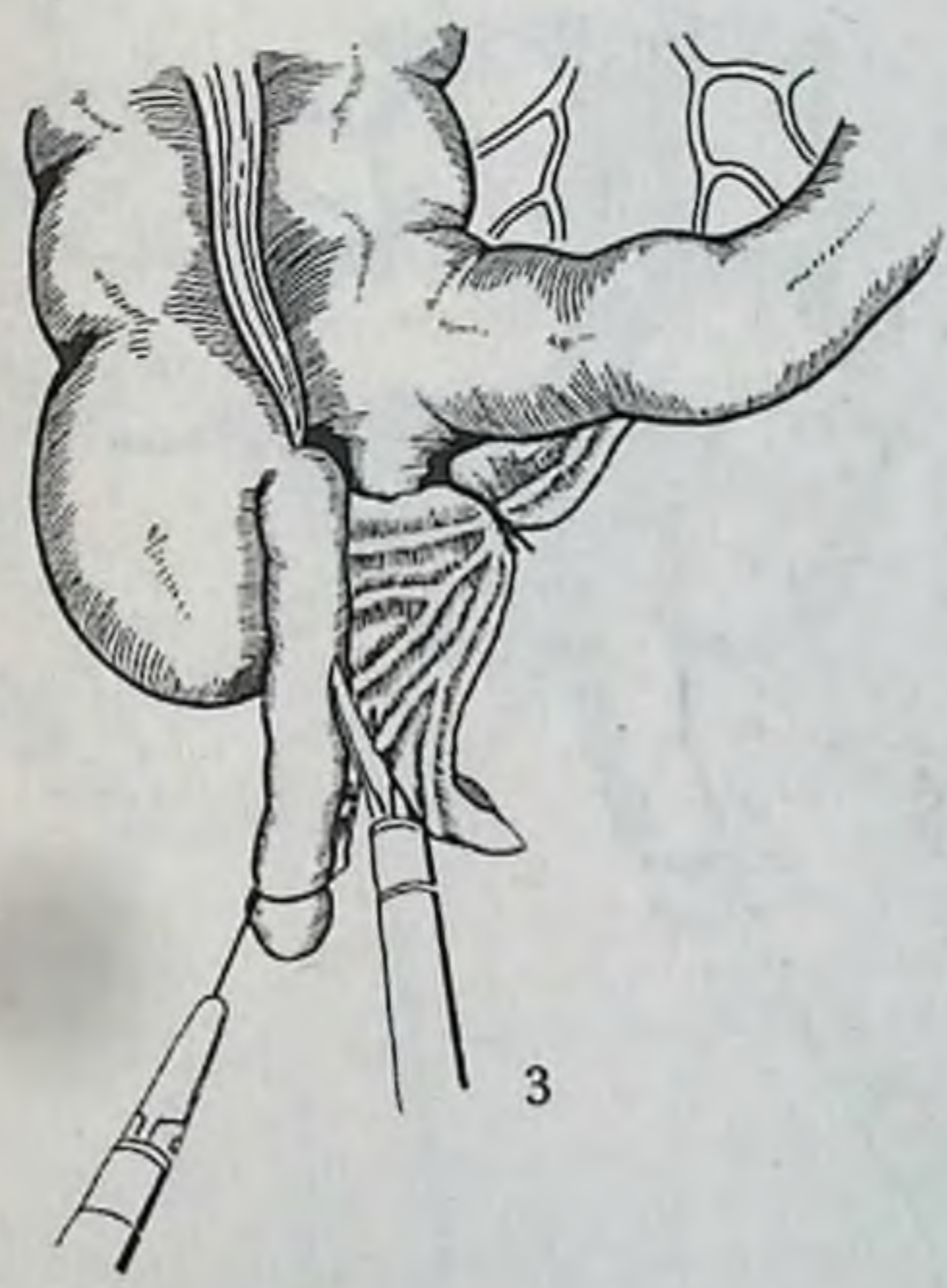
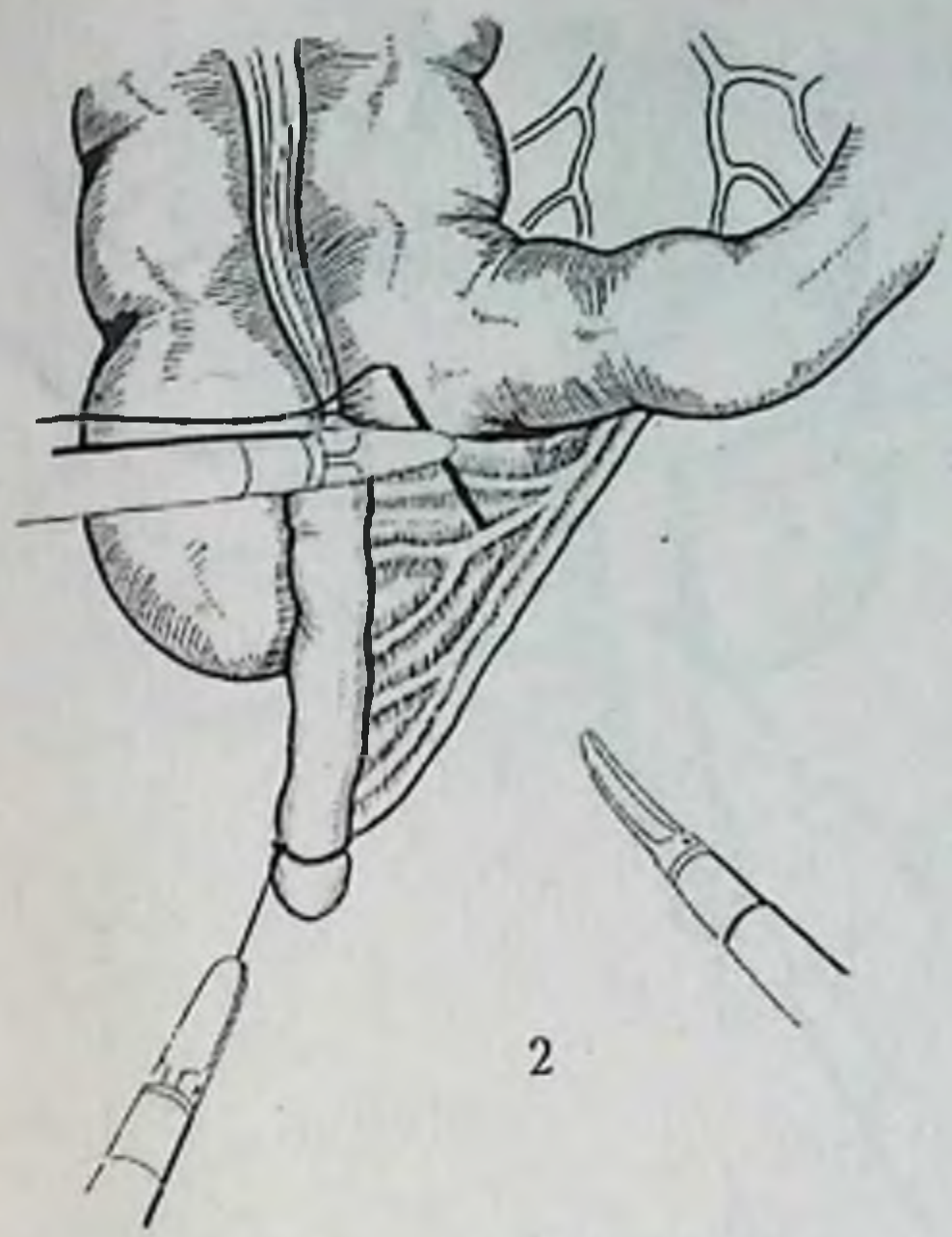


Рис. 20. (Продолжение).



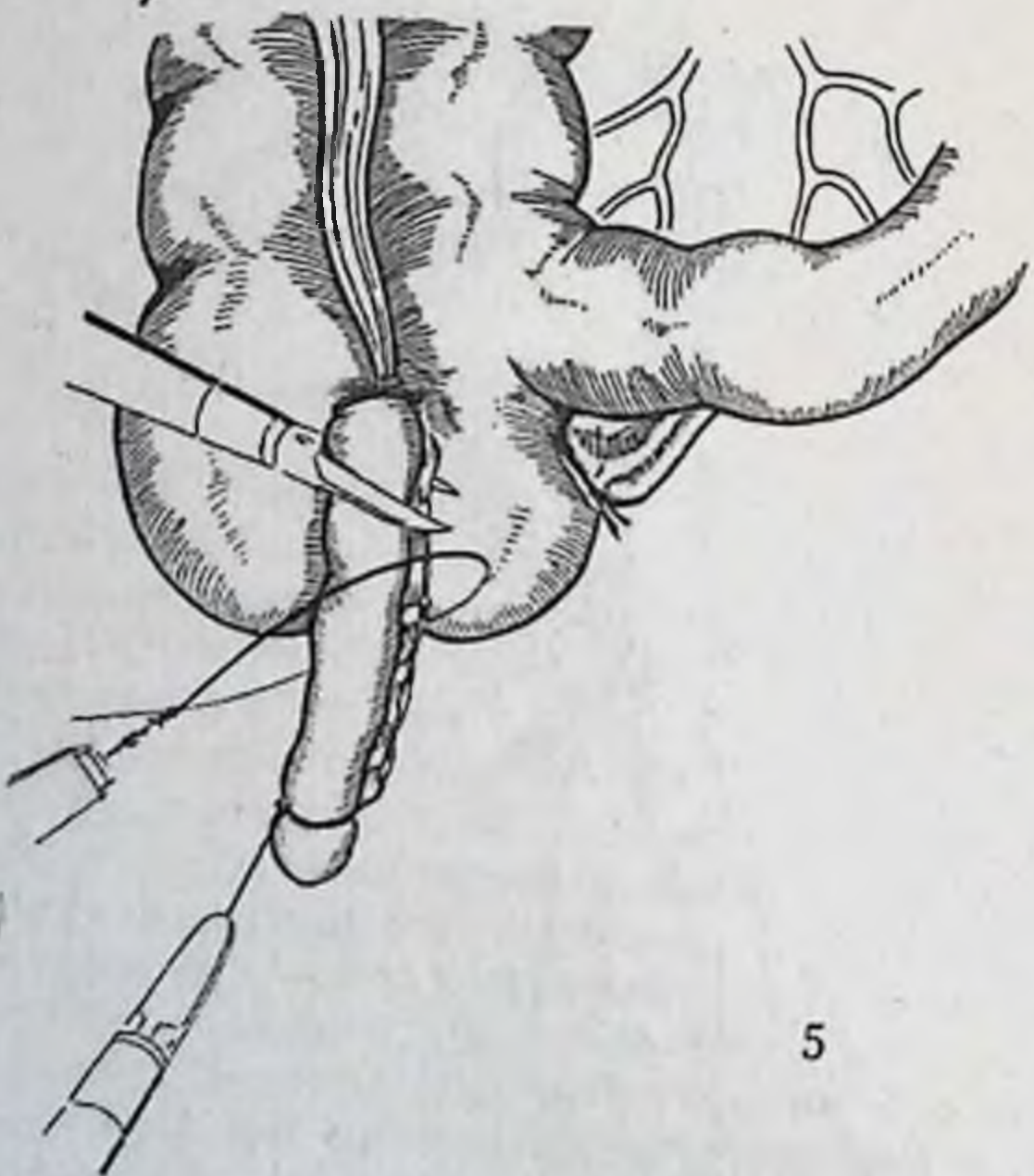
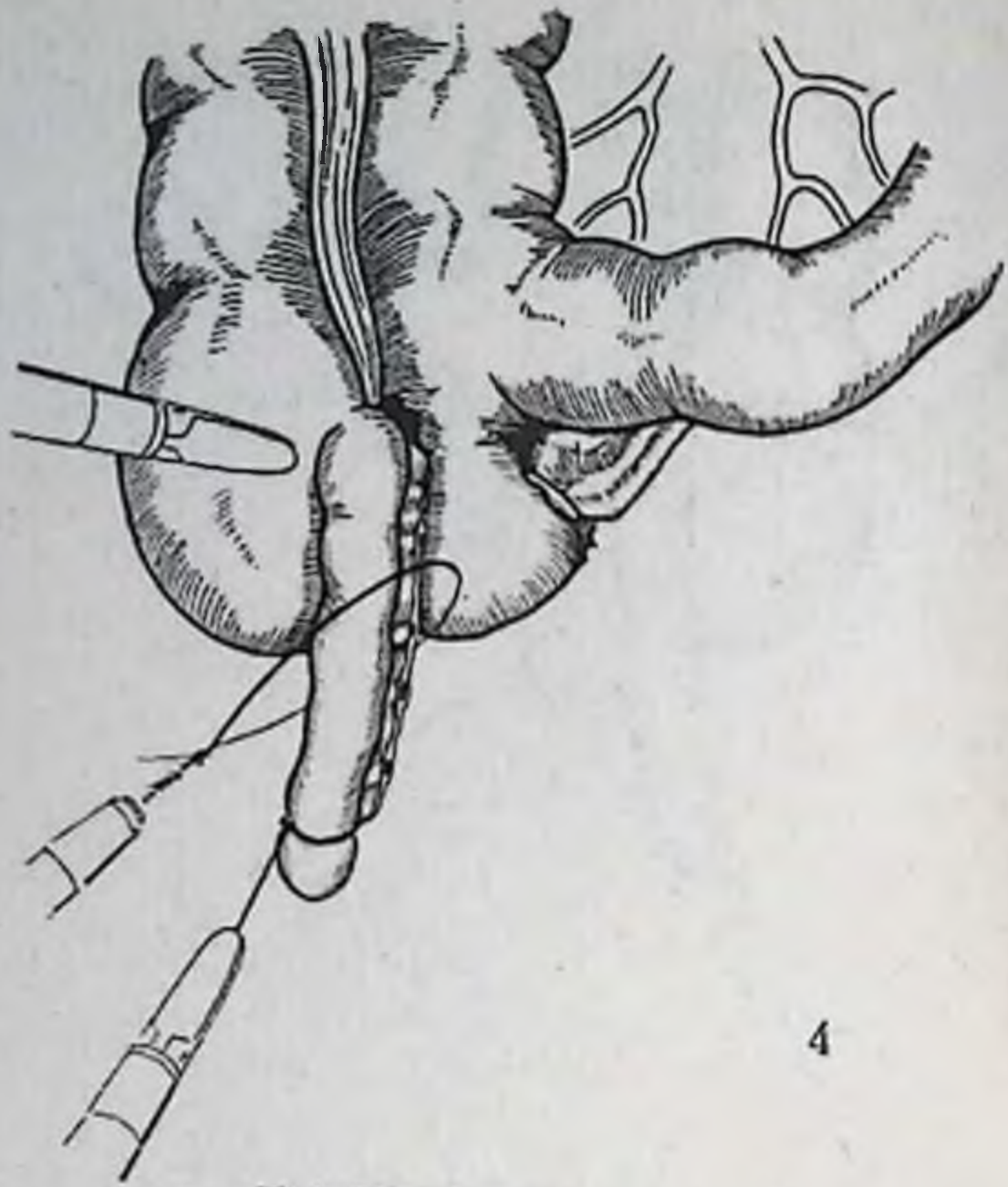


Рис. 20. (Продолжение).



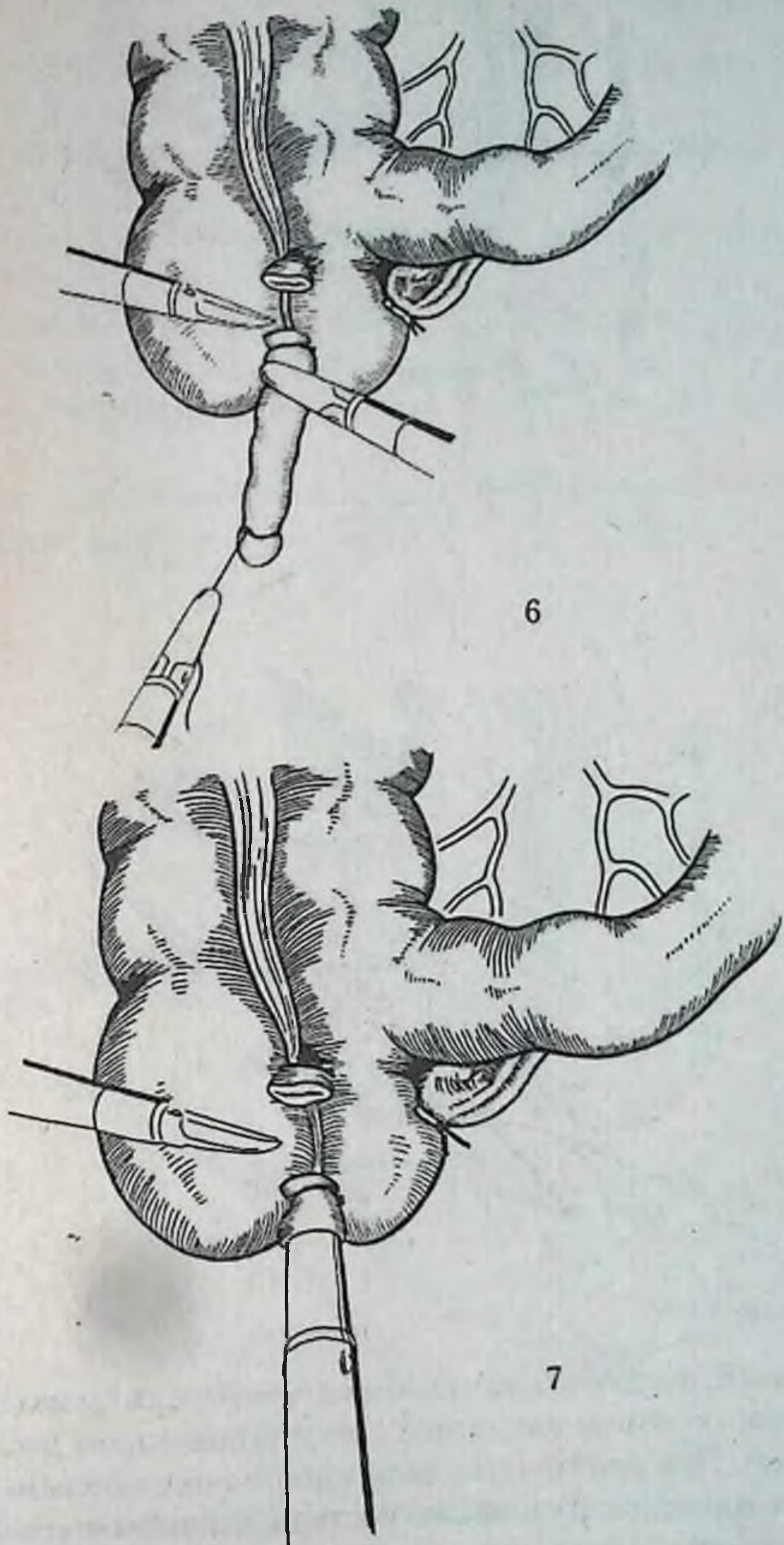


Рис. 20. (Продолжение).



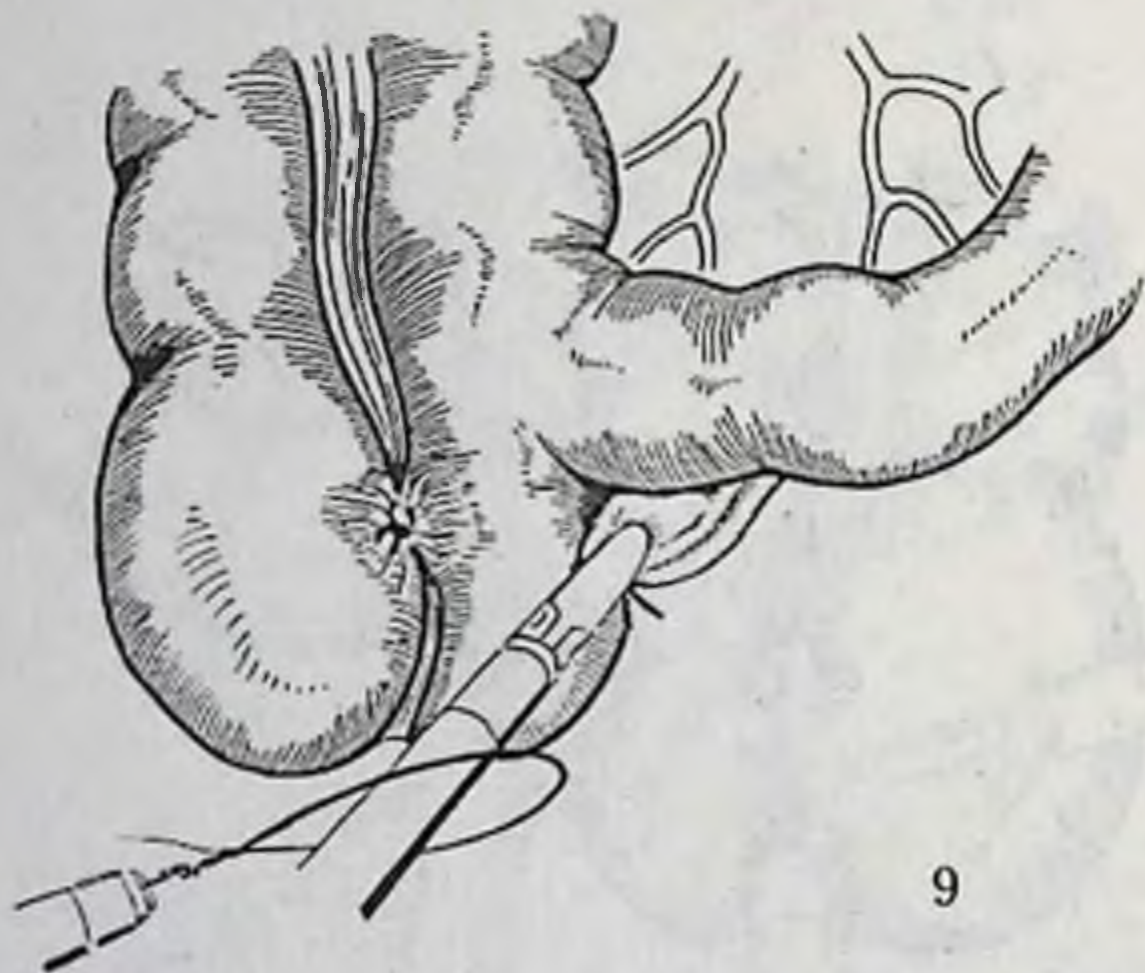
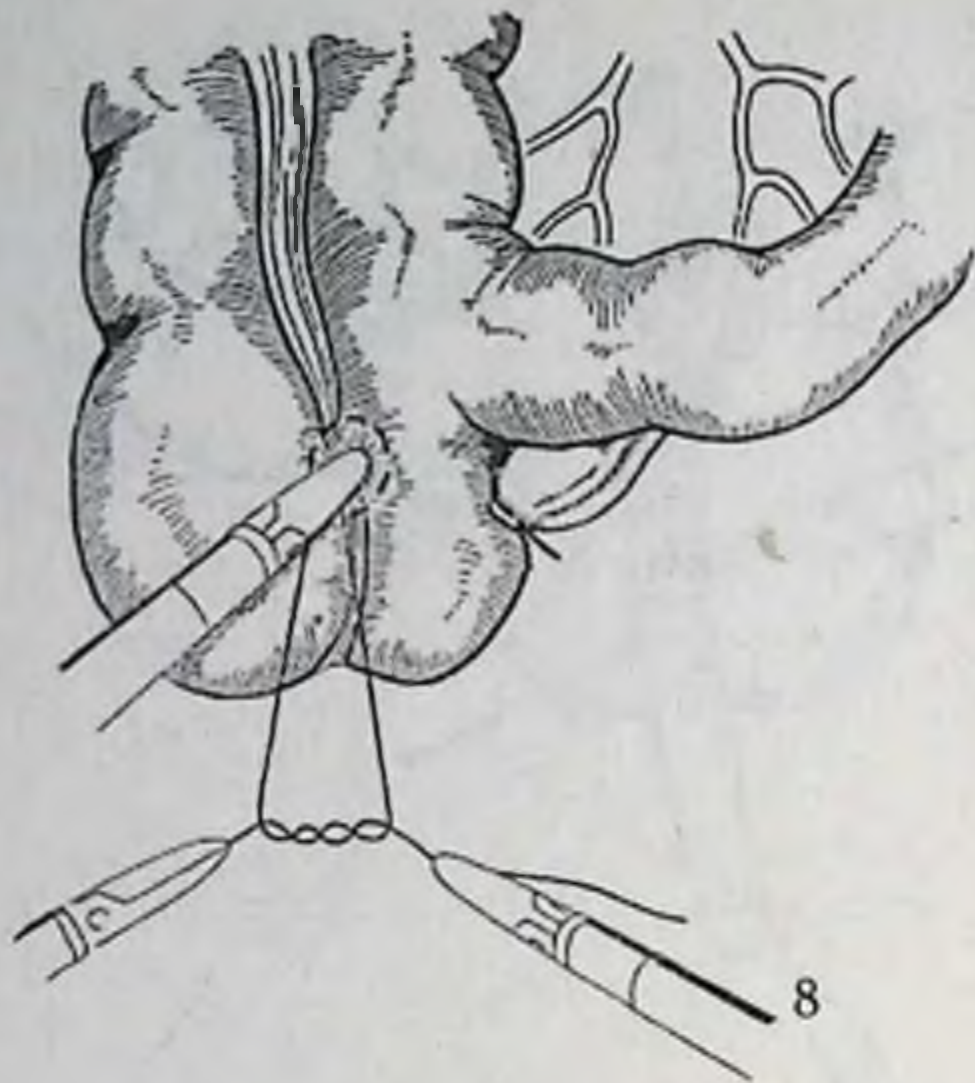


Рис. 20. (Продолжение).

помощью, ранней диагностикой и своевременной госпитализацией больных в стационар, срочной операцией при установленном диагнозе или сомнениях в нем. При оказании медицинской помощи больным острым аппендицитом принципы ранней диагностики, ранней госпитализации и ранней операции себя оправдывают.



### Контрольные вопросы по основному материалу

Какие теории объясняют возникновение воспалительно-деструктивных изменений в червеобразном отростке?

Какова классификация острого аппендицита по клиническим проявлениям и течению заболевания?

В чем заключаются особенности диагностики и лечения острого аппендицита у беременных?

Какие особенности клинической картины острого аппендицита у детей и больных старшей возрастной группы?

Каковы клинические проявления атипичных форм острого аппендицита?

Перечислите наиболее вероятные причины инфильтрата и абсцесса дугласова пространства.

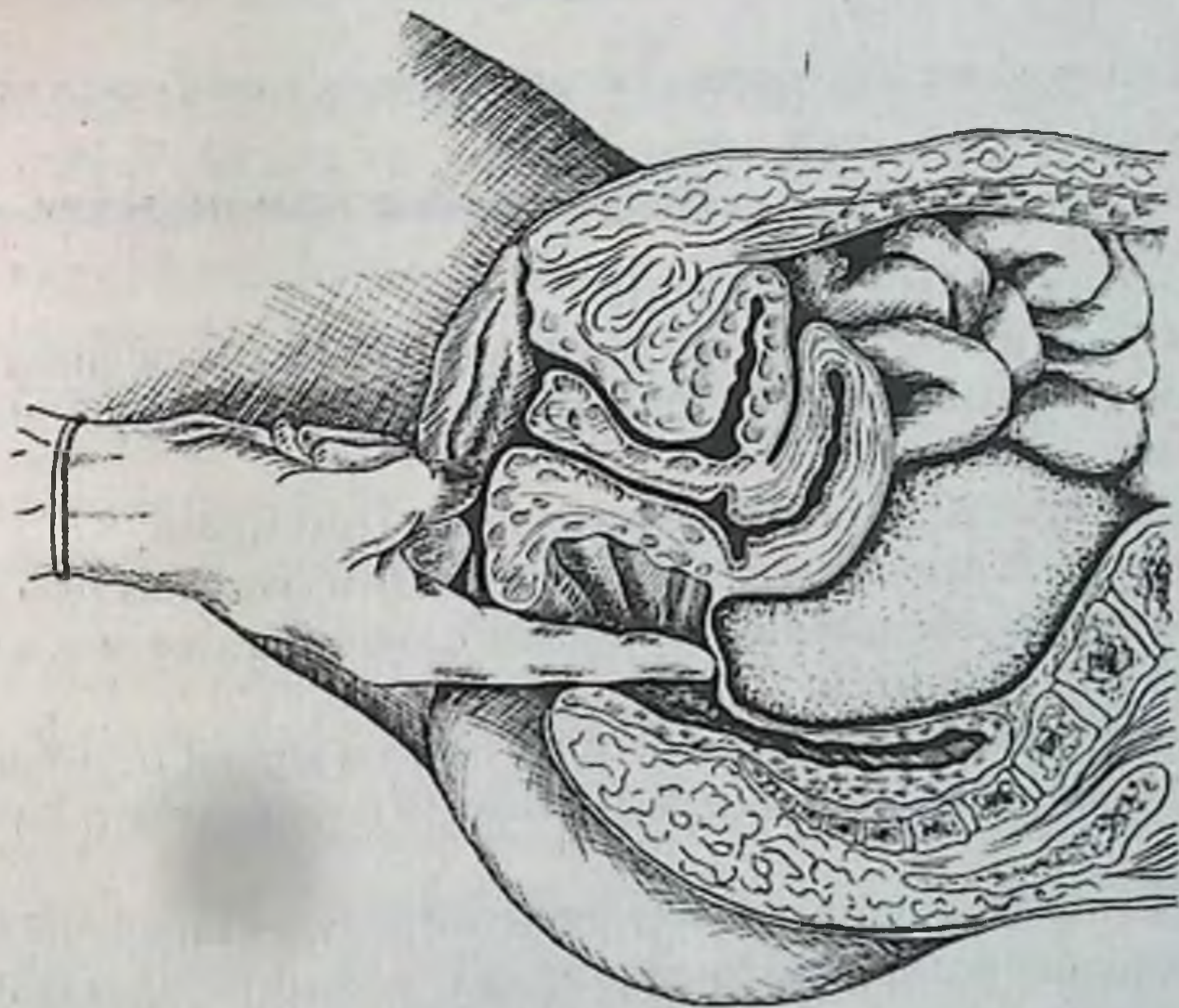


Рис. 21. Диагностика абсцесса дугласова пространства с помощью пальцевого исследования прямой кишки.



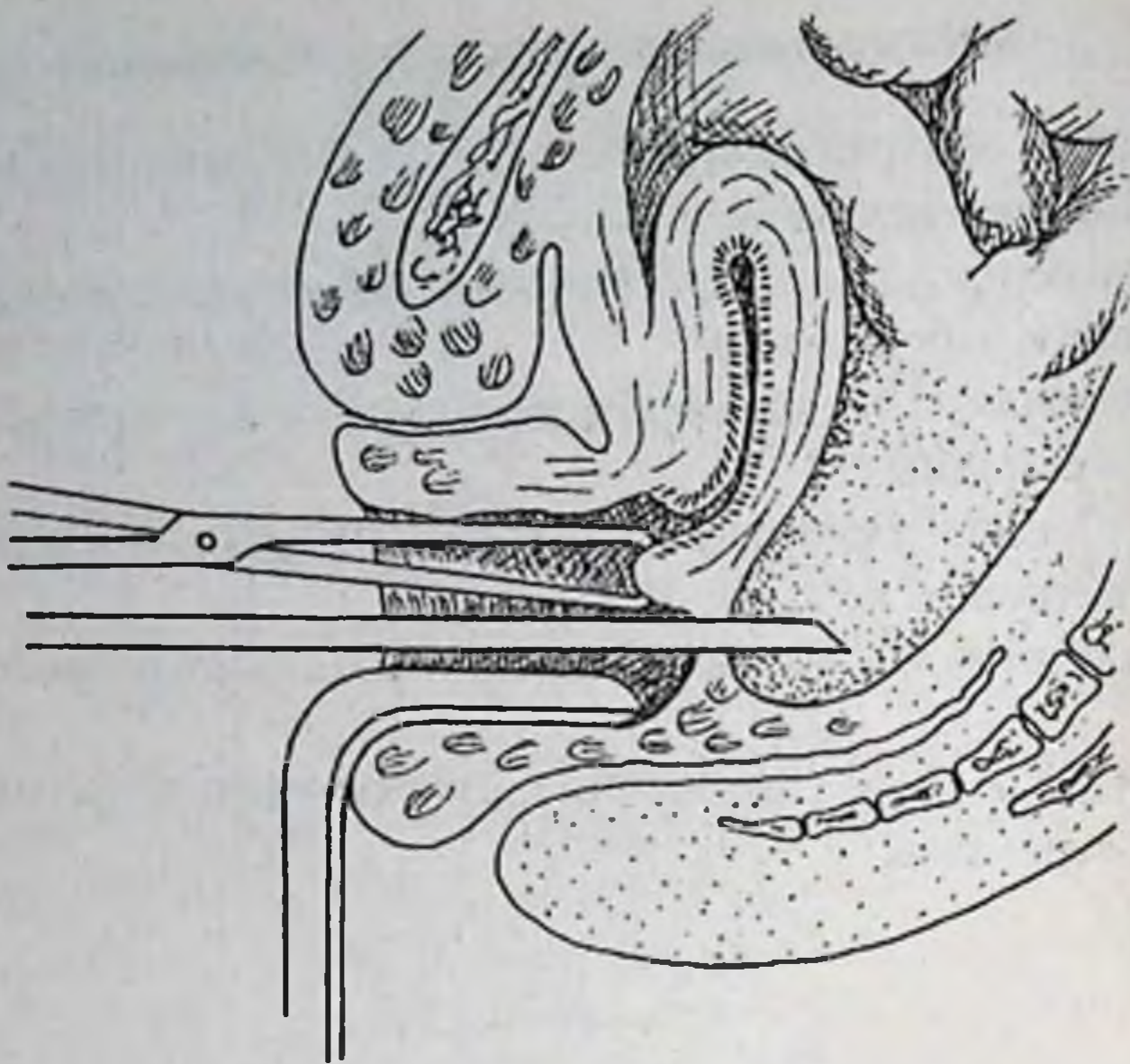


Рис. 22. Пункция абсцесса дугласова пространства через задний свод влагалища.

### Необходимые практические навыки

На занятии необходимо усвоить:

- методику клинического обследования больных аппендицитом, перитонитом аппендикулярного происхождения, аппендикулярным инфильтратом;
- методику выявления аппендикулярных симптомов;
- возможные варианты данных общеклинического анализа крови у больных острыми заболеваниями органов брюшной полости и, в частности, острым аппендицитом;
- методику пальцевого исследования прямой кишки; отдельные элементы ассистенции на операции, выполняемой по поводу острого аппендицита;
- особенности оформления медицинской документации при направлении в стационар больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, в частности острым аппендицитом;
- особенности оформления истории болезни больных острой хирургической патологией органов брюшной полости, в частности острым аппендицитом;



— особенности оформления медицинской документации при представлении больных на врачебно-трудовую экспертную комиссию по завершении лечения по поводу осложненного острого аппендицита.

### Ситуационные задачи

Студент вуза, 19 лет, жалуется на неинтенсивную постоянную боль в правой подвздошной области. Болен в течение суток. Заболевание началось с болей в эпигастральной области после еды. Была однократная рвота. Через несколько часов боли в эпигастральной области сместились в правую подвздошную область. При осмотре — живот правильной формы, участвует в дыхании. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Здесь же — место наибольшей болезненности, симптомы раздражения брюшины положительные. Количество лейкоцитов крови —  $10 \times 10^9$ /л.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Рабочий, 20 лет, прибыл в медпункт своего предприятия, предъявляя жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость. Болен 4 дня. За медицинской помощью не обращался. Температура тела  $37,8^\circ\text{C}$ . Пульс 88 уд/мин, ритмичный, не напряжен. Язык влажный, живот мягкий, в правой подвздошной области пальпируется болезненное образование  $8 \times 7 \times 10$  см плотноэластической консистенции, малоподвижное. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Вы оперируете домохозяйку, 59 лет, поступившую в стационар с клинической картиной острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости обнаруживается бугристая плотная опухоль слепой кишки размером  $10 \times 12 \times 10$  см. Слепая кишка не ограничена в подвижности, но просвет ее значительно сужен. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Червеобразный отросток не изменен.

*Каковы должны быть действия хирурга?*

У служащей фирмы, 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации живота, ни при влагалищном и ректальном иссле-



дованиях объемных патологических образований не было выявлено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость. Обнаружен аппендикулярный инфильтрат.

*Как завершить операцию? Каким должно быть дальнейшее лечение больной?*

Призывник на военную службу, 18 лет, перенес аппендэктомию по поводу флегмонозного аппендицита. Послеоперационный период протекал без осложнений.

*Сформулируйте диагноз, с которым призывник может быть представлен на военно-врачебную комиссию. Каким может быть экспертное решение?*

Автослесаря, 29 лет, проживающего в сельской местности, в течение 10 дней беспокоили боли в правой подвздошной области. За медпомощью обратился на 11-е сутки заболевания. Диагностирован миозит мышц живота. Госпитализирован в участковую больницу. Через 3 дня после поступления в это муниципальное медицинское учреждение и лечения противовоспалительными средствами боли не уменьшились. Преобладающими в клинической картине заболевания стали интенсивные боли в животе при учащенном мочеиспускании. Доставлен в хирургическое отделение Центральной районной больницы с диагнозом «острый цистит». В хирургическом отделении диагностирован абсцесс малого таза аппендикулярного происхождения. Операция — вскрытие и дренирование абсцесса малого таза через прямую кишку.

*Какова должна быть дальнейшая тактика? Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебно-трудовую экспертную комиссию по завершении лечения. Каким может быть экспертный вывод?*

Преподаватель вуза, 39 лет, перенес аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита. На 4-е сутки после операции выявлено обширное нагноение раны в пределах подкожно-жировой клетчатки. Проводилось лечение антисептическими растворами и мазями. По очищении раны от некротических масс наложены вторичные швы. Выздоровление.

*Должен ли больной быть направлен на врачебно-трудовую экспертизу? Сформулируйте диагноз. Каким может быть экспертное решение?*



### Вопросы для самоконтроля

Перечислите возможные причины неблагополучия в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших аппендэктомию.

Какие отличительные особенности клинических проявлений, диагностики и лечения острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка?

Какие лечебные мероприятия и почему противопоказаны больным во время их транспортировки в стационар при подозрении на острый аппендицит?

В чем отличие плотного и рыхлого аппендикулярных инфильтратов? Каковы признаки абсцедирования инфильтрата?

Кто из отечественных хирургов внес весомый вклад в решение вопросов диагностики и лечения острого аппендицита?

Каковы дифференциально-диагностические отличия острого и хронического аппендицитов?

### Задание для самостоятельной работы

#### под руководством преподавателя

Провести клиническое обследование больного острым аппендицитом.

Провести дифференциальную диагностику на предмет исключения острого аппендицита у больного острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости или заболеванием, симулирующим «острый живот».

Сформулировать окончательный клинический диагноз больного осложненной формой острого аппендицита.

Определить показания к аппендэктомии, постановке тампонов, дренированию брюшной полости, а также противопоказания к ушиванию лапаротомной раны у больного острым аппендицитом или аппендикулярным инфильтратом.

Принять участие в проведении аппендэктомии.

Провести перевязку больного, перенесшего аппендэктомию.

Оформить медицинскую документацию для проведения врачебно-трудовой экспертизы пациенту, перенесшему аппендэктомию.



*«... при своевременном диагнозе перфоративной язвы прогноз... является положительным, ... врач почти наверняка спасает своего больного, если... передает его в руки хирурга. Напротив, он предоставляет ему погибнуть, если, назначив симптоматическое лечение, откладывает на завтра уточнение диагноза или требование хирургического вмешательства».*

*Г. Мондор, 1939 г.*

## **1.2. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки**

### **Содержание занятия**

Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика перфоративных гастродуоденальных язв. Особенности клинической картины и диагностики прикрытых прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Тактика врача первого контакта при перфорациях гастродуоденальных язв. Виды оперативных вмешательств, выполняемых больным перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Ошибки диагностики и лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Врачебно-трудовая экспертиза и диспансеризация больных при завершении лечения по поводу перфоративных гастродуоденальных язв.

### **Базисные знания**

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки широко распространены среди населения всех стран. Язвенная болезнь чаще отмечается у мужчин зрелого возраста. Течение язвенной болезни — хроническое рецидивирующее. Периоды ремиссии заболевания сменяются обострениями болезни, на фоне которых могут развиваться осложнения заболевания (рис. 23, 24). Среди осложнений гастродуоденальных язв у людей молодого возраста чаще всего отмечаются перфорации. Прободение может сочетаться с кровотечением, стенозом и пенетрацией. При желудочной локализации язвенных де-



фектов велика вероятность их малигнизации. С перфорацией гастродуоденальных язв часто приходится иметь дело как врачам первого контакта, так и специалистам стационарных лечебных учреждений.

Перфорация язв луковицы двенадцатиперстной кишки, как правило, отмечается при их преимущественной локализации на передней стенке органа (рис. 25).

Язвы желудка чаще всего локализуются на малой кривизне. Они осложняются прободением при расположении как на передней, так и на задней стенках органа (рис. 26).

У больных, перенесших тяжелые хирургические вмешательства и травмы, пребывающих в септическом состоянии и при эндотоксикозе могут развиваться острые гастродуоденальные язвы. Частота таких острых изъязвлений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки возрастает. Объясняется это увеличением стрессорных факторов и улучшением диагностики с помощью эндоскопических методов исследования. Острые гастродуоденальные язвы развиваются в чрезвычайно короткие сроки и быстро заживают при благоприятном течении основного заболевания. Однако они могут осложняться, в том числе прободением. Перфорации острых гастродуоденальных язв нередко являются непосредственной причиной смерти больных.

### Контрольные вопросы по базисным знаниям

Какие нейрогуморальные механизмы обеспечивают регуляцию кислой желудочной секреции?

Каковы основные патогенетические механизмы образования язв желудка и двенадцатиперстной кишки?

Идентичен ли смысл понятия «острая язва» и «острая форма язвенной болезни»?

Каковы морфологические и клинические особенности каллезных язв?

Каковы клинические дифференциально-диагностические отличия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки?

Каковы клинические, рентгенологические и эндоскопические признаки малигнизации язв желудка?

Какие операции проводятся при плановом лечении язвы двенадцатиперстной кишки?

Какие операции проводятся при плановом лечении язвы желудка?



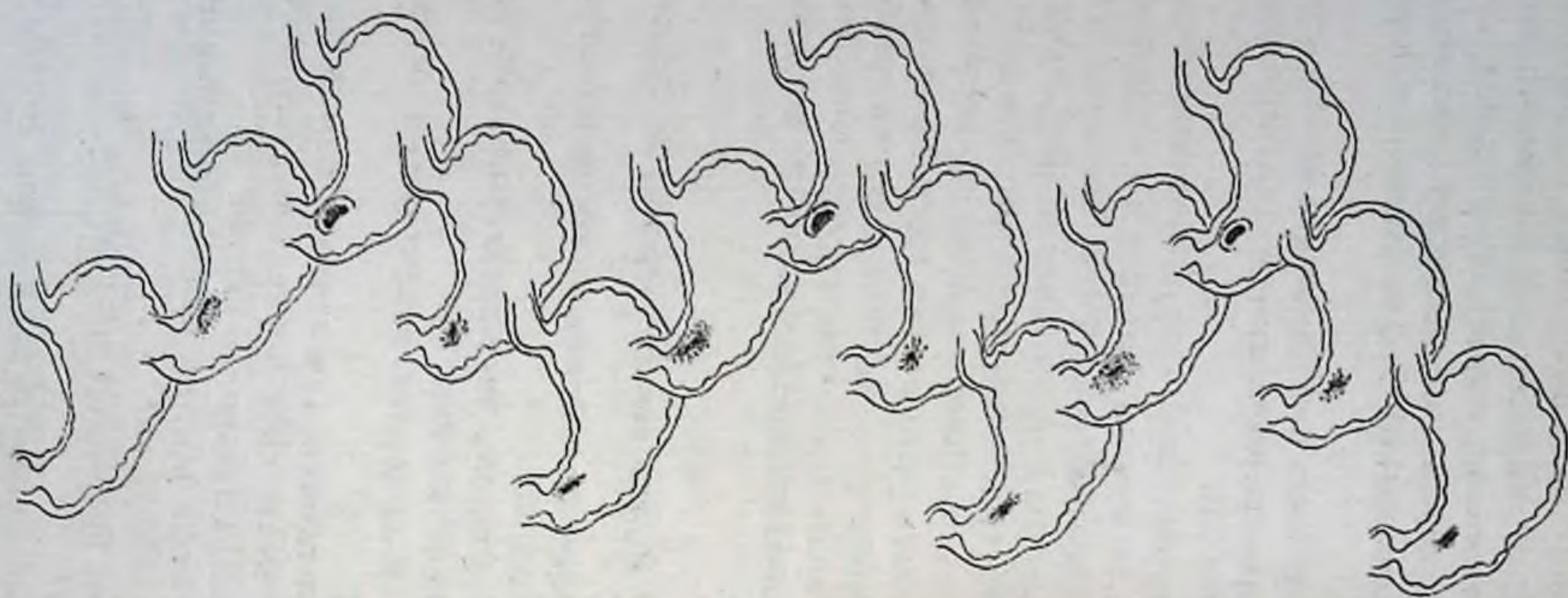


Рис. 23. Вариант клинического течения язвенной болезни:  
неосложненное хроническое рецидивирующее.

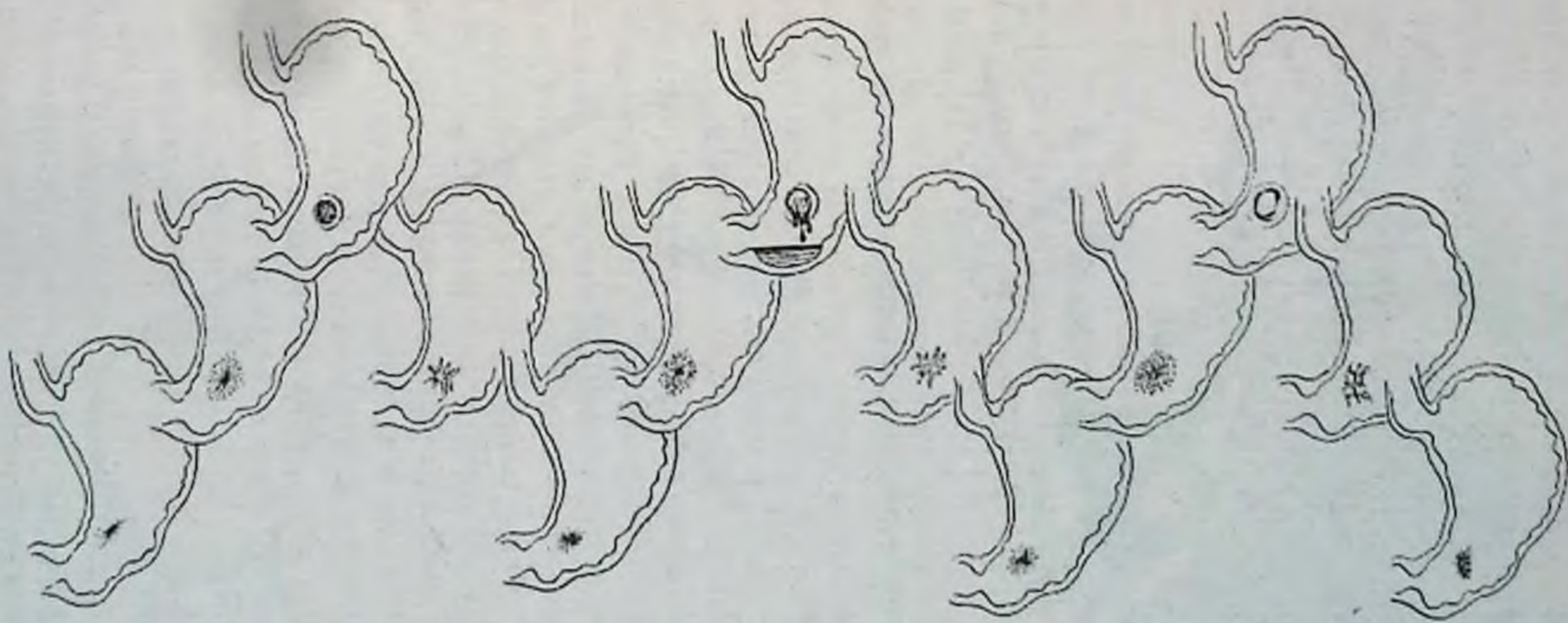


Рис. 24. Вариант клинического течения язвенной болезни:  
осложнение заболевания кровотечением и прободением.





Рис. 25. Преимущественная локализация перфоративных язв луковицы двенадцатиперстной кишки.

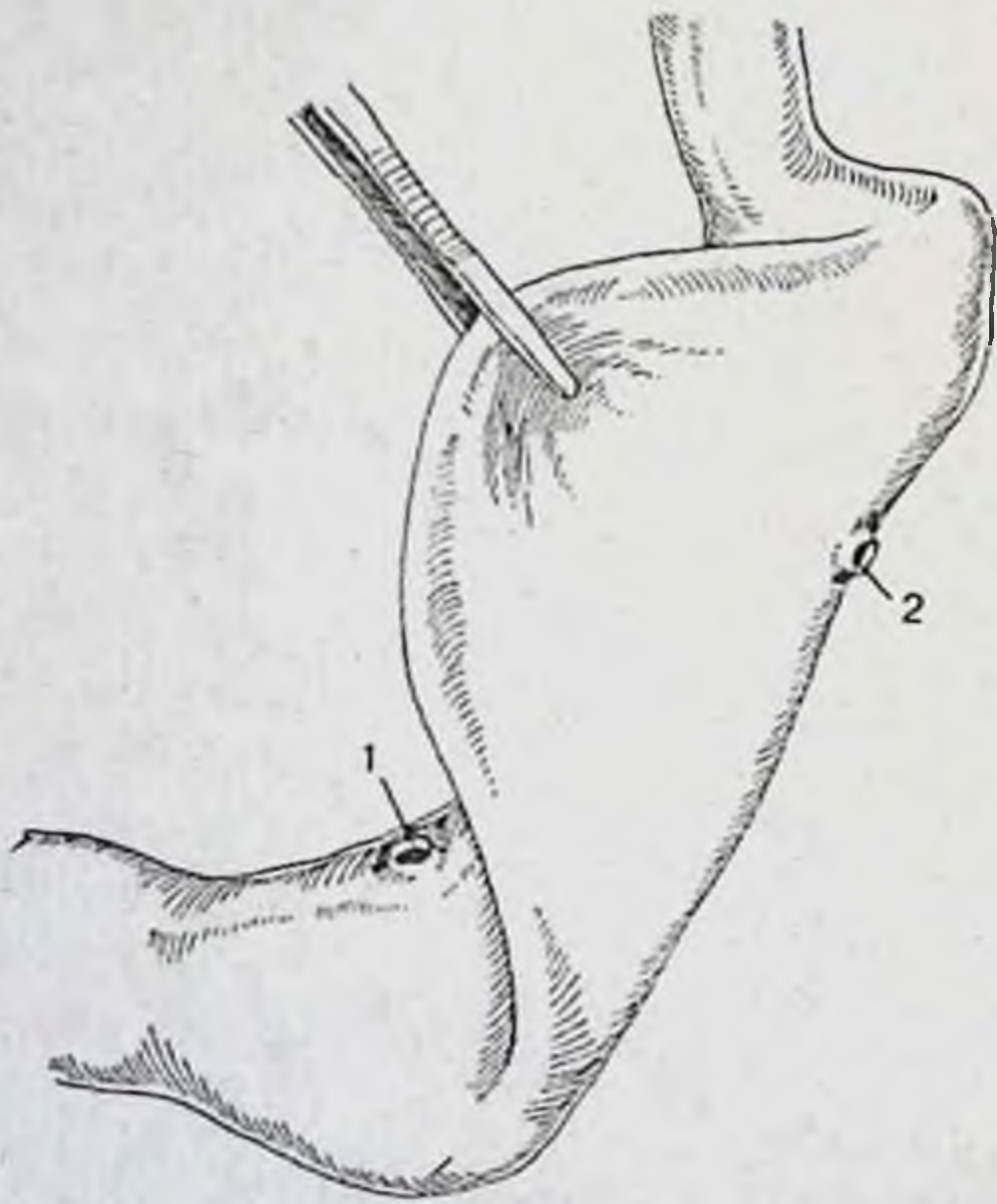


Рис. 26. Перфорация язв желудка:  
1 — передней стенки; 2 — задней стенки.



Отличается ли объем дистальной резекции желудка при язвах двенадцатиперстной кишки, тела (антрального отдела) желудка и раке выходного отдела желудка?

Какие операции используются при плановом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки?

Каковы особенности клинической картины и лечения субкардиальных язв желудка?

### Материалы для подготовки к занятию

Клинические проявления перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, как правило, хорошо выражены у большинства больных. Прободению язв часто предшествует предперфоративный период. Он длится от нескольких дней до 2–3 нед и проявляется признаками обострения язвенной болезни.

Типичные симптомы прободения язв наиболее выражены в основном периоде осложнения — в периоде шока (табл. 2). Перфорация язвы проявляется внезапной интенсивной болью, сравнимой с болевыми ощущениями при ударе ножом в живот («кинжальная» боль), напряжением передней брюшной стенки и вынужденным положением больного. С течением времени в результате пареза нервных окончаний брюшины интенсивность боли и напряжение мышц передней брюшной стенки уменьшаются. Наступает период мнимого благополучия. В это время диагноз перфоративной язвы кажется сомнительным, что нередко приводит к тактическим ошибкам. Период разлитого перитонита проявляется типичной для этого осложнения симптоматикой и часто приводит к гибели больного.

Чрезвычайно интенсивная боль в периоде шока, как правило, локализуется в эпигастральной области. Она усиливается при малейшем движении больных и заставляет их принимать вынужденное положение (с приведенными к животу коленями). Локализация боли при перфоративной язве с течением времени может меняться из-за распространения содержимого желудка и кишечника по полости брюшины. Чаще всего оно поступает в правое подреберье или в правую подвздошную область, вызывая соответствующую болевую реакцию (рис. 27), реже боль становится разлитой по всему животу.

Напряжение мышц передней брюшной стенки в типичных случаях оказывается выраженным. Оно определяется уже при осмотре: брюшная стенка уплощена или ладьевидно втянута, не участвует в дыхании. У ху-



Таблица 2

## Основные проявления перфоративных гастродуоденальных язв

Период обследования	Данные обследования			
	Жалобы	Анамнез	Объективный статус	Специальные методы исследования
Шок	На внезапную интенсивную, сравнимую с ударом ножом («кинжальную»), боль в животе. Она, как правило, локализуется в эпигастрии. Может перемещаться в правую половину брюшной полости, затем — по всему животу	Чаще всего осложнение происходит на фоне обострения длительно существующей язвенной болезни. Однако перфорировать могут и бессимптомные («немые») язвы	Вынужденное положение (чаще всего на боку с подтянутыми к животу коленями). Бледность кожных покровов. Температура тела нормальная, реже — субфебрильная. Передняя брюшная стенка не участвует в дыхании, может быть втянут живот. При перкуссии и пальпации живота — выраженное напряжение передней брюшной стенки («доскообразный живот»), печеночная тупость не определяется. Может выявляться притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Шумы перистальтики ослаблены или не выслушиваются вообще	Исследование периферической крови позволяет определить лейкоцитоз со сдвигом влево. При обзорной рентгенографии чаще всего выявляется свободный газ в брюшной полости. Иногда этот признак перфорации язв появляется только после нагнетания воздуха в желудок через зонд или во время проведения фиброгастроскопии, при которой визуализируется и сама язва. При исследовании желудка с помощью водорастворимого рентгеноконтрастного вещества может наблюдаться затек контраста в свободную брюшную полость
Мнимое благополучие	На постоянные, не выраженные боли в верхних отделах живота, как правило, без иррадиации	Те же данные + Сведения о непродолжительном эпизоде ощущения «кинжальных болей» в животе и пребывание в вынужденном положении до обследования	Вынужденного положения нет. Как правило, выявляется субфебрилитет. Невыраженное, локальное (чаще в верхних и правых отделах) напряжение мышц передней стенки живота. Иногда мышечная резистентность вообще отсутствует. При глубокой методической пальпации органов брюшной полости какой-либо особой реакции больных не	Те же данные + В неясных диагностических случаях выполняется лапароцентез и с помощью пробы Фроткина проводится идентификация желудочного содержимого в перитонеальном экссудате. При лапароскопии можно осмотреть полость брюшины и визуализировать перфорировавшую язву



Окончание табл. 2

Период обследования	Данные обследования			
	Жалобы	Анамнез	Объективный статус	Специальные методы исследования
Разлитой перитонит	На постоянные неинтенсивные боли во всех отделах живота, сухость во рту, тошноту, слабость, озноб	Те же данные + От момента «кинжальных» болей в животе до осмотра больных перитонит од времени, как правило, превышает 6 ч	отмечается. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют или не убедительны. Шумы перистальтики не изменены. Может отмечаться болезненность передней стенки ампулы прямой кишки при ее пальцевом исследовании Признаки эндогенной интоксикации (гипертермия, рвота, обезвоживание организма и др.). Проявления полиорганной недостаточности (изменения сознания, нестабильность гемодинамических показателей, одышка, снижение диуреза, желтушность склер и кожных покровов и др.). Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, напряжение мышц передней стенки не выражено, но отчетливо выявляются симптомы раздражения брюшины во всех отделах живота. Шумы перистальтики не выслушиваются. Может определяться шум плеска. Приглушение перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Во время пальцевого исследования прямой кишки — болезненность при пальпации органов малого таза	Те же данные + Анемизация. Тенденция к лейкопении. Биохимические показатели крови свидетельствуют о выраженной гомеостатической несостоятельности (нарушение показателей водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия, метаболические сдвиги, отражающие изменения функций печени, почек и других органов и систем)



дошавых людей четко вырисовываются контуры прямых мышц с сухожильными перемычками. Лишь в поздней стадии осложнения язвенной болезни перфорацией может отмечаться вздутие живота. При перфорации гастродуоденальных язв почти всегда выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. Шум перистальтики, как правило, отсутствует или резко ослаблен.

При исследовании объективного общего статуса привлекают внимание бледность кожных покровов и сухость во рту. Перфорация язв, как правило, сопровождается ухудшением общего состояния, головокружением, головной болью, кратковременной потерей сознания. Нередко наблюдаются холодный пот и повышение температуры тела. Часто отмечаются тахикардия и редко — брадикардия. Выраженность тахикардии

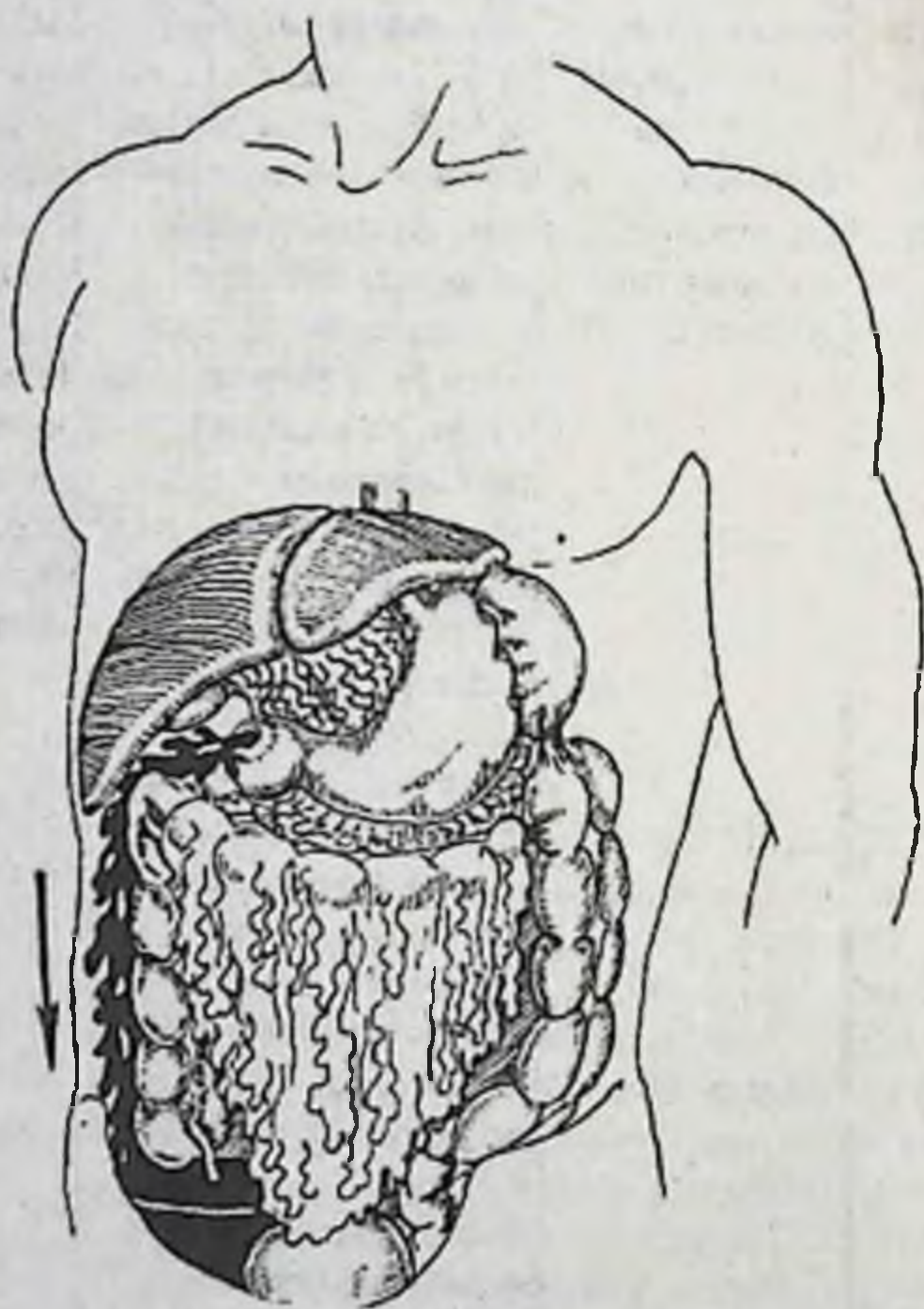


Рис. 27. Типичное распространение содержимого из двенадцатиперстной кишки в брюшной полости при перфоративной язве.



нарастает с увеличением сроков, прошедших с времени перфорации. Иногда выявляется умеренное снижение артериального давления.

При исследовании периферической крови у больных перфоративной язвой выявляется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, который может достигать значительных цифр ( $15-20 \times 10^9/\text{л}$  и более).

Достоверный признак перфоративной язвы — газы в брюшной полости. Их наличие констатируется перкуссией живота, при которой не удается выявить печеночную тупость.

Существенные трудности в диагностике перфоративных язв бывают в случаях прикрытой перфорации, которая встречается в 5–6% случаев. В распознавании этого осложнения большое значение имеют данные анамнеза, свидетельствующие об остром начале осложнения с характерной для него клинической картиной, напряжение мышц передней брюшной стенки, а также обнаружение газов в полости брюшины.

При типичной перфоративной язве клиническая картина заболевания, соответствующий анамнез и простые лабораторные данные позволяют достаточно быстро поставить правильный диагноз. Необоснованное расширение показаний к применению инструментальных методов диагностики ведет к потере времени и ухудшению состояния больного.

Нетрудоемким и доступным исследованием, которое позволяет быстро выявить газы в полости брюшины, является обзорная рентгенография живота (рис. 28). Оптимальным для рентгенологического исследования является положение больного на левом боку при исследовании на латероскопе. Выявление газов в полости брюшины (между наружной поверхностью печени и боковым отделом брюшной стенки) объективно свидетельствует о перфорации полого органа. Если в процессе диагностического поиска не ставится дополнительных задач, дальнейшее рентгенологическое исследование прекращается. В тех случаях, когда газы в полости брюшины не выявляются, производится эзофагогастродуоденоскопия.

Во время эндоскопического исследования при перфорации язв желудка или двенадцатиперстной кишки, кроме острого воспалительного процесса, отвесных белесоватых краев вокруг перфоративного отверстия и отсутствия «дна» язвы, не происходит адекватного расширения желудка при инсуффляции его воздухом. После эндоскопии пневмоперитонеум усиливается, что отчетливо выявляется на повторных обзорных рентгенограммах живота. Если диагноз остается неясным, а состояние больного не позволяет продолжить обследование, необходимо контрастировать желудок и двенадцатиперстную кишку водорастворимыми контрастными



веществами (кардиотраст, уротраст, верографин и др.). Данное исследование позволяет обнаружить рентгенологические признаки язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (симптом «ниши» и рубцово-язвенная деформация этих органов), а также вытекание контрастного вещества за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки (рис. 29).

В неясных случаях в качестве диагностической процедуры используется лапароскопия. Во время лапароскопии можно также осмотреть брюшину, органы брюшной полости и оценить характер содержимого, скопившегося в брюшной полости.

Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — опасное и тяжелое осложнение язвенной болезни. Диагностировав прободную язву, врач первого контакта должен немедленно отправить больного в хирургический стационар. Обезболивающие средства не вводятся, так как они могут изменить клиническую картину заболевания и дезинформировать хирурга. Врач первого контакта обязан подробно описать в сопроводительных медицинских документах клинические симптомы заболевания.

Квалифицированная и специализированная помощь в хирургическом отделении стационара при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки проводится с учетом ряда обстоятельств. При оперативном лечении перфоративных язв применяются ушивание язв, их иссечение в сочетании с ваготомией и дренирующими желудок операциями, резекция желудка.

Ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — наиболее простое и быстро выполнимое оперативное вмешательство. Этот метод лечения перфоративных язв доступен каждому хирургу. Показанием к ушиванию язвы является перитонит и тяжелые сопутствующие заболевания. Ушивание перфоративной язвы спасает жизнь больным. При этом используется нерассасывающийся шовный материал (шелк, лавсан, капрон и др.). Одиночные узловые швы накладываются в поперечном направлении к оси желудка и двенадцатиперстной кишки (рис. 30). Обычно бывает достаточно трех-четырех швов. На желудке обязательно формируется второй ряд серозно-мышечных швов. На двенадцатиперстной кишке второй ряд швов выполним лишь при небольших язвах, в остальных случаях линия швов подкрепляется прядью сальника, прикрывающего ушитое место в кишке.

Трудности ушивания прободных язв возникают при больших перфорационных отверстиях, плотных и оmozоленных краях язвы, при воспалительных изменениях вокруг нее. В этих случаях сблизить края язвы



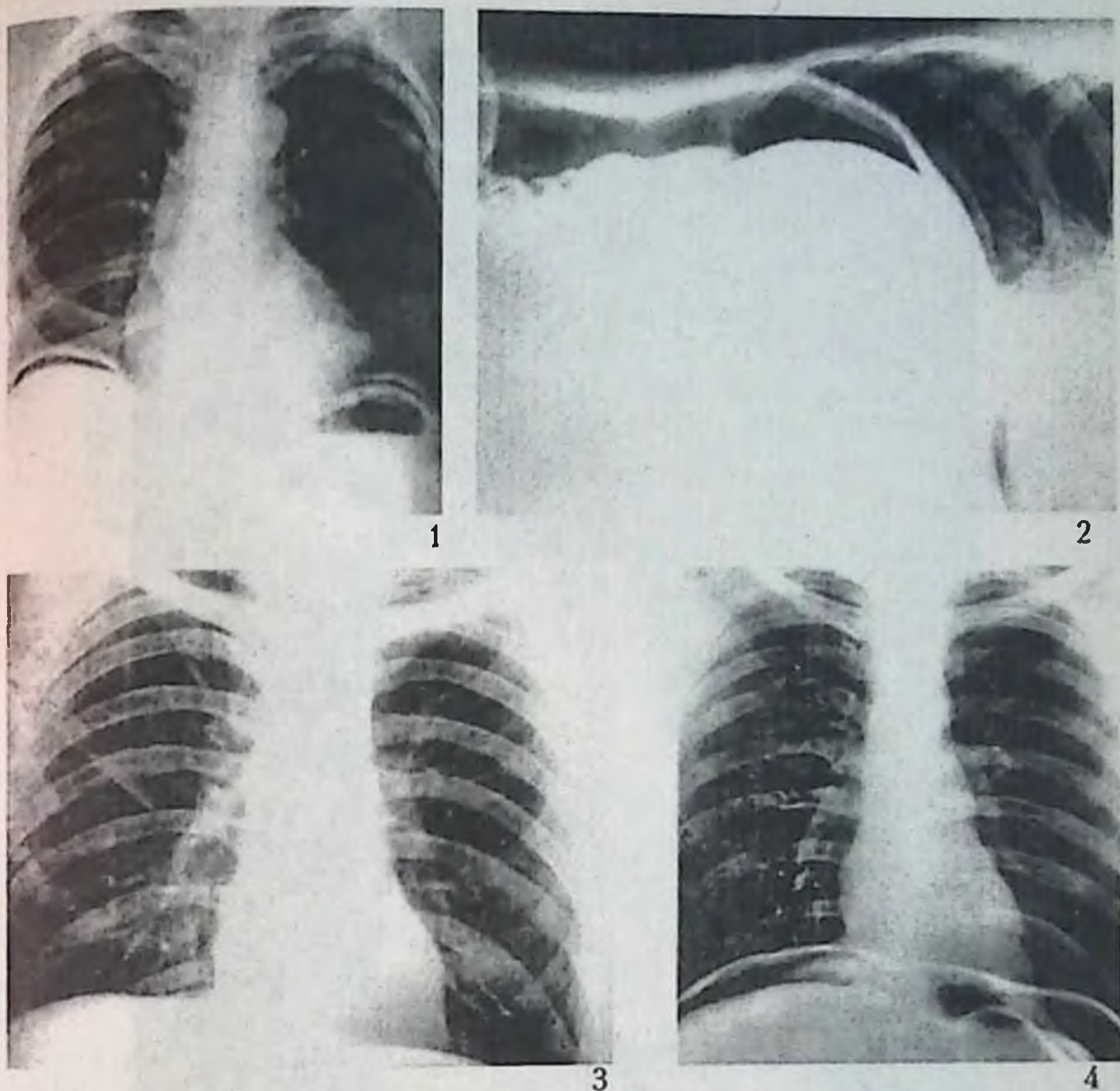


Рис. 28. Обзорная рентгенография брюшной полости при перфоративных гастродуоденальных язвах.

Типичная перфорация язвы: 1 — свободный газ под диафрагмой; 2 — свободный газ под боковой стенкой живота при латеропозиции.

Прикрытая перфорация язвы: 3 — свободный газ в брюшной полости не определяется; 4 — свободный газ под диафрагмой после гастродуоденоскопии.

не удастся, так как швы могут прорезаться. В данных ситуациях используется лоскут сальника на ножке, который прошивается кетгутowymi нитями, вводится в перфоративное отверстие, туго тампонируя его, и фиксируется после выведения иглы через желудочную стенку недалеко от края язвы (рис. 31). Отдельными швами сальник фиксируется к поверхности желудка или двенадцатиперстной кишки (способ Оппеля—Поликарпова).



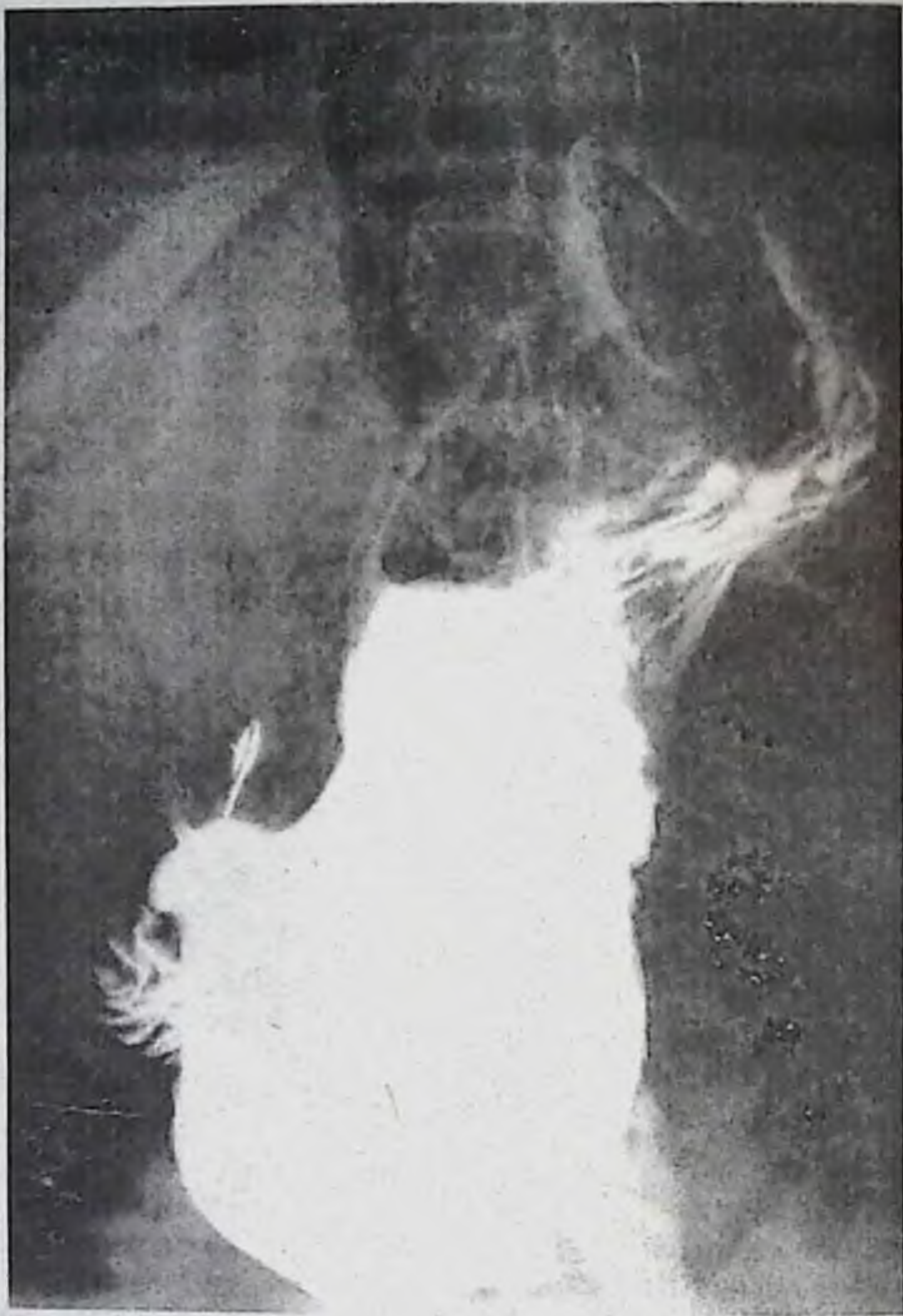


Рис. 29. Распространение рентгеноконтрастного вещества за пределы желудка при перфоративной язве.

В настоящее время зашивание перфоративных язв может осуществляться с помощью видеолапароскопических технологий. Зашивание перфоративной язвы производят атравматичными иглами с монофиламентными нитями (рис. 32).



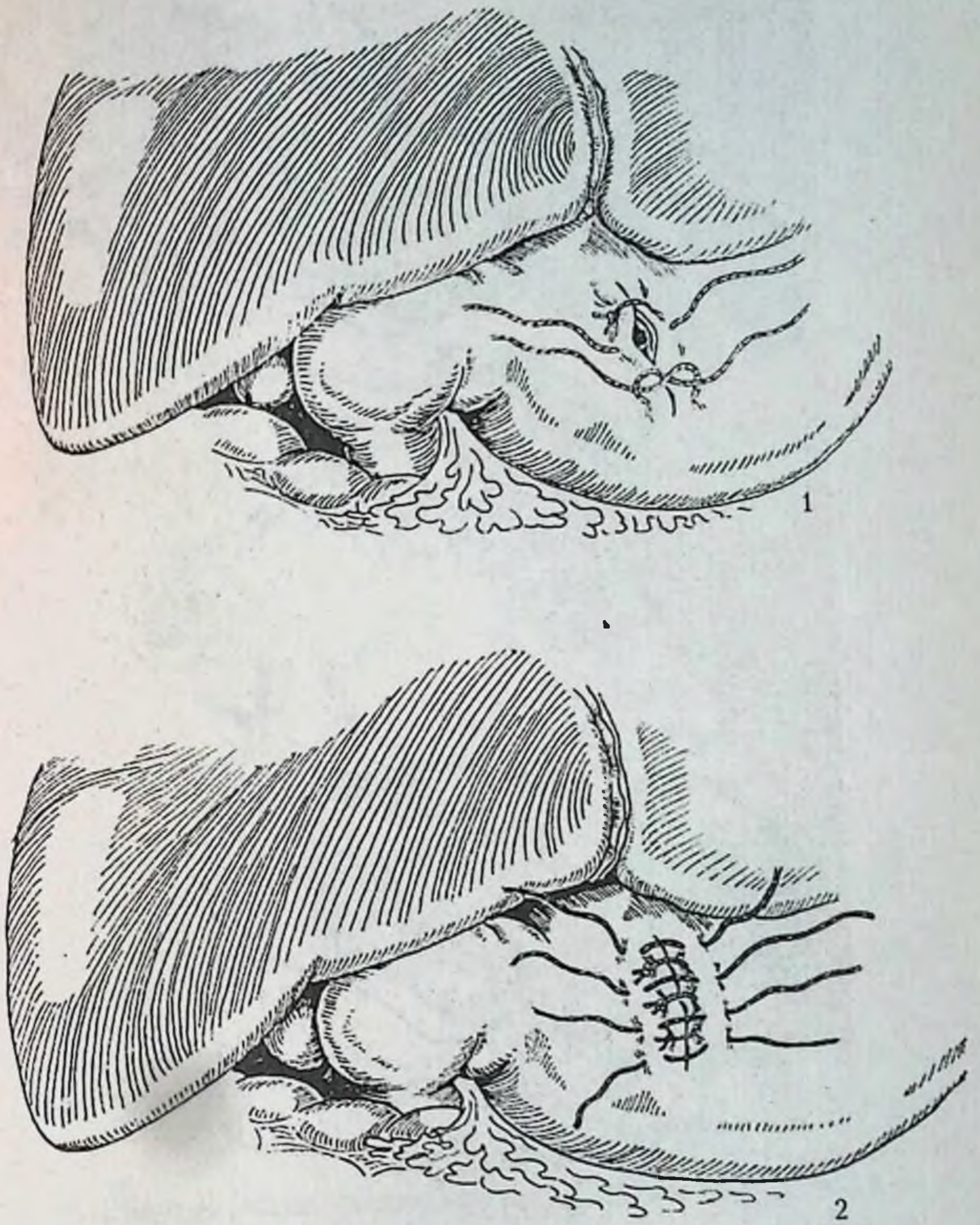


Рис. 30. Ушивание иссеченной перфоративной язвы желудка:  
1 — первый ряд швов; 2 — второй ряд швов.



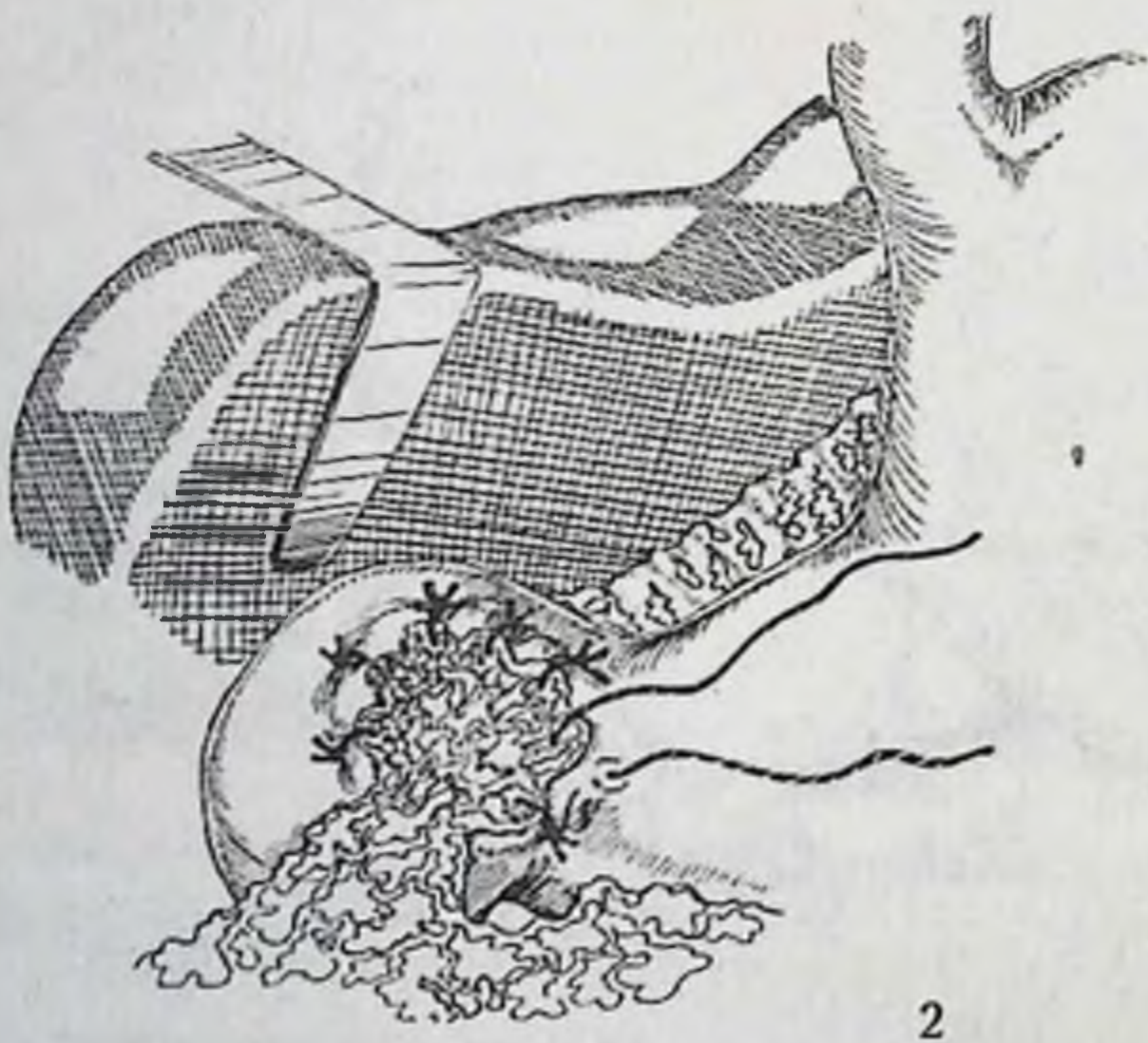
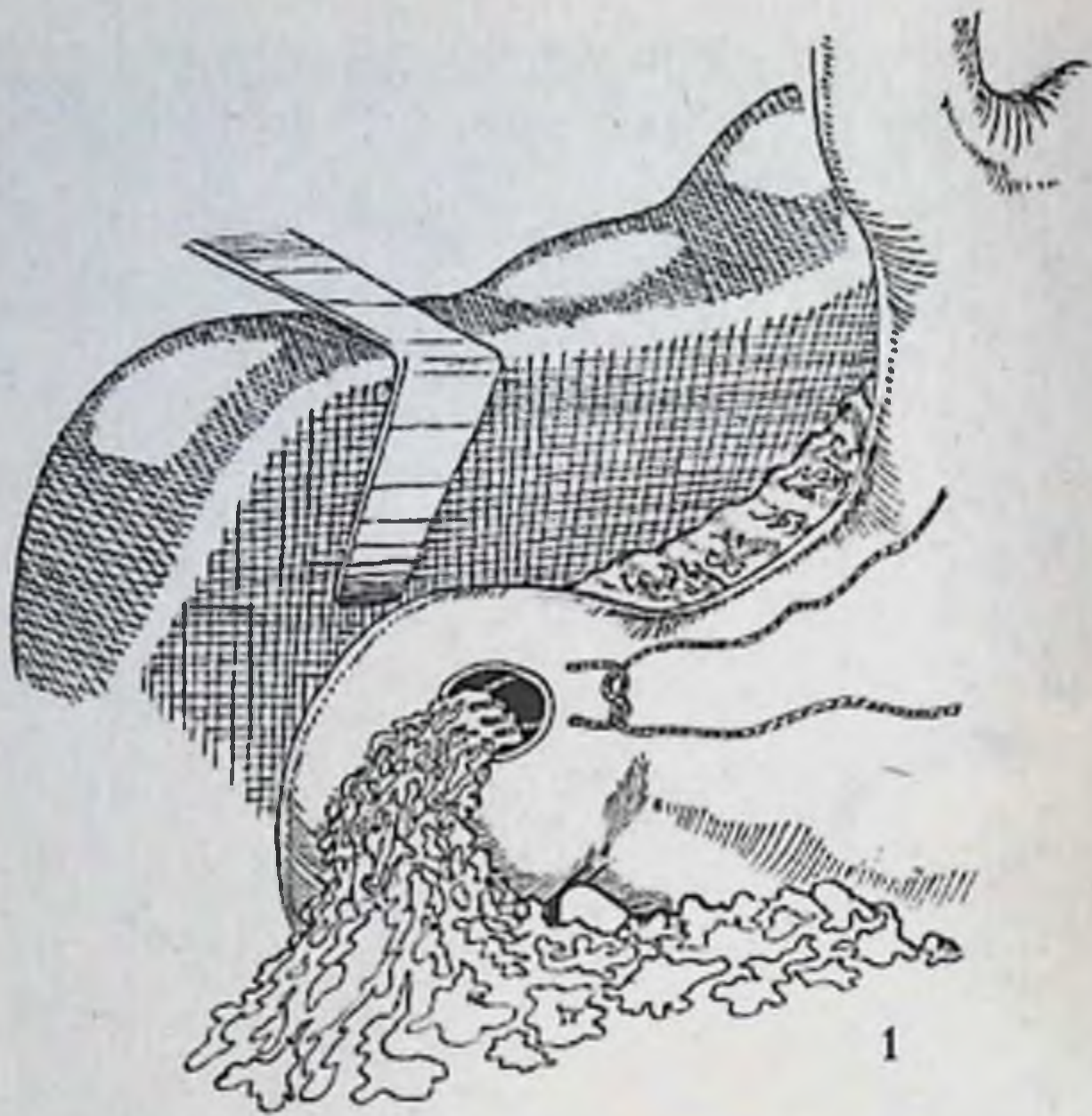


Рис. 31. Ушивание перфоративной язвы по Оппелю—Поликарпову:  
1 — тампонада перфорационного отверстия сальником; 2 — фиксация сальника  
вокруг язвы серозно-мышечными швами.



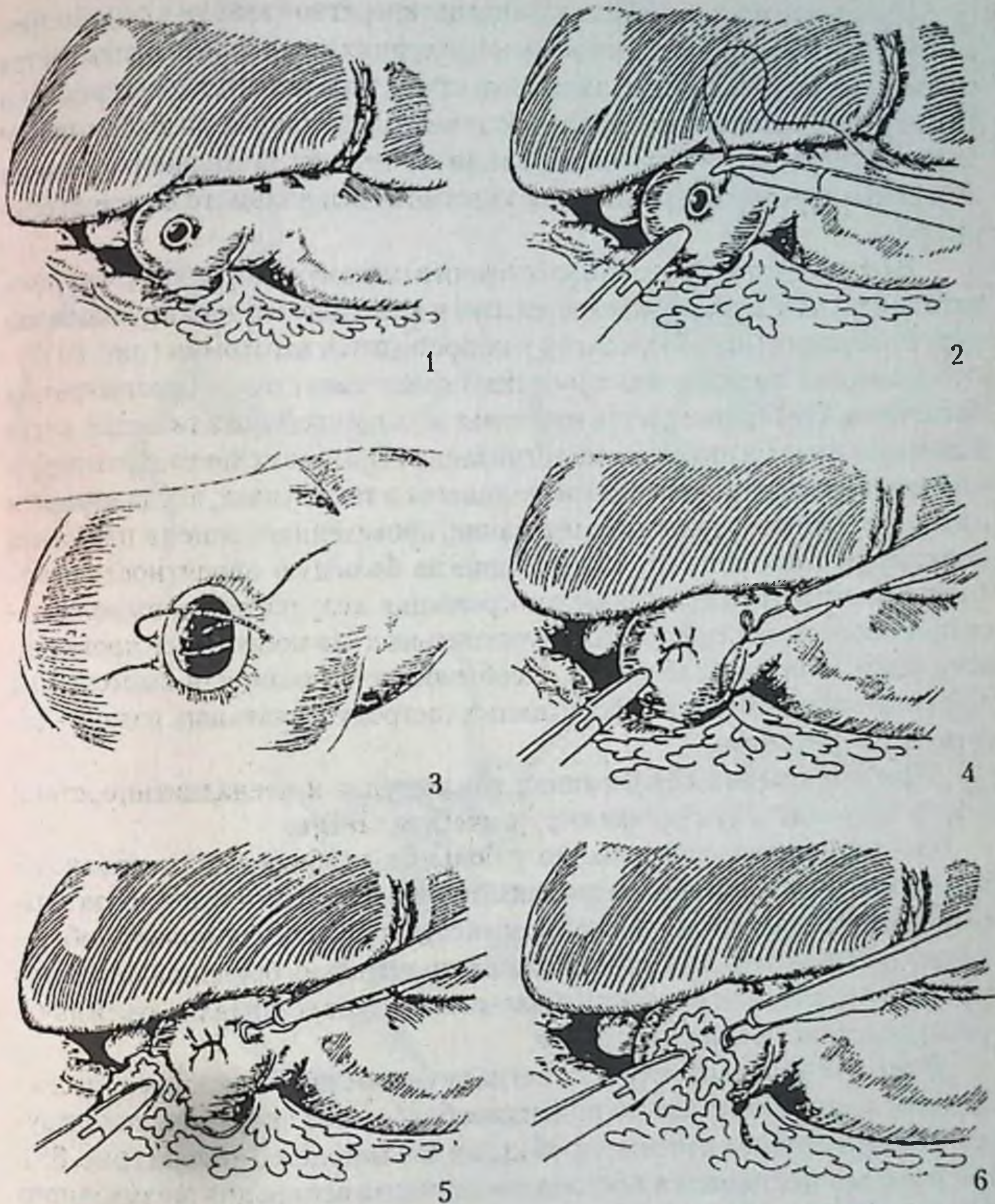


Рис. 32. Этапы видеолaparоскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки:  
 1 — перфоративная язва двенадцатиперстной кишки; 2 — прошивание язвы; 3 — вид язвы после прошивания 8-образным швом; 4 — вид после завязывания нитей; 5 — подшивание сальника к зоне прошивания язвы; 6 — фиксация сальника дополнительными швами.



Иссечение прободной язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании с ваготомией и дренирующими желудок операциями не только оказывается спасительным неотложным вмешательством, но и является одновременно патогенетическим лечебным воздействием. Такая операция выполняется больным, страдающим язвенной болезнью в течение длительного времени при явных признаках хронического процесса, выявляемого во время операции.

В отличие от проведения ваготомии в плановом порядке при перфоративных язвах вначале иссекается язва и выполняется дренирующая желудок операция (рис. 33), а затем уже проводится ваготомия (рис. 34).

Резекция желудка при прободных язвах имеет очень ограниченные показания. Она применяется при язвах желудочной локализации, когда возникает подозрение на их малигнизацию. При язвах двенадцатиперстной кишки резекция желудка выполняется в тех случаях, когда имеются соответствующие данные обследования, проведенного ранее в плановом порядке, прогностически указывающие на большую вероятность неэффективности ваготомии. Кроме того, резекция желудка может выполняться при повторных перфорациях дуоденальных язв после ранее проведенного ушивания или ваготомии. Необходимое условие для выполнения резекции желудка при перфоративных гастродуоденальных язвах — отсутствие перитонита.

При прикрытых перфорациях язв желудка и двенадцатиперстной кишки сохраняется активная хирургическая тактика.

Оперативное вмешательство у больных прободными гастродуоденальными язвами заканчивается санацией брюшной полости и обязательным ее промыванием. При гнойном экссудате брюшная полость обязательно дренируется. Для фракционного промывания брюшной полости в первые 2–3 дня после операции в малый таз может устанавливаться двух-трехпросветная дренажная трубка.

В тех, очень редких, случаях, когда нет возможности произвести оперативное вмешательство или при отказе больных от операции, используется консервативное лечение прободных язв методом Тейлора (рис. 35). При этом осуществляется постоянная активная аспирация желудочного содержимого через зонд. Метод рассчитан на то, что перфорационное отверстие прикроется каким-либо из окружающих органов. Параллельно с аспирацией проводятся лечение антибиотиками и парентеральное питание. Такое консервативное лечение прободных язв редко обеспечивает прекращение дальнейшего поступления гастродуоденального содержимо-



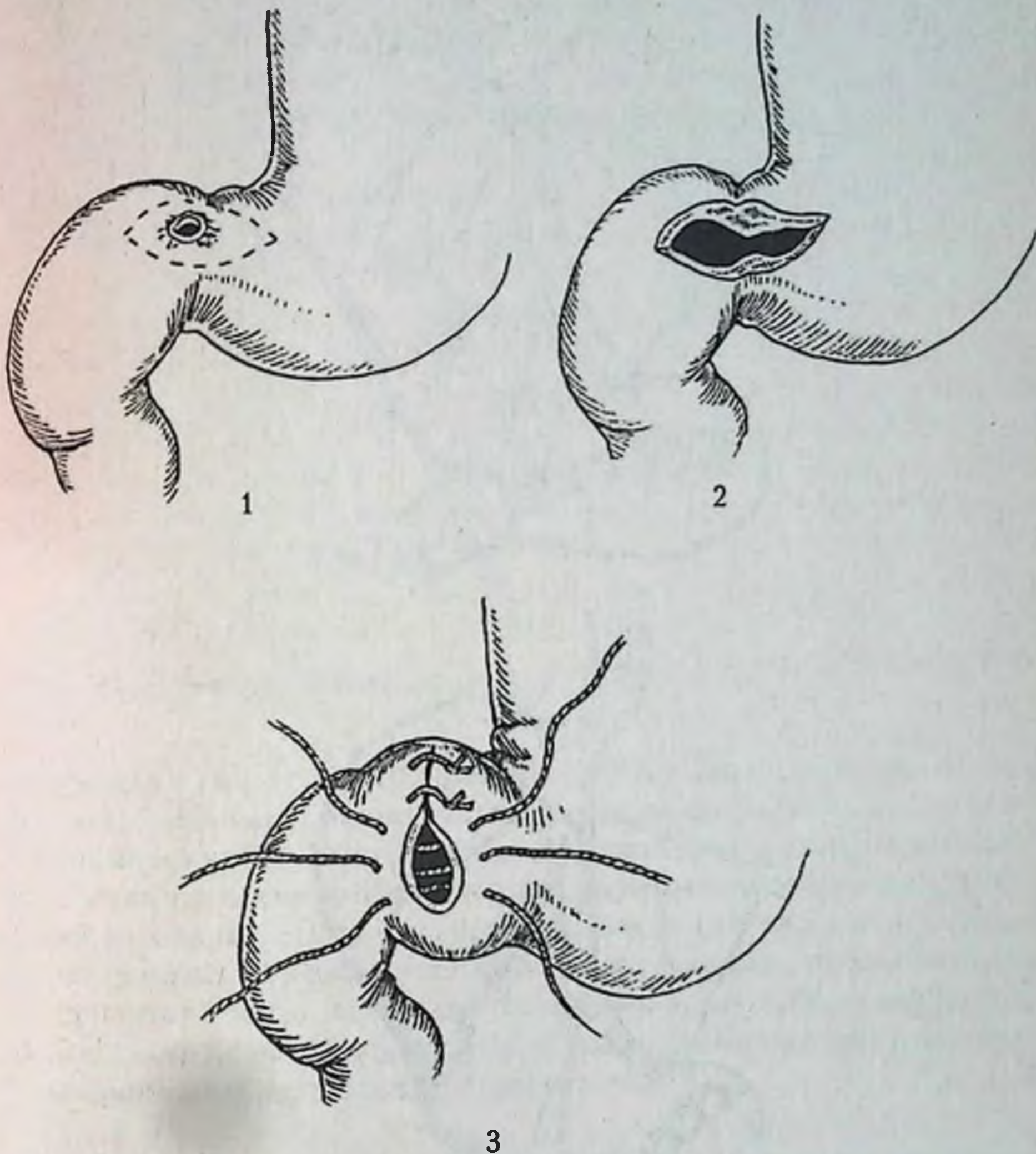


Рис. 33. Иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с формированием пилоропластики по Микуличу:  
 1 — границы иссечения тканей; 2 — вид после иссечения язвы; 3 — формирование пилоропластики по Гейнеке—Микуличу.



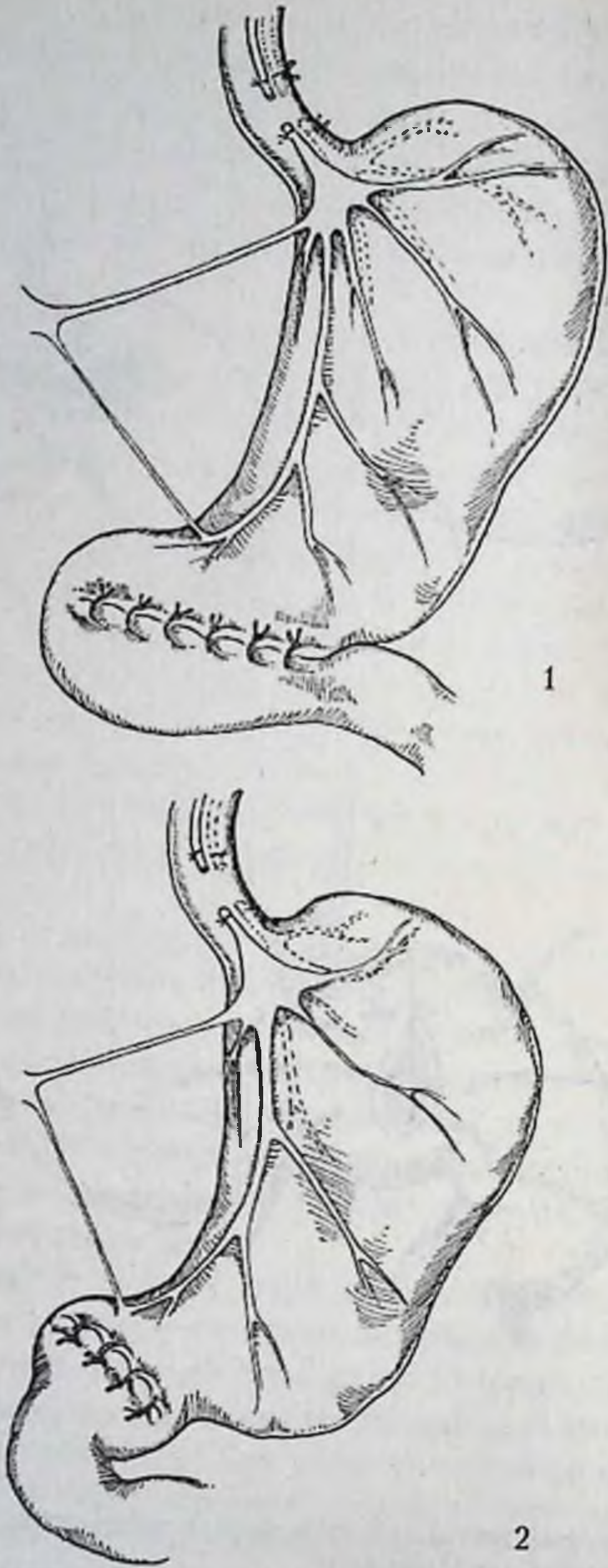


Рис. 34. Стволовая ваготомия, дополненная:  
1 — пилоропластикой по Финнею; 2 — пилоропластикой по Гейнеке—Микуличу.



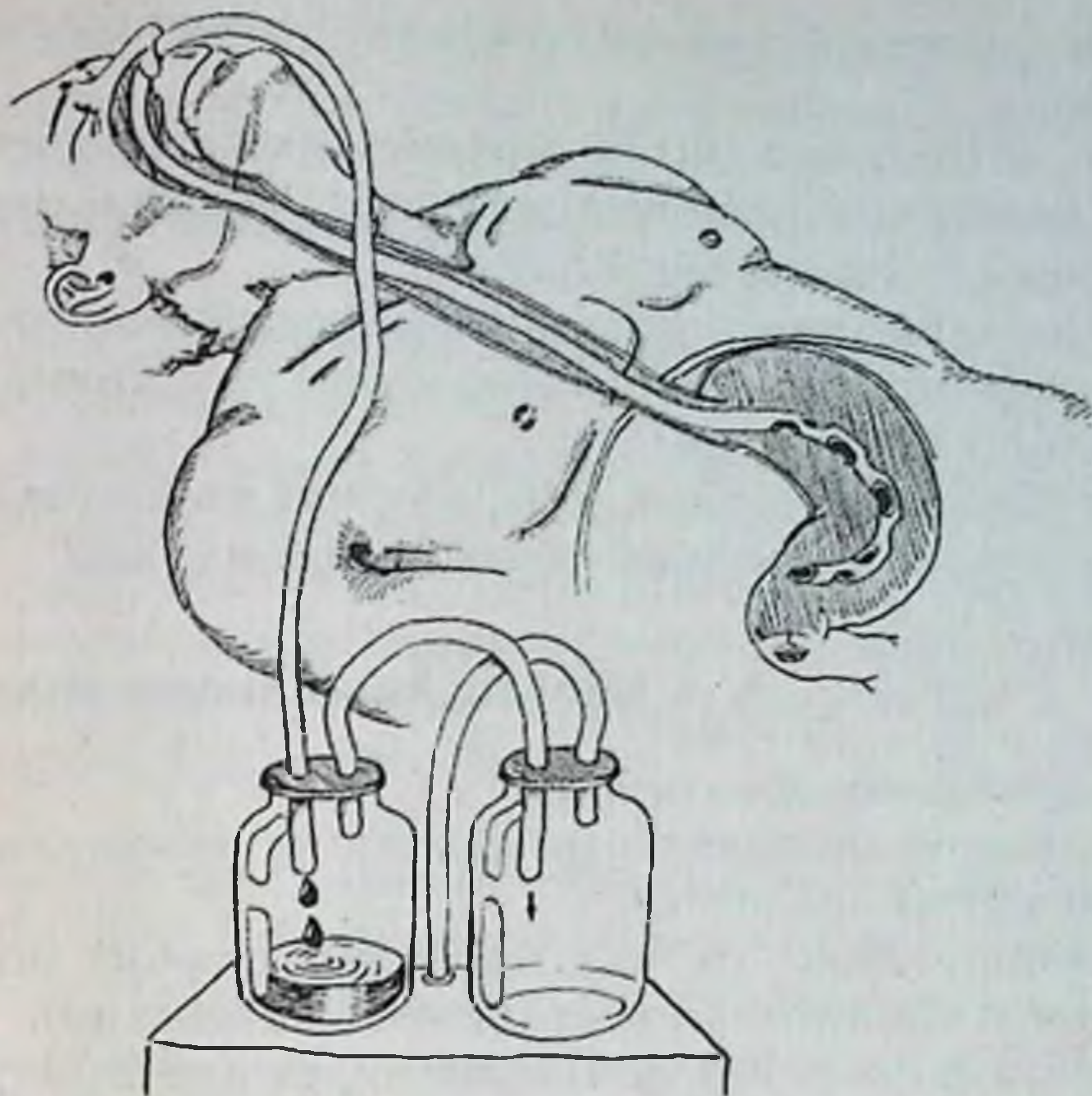


Рис. 35. Консервативный метод лечения прободных язв по Тейлору.

го в брюшную полость. Однако помнить о методе Тейлора следует, особенно в экстремальных условиях оказания медицинской помощи.

Консервативные меры не должны отдалять сроков оперативного вмешательства, так как необходимость раннего оперативного лечения при прободной язве является законом хирургии. Каждый час задержки операции имеет огромное значение для жизни больных. Врач первого контакта должен принять все меры для срочной госпитализации больных в хирургическое отделение. Больным запрещается не только принимать пищу, но и пить. Транспортировка осуществляется на носилках.

### **Контрольные вопросы по основному материалу**

У какой возрастной категории больных чаще наблюдаются перфорации «немых» язв?

Возможна ли оценка кислотопродуцирующей функции желудка при перфоративных гастродуоденальных язвах?



Какова клиническая картина прикрытой перфорации гастродуоденальных язв?

Можно ли исключить диагноз перфоративной язвы при отсутствии данных о клинических проявлениях язвенной болезни в анамнезе?

Как проводится пневмогастрография?

Показано ли выполнение субтотальной резекции желудка в условиях разлитого гнойного перитонита при перфорациях желудочных язв с явными признаками малигнизации?

Какие заболевания органов, расположенных вне брюшной полости, могут симулировать перфорацию гастродуоденальных язв?

### Необходимые практические навыки

На занятии необходимо усвоить:

- методику обследования больных перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки;
- возможные варианты показателей лабораторных анализов при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки;
- возможные изменения, выявляемые обзорной рентгенографией живота при перфоративных гастродуоденальных язвах;
- отдельные элементы ассистенции на операциях, выполняемых по поводу перфоративных гастродуоденальных язв;
- методику пальцевого исследования прямой кишки;
- особенности оформления медицинской документации при отпращивании больных перфоративными язвами из медицинского подразделения, где была оказана догоспитальная медицинская помощь, и при лечении в хирургическом стационаре;
- особенности оформления медицинской документации при представлении больного на врачебно-трудовую комиссию по завершении лечения по поводу перфоративных гастродуоденальных язв.

### Ситуационные задачи

Студент техникума, 20 лет, 30 мин назад ощутил боль в животе, которая вынудила его сесть, а затем и лечь. При этом чувствовал тошноту и головокружение. До учебы в техникуме четыре раза лечился по поводу гиперацидного гастрита. При осмотре: живот втянут, напряжен, в дыхании не участвует, резко болезненный в эпигастральной области и в пра-



вом подреберье, здесь же выявляется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Печеночная тупость не определяется. Пульс 68 — уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

У механика, 28 лет, три часа назад на фоне полного благополучия появились интенсивные «кинжальные» боли в животе и однократная рвота съеденной пищей. В момент обследования больной бледен, адинамичен. Пульс — 100 уд/мин, АД — 160/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах, в дыхании не участвует. Кишечные перистальтические шумы не выслушиваются. Симптомы Щеткина—Блюмберга, Воскресенского положительные. Печеночная тупость не определяется.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Бухгалтер, 38 лет, страдает язвой двенадцатиперстной кишки в течение последних 5 лет. Несколько часов назад неожиданно появилась интенсивная, по типу «кинжальной», боль в эпигастральной области. Больной был вынужден лечь. Через некоторое время боль прошла. При обследовании: самостоятельных болевых ощущений в животе нет. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот не вздут, мягкий, при пальпации определяется болезненность в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительные, печеночная тупость сохранена. На обзорном рентгенологическом снимке брюшной полости выявляется узкая полоска газа под куполом диафрагмы.

*Ваш диагноз? Какова должна быть тактика хирурга?*

Машиниста тепловоза, 26 лет, в течении трех лет беспокоила боль в эпигастральной области, изжога, отрыжка. Не лечился. Два часа назад у больного возникла «кинжальная боль» в эпигастральной области. Госпитализирован. Срочная операция. Верхнесрединная лапаротомия. При ревизии выявлена перфоративная (в диаметре 1 см) язва передней стенки двенадцатиперстной кишки. Произведена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею. Послеоперационный период протекал без осложнений. Переведен в терапевтическое отделение, где проводилось комплексное консервативное лечение язвенной болезни. Через месяц после операции при рентгеноскопии — нормально функционирующий гастродуоденоанастомоз. Язвенной ниши не обнаружено.



*Сформулируйте диагноз, с которым больной должен быть представлен на врачебно-трудовую комиссию. Каким может быть экспертное решение? Какие рекомендации необходимо дать пациенту после выписки из стационара?*

### **Вопросы для самоконтроля**

Каковы особенности клинической картины и лечения перфоративных гастродуоденальных язв у больных молодого возраста?

В чем смысл пробы Фроткина, используемой при диагностике перфоративных гастродуоденальных язв?

Как необходимо поступать, когда после иссечения перфорировавшей язвы желудка при гистологическом исследовании препарата в раннем послеоперационном периоде обнаруживаются признаки злокачественного процесса?

Каковы клинические «маски» перфоративных гастродуоденальных язв?

Каковы осложнения перфоративных язв?

Какие особенности клинических проявлений язв желудка и двенадцатиперстной кишки при одновременном их осложнении перфорацией и кровотечением?

Допустимо ли динамическое наблюдение за больным с подозрением на перфоративную язву в медицинском пункте предприятия?

Кто из отечественных ученых внес существенный вклад в разработку вопросов диагностики и лечения перфоративных гастродуоденальных язв?

### **Задание для самостоятельной работы**

#### **под руководством преподавателя**

Провести клиническое обследование больного перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки.

Провести перевязку больного, перенесшего оперативное вмешательство по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы.

Принять участие в операции, выполняемой по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Провести дифференциальную диагностику при постановке диагноза болезни больному, у которого на этапе предварительного обследования подозревается перфорация полого органа брюшной полости.



Определить прогноз дальнейшего течения болезни у больных, перенесших оперативное лечение вследствие перфорации язв желудка или двенадцатиперстной кишки.

Оформить медицинскую документацию, необходимую для проведения врачебно-трудовой экспертизы пациента, завершившего лечение по поводу перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.



*«Своевременная диагностика источника кровотечения, восполнение кровопотери и правильный выбор метода лечения — основные задачи, стоящие перед врачом при поступлении больного с кровотечением из пищеварительного тракта... Создание в больших городах специализированных центров... несомненно будет способствовать улучшению результатов лечения».*  
В. П. Петров, И. А. Ерюхин, 1991 г.

### **1.3. Острые желудочно-кишечные кровотечения**

#### **Содержание занятия**

Этиология, патогенез, клиническая картина, классификация острых желудочно-кишечных кровотечений. Диагностические мероприятия при желудочно-кишечных кровотечениях. Способы определения величины кровопотери. Специальные методы диагностики кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Особенности клинических проявлений при желудочно-кишечных кровотечениях разной этиологии. Дифференциальная диагностика при желудочно-кишечных кровотечениях. Методы консервативного лечения кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Показания к оперативному вмешательству. Хирургические методы лечения желудочно-кишечных кровотечений и их результаты. Тактика врача первого контакта при острых кровотечениях из желудочно-кишечного тракта. Врачебно-трудовая экспертиза пациентов по завершении их лечения по поводу желудочно-кишечных кровотечений.

#### **Базисные знания**

Кровотечением называется истечение крови из сосудов в ткани, в какую-либо полость организма или во внешнюю среду. Несмотря на то, что при острых желудочно-кишечных кровотечениях последние происходят во внешнюю среду, эти виды геморрагий являются скрытыми по клиническим проявлениям.



Как и любые другие кровотечения, острые кровотечения из желудочно-кишечного тракта бывают артериальными, венозными, капиллярными и паренхиматозными. Желудочно-кишечные кровотечения, обусловленные травмой органов пищеварения, наблюдаются редко и связаны, как правило, с инородными телами, случайно попадающими в просвет пищеварительного тракта. Чаще всего острые кровотечения из желудочно-кишечного тракта происходят при изменениях сосудов в стенке желудка и кишечника, обусловленных опухолевым процессом, изъязвлением слизистой оболочки и другими причинами.

Понятие кровотечения не ограничивается фактом кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Основная опасность кровотечения — развитие острого малокровия. Постгеморрагическая анемия может быть причиной гибели больных.

Исход кровотечения во многом определяется абсолютной величиной кровопотери. В широкой практике используется три группы методов определения величины кровопотери:

- на основании изменения гемодинамических показателей (по «шоковому индексу», по уровню артериального давления и др.);
- по оценке концентрационных показателей крови (величины гематокрита, гемоглобина, относительной плотности крови и др.);
- по изменению объема циркулирующей крови (ОЦК).

Определение величины кровопотери в неотложной хирургии представляет значительные трудности, так как до настоящего времени нет простого и высокоинформативного метода, удовлетворяющего всем требованиям практической медицины. В каждом из методов определения величины кровопотери существует возможность ошибки. Наиболее объективным методом определения величины кровопотери является определение ОЦК с помощью разведения индикатора. Выявляемый при этом дефицит объема крови позволяет судить о тяжести постгеморрагической гиповолемии, а определение его глобулярного компонента используется для ретроспективной оценки величины кровопотери. Метод определения ОЦК с помощью разведения индикатора (радиоизотопного или красочного) наиболее соответствует задачам этапов квалифицированной и специализированной хирургической помощи. Для догоспитального этапа достаточно информативными являются методы оценки величины кровопотери, основанные на определении «индекса шока» и степени снижения показателя гематокрита.

Индекс шока представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления. В норме его величина не превы-



шает 0,5. Увеличение индекса соответствует снижению ОЦК. Для определения величины кровопотери по индексу шока используется номограмма (табл. 3).

Таблица 3

Номограмма экстренного определения величины кровопотери по «индексу шока»

Показатель «индекса шока»	Объем кровопотери, л			
	ОЦК, %		Масса тела, кг	
		60	70	80
0,75	9	0,5	0,6	0,7
1,0	18	0,8	0,9	1,0
1,5	30	1,3	1,5	1,7
2,0	38	1,6	1,9	2,1
2,5	45	1,9	2,2	2,5
3,0	50	2,1	2,5	2,8

Величина кровопотери по показателям гематокрита вычисляется с помощью формулы:

$$\text{кровопотеря} = \text{ОЦК}_д \times (\text{Ht}_1 - \text{Ht}_2) / \text{Ht}_2,$$

где  $\text{ОЦК}_д$  — должный ОЦК,  $\text{Ht}_1$  — должный гематокрит,  $\text{Ht}_2$  — фактический гематокрит, после остановки кровотечения.

Определение величины кровопотери по гематокриту осуществляется также и по номограмме (рис. 36).

При определении величины дефицита ОЦК следует помнить, что он неравнозначен величине кровопотери. Наиболее точно величине кровопотери соответствуют сдвиги глобулярного объема крови, так как эритроциты в крови являются наиболее стабильными компонентами объема крови, который не подвержен быстрым количественным изменениям. Отсутствие в организме человека истинных депо крови приводит к тому, что глобулярный объем уменьшается именно на величину кровопотери. Расчет кровопотери по дефициту глобулярного объема проводится по формуле:

$$\text{кровопотеря} = \text{ОЦК}_д \times (\text{ГО}_д - \text{ГО}_ф) / \text{ГО}_д,$$

где  $\text{ОЦК}_д$  — должный, или исходный (до кровопотери), ОЦК,  $\text{ГО}_д$  и  $\text{ГО}_ф$  — должный и фактический глобулярные объемы.

Определение величины кровопотери лучше проводить на основании комплекса лабораторных данных (табл. 4).



Таблица 4  
 Определение величины кровопотери по лабораторным данным

Содержание гемоглобулина, г/л	Гематокрит		Величина кровопотери, л	Дефицит ОЦК, %
	л/л	%		
108-103	0,44	40	0,5	10
102-88	0,38	32	1,0	20
87-80	0,31	23	1,5	30
80	0,23	<23	2,0	40

Исход кровотечения зависит не только от абсолютной величины кровопотери. Для поддержания на необходимом уровне кровоснабжения жизненно важных органов в условиях продолжающейся кровопотери и уменьшения ОЦК в организме развивается сложный механизм адаптации (спазм сосудов, увеличение частоты сердечных сокращений, увеличение объема циркулирующей крови за счет выделения в кровяное русло крови из депо и тканевой жидкости). Исход кровотечения во многом обуславливается спо-



Рис. 36. Номограмма П. Г. Брюсова для определения величины кровопотери по гематокритному числу.



способностью организма к развитию компенсаторных реакций и временем, необходимым для их развития.

При профузных формах кровотечения острая анемия наступает настолько быстро, что механизмы компенсации кровопотери не успевают развиться. Это ведет к тому, что повторное обескровливание (даже небольшое) резко нарушает кровоснабжение жизненно важных органов и может приводить к летальному исходу.

Поэтому наряду с выявлением источника острого желудочно-кишечного кровотечения определением абсолютной величины кровопотери необходимо знать и степень ее тяжести. Все методы определения степени тяжести кровотечения приблизительны. В неотложной хирургии используются наиболее простые из них. В практической работе при острых желудочно-кишечных кровотечениях целесообразнее придерживаться трехстепенной классификации тяжести кровопотери (табл. 5).

Таблица 5

Классификация степени кровопотери по А. И. Горбашко (1974)

Степень кровопотери	Дефицит глобулярного ОЦК, %
Легкая	До 20
Средняя	От 20 до 30
Тяжелая	От 30 и выше

Развитие и исход острых кровотечений, в том числе и желудочно-кишечных, обуславливаются состоянием гемостатической и антигемостатической систем. Характер коагуляционных сдвигов и их выраженность чрезвычайно переменчивы. Диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений требуют знаний основ физиологии и патологии гемостаза (рис. 37).

При лечении больных острыми кровотечениями особая роль отводится мероприятиям, направленным на восполнение кровопотери.

При оценке эффективности инфузионной терапии особое внимание обращается на восстановление сознания, нормализацию окраски кожных покровов и видимых слизистых оболочек, на улучшение кровенаполнения подкожных вен, на стабилизацию артериального давления, адекватность диуреза. Примерная инфузионная терапия, рекомендуемая при оказании помощи больным острой кровопотерей на догоспитальном этапе:



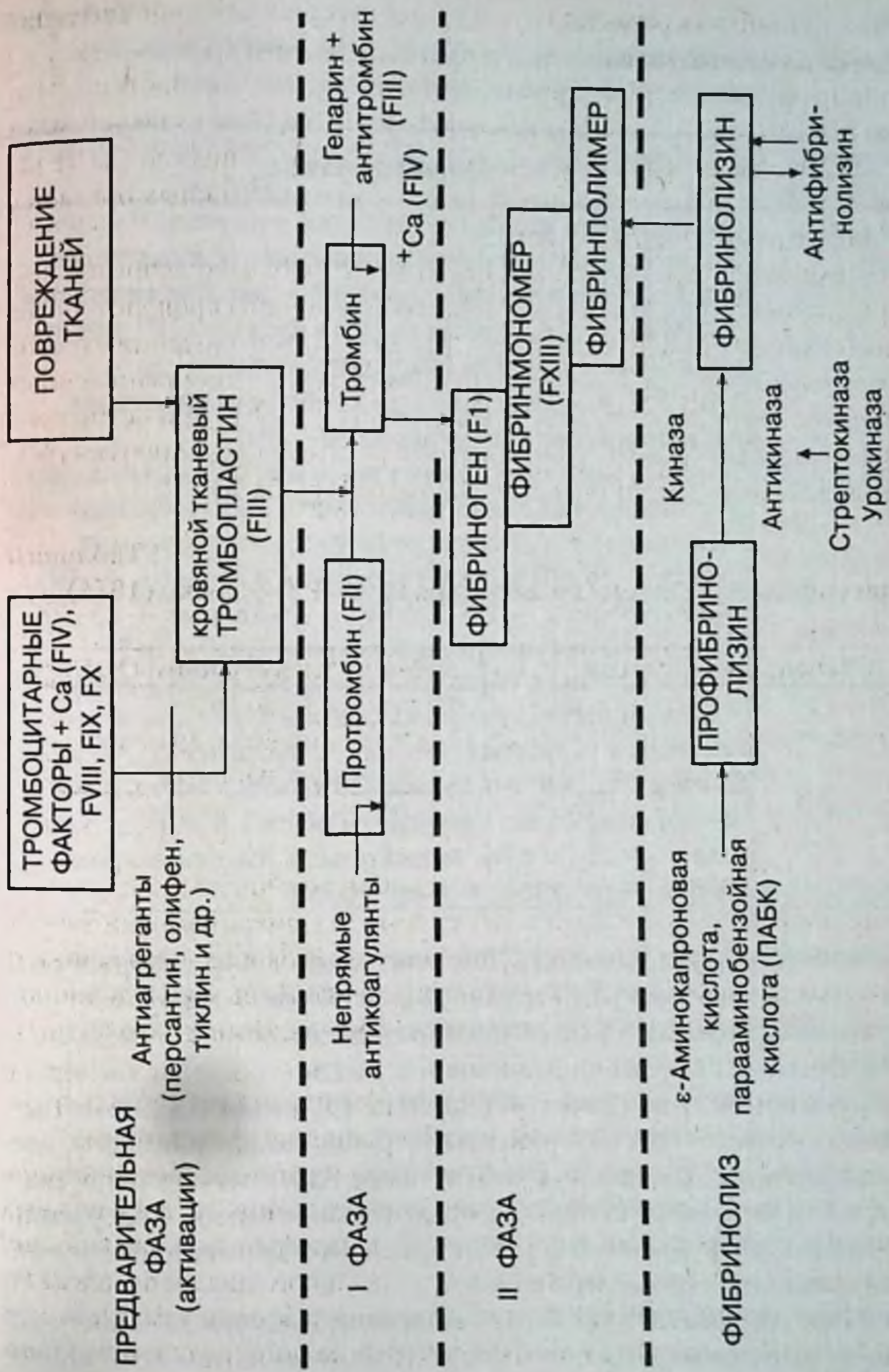


Рис. 37. Схема фазы свертывания крови и лизиса фибрина. Возможные пути их медикаментозной коррекции.



Таблица 6

Клинико-лабораторные характеристики степеней кровопотери

Степень кровопотери	Характеристика
Легкая (около 500 мл)	Сравнительно удовлетворительное состояние больного без потери сознания, легкая бледность кожных покровов. Максимальное АД остается в норме или снижается до 100 мм рт. ст., частота пульса в пределах 100 уд/мин, гемоглобин снижен до 60 ед., эритроциты — до $3,5 \times 10^{12}/л$ и гематокрит — до 35 об%, относительная плотность крови в пределах 1,053–1,050
Средняя (около 1 л)	Заметная бледность кожных покровов, однократная потеря сознания, повторная рвота, жидкий дегтеобразный кал. Максимальное АД снижено до 90 мм рт. ст., частота пульса — до 120 уд/мин, гемоглобин в пределах 40–60 ед., эритроциты — $2,5-1,5 \times 10^{12}/л$ , гематокрит — 25–30 об%, относительная плотность крови 1,050–1,045
Тяжелая (более 1,5л)	Потеря сознания, обильная непрекращающаяся рвота или обильный дегтеобразный кал, резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, АД ниже 80 мм рт. ст., частота пульса 120 уд/мин и более, гемоглобин ниже 40 ед., эритроциты менее $1,5 \times 10^{12}/л$ , гематокрит — 25–30 об%, относительная плотность крови ниже 1,044

полиглюкин 0,5 л внутривенно струйно; лактосол и 0,9% раствор хлорида натрия — 1–1,5 л внутривенно струйно (в другую вену); донорская кровь свежестабилизированная — 0,5 л (только при возможности эвакуации больного). Предлагаемая схема инфузионной терапии — ориентировочная и рассчитана на реципиента с массой тела 70 кг. На догоспитальном этапе, как правило, используется внутривенный струйно-капельный способ введения инфузионных растворов путем пункции одной из поверхностных вен в области локтевого сгиба или предплечья больных. Содержание трансфузионно-инфузионной терапии при острой кровопотере в госпитальных условиях представлено в табл. 7.

Кровь, ее компоненты, препараты и кровезамещающие жидкости используются в лечебных целях по абсолютным медицинским показаниям.



Таблица 7

**Содержание трансфузионно-инфузионной терапии на госпитальном этапе при разной величине острой кровопотери**

Количество вводимых в первые сутки средств:	Величина кровопотери, л				
	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
1) коллоидных растворов	0,5	0,5-1	0,8-1	1-1,5	1,5
2) глюкозно-солевых растворов	до 1,0	1-1,5	1,5-2	2-3	3-4
3) крови	—	—	0,8-1	1-1,5	1,5
<b>Всего:</b>	<b>0,5-1,5</b>	<b>1,5-2</b>	<b>3-4</b>	<b>4,5-6</b>	<b>6-7</b>

Раннее начало инфузионной терапии имеет важнейшее значение для повышения эффективности комплексного лечения при острой кровопотере. Целью применения инфузионной терапии в войсковом звене медицинской службы являются раннее устранение обезвоживания (полное или частичное) и стабилизация гемодинамических показателей в период транспортировки больных в лечебное учреждение. Кроме того, инфузионная терапия не должна быть причиной задержки эвакуации и увеличения сроков пребывания больных на догоспитальном этапе медицинского обеспечения.

### Контрольные вопросы по базисным знаниям

- Чем отличается кровотечение от кровоизлияния и гематомы?
- Каковы общие симптомы внутренних кровотечений?
- Каковы общие принципы лечения острых кровотечений?
- Какие препараты повышают коагуляционные свойства крови?
- Какие препараты понижают коагуляционные свойства крови?
- Как определяется групповая принадлежность крови?
- Каковы правила выполнения гемотрансфузии?
- Какова клиническая картина гемотрансфузионного шока?
- Как осуществляется проба на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента?
- Является ли реакция Грегерсена показателем массивности кровопотери?



- Какие инфузионные средства используются при восполнении объема циркулирующей крови при острой кровопотере?  
Каковы методы окончательной остановки кровотечения?  
Какие сосуды кровоснабжают желудок и кишечник?  
Где расположены портокавальные анастомозы?

### Материалы для подготовки к занятию

Причиной желудочно-кишечных кровотечений чаще всего являются острые и хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако желудочно-кишечные кровотечения могут осложнять течение многих других заболеваний (рис. 38).

В связи с полиэтиологичностью острых желудочно-кишечных кровотечений пути диагностического поиска при этих состояниях неоднозначны. Все мероприятия диагностики острых желудочно-кишечных кровотечений (рис. 39) направлены на решение трех основных задач:

- установление факта кровотечения, его источника и динамических характеристик (продолжающееся, остановившееся, рецидивировавшее);
- определение степени тяжести кровопотери;
- оценка патологических нарушений в органах и системах больного в связи с кровопотерей.

При сборе жалоб больных учитывается тот факт, что острые желудочно-кишечные кровотечения имеют скрытый и явный периоды.

В *скрытом периоде* отмечаются общие симптомы острой кровопотери (слабость, головокружение, шум и звон в ушах, тошнота, потливость, иногда обморочное состояние). Диагностика кровотечения в этот период затруднительна. *Явный период* желудочно-кишечного кровотечения проявляется кровавой рвотой (гематемезис) или дегтеобразным калом (мелена).

Гематемезис бывает или неизменной кровью, или так называемой «кофейной гущей». Кровавая рвота, как правило, бывает при кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта. Она может наблюдаться однократно и многократно. Рвота неизменной кровью в основном происходит при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, прорывах аневризм крупных сосудов в просвет желудочно-кишечного тракта и др.

Обильный дегтеобразный кал чаще характерен для кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки и опухолей тонкой кишки. Появление в кале



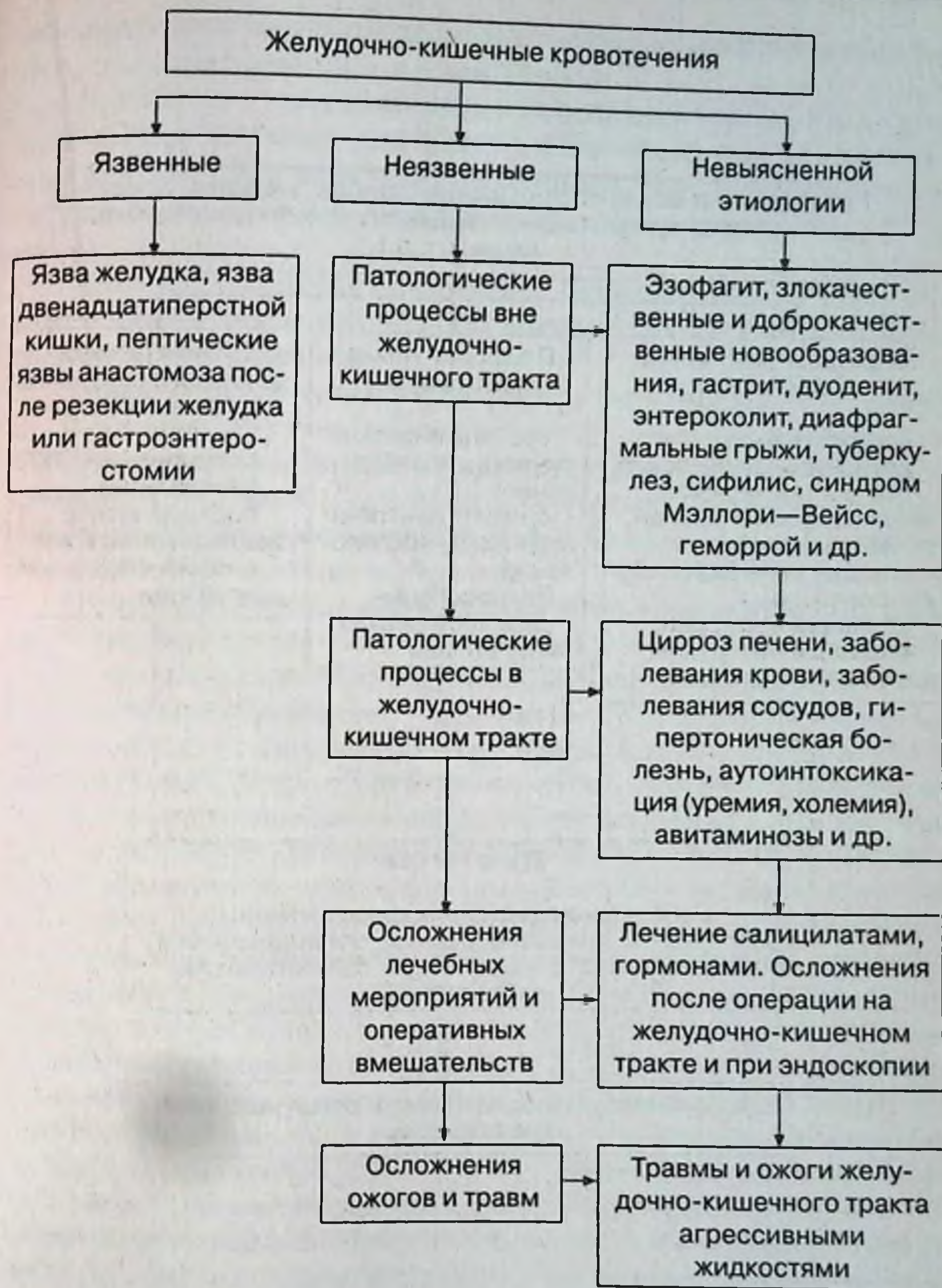


Рис. 38. Классификация желудочно-кишечных кровотечений.



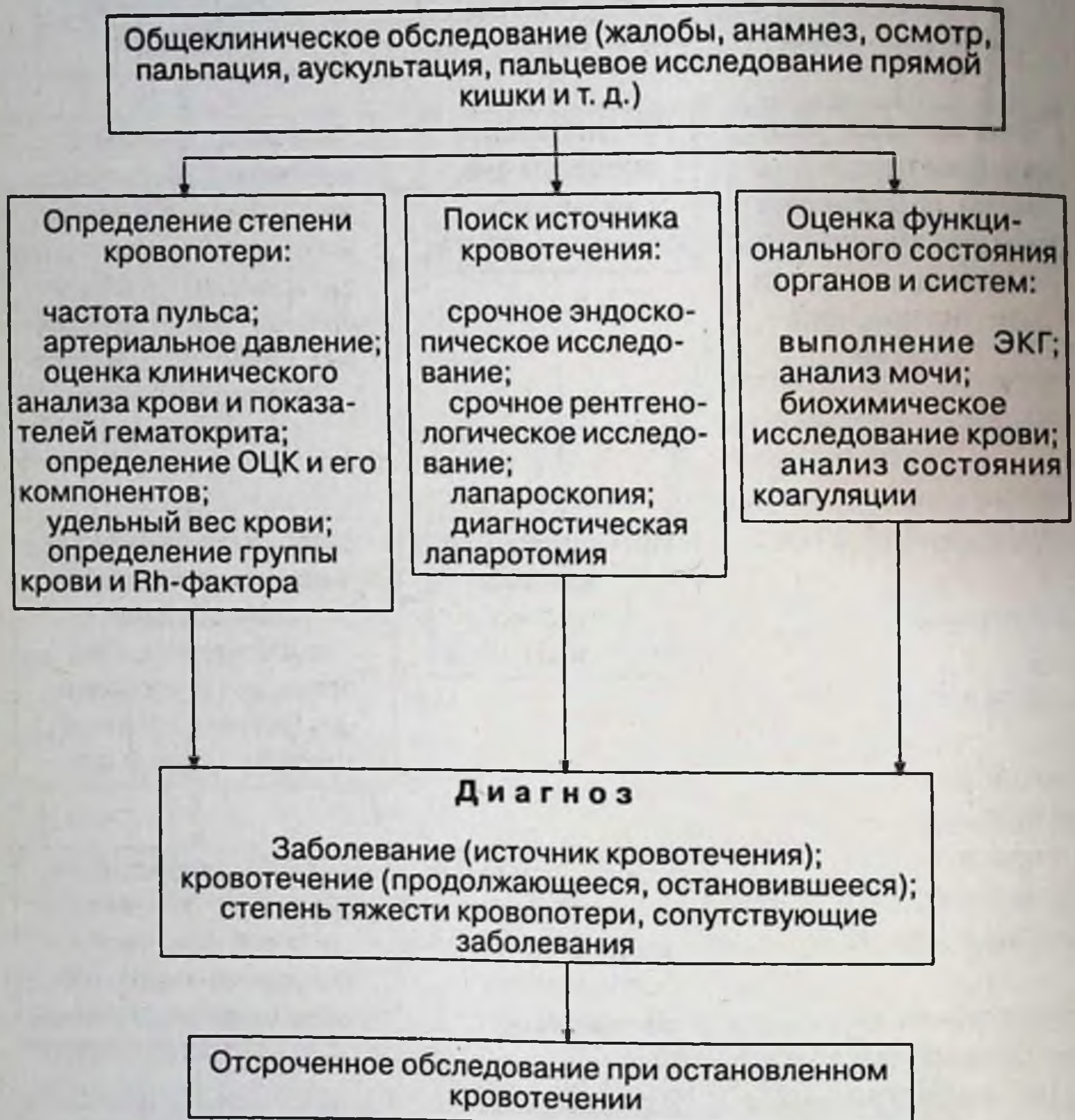


Рис. 39. Схема диагностических мероприятий при желудочно-кишечных кровотечениях.



малоизмененной крови свидетельствует о локализации источника кровотечения в дистальных отделах толстой кишки.

Выраженность гемодинамических сдвигов при острых желудочно-кишечных кровотечениях, как правило, соответствует величине кровопотери. При обильном кровотечении больных больше всего беспокоят не боли в животе, а общие симптомы кровопотери (головокружение, слабость и т. д.)

По мере продолжения кровотечения и разложения крови в просвете кишечника повышается температура, развивается вздутие живота без напряжения брюшной стенки.

Клинические проявления кровотечения зависят от его интенсивности. Медленное кровотечение часто проходит незаметно для больного. Быстрое кровотечение сопровождается резкими расстройствами гемодинамических показателей (снижение артериального давления, развитие тахикардии), вегетативными проявлениями: бледность кожных покровов, холодный пот, похолодание конечностей.

На основании данных *анамнеза* можно в определенной степени предположить характер источника кровотечения и его локализацию, а также судить об интенсивности кровотечения, количестве излившейся крови, сопутствующих заболеваниях и т. д. Поскольку наиболее частой причиной кровотечения является язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, то при сборе анамнеза особое внимание обращается на предшествующие кровотечению боли в животе, связанные с приемом пищи, и диспепсические проявления. У многих больных эпизоды кровотечения совпадают с очередным сезонным обострением язвенной болезни. Для кровотечения язвенной этиологии характерно усиление болей и диспепсических расстройств до осложнения и их меньшая выраженность или полное отсутствие в момент кровотечения. Однако почти у  $1/4$  больных, особенно мужчин молодого возраста, эпизод кровотечения может быть первой манифестацией язвенной болезни. При диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений важными могут оказаться сведения о сопутствующих заболеваниях и методах их лечения. Кровотечения возможны после приема внутрь ряда медикаментов (аспирин, гормональных препаратов, антикоагулянтов и др.). Развитие кровотечения на фоне «синдрома малых признаков» позволяет заподозрить злокачественную кровоточащую опухоль желудка. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода, обусловленном портальной гипертензией, обращается внимание на ранее перенесенные заболевания печени (вирусный гепатит, леп-



тоспироз, токсические формы гепатитов и др.). Особое внимание должны привлекать вторичные признаки цирроза печени — асцит, увеличение геморроидальных узлов и др. При сборе анамнеза у больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями необходимо помнить, что геморрагические диатезы и гипокоагуляционные состояния врожденного и приобретенного характера, кроме кровотечения из желудочно-кишечного тракта, часто проявляются носовыми и маточными кровотечениями, подкожными гематомами и т. п. При синдроме Мэллори—Вейсс кровавой рвоте предшествует однократная или повторная рвота желудочным содержимым без примеси крови. Часто разрывы слизистой оболочки в кардиальном отделе желудка происходят при алкогольном опьянении. Вместе с тем синдром Мэллори—Вейсс может развиваться на фоне приступов бронхиальной астмы, эпилептических припадков и других заболеваний. Желудочно-кишечному кровотечению иногда могут предшествовать травмы или повреждения слизистой оболочки пищеварительного тракта (ожоги химическими агентами, травматизация инородными телами, повреждения в результате оперативных вмешательств и т. д.).

Ценная информация, необходимая для диагностики желудочно-кишечных кровотечений, может быть получена при *осмотре* больных. Особое внимание при осмотре должны привлекать бледная или желтушная окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек, их акроцианоз, наличие опухолевых образований и послеоперационных рубцов на передней стенке живота, истощение, асцит, наличие или отсутствие гематомезис или мелены. Обнаруживаемые на коже и видимых слизистых оболочках «сосудистые звездочки» (телеангиоэктазии) нередко свидетельствуют о геморрагических диатезах или циррозе печени.

При осмотре больных нельзя определить причины кровотечения, но можно получить общее впечатление о тяжести состояния и степени кровопотери. Короткий период возбуждения, наблюдаемый в начале кровотечения, часто сменяется заторможенностью больных. Появление «мушек перед глазами», головокружение, сонливость, слабость, глубокий коллапс свидетельствуют о гипоксии мозга. В случае продолжающегося кровотечения наступает повторная кровавая рвота или непроизвольная мелена.

Приемы объективного исследования больных — пальпация, перкуссия и аускультация — при распознавании источника желудочно-кишечного кровотечения имеют вспомогательное значение.

Для желудочно-кишечных кровотечений неязвенной этиологии характерно отсутствие болевой реакции при пальпации живота. Пальпатор-



но можно выявить опухоль брюшной полости, определить увеличенную печень или селезенку, а выявленные при этом увеличенные лимфатические узлы чаще всего свидетельствуют о запущенном злокачественном новообразовании или системном заболевании крови.

Перкуссия позволяет определить асцит и степень увеличения печени, селезенки, сердца.

Особое значение при желудочно-кишечных заболеваниях имеет *пальцевое исследование прямой кишки*. Оно позволяет оценить состояние не только самой прямой кишки, но и прилежащих к ней органов. Болезненность при исследовании прямой кишки и наличие кровотокащих геморроидальных узлов, полипов или опухолей позволяет определить природу кровотечения. При обильных кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта неизменная кровь в короткие сроки может поступать в прямую кишку.

Иногда после пальцевого исследования прямой кишки возникает необходимость в ее осмотре с помощью ректальных зеркал или ректоскопа. Чаще всего *инструментальное исследование* прямой кишки показано при пальпаторном выявлении патологических образований в анальной и ампулярной ее частях (полипы, опухоли, геморроидальные узлы). Экстренное инструментальное исследование прямой кишки не требует специальной подготовки. Но в любом случае оно осуществляется только после предварительного пальцевого исследования органа.

Кроме инструментального исследования прямой кишки, для выявления источника кровотечения используются и другие специальные методики обследования больных.

Обследование больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями начинается, как правило, со срочного эндоскопического исследования. Чаще всего это касается больных с подозрением на кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Эндоскопическое исследование решает не только диагностические, но и лечебные задачи. Противопоказания к проведению эндоскопических исследований немногочисленны (острые нарушения мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда с сердечно-легочной недостаточностью III степени, агональное или предагональное состояние). Эндоскопическое исследование выполняется и больным, находящимся в наркозе. При необходимости эндоскопическое исследование дополняется забором биоптатов для гистологического анализа.

Эндоскопическое обследование больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями позволяет определить источник кровотечения в



максимально короткий срок, оценить интенсивность кровотечения, установить факт продолжения или остановки кровотечения и осуществить ряд лечебных манипуляций.

Так как использовать титрационные методики исследования кислой желудочной секреции в экстренной ситуации невозможно, то во время проведения эндоскопии оценить состояние секреторной функции желудка можно с помощью рН-метрии. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно гиперацидное состояние. При язвах и опухолях желудка чаще всего отмечается гипо- и ахлоргидрия.

С помощью эндоскопии, как правило, решается самая сложная задача диагностики — обнаружение источника желудочно-кишечного кровотечения. Однако при диагностике желудочно-кишечных кровотечений может оказаться необходимым и использование рентгеновских методов обследования больных. Так бывает при варикозном расширении вен пищевода, скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы, раке желудка, стенозирующей язве двенадцатиперстной кишки и т. д. *Рентгенологические методики* исследования остаются незаменимыми в диагностике дивертикулов пищевода и желудочно-кишечного тракта.

Приоритет в распознавании локализации источника желудочно-кишечного кровотечения, несомненно, принадлежит инструментальным и рентгенологическим методам обследования. Вместе с тем значительная роль в диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений отводится и *лабораторным методам* обследования больных. С помощью лабораторных методик определяется объем кровопотери и устанавливается степень ее тяжести. Данные лабораторного исследования, проводимого в динамике, позволяют вовремя заподозрить повторное кровотечение. На основании лабораторных анализов проводится и коррекция гомеостатической несостоятельности организма, обусловленная как основным заболеванием, так и самим кровотечением.

В отдельных случаях установить редкую причину желудочно-кишечных кровотечений (киста поджелудочной железы, гемангиома и др.) можно только с помощью таких специальных методов обследования, как компьютерная томография, ультразвуковая или радионуклидная диагностика. Редко и только в специализированных учреждениях в экстренных случаях применяют такие исследования, как спленопортография, азигография, селективная ангиография ветвей брюшной аорты. Эти методы сложны и обладают потенциальным риском, особенно в условиях оказания неотложной помощи.



У большинства больных желудочно-кишечными кровотечениями, особенно в специализированных лечебных учреждениях, можно выявить источник кровотечения. Однако иногда, несмотря на самое тщательное обследование больных, причины кровотечения установить не удается, а консервативные гемостатические средства оказываются неэффективными. В таких случаях оправдано оперативное вмешательство — диагностическая лапароскопия или лапаротомия. Они оказываются как диагностическими, так и лечебными. При выполнении диагностической лапаротомии производится тщательная ревизия органов брюшной полости с применением всех необходимых приемов — осмотра, пальпации, гастротомии, дуоденотомии, энтероколотомии, срочной биопсии и т. д.

Наряду с выявлением источника кровотечения оценивается и степень тяжести кровопотери. Методы ее определения различны. В неотложной хирургии используются наиболее простые.

Тяжесть состояния больных при кровотечении обусловлена дефицитом объема крови, скоростью кровопотери, длительностью обескровливания, общим состоянием больных, компенсаторными возможностями организма. Поэтому при обследовании больных острым желудочно-кишечным кровотечением важно определить характеристику и степень патологических нарушений со стороны различных органов и систем, возможности больного по их компенсации и необходимость лечебной коррекции. В этих целях в условиях специализированного отделения при благоприятной обстановке проводятся электрокардиологическое исследование, биохимический анализ крови, оцениваются данные коагулограммы и показателей кислотно-щелочного равновесия.

Решение диагностических задач при острых желудочно-кишечных кровотечениях иногда требует выполнения большого количества общеклинических и специальных методов обследования, что делает диагностический процесс многогранным и сложным. Трудности диагностики острых желудочно-кишечных кровотечений усугубляются экстренностью ситуации. Поэтому диагностический поиск должен осуществляться четко и быстро. Прежде всего на основе общеклинического обследования решается вопрос о необходимости дополнительных методов обследования, выполняются те из них, которые окажутся переносимыми для больного, не задержат диагностический поиск, могут быть выполнены специалистами, действительно позволят получить важную информацию.

Лечебные мероприятия, способствующие гемостазу, коррекции последствий кровопотери, лечению основного и сопутствующих заболева-



ний, начинаются одновременно и проводятся параллельно, а нередко и предшествуют диагностическим исследованиям (рис. 40).

Во всех случаях острых желудочно-кишечных кровотечений лечебная тактика индивидуальна и обуславливается размерами кровопотери, характером основного и сопутствующих заболеваний. Лечение больных комплексное. Все способы лечения желудочно-кишечных кровотечений взаимосвязаны и взаимодополняют друг друга.

Эффективность неоперативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений в большой степени зависит от их причин (табл. 8). При хронических каллезных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, ни один из методов консервативного лечения не дает необходимой результативности. Такие больные как можно раньше должны лечиться оперативно. В то же время при кровотечении из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно надежно гемостаз достигается эндоскопической диатермокоагуляцией, лазерной коагуляцией, клипированием сосудов или обкалыванием язв масляными препаратами. Эти же методы эффективны и при лечении синдрома Мэллори—Вейсс.

При отсутствии локализованного источника кровотечения (эрозивный гастрит) высокоэффективной оказывается регионарная гипотермия в виде постоянного промывания желудка холодной водой или воздействия на его слизистую оболочку охлажденным этиловым спиртом в резиновом баллоне.

Консервативные методы лечения кровотечений из варикозных вен пищевода на почве портальной гипертензии часто не дают положительных результатов. Среди неоперативных методов остановки кровотечения в этих случаях чаще всего используется зонд Блекмора (рис. 41). При острых кровотечениях из неудаляемых злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта консервативные методы лечения применимы только в качестве симптоматической терапии. Неоперативные методы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений эффективны лишь при умеренном кровотечении из поверхностных поражений слизистого покрова пищеварительного тракта, а также при спонтанно останавливаемомся кровотечении.

При неэффективности консервативного лечения возникает необходимость в операции. При острых желудочно-кишечных кровотечениях выполняются неотложные, отсроченные (в течение первых 24 ч с момента поступления больных в хирургический стационар) и плановые операции.



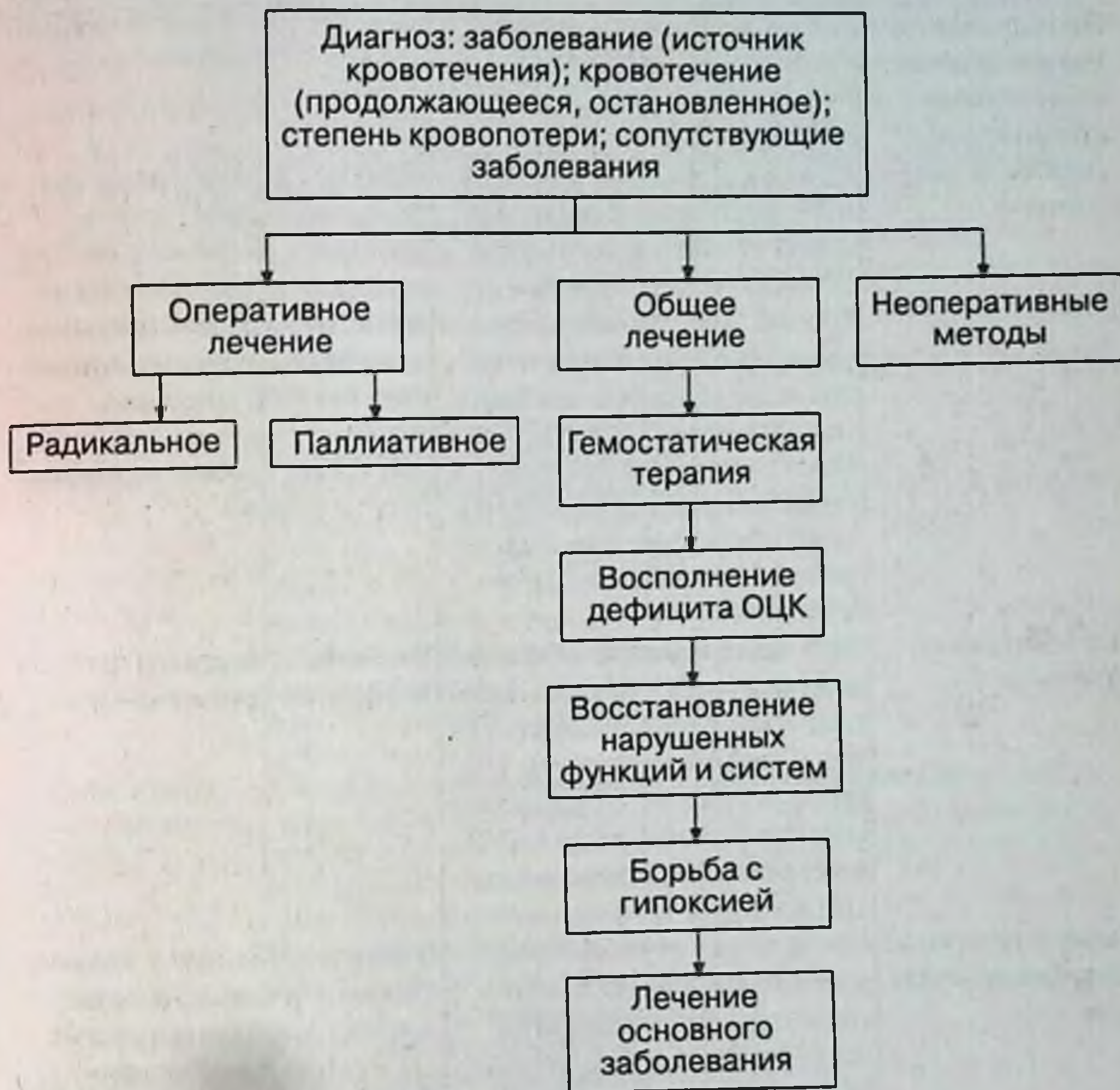


Рис. 40. Схема лечебных мероприятий при желудочно-кишечных кровотечениях.



Таблица 8

### Неоперативные методы остановки желудочно-кишечных кровотечений

Вид лечебного воздействия	Методика проведения	Показания для применения
<p><b>Непосредственное воздействие на источник кровотечения</b> Локальная гипотермия</p>	<p>Прием внутрь кусочков льда и 1% раствора ε-аминокапроновой кислоты в количестве 100–150 мл через каждые 15–20 мин; 200 г тромбина, растворенного в стакане холодной воды (иногда с дополнительным введением в желудок через зонд раствора азотно-кислого серебра и норадреналина). Орошение очага кровотечения хлорэтилом при эндоскопии</p>	<p>Наиболее целесообразна при геморрагическом гастрите, желудочно-кишечных кровотечениях на почве заболеваний крови, неоперабельных опухолях желудка и при кровотечениях неясной этиологии Используется при неартериальных кровотечениях из единичного источника</p>
<p>Регионарная гипотермия</p>	<p>Постоянное промывание желудка холодной (4–6°C) водой со скоростью 500 мл/мин в течении 6–12 ч под общим обезболиванием. Постоянная перфузия 70% этилового спирта (охлажденного до 4–6°C) через резиновый баллон, введенный в желудок</p>	<p>Наиболее эффективна при диффузных кровотечениях</p>
<p>Эндоскопическая диатермокоагуляция</p>	<p>Проводится с помощью фиброскопа. Начинается вокруг кровоточащего сосуда, что приводит к постепенному сдавливанию уплотняющимися скоагулированными окружающими тканями. Сосуд коагулируется в последнюю очередь</p>	<p>Высокоэффективна у больных с кровотечениями на почве острых гастродуоденальных язв и синдрома Мэллори—Вейсс, у которых обычно хирургическое лечение представляет большой риск. Менее эффективна при кровоточащих хронических высоких язвах желудка, язвах задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и ее залуковичных отделов</p>



Продолжение табл. 8

Вид лечебного воздействия	Методика проведения	Показания для применения
<p>Воздействие лекарственных препаратов на источник кровотечения</p>	<p>Применяется несколько вариантов метода:                      1) обработка источника кровотечения во время эндоскопии местными гемостатиками (вещества типа копрофера и др.);                      2) под контролем фиброскопа в ткани вокруг источника кровотечения вводятся сосудосуживающие лекарственные средства (норадреналин) или препараты, усиливающие репаративные процессы (витамины, оксиферискарбон и др.);                      3) вокруг источника кровотечения создается стойкий плотный инфильтрат из масляных препаратов (майодил, аевит, йодлипол), сдавливающий кровеносный сосуд. В последующем, по мере рассасывания масляного инфильтрата соединительной тканью, язва заживает, трещины слизистой оболочки рубцуются</p>	<p>Особенно выгодно у больных с высоким операционным риском. Менее всего эффективно при хронических каллезных язвах больших размеров, когда не удастся создать надежную компрессию кровоточащего сосуда</p>
<p>Эмболизация и склерозирование кровеносных сосудов</p>	<p>Окклюзия кровеносных сосудов в зоне патологических очагов, верифицированных с помощью селективной ангиографии, достигается введением в их просвет эмболов из различных синтетических пластических масс (тефлоновый велюр и др.) с добавлением тромбина. Склерозирование варикозных вен пищевода и кардального отдела желудка выполняется через фиброскоп путем введения под слизистую оболочку в области варикозных узлов 5% раствора варикодила. Остановка кровотечения в этих случаях при наличии специалистов производится путем клипирования сосудов</p>	<p>Целесообразно для остановки кровотечения из варикозных вен пищевода и гастродуоденальных язв</p>



Окончание табл. 8

Вид лечебного воздействия	Методика проведения	Показания для применения
Механическая остановка кровотечения	Осуществляется зондом Блекмора	Выполняется при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка
Общая гемостатическая терапия	Постельный режим, голод, введение инфузионных средств, переливание крови, применение гемостатических препаратов. Лечение может расширяться в зависимости от причины кровотечения. При кровотечении язвенной этиологии для подавления желудочной секреции дополнительно применяются антациды; блокаторы H <sub>2</sub> -рецепторов, ганглиоблокаторы (бензогексоний, атропин). При кровотечении из варикозных вен пищевода проводится лечение печеночной недостаточности	Проводится у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями при неизлечимых заболеваниях и злокачественных опухолях. Кроме того, такое лечение проводится больным, отказывающимся от оперативного вмешательства и инструментальных способов остановки кровотечения, у которых сопутствующие заболевания угрожают жизни больше, чем само желудочное кровотечение. Эти методы остановки кровотечения применяются вынужденно там, где нет возможности использовать какие-либо другие

Проведение плановых операций происходит без каких-либо особенностей хирургического лечения основного заболевания, осложнившегося острым кровотечением в анамнезе.

*Неотложное оперативное вмешательство* выполняется при продолжающемся кровотечении или после успешной его остановки неоперативными методами, но при тяжелой степени кровопотери.

*Отсроченные операции* производятся больным с остановившимся кровотечением, но с эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза при средней и тяжелой степенях кровопотери, а также при рецидиве геморрагии. К признакам устойчивости гемостаза относятся: отсутствие свежей крови в желудке и двенадцатиперстной кишке, отсутствие пульсирующего сосуда в зоне источника кровотечения и наличие в нем фиксированного белого тромба.

Оперативное вмешательство выполняется с учетом возраста больных, сопутствующих заболеваний, анатомических условий и личного опыта



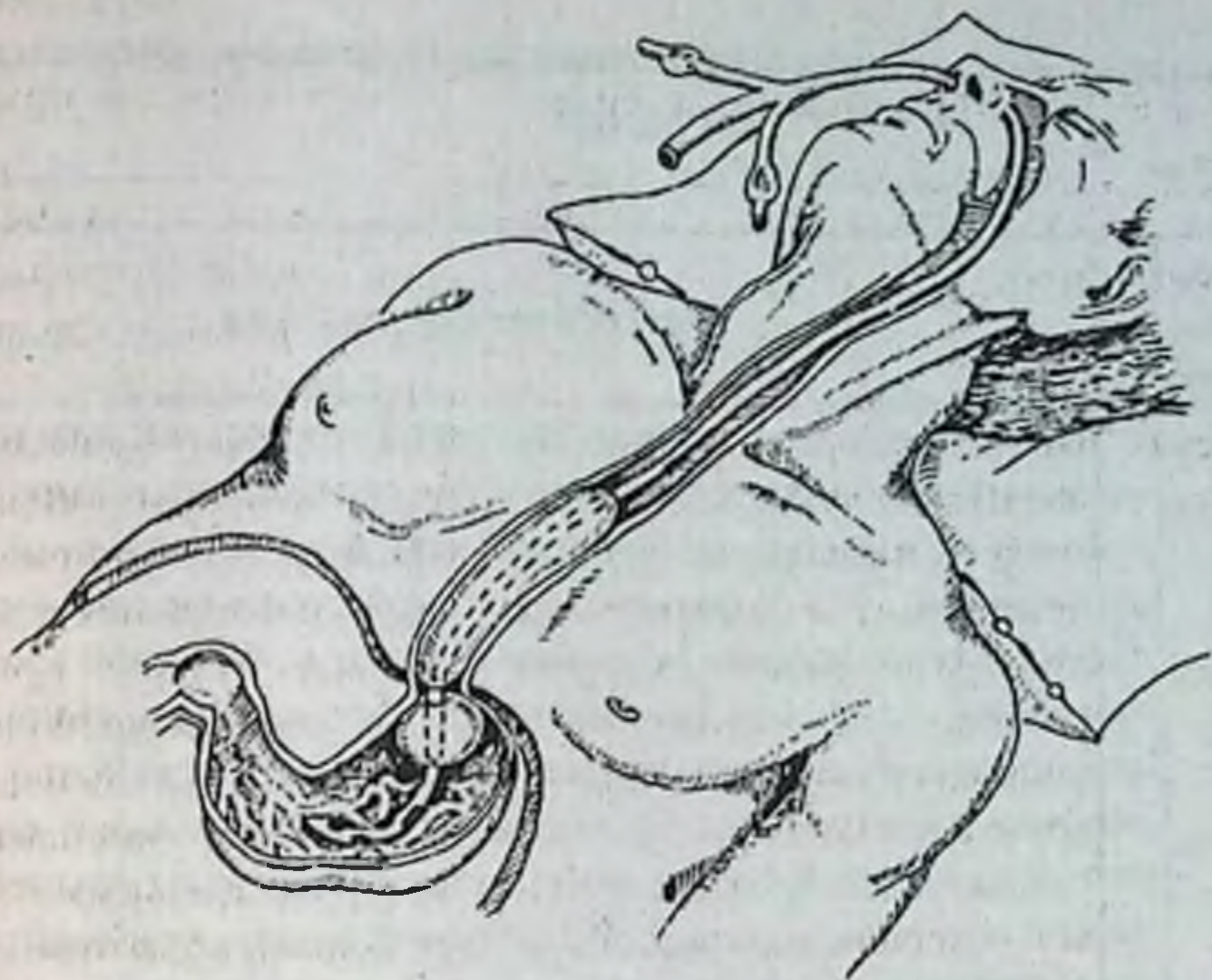


Рис. 41. Остановка кровотечения с помощью зонда Блекмора.

хирурга. Объем операции определяется величиной кровопотери и причиной, вызвавшей кровотечение. Тактика хирурга при различных патологических состояниях, вызвавших острое желудочно-кишечное кровотечение, не бывает однозначной (табл. 9).

Система лечения больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями в специализированном лечебном учреждении основывается на выделении четырех групп больных.

I группа — больные с профузным кровотечением. Они госпитализируются в отделение реанимации или сразу доставляются в операционную, где выполняется эндоскопия (в том числе и в наркозе) в целях объективизации источника кровотечения. Далее им проводится экстренная операция.

II группа — больные с остановившимся или остановленным кровотечением, но с кровопотерей средней или тяжелой степени и эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза. Этим больным проводится предоперационная подготовка и операция в течение первых суток пребывания в стационаре. К этой же группе относятся и больные с рецидивирующим кровотечением.

III группа — больные с остановившимся и остановленным кровотечением, с кровопотерей легкой или средней степени и эндоскопическими



Таблица 9

### Объем оперативного лечения при острых желудочно-кишечных кровотечениях

Заболевание, обусловившее кровотечение	Хирургическая тактика
Хроническая язва желудка	<p>Из-за возможности озлокачествления и трудностей диагностики малигнизации во время кровотечения оптимальным хирургическим вмешательством при хронической язве желудка является резекция желудка (рис. 42). У больных с высокой степенью операционного риска (обусловленного пожилым возрастом, большой кровопотерей или сопутствующими заболеваниями) допустимо выполнение более щадящего оперативного вмешательства в виде иссечения или прошивания язвы (рис. 43). При больших каллезных язвах кардиального отдела и задней стенки желудка иссечение язвы осуществить трудно или невозможно. В этих случаях можно применить тампонаду язвенного кратера сальником, мышцей или пористой гемостатической губкой. Проводится у больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода с подшиванием этих материалов к краям язвы после прошивания в ней кровоточащего сосуда (рис. 44)</p>
Хроническая язва двенадцатиперстной кишки	<p>Язва двенадцатиперстной кишки, как правило, не озлокачивает. При кровоточащих дуоденальных язвах наименее травматичной и патогенетически обоснованной операцией является стволовая ваготомия в сочетании с иссечением или прошиванием язвы и дренирующей желудок операцией (рис. 45) Такое вмешательство особенно показано больным, находящимся в тяжелом состоянии, а также при труднодоступных и неудаляемых (при резекции желудка) залуковичных язвах. Хирургическое лечение кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки, рецидивировавших после ваготомии, чаще всего сводится к резекции желудка</p>
Сочетанные хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	<p>При сочетании язв желудка и двенадцатиперстной кишки объем операции зависит от того, какая из сочетанных язв осложнилась кровотечением. При кровотечении из язвы желудка, при достаточности резервных сил организма допустимо проведение резекции желудка. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки выполняется ее прошивание с иссечением язвы желудка. Операция заканчивается стволовой ваготомией и пилоропластикой. При тяжелом состоянии больных, когда желудочная язва не иссекается, за больными после вмешательства устанавливается динамическое наблюдение с обязательным эндоскопическим контролем и гастробиопсией</p>



Продолжение табл. 9

Заболевание, обусловившее кровотечение	Хирургическая тактика
Пептические язвы желудочно-кишечного анастомоза	<p>Такие язвы развиваются после резекции желудка. Хирургическая тактика определяется причиной их образования, чаще всего подобные язвы образуются в результате недостаточной по объему резекции желудка. В таких случаях выполняются гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда и стволовая ваготомия. Сложные и травматические вмешательства в виде ререзекции культи желудка при кровоточащих пептических язвах гастроэнтероанастомоза проводятся очень редко. При пептических язвах гастроэнтероанастомоза, обусловленных оставлением (при резекции желудка по Бильрот II) обширного участка слизистой оболочки антрального отдела желудка, производится прошивание кровоточащей язвы и выполнение стволовой ваготомии. Операция дополняется выделением и удалением остатка антрального отдела желудка.</p> <p>Обнаружение гастриномы (синдром Золлингера—Эллисона) во время экстренной операции при кровотечении из пептической язвы крайне затруднительно, но если опухоль обнаруживается, она удаляется под контролем рН-метрии, а язва прошивается в гемостатических целях.</p> <p>При тяжелом состоянии больных и недостаточном опыте хирурга оперативное вмешательство при кровотечении из пептической язвы гастроэнтероанастомоза сводится к простому прошиванию язвы с последующим дообследованим больных и их патогенетическим оперативным лечением в плановом порядке</p>
Острые язвы, эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки	<p>Остановка кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего осуществляется их прошиванием. При диффузных эрозивно-язвенных гастритах выполняется дистальная резекция желудка. В случаях массивной кровопотери при сопутствующих и возрастных заболеваниях прошивание острых кровоточащих язв на фоне диффузного поражения слизистой оболочки желудка дополняется стволовой ваготомией и пилоропластикой</p>
Синдром Мэллори—Вейсс	<p>После гастротомии, опорожнения желудка от крови разрывы слизистой оболочки и других слоев стенки желудка и пищевода ушиваются швами из нерассасывающегося материала (рис. 46). При множественных трещинах, выраженном воспалительном процессе и обширной гематоме в области трещин их прошивание дополняется перевязкой левой желудочной артерии. При сочетании синдрома Мэллори—Вейсс с эрозивным гастритом или язвенной болезнью ушивание трещин слизистой оболочки желудка целесообразно сочетать со стволовой ваготомией и пилоропластикой</p>



Окончание табл. 9

Заболевание, обусловившее кровотечение	Хирургическая тактика
Опухоли желудка и кишечника	Хирургическая тактика при операбельных кровоточащих злокачественных опухолях желудочно-кишечного тракта такая же, как и при неосложненных опухолях. Как правило, проводится резекция или полное удаление органа (желудка). При неудаимости кровоточащих желудочных опухолей остановка кровотечения достигается перевязкой магистральных артерий желудка на протяжении (рис. 47). При наличии отдаленных метастазов, но удалимой основной кровоточащей опухоли, выполняется паллиативная экономная резекция органа с опухолью. Хирургические вмешательства, проводимые по поводу кровотечения на почве доброкачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, чаще всего носят органосохраняющий характер и сводятся к удалению только новообразований. При кровоточащих опухолях тонкой кишки, как правило, производится резекция органа
Варикозное расширение вен пищевода и кардии	При портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардии, чаще всего применяется разобщение систем воротных и полых вен путем прошивания и перевязки расширенных вен в области пищеводно-желудочного перехода, полного или частичного пересечения желудка в субкардиальном отделе с последующим восстановлением его целостности. Эти операции паллиативны. Рецидивы кровотечения возникают часто. Летальность крайне высока. Смертность, как правило, наступает от печеночной недостаточности и рецидивов кровотечения; применение межсосудистых анастомозов, разгружающих портальную систему, производится только в специализированных учреждениях

признаками устойчивого гемостаза. Больным этой группы проводится восполнение кровопотери, мероприятия по профилактике рецидива кровотечения, обследование и по показаниям — операция в плановом порядке.

IV группа — больные, которым операция (из-за повышенного риска) не проводится, несмотря на наличие неустойчивого гемостаза или даже продолжающегося малоинтенсивного кровотечения. В этих случаях риск операции для жизни больных превышает опасность продолжения или возобновления кровотечения. У этих больных нередко определяются множественные тяжелые сопутствующие заболевания. Часто в данных случаях нет возможности выполнить радикальное гемостатическое пособие



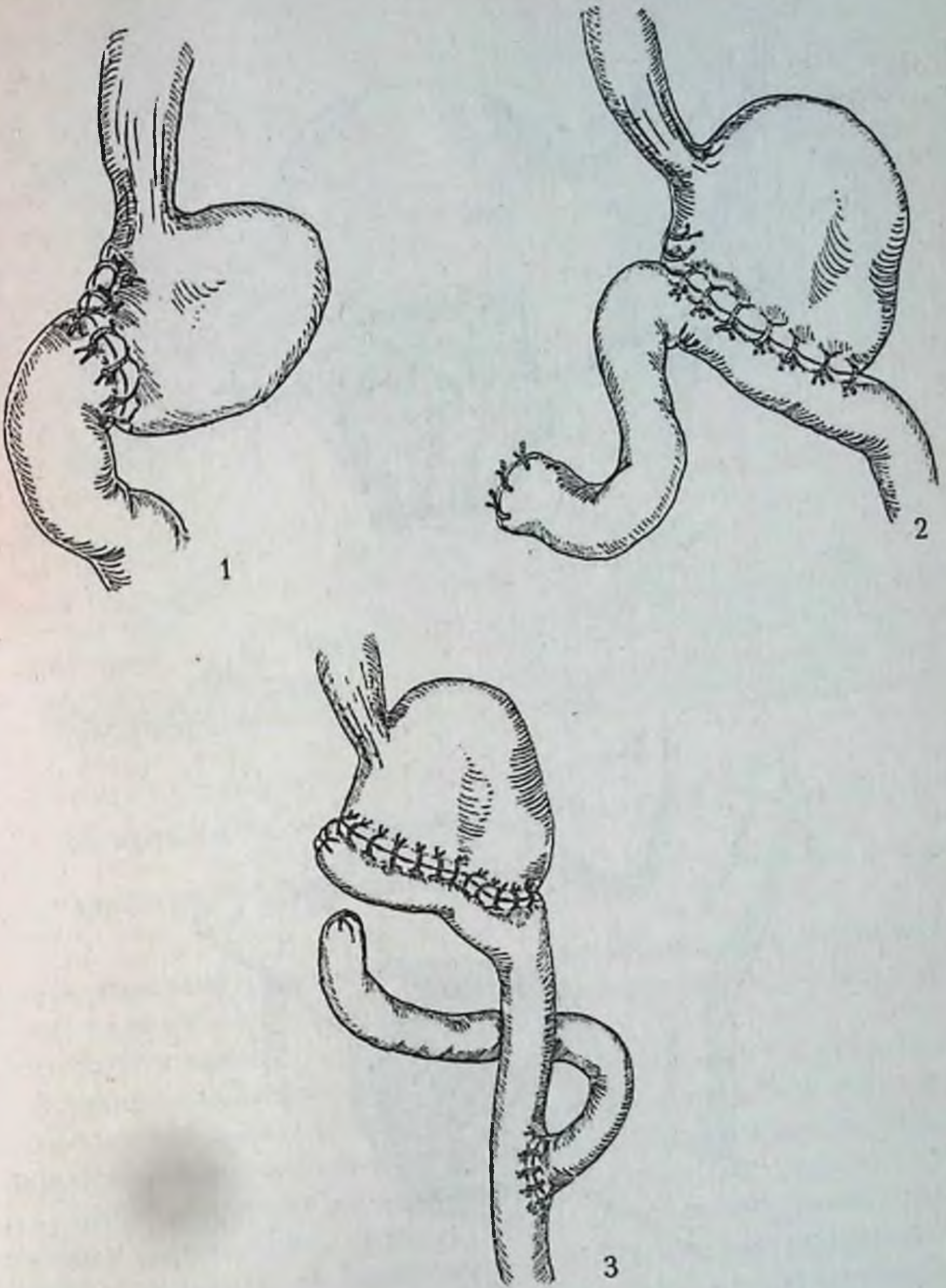


Рис. 42. Основные типы резекции желудка:  
1 — по Бильрот I; 2 — по Бильрот II; 3 — по Ру.



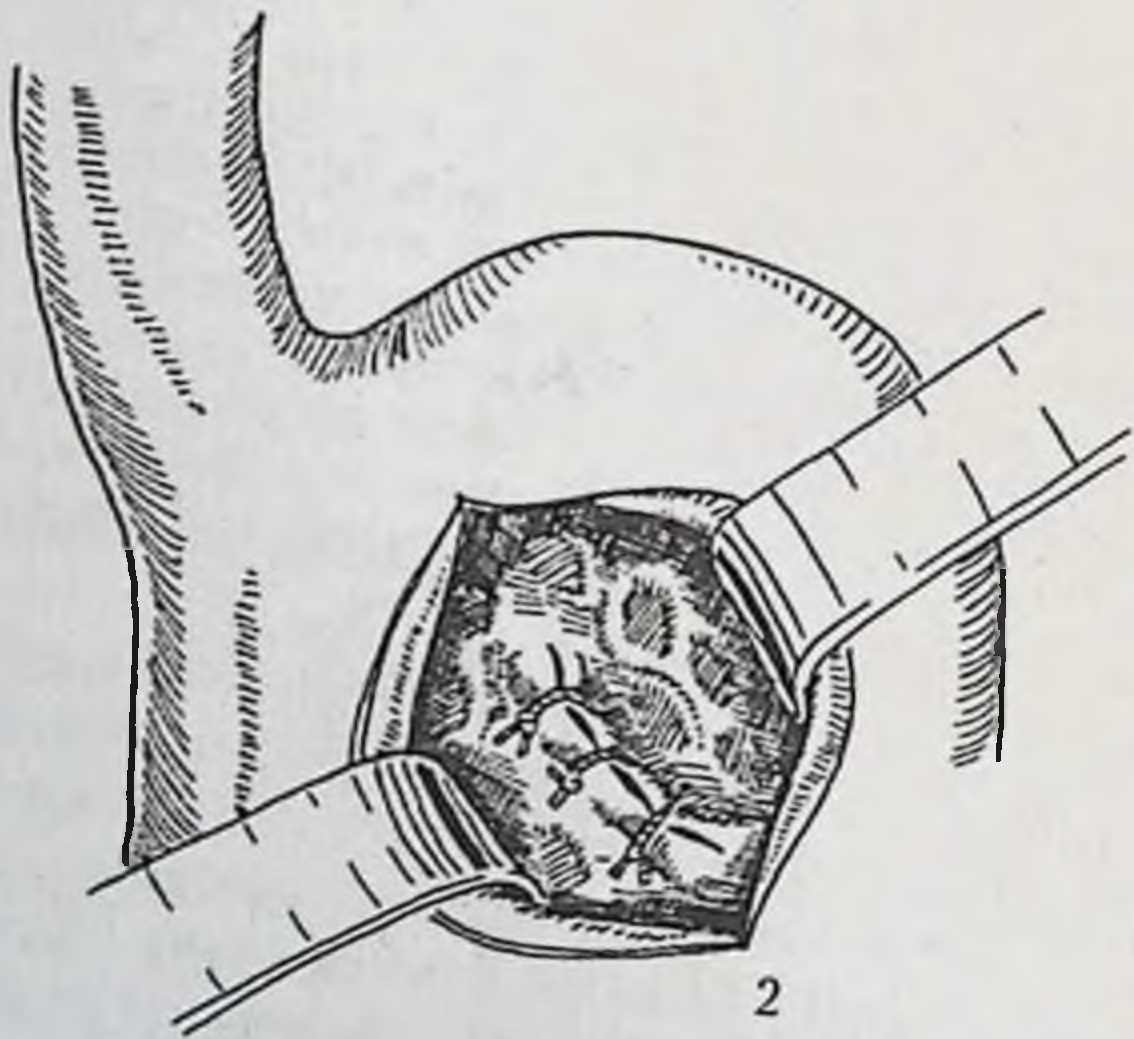
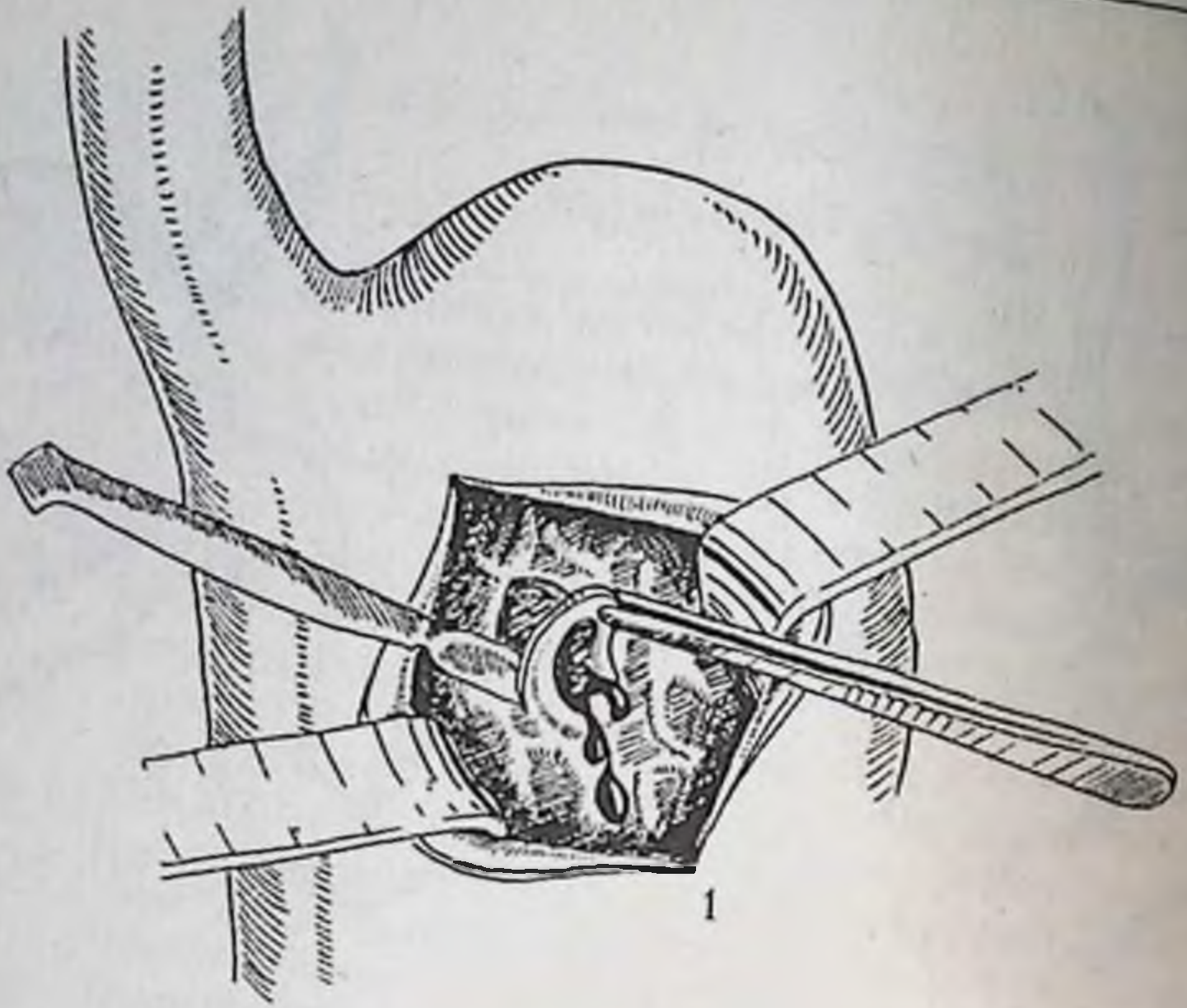


Рис 43. Иссечение кровоточащей язвы желудка:  
1 — иссечение язвы; 2 — ушивание дефекта слизистой оболочки.



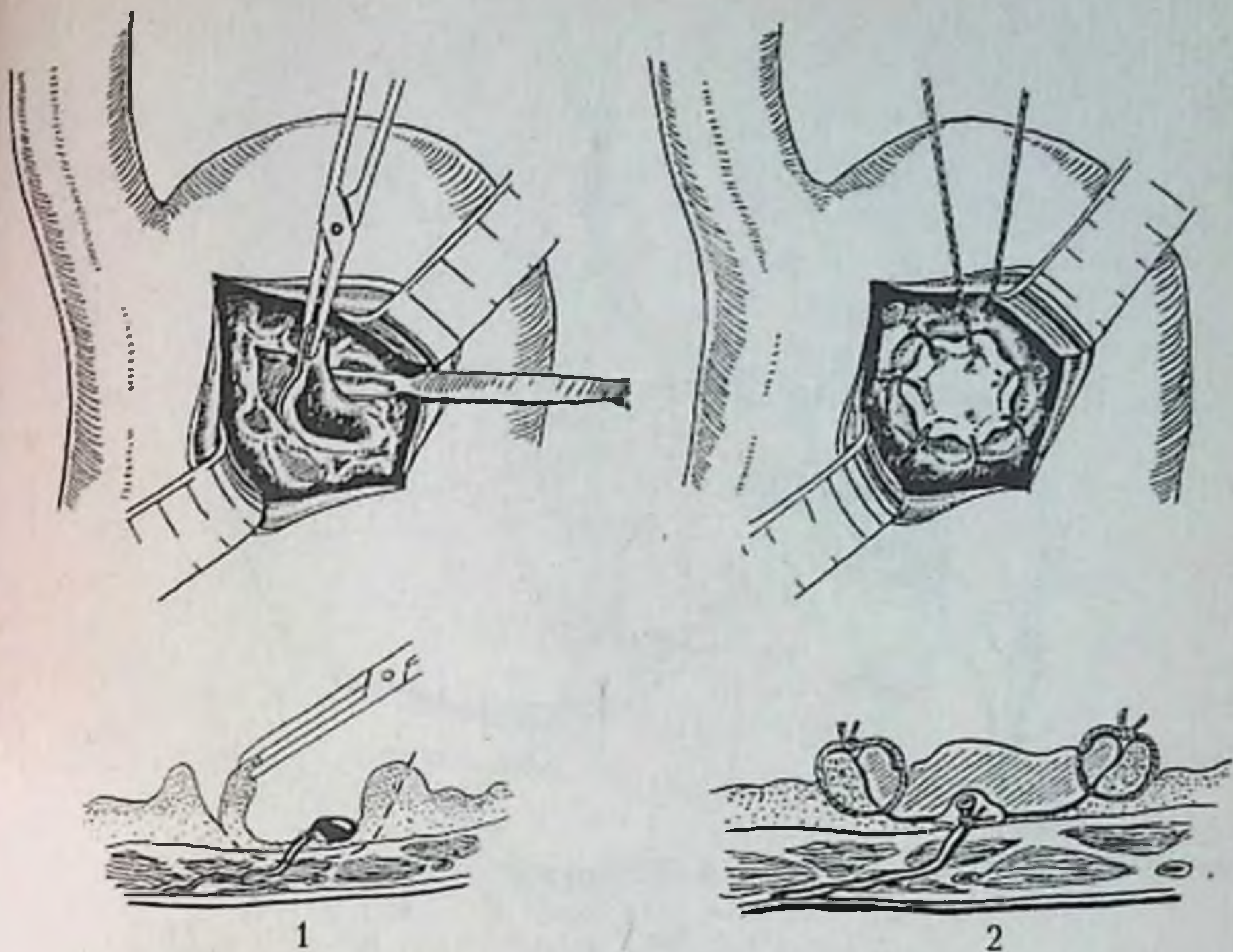


Рис. 44. Обработка большого кровоточащего язвенного дефекта на задней стенке желудка:

1 — иссечение язвы; 2 — прошивание кровоточащего сосуда и тампонада язвенного кратера.

(распространенное эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки, онкологические заболевания). В этой группе проводится интенсивное консервативное лечение.

В любом случае в условиях стационара оправдывается применение эндоскопического метода диагностики с четкой констатацией факта устойчивости гемостаза и определением степени тяжести кровопотери, использование эндоскопических методов временной или окончательной остановки кровотечения; выделение групп больных, нуждающихся в неотложном, отсроченном и плановом оперативном лечении; применение патогенетически обоснованной инфузионно-трансфузионной терапии; и наконец дифференцированный выбор хирургических методов лечения в зависимости от причины кровотечения, тяжести кровопотери и сопутствующих заболеваний.



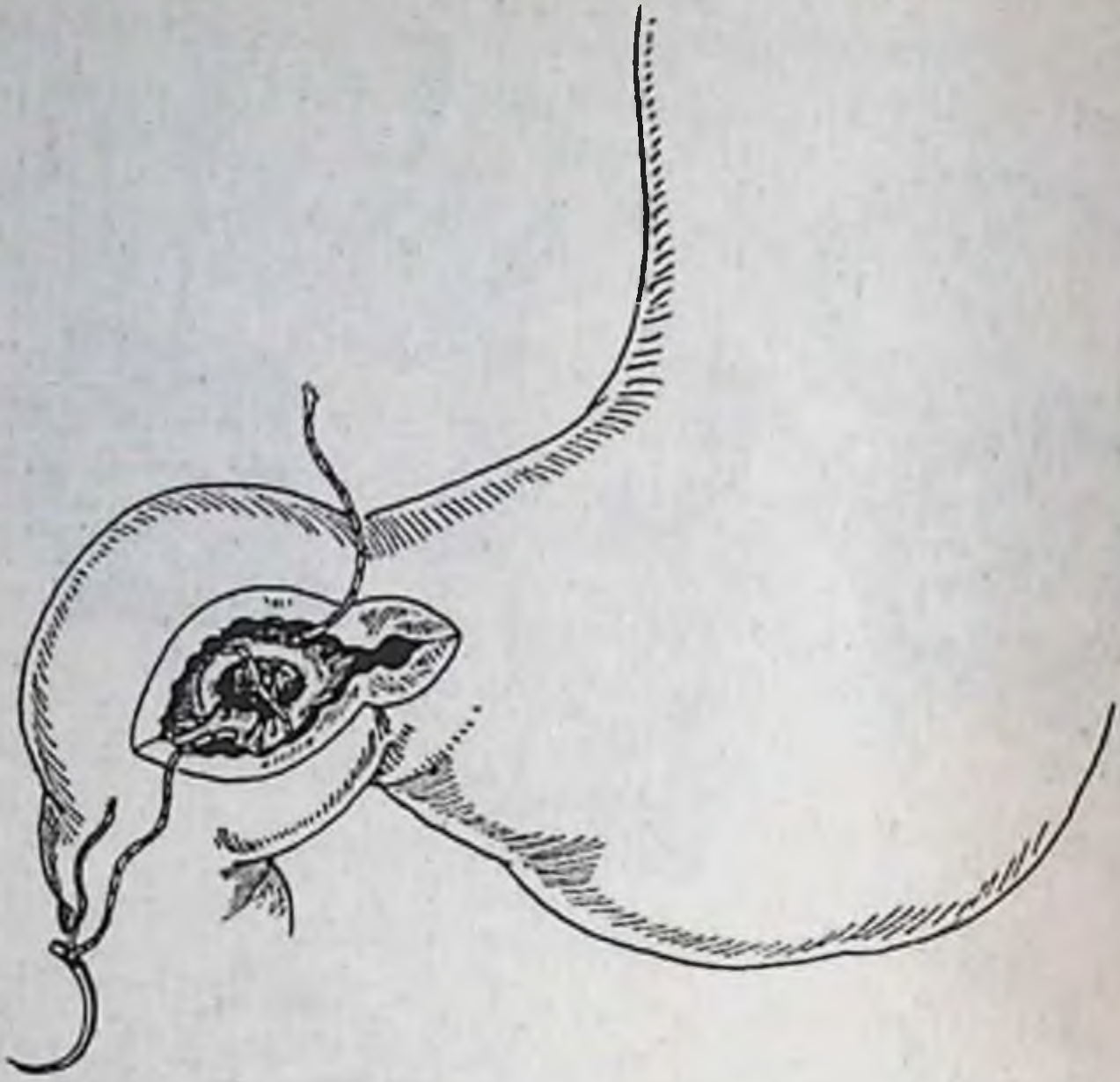


Рис. 45. Прошивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки.

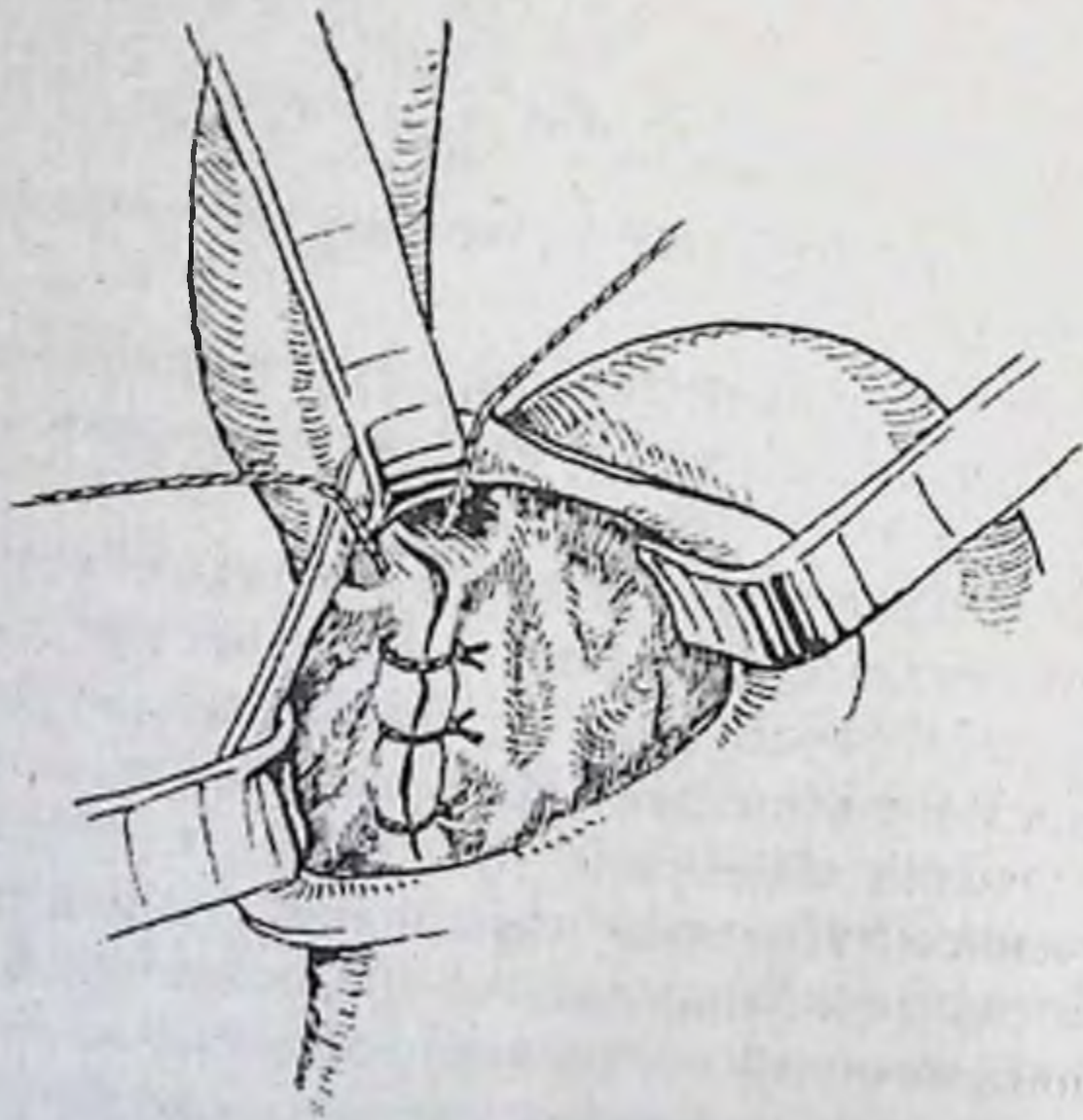


Рис. 46. Зашивание кровоточащих трещин желудка при синдроме Мэллори—Вейсс.



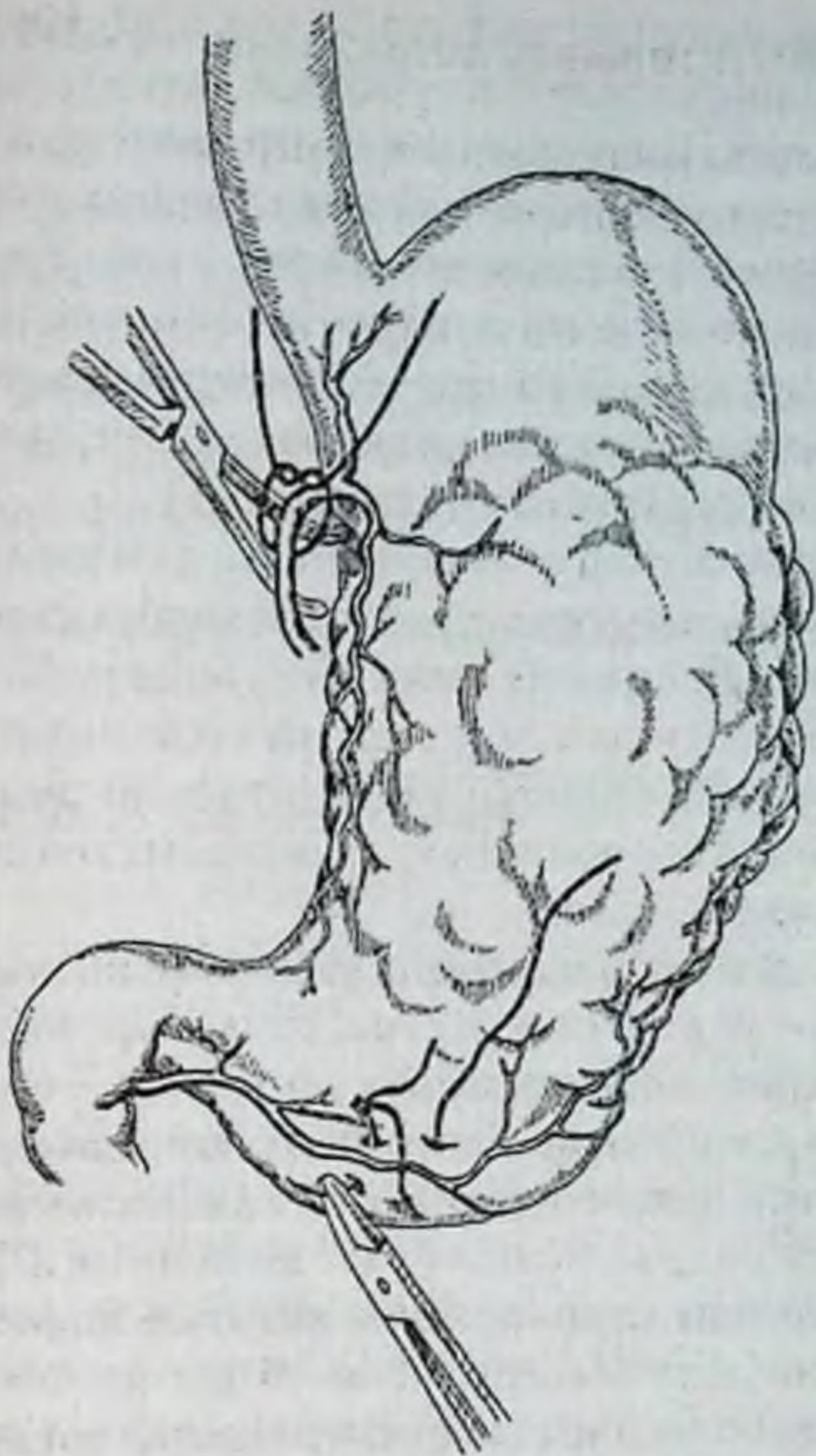


Рис. 47. Прошивание и перевязка сосудов желудка при радикально неоперабельной опухоли.

К сожалению, при интенсивном кровотечении консервативные меры не всегда приводят к положительным результатам, а хирургическое вмешательство нередко усугубляет и без того тяжелое состояние больного. Поэтому так очевидны и не бесперспективны попытки остановить кровотечение во время экстренного эндоскопического исследования.

При струйном кровотечении из сосуда, расположенного на дне язвы, любые эндоскопические манипуляции будут неэффективны и таких больных надо срочно оперировать.

При умеренном кровотечении, источником которого чаще всего являются сосуды подслизистого слоя по краю язвенного дефекта, можно про-



известии их электрокоагуляцию. Если же при этом кровоточащий сосуд хорошо идентифицируется, можно произвести его прицельную коагуляцию. Если же кровоточащий участок виден нечетко, можно выполнить круговую коагуляцию слизистой оболочки в 3–4 мм от края язвы.

При кровотечении паренхиматозного типа кровоточащий участок орошают кровоостанавливающими средствами ( $\epsilon$ -аминокапроновая кислота, капрофер) или же производят коагуляцию поверхности распылением спирта и после остановки кровотечения на эрозивную поверхность наносят пленкообразующий препарат (лифузоль, гастрозонт).

При варикозном расширении вен пищевода и кардии возможны попытки введения в вену или паравенозно склерозирующих препаратов. При этом после развития и спадения отека образуется рубцовая ткань.

В настоящее время в практику введены такие методы, как наложение клипс, коагуляция лазером или же так называемый лигатурный метод остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

Вновь возрос интерес к ваготомии уже с позиций лапароскопических технологий. При этом наиболее распространенным видом оперативного вмешательства является стволовая ваготомия.

Из всех видов дренирующих операций с помощью эндовидеолапароскопической техники чаще выполняются пилоропластика по Гейнеке—Микуличу или гастродуоденоанастомоз по Жабуле. При этом производится прошивание или клипирование источника кровотечения. Опыт подобных операций пока невелик, однако перспективность их очевидна.

Таким образом, эндовидеолапароскопические методы все чаще помогают решать многие вопросы в неотложной хирургии и сокращают показания к традиционным оперативным вмешательствам.

### **Контрольные вопросы по основному материалу**

Какие операции выполняются при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода?

Каков патогенез синдрома Мэллори—Вейсс?

Каковы основные клинические признаки болезни Шенляйна—Геноха?

Что лежит в основе патогенеза болезни Верльгофа?

В чем заключается оперативное лечение болезни Верльгофа?

Чем отличаются гемофилии типов А, В и С?

Какое кровотечение называется повторным?



Какие источники острого желудочно-кишечного кровотечения можно выявить с помощью аноскопии?

Как быстро изменяются лабораторные показатели «красной» крови при острых желудочно-кишечных кровотечениях?

Является ли анемия при геморрое следствием острой кровопотери?

Как образуется «кофейная гуща»?

Осложняется ли острым желудочно-кишечным кровотечением дивертикулез толстой кишки?

Какие заболевания сопровождаются расширением портокавальных анастомозов?

Каковы характеристики профузного кровотечения?

### Необходимые практические навыки

На занятиях необходимо усвоить:

— методику клинического обследования больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями;

— методику зондирования и промывания желудка;

— методику постановки зонда Блекмора;

— методику пальцевого исследования прямой кишки;

— мероприятия первой врачебной помощи больным острыми желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе; интерпретацию данных рентгенологических, эндоскопических и лабораторных исследований у больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями;

— варианты формулировок развернутого диагноза при острых желудочно-кишечных кровотечениях;

— методику оформления истории болезни с обоснованием в ней плана обследования больных и показаний к оперативному вмешательству при острых желудочно-кишечных кровотечениях;

— особенности оформления медицинской документации для проведения врачебно-трудовой экспертизы у больных, лечившихся по поводу острых желудочно-кишечных кровотечений различной этиологии.

### Ситуационные задачи

У больного К., 37 лет, страдающего язвой двенадцатиперстной кишки с редкими обострениями, три часа назад неожиданно возникли тош-



нота и обильная рвота «кофейной гущей». Была кратковременная потеря сознания. Накануне, во время дефекации, обратил внимание на кал черного цвета. При осмотре: больной ослаблен, адинамичен, выраженная бледность кожных покровов, язык влажный, без налета. Пульс — 11 уд/мин, ритмичный. АД — 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные, в легких везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный, перистальтические шумы кишечника усилены. Печень, почки и селезенка не увеличены. После ректального исследования на перчатке следы дегтеобразного кала.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больной В., 43 года, за последние 4 мес сильно похудел и ослаб. Длительное время страдает анацидным гастритом. В день обращения к врачу стал отмечать головокружение и резкую слабость. Была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета «кофейной гущи». Час назад был стул (кал — дегтеобразный). При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Пульс — 104 уд/мин, ритмичный. АД — 90/50 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. На перчатке (после пальцевого исследования прямой кишки) — кал черного цвета.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

У больного Ж., 19 лет, неожиданно появились резкая общая слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Накануне впервые заметил дегтеобразный кал. В течение 2 лет отмечал ночные боли в области эпигастрия и изжогу. За медицинской помощью никогда не обращался. Объективно: состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожных покровов. Пульс — 88 уд/мин, АД — 110/60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов каких-либо патологических изменений не выявлено. При ректальном исследовании — жидкий кал черного цвета.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больного И., 24 лет, в течение года периодически беспокоили неинтенсивные боли в эпигастральной области, изжога. В день поступления в хирургическое отделение появились общая слабость, головокружение, дважды была обильная рвота «кофейной гущей». При фиброгастроскопии на передней стенке двенадцатиперстной кишки выявлена язва (в диаметре 0,8 см, с ригидными краями, в дне язвы — тромбированный сосуд). Произ-



ведена эндоскопическая электрокоагуляция язвы. От предложенной операции больной категорически отказался. В условиях хирургического отделения госпиталя проводилось консервативное лечение. Кровотечение не возобновлялось. Через неделю переведен на терапевтическое отделение госпиталя, где осуществлялось комплексное лечение язвенной болезни. Через месяц после лечения при эндоскопии и рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки — рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эвакуация из желудка не нарушена.

*Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебную комиссию. Каким может быть экспертное решение?*

В хирургическое отделение в экстренном порядке доставлен гражданин Б., 52 лет. 10 лет назад перенес тяжелую форму (вирусный гепатит). В последующем неоднократно проходил лечение по поводу хронического гепатита с исходом в цирроз печени. Поводом для экстренной доставки в отделение послужила неоднократная обильная рвота неизменной кровью, мелена. При осмотре бледен, склеры умеренно желтушны. Пульс — 130 уд/мин, АД — 90/50 мм рт. ст. На передней брюшной стенке — «голова Медузы». Асцит, пальпируется плотная (с заостренным краем) печень, выстоящая на 8 см из-под края правой реберной дуги. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке дегтеобразный кал. Возможности провести эндоскопическое обследование в больнице нет. При рентгеноскопии пищевода и желудка с помощью водорастворимых рентгеноконтрастных веществ — картина варикозного расширения вен пищевода.

*Ваш диагноз? Каковы должны быть действия хирурга?*

Больному Ю., 32 лет, 4 года назад по поводу язвы двенадцатиперстной кишки была произведена операция — резекция желудка. Через 2 года после операции появились боли в животе, по своему характеру напоминающие дооперационные болевые ощущения. При рентгенологическом исследовании желудка патологии не выявлено. Консервативное лечение приводило к кратковременному улучшению, однако весной и осенью боли в эпигастрии возобновлялись. При очередном обострении заболевания у больного возникло кровотечение, проявившееся меленой. Кровотечение удалось остановить консервативными методами. Общее состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели в пре-



делах нормы. При осмотре и пальпации живота каких-либо особенностей не обнаружено.

*Ваш предположительный диагноз? Составьте план обследования больного.*

Больной Ж., 47 лет, в течение 3 мес ощущал общую слабость, снижение аппетита. Похудел на 9 кг. Сегодня внезапно возникла обильная рвота неизменной кровью со сгустками. Доставлен в хирургическое отделение больницы. Пульс — 100 уд/мин, слабого наполнения. АД — 100/60 мм рт. ст. Рвота повторилась. Выполнена гемотрансфузия (500 мл одногруппной крови). Внутривенно произведено введение  $\epsilon$ -аминокапроновой кислоты, хлористого кальция. Внутримышечно осуществлялись инъекции викасола. Состояние не улучшилось. Вновь возникала рвота, покрылся «холодным» потом. АД снизилось до 60/0 мм рт. ст. Возможности выполнить эндоскопическое исследование в стационаре нет. При рентгеноконтрастном исследовании желудка, проводимом на фоне постоянной рвоты больного, выявить источник кровотечения не удалось. После непродолжительной предоперационной подготовки прооперирован. Верхнесрединная лапаротомия. В антральном отделе желудка по малой кривизне — кровоточащая блюдцеобразная карцинома величиной 6×6×10 см, прорастающая все слои стенки желудка. Отдаленных метастазов и асцита нет. Произведена субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру—Финстереру. Послеоперационный период протекал без осложнений.

*Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебно-трудовую комиссию. Каким может быть экспертное решение ВТЭК?*

Больной К., 46 лет, в течение последних 5 лет неоднократно наблюдал изжогу и неприятные болевые ощущения в эпигастрии при наклоне туловища вперед. Эти симптомы заболевания возникали также при горизонтальном положении тела после еды. Обследован. При рентгенологическом исследовании выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II степени. Соблюдал режим питания, принимая пищу небольшими порциями несколько раз в день. Четыре часа назад на фоне обильного ужина употребил значительное количество алкоголя. Отмечал многократную рвоту сначала только съеденной пищей, а затем с примесью крови. При обследовании: умеренная тахикардия (до 100 уд/мин), АД — 110/70 мм рт. ст. При эндоскопическом исследовании: скользящая грыжа пищеводного отверстия ди-



афрагмы, в желудке неизменная кровь, которая поступает из трещины слизистой оболочки, расположенной в зоне пищеводно-желудочного перехода на задней стенке желудка.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

### **Вопросы для самоконтроля**

Какие теории объясняют образование острых язв желудочно-кишечного тракта?

Одинаково ли часто осложняются кровотечением язвы передней и задней стенок двенадцатиперстной кишки?

Какое значение имеет определение степени кровопотери при решении вопроса об оперативном лечении больных острым желудочно-кишечным кровотечением?

При каких заболеваниях сосудов развиваются острые желудочно-кишечные кровотечения?

Какие заболевания системы гемостаза сопровождаются развитием острых желудочно-кишечных кровотечений?

Изменяются ли бактериальные свойства крови при ее излиянии в просвет желудочно-кишечного тракта?

Как клинически проявляется болезнь Верльгофа?

Что понимается под терминами повторное, рецидивное, многократное кровотечение?

Кто из отечественных ученых внес существенный вклад в разработку вопросов диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений?

### **Задание для самостоятельной работы под руководством преподавателя**

Обследовать больного острым желудочно-кишечным кровотечением, сформулировать диагноз, наметить план лечения.

Определить группу крови и резус-фактор у больного острым желудочно-кишечным кровотечением.

Принять участие в переливании крови больному острым желудочно-кишечным кровотечением.

Принять участие в операции, выполняемой по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения.



Провести пальцевое исследование прямой кишки у больного острым желудочно-кишечным кровотечением.

Рассчитать объем кровопотери и определить степень тяжести кровотечения у больного острым желудочно-кишечным кровотечением.

Сформулировать показания к оперативному вмешательству у больного острым желудочно-кишечным кровотечением.

Оформить медицинскую документацию для представления на врачебно-трудовую комиссию больного, завершившего лечение по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения.



*«Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной на операции».*

*С. П. Федоров, 1934 г.*

## **1.4. Острый холецистит**

### **Содержание занятия**

Причины острых воспалительных деструктивных изменений в желчном пузыре. Патоморфологические и патофизиологические изменения при остром холецистите. Его классификация. Клиническая картина острого холецистита. Консервативное и оперативное лечение в хирургическом стационаре при остром холецистите. Врачебно-трудовая экспертиза больных острым холециститом. Возможные ошибки диагностики и лечения острого холецистита.

### **Базисные знания**

Желчный пузырь располагается в ложе на висцеральной поверхности печени. Он состоит из дна, тела и шейки, переходящей в пузырный проток (рис. 48). Дно желчного пузыря несколько выступает из-под края печени. Анатомические взаимоотношения желчного пузыря с общим печеночным, общим желчным и панкреатическим протоками представлены на рис. 49.

Общий печеночный проток обеспечивает отток желчи от места слияния долевых желчевыводящих протоков до зоны устья пузырного протока. Дистальнее этого отдела желчевыводительной системы желчь оттекает по общему желчному протоку (холедоху). Он располагается в свободном крае печеночно-двенадцатиперстной связки и за нисходящим отделом двенадцатиперстной кишки. Соединившись с вирсунговым протоком поджелудочной железы, холедох открывается в двенадцатиперстную кишку на вершине боль-



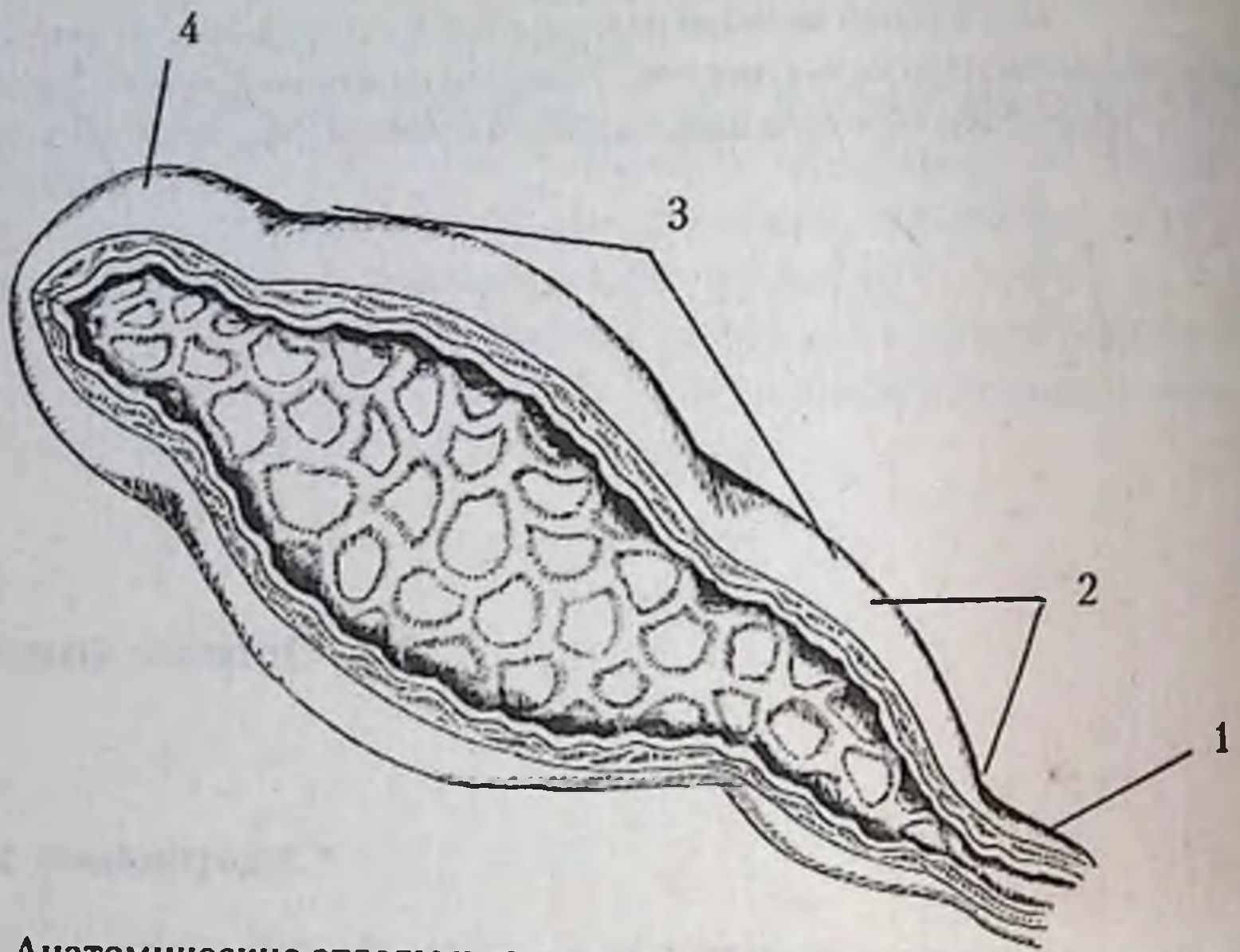


Рис. 48. Анатомические отделы желчного пузыря:  
1 — пузырный проток; 2 — шейка; 3 — тело; 4 — дно.

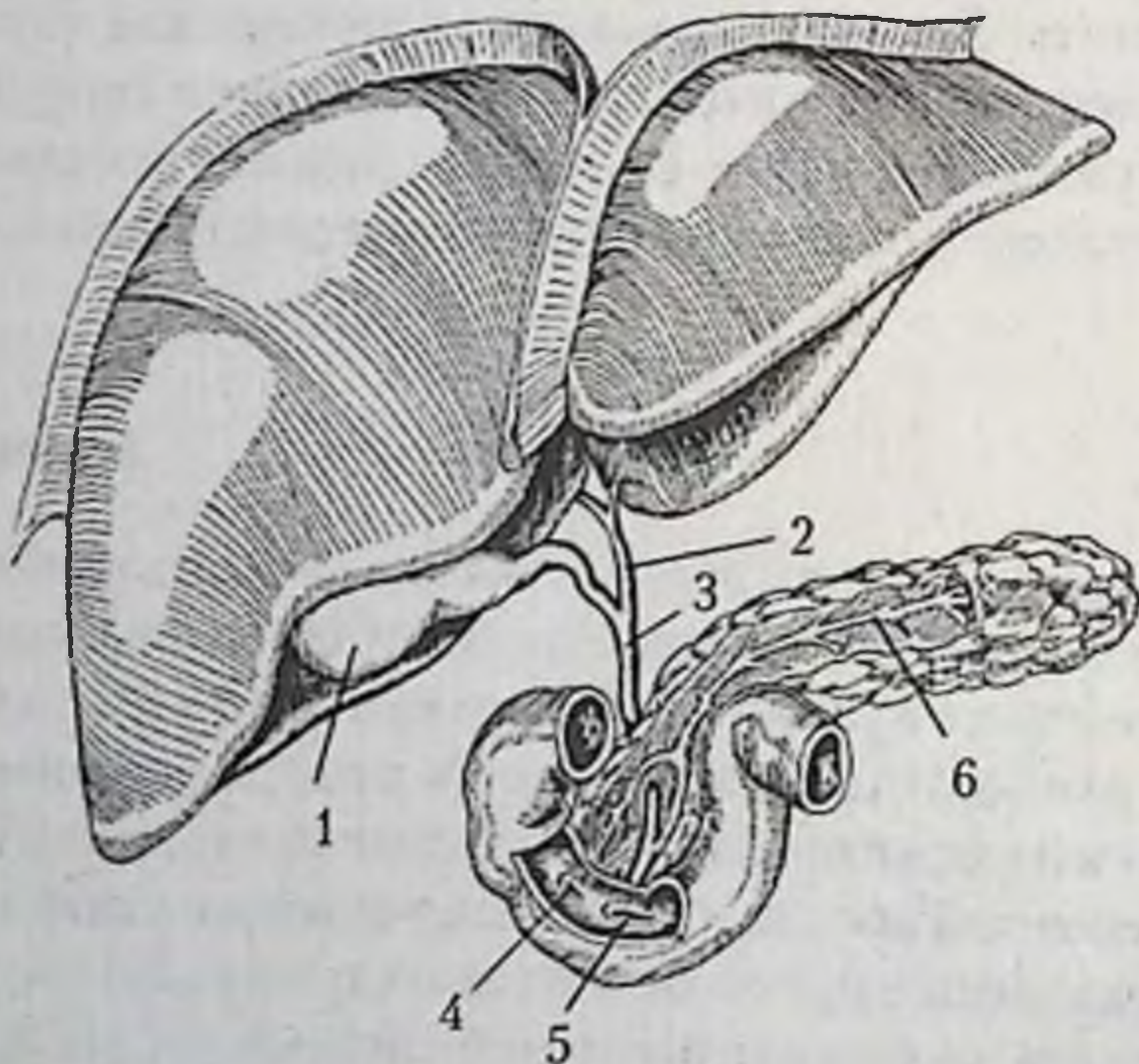


Рис. 49. Билиопанкреатическая система:  
1 — желчный пузырь; 2 — общий печеночный проток; 3 — общий желчный проток;  
4 — малый дуоденальный сосочек; 5 — большой дуоденальный сосочек; 6 — протоки поджелудочной железы.



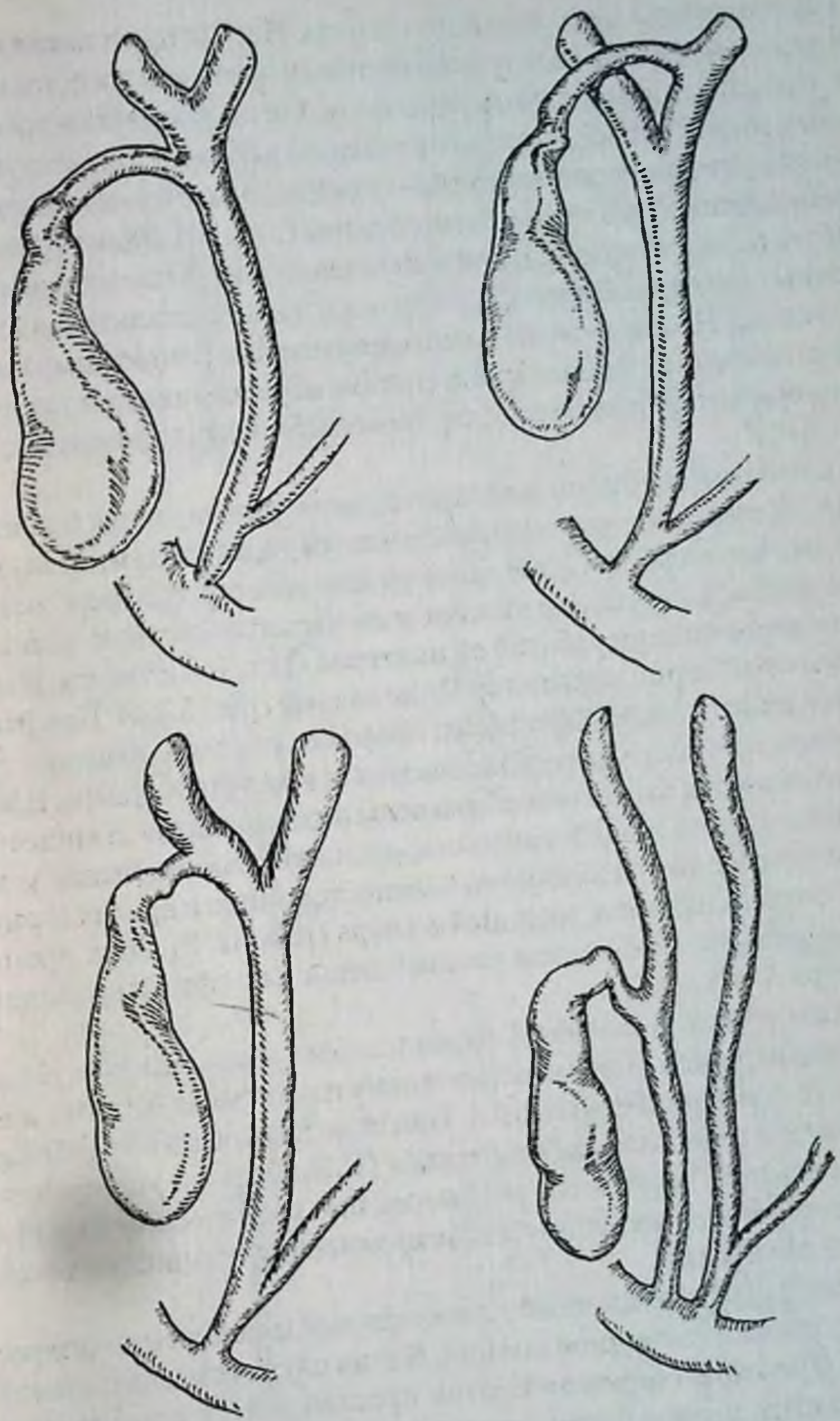


Рис. 50. Некоторые варианты анатомического строения желчевыводящих путей.



шого (фатерова) дуоденального сосочка. Иногда протоковая система поджелудочной железы наряду с вирсунговым протоком представлена и дополнительным (санториниевым) протоком. Он открывается в просвет двенадцатиперстной кишки отдельно от холедоха в области малого дуоденального сосочка. Анатомические варианты взаиморасположения внепеченочных желчевыводящих путей весьма разнообразны (рис. 50). Данное обстоятельство требует особого внимания при выполнении оперативных вмешательств на желчных путях, особенно при инфильтративно-воспалительных изменениях в тканях. Необходимость в последовательных осторожных манипуляциях при операциях на билиарной системе обуславливается также и неоднозначной архитектоникой сосудов, кровоснабжающих желчевыводящие пути (рис. 51).

Основные функции желчного пузыря: резервуарная и концентрационная. Желчь постоянно вырабатывается гепатоцитами и выделяется в желчные капилляры. Суточная секреция желчи в среднем составляет не менее литра. Поступление желчи в двенадцатиперстную кишку обеспечивается сочетанной работой сфинктеров Одди и Люткенса. В межпищеварительный период сфинктер Одди закрыт (рис. 52. 1). При этом создается давление в желчевыводящих протоках, обуславливающее открытие сфинктера Люткенса и поступление желчи в желчный пузырь. В нем желчь концентрируется за счет резорбции воды и электролитов. В кишечную фазу пищеварения под воздействием секретина желчеобразование усиливается. Одновременно под влиянием холецистокинина и других гормонов начинает опорожняться и желчный пузырь (рис. 52. 2). Этот процесс происходит при одновременном расслаблении как сфинктера Одди, так и сфинктера Люткенса.

Таким образом, желчный пузырь играет очень важную роль в процессе пищеварения. При патологических изменениях в стенке желчного пузыря его функции нарушаются. При этом пузырь может превращаться в «резервуар» гноя или «лабораторию» (С.П. Федоров) по производству желчных камней. Чаще всего так бывает при хроническом калькулезном холецистите, основные клинические проявления и варианты течения которого многообразны.

Как правило, хронический калькулезный холецистит манифестируется приступами печеночной колики. В этих случаях интенсивные боли в правом подреберье сопровождаются иррадиацией в правую половину грудной клетки, правое плечо, надплечье, под правую лопатку. Такая иррадиация более обуславливается участием в иннервации желчевыводя-



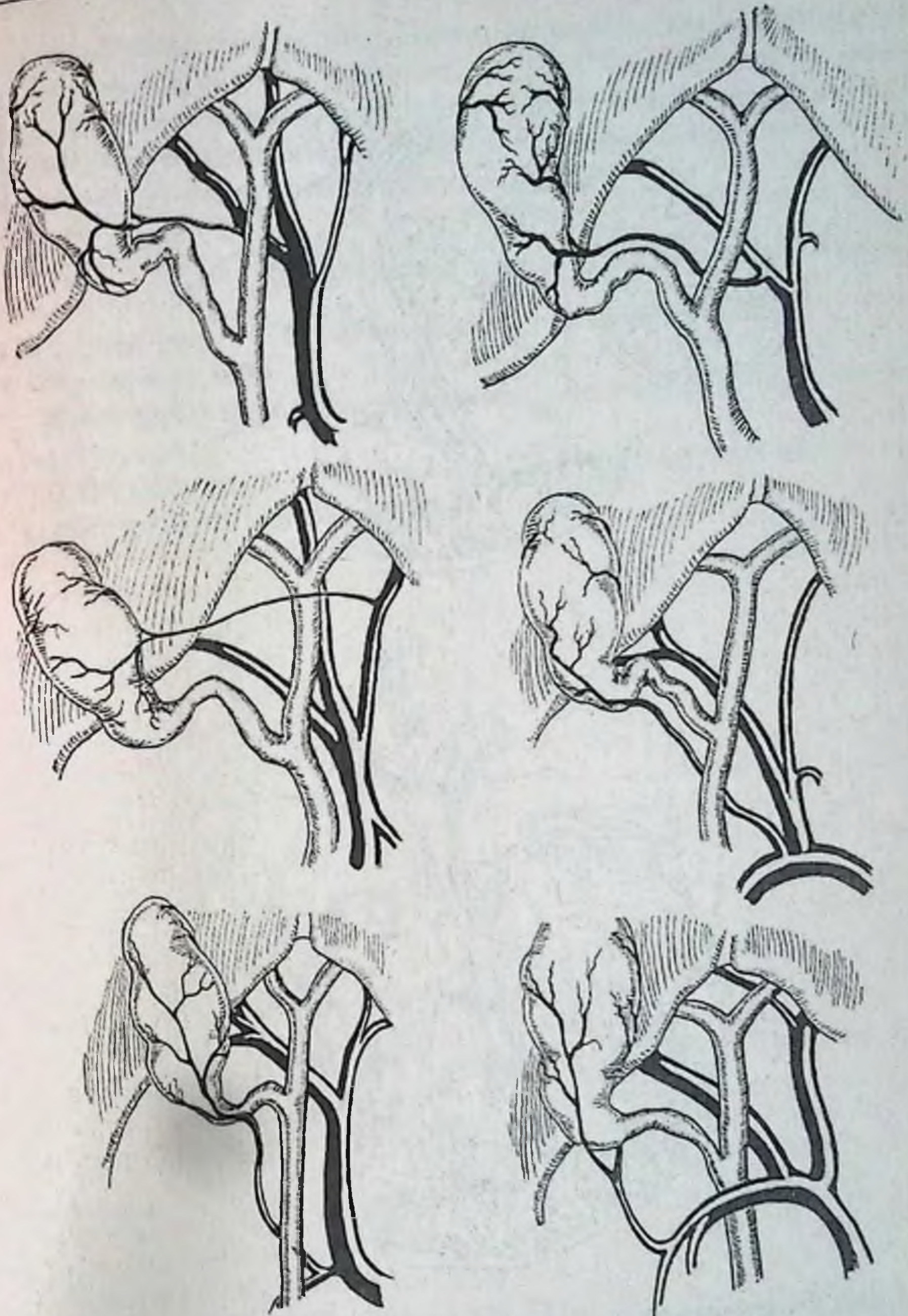


Рис. 51. Некоторые варианты ангиоархитектоники билиарной зоны.



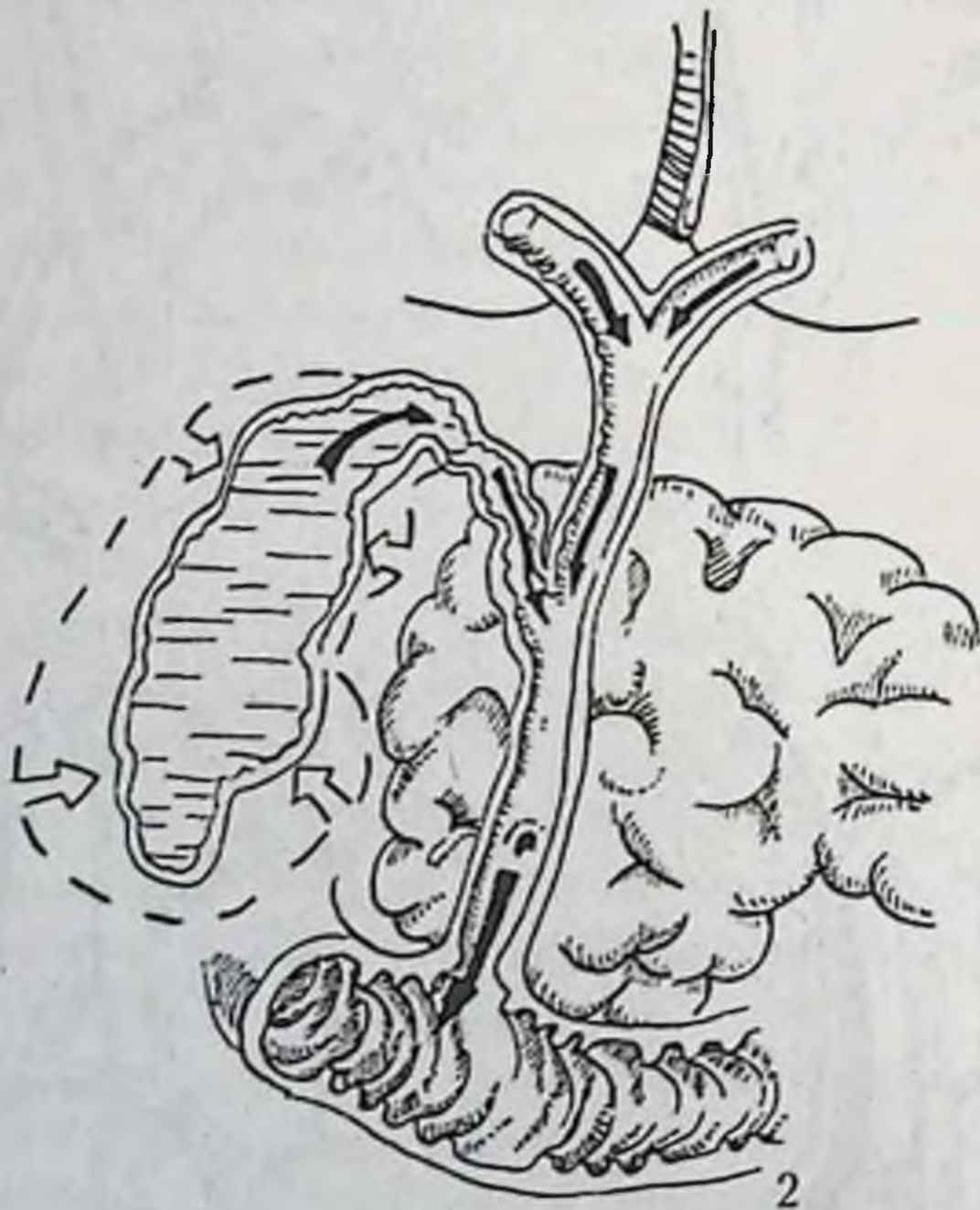
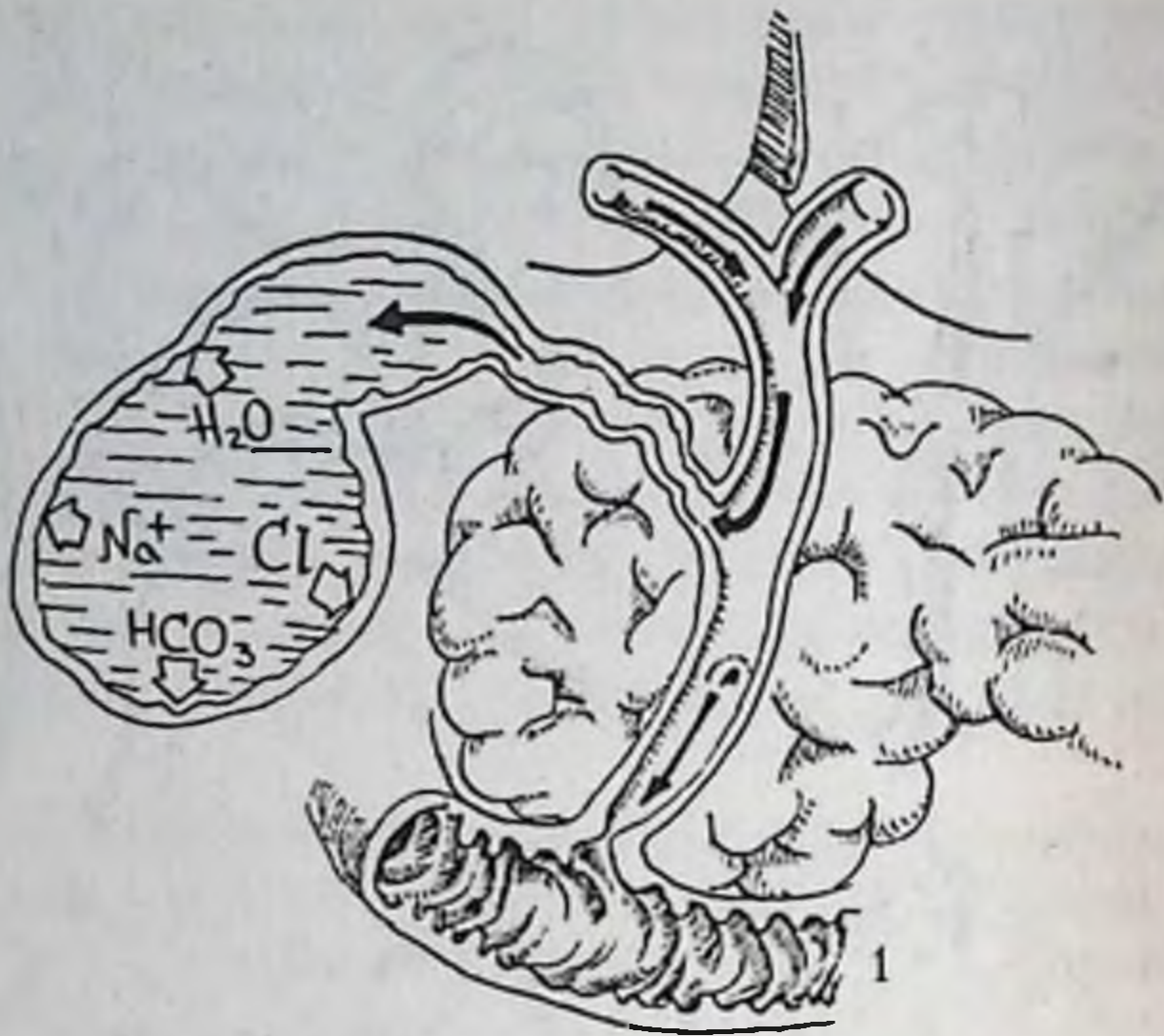


Рис. 52. Схема желчевыведения:  
1 — в межпищеварительный период; 2 — в период пищеварения.



ших путей правого поддиафрагмального нерва, волокна которого формируются на уровне шейного сплетения (рис. 53). Проявлением желчекаменной болезни часто является и острый холецистит. Однако острые воспалительные изменения в желчном пузыре могут развиваться и при отсутствии конкрементов в желчевыводящих путях.

### Контрольные вопросы по базисным знаниям

- Какова структура заболеваний желчевыводящих путей?
- Как образуется водянка желчного пузыря?
- Каков патофизиологический механизм холецистокоронарного синдрома Боткина?
- При каких заболеваниях билиопанкреатической зоны можно пропальпировать увеличенный желчный пузырь?

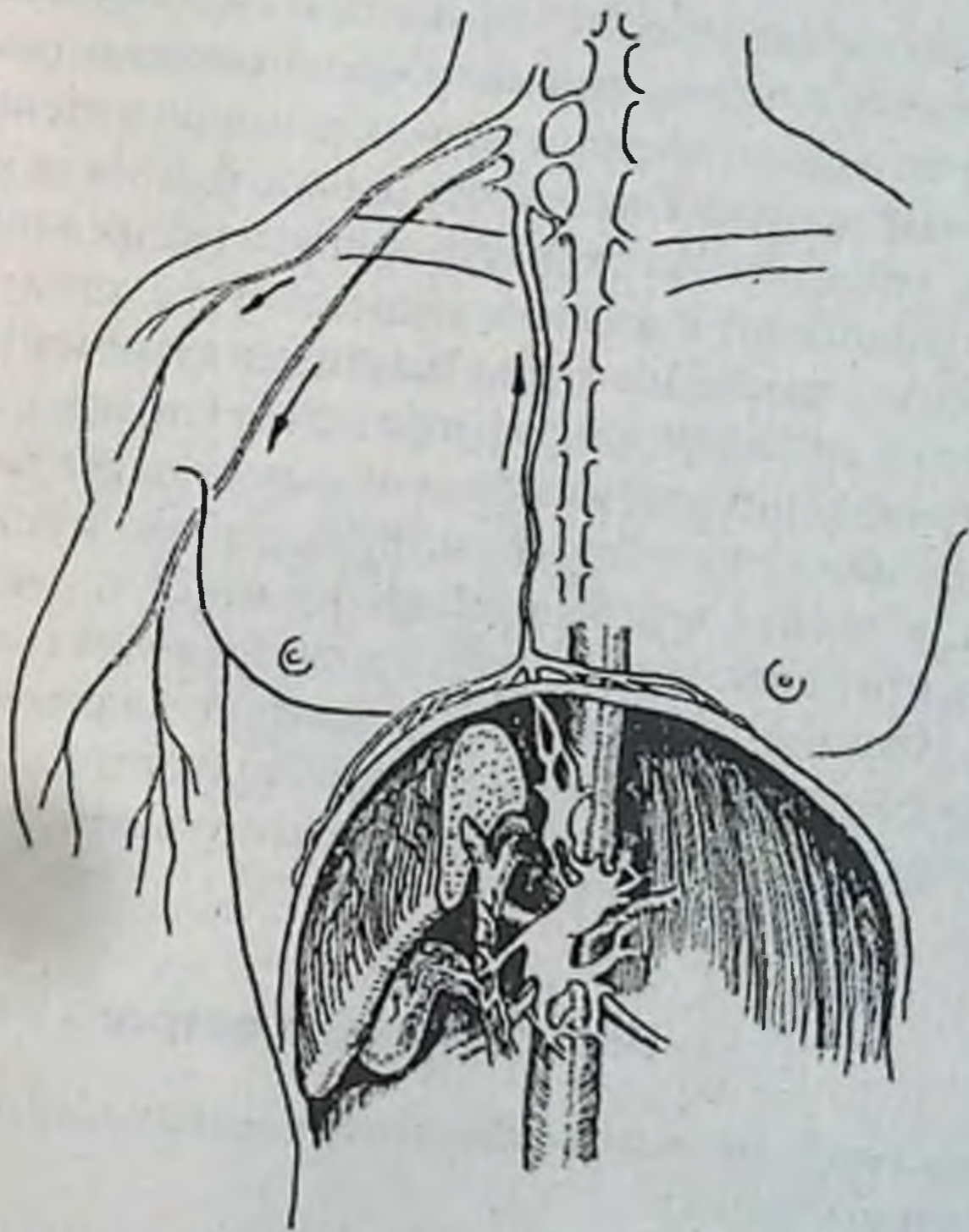


Рис. 53. Анатомические взаимоотношения волокон диафрагмального нерва и желчевыводящих путей.



Какие доступы используются при выполнении оперативных вмешательств на желчевыводящих путях?

Как осуществляется наружное дренирование желчных путей?

Каковы топографические взаимоотношения холедоха, воротной вены и общей печеночной артерии в печеночно-двенадцатиперстной связке?

В каких сегментах печени располагается ложе желчного пузыря?

Какие анатомические образования формируют треугольник Кало?

В каком отделе желчного пузыря располагается карман Гартмана?

Каковы особенности взаиморасположения желчевыводящих путей при синдроме Миризи?

Каковы причины и клинические проявления холедохолитиаза?

Какие причины обуславливают механическую желтуху?

### **Материалы для подготовки к занятию**

Развитие острого воспалительного процесса в желчном пузыре в основном обуславливается патогенными микроорганизмами, стазом в желчевыводящей системе и расстройством кровообращения в стенке органа.

Застой в желчных протоках чаще всего происходит из-за наличия в них конкрементов, реже — из-за стриктур и опухолей желчных путей. Микроорганизмы проникают в желчевыделительную систему, как правило, ретроградно (по отношению к току желчи) из кишечника. В условиях желчного стаза и дисхолии микрофлора может изменять свои патогенные свойства, трансформируясь из условно-патогенной в патогенную. В этих же условиях снижается и барьерная функция слизистой оболочки желчного пузыря, в связи с чем возрастает вероятность инвазии в нее микроорганизмов, что в свою очередь обуславливает воспаление в стенке желчного пузыря. Кроме ретроградного пути, микроорганизмы могут проникать в стенку желчного пузыря гематогенно и лимфогенно при воспалительных изменениях в соседних органах (острый панкреатит, острый гастродуоденит и др.).

### **Классификация острого холецистита**

*По характеру морфологических изменений в желчном пузыре:*

- простой (катаральный);
- флегмонозный (флегмонозно-язвенный);
- гангренозный;



— перфоративный.

*По клиническому течению:*

— неосложненный;

— осложненный:

обтурацией пузырного протока,

прободением,

воспалительными изменениями в желчевыводящих путях и печени (холангит, гепатит и др.),

панкреатитом,

инфильтратом,

околопузырным абсцессом и другими гнойниками брюшной полости,

перитонитом (местным или разлитым).

*В зависимости от наличия или отсутствия камней в желчевыводящих путях:*

— бескаменный;

— калькулезный.



Рис. 54. Катаральный (простой) холецистит: воспаление распространяется в пределах слизистой оболочки желчного пузыря.



В решении многих тактических задач (обоснование показаний к операции, ее объему, виду обезболивания и др.) существенно помогает классификация острого холецистита. Клиническое течение острого холецистита часто оказывается непредсказуемым. Оно может быть типичным и атипичным, без осложнений и осложненным. Многообразие клинических форм заболевания обуславливает и множество классификаций. Вместе с тем во всех классификациях подразделение форм острого холецистита проводится в зависимости от характера морфологических изменений в желчном пузыре, вариантов клинического течения заболевания, наличия или отсутствия конкрементов в желчевыводящих путях.

Прежде всего в классификациях острого холецистита отражаются патоморфологические изменения в желчном пузыре. При остром неосложненном катаральном холецистите инфекционно-воспалительный процесс в желчном пузыре, как правило, локализуется в пределах его слизистой оболочки (рис. 54).

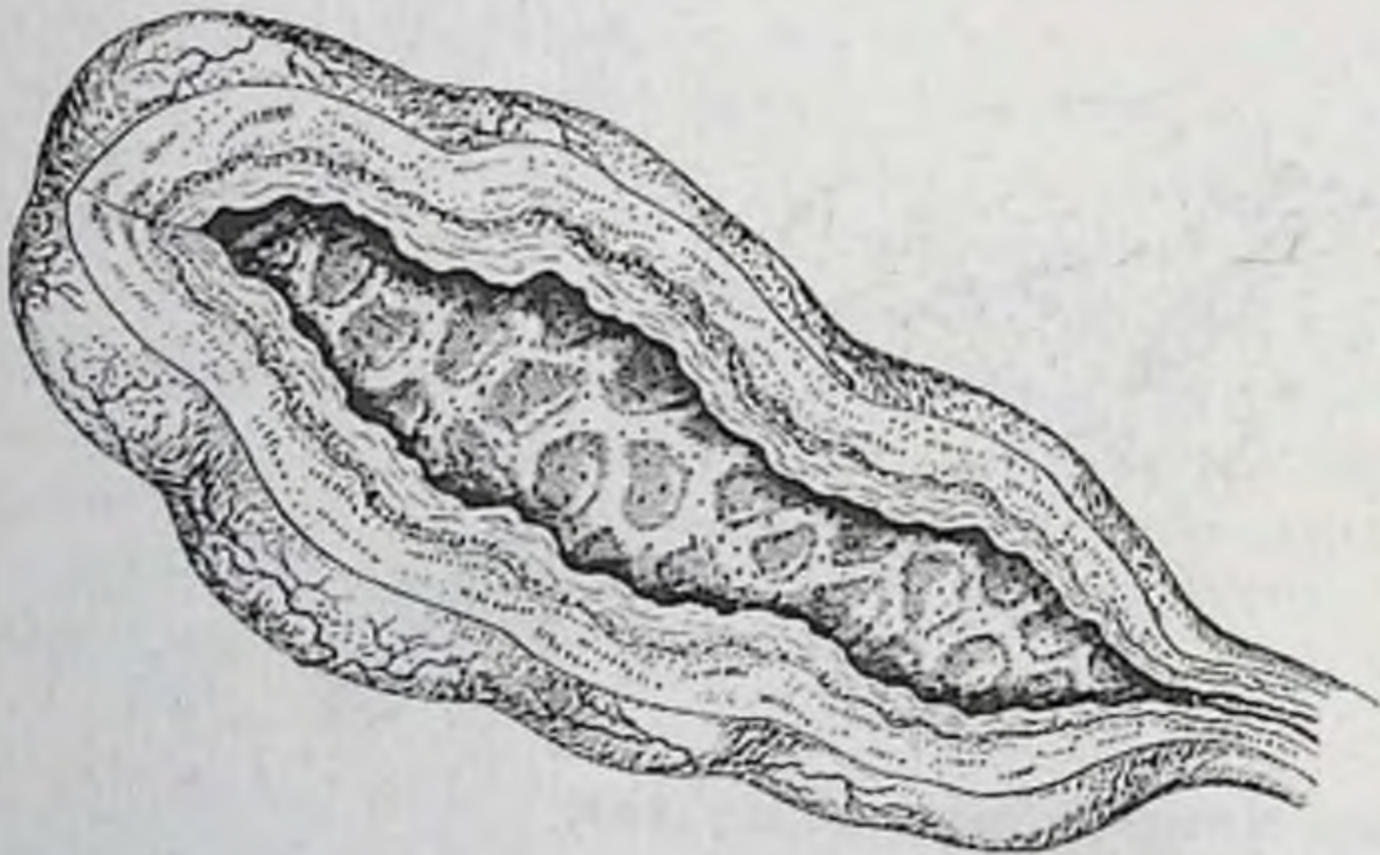


Рис. 55. Флегмонозный холецистит: воспаление распространяется на все слои стенки желчного пузыря.



При флегмонозной форме острого холецистита воспалительные изменения в стенке желчного пузыря распространяются за пределы слизистой оболочки, вовлекая в патологический процесс подслизистый и мышечный слои, а также брюшину, покрывающую орган (рис. 55). Флегмонозные изменения в желчном пузыре нередко сопровождаются изъязвлением его слизистой оболочки (флегмонозно-язвенная форма). При благоприятном течении заболевания флегмонозное воспаление завершается образованием рубцовой ткани. Реакция организма в ответ на флегмонозное воспаление в желчном пузыре может быть и в виде инфильтрата, в который вовлекаются сам желчный пузырь, сальник, брюшная стенка, двенадцатиперстная и поперечно-ободочная кишка, другие органы брюшной полости (рис. 56).

Воспалительные изменения в желчном пузыре на фоне закупорки пузырного протока (обтурационный холецистит) могут завершаться развитием его эмпиемы. В этих случаях в полости желчного пузыря скапливается гной. Исходом острой закупорки пузырного протока, гипертензии в желчном пузыре могут быть некротические изменения в органе. Воспа-

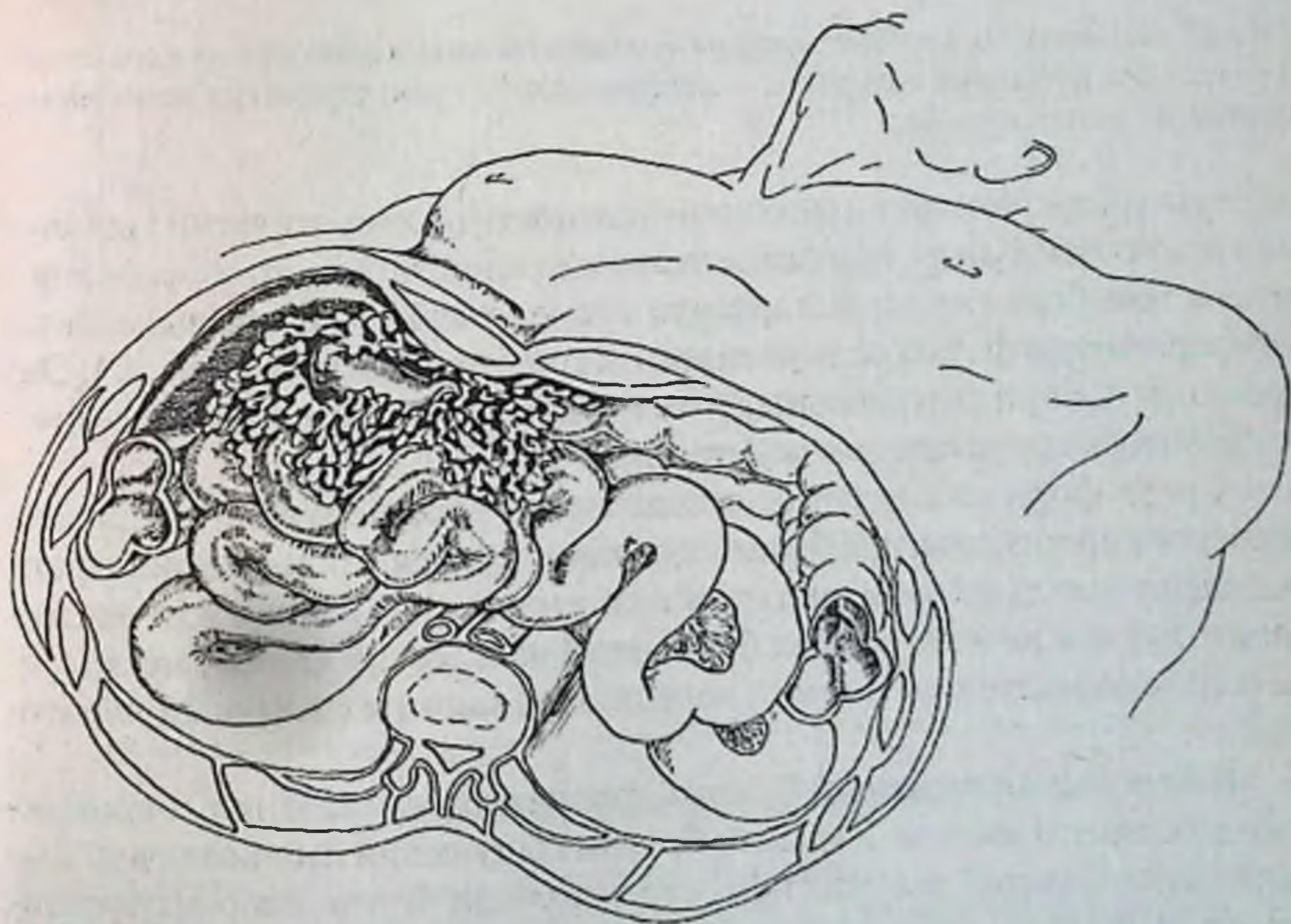


Рис. 56. Воспалительный инфильтрат при остром холецистите.



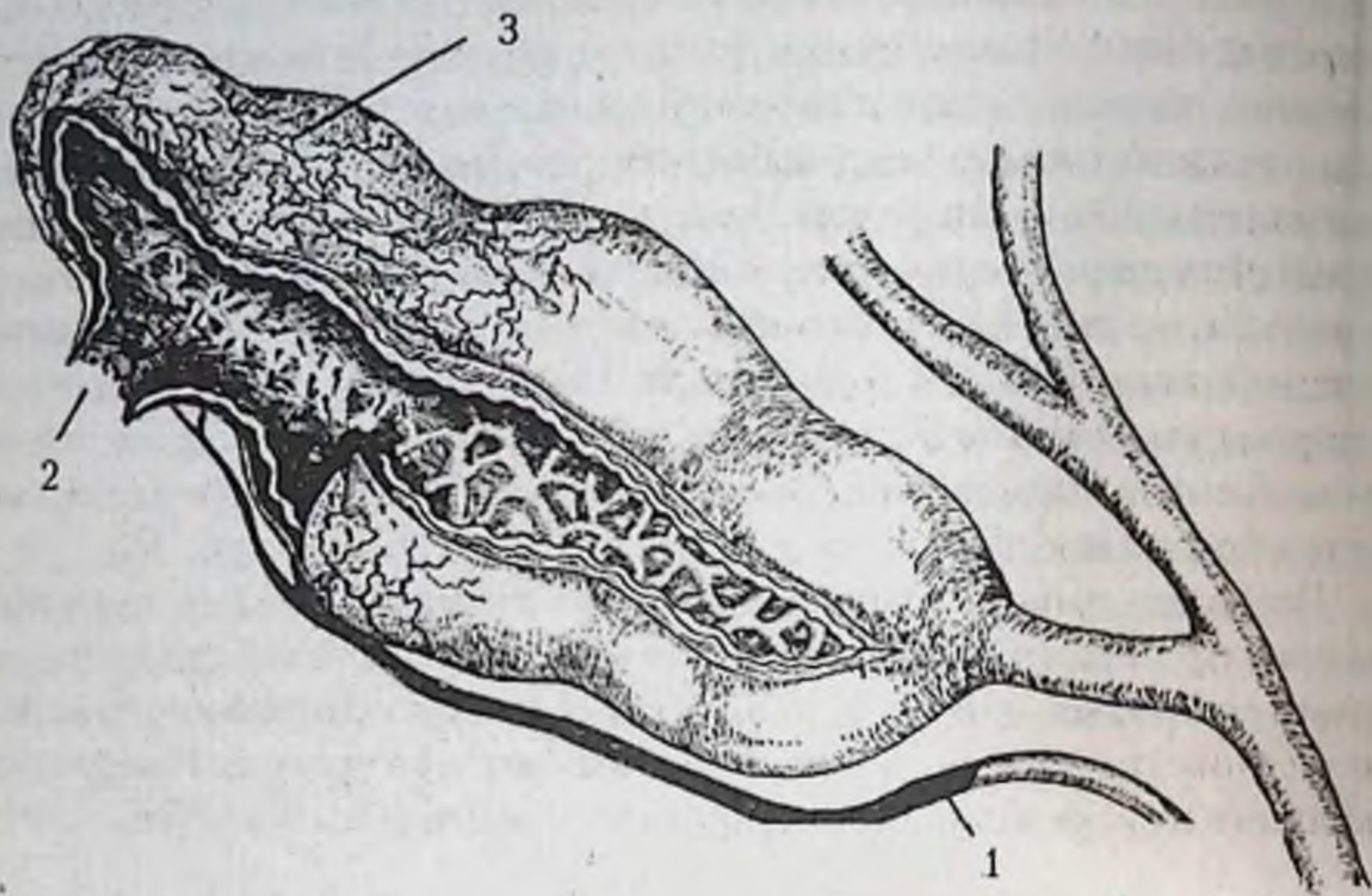


Рис. 57. Перфорация желчного пузыря при некротических изменениях в его стенке: 1 — тромбоз пузырной артерии; 2 — перфорация; 3 — некротические изменения в стенке желчного пузыря.

лительный инфильтрат при остром холецистите, некротические изменения в желчном пузыре при гангренозном холецистите часто обуславливаются и тромбозом пузырной артерии или ее ветвей. Отдельно выделяется перфоративная форма осложненного острого холецистита (рис. 57). Она наблюдается при гангренозных изменениях в стенке желчного пузыря и сопровождается развитием перитонита.

Среди форм заболевания, осложненных распространением патологического процесса за пределами желчного пузыря, кроме инфильтрата, выделяются острый холецистит, осложненный поражением желчевыводящих путей и печени, а также билиарный панкреатит. Особое место среди осложненных форм острого холецистита занимает желчный перитонит.

**Клиническая картина.** *Острый холецистит*, как правило, сопровождается болями в животе. Характер болевых ощущений неоднозначен. Выраженность болевой реакции при остром холецистите во многом обуславливается фоном, на котором развивается патологический процесс. Интенсивные боли в животе возникают тогда, когда острое воспаление в



желчном пузыре обуславливается закупоркой пузырного протока конкрементами. Обычно в этих случаях болевой синдром начинается по типу печеночной колики и быстро достигает своего максимума (рис. 58, 1). В отличие от печеночной колики присоединение воспалительных изменений в стенке желчного пузыря (даже при их быстром обратном развитии) приводит к сохранению болевого синдрома в течение нескольких дней или недель с начала заболевания (рис. 58, 2). В других случаях в отличие от печеночной колики болевые ощущения развиваются медленно, становясь максимально интенсивными не в течение минут или часов, а в течение дней. На фоне лечения они сохраняются несколько суток, постепенно уменьшаясь в своей интенсивности (рис. 58, 3).

Чаще всего боли при остром холецистите локализуются в правом подреберье и эпигастрии, иррадируют в правое плечо, правое надплечье, под правую лопатку. Нередко к болевому синдрому присоединяются тошнота, неоднократная рвота, которая обычно не приносит облегчения. При пальпации живота, как правило, отмечают болезненность и умеренное на-

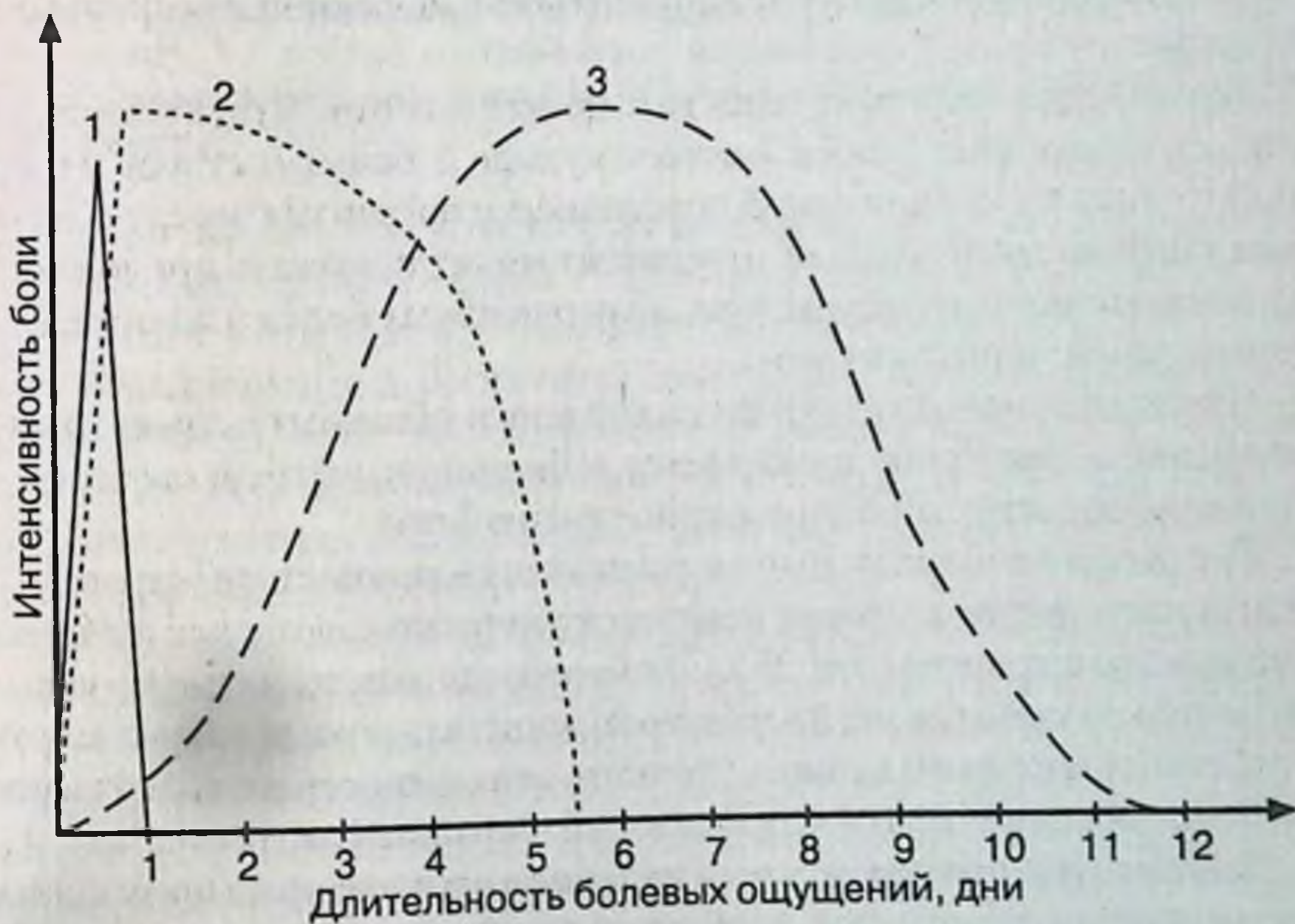


Рис. 58. Продолжительность болевых ощущений при:  
 1 — печеночной колике; 2 — остром холецистите, развивающемся по типу печеночной колики; 3 — остром холецистите, развивающемся вне приступа печеночной колики.



пряжение мышц передней брюшной стенки в правых верхних ее отделах. Если напряжение мышц живота не выражено, то иногда при глубокой методической пальпации удается прощупать увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь. При поколачивании по правой реберной дуге болевые ощущения в правом подреберье усиливаются (симптом Ор-тнера). При пальпаторном исследовании области правого надплечья может отмечаться болезненность между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (синдром Мюсси—Георгиевского). При осложнении заболевания перитонитом во время пальпации живота выявляется симптом Щеткина—Блумберга.

Изменения со стороны общего объективного статуса при остром холецистите чаще всего проявляются повышением температуры тела (до 38,5–40°C).

Наряду с тахикардией нередко отмечаются боли за грудиной сжимающего характера (холецистокоронарный симптом Боткина). Выраженность температурной реакции, а также степень эндогенной интоксикации при остром холецистите зависят от вирулентности инфекции и реактивности организма.

Проявления острого холецистита не всегда соответствуют характеру патологических изменений в желчном пузыре. У больных старшей возрастной группы из-за сниженной реактивности организма деструктивный (даже гангренозный) острый холецистит может протекать при нормальных показателях температуры тела, неинтенсивных болях в животе, но со значительным эндотоксикозом.

При исследовании периферической крови у больных острым холециститом, как правило, обнаруживается лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения, повышенная скорость оседания эритроцитов.

Среди специальных методов исследования в диагностике острого холецистита наибольшее значение придается ультразвуковому исследованию желчевыводящих путей (рис. 59). С помощью этого метода удастся установить не только калькулезный характер холецистита, но и обнаружить утолщение стенок желчного пузыря, уточнить эхоплотность его содержимого, выявить непальпируемый воспалительный инфильтрат под печенью.

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



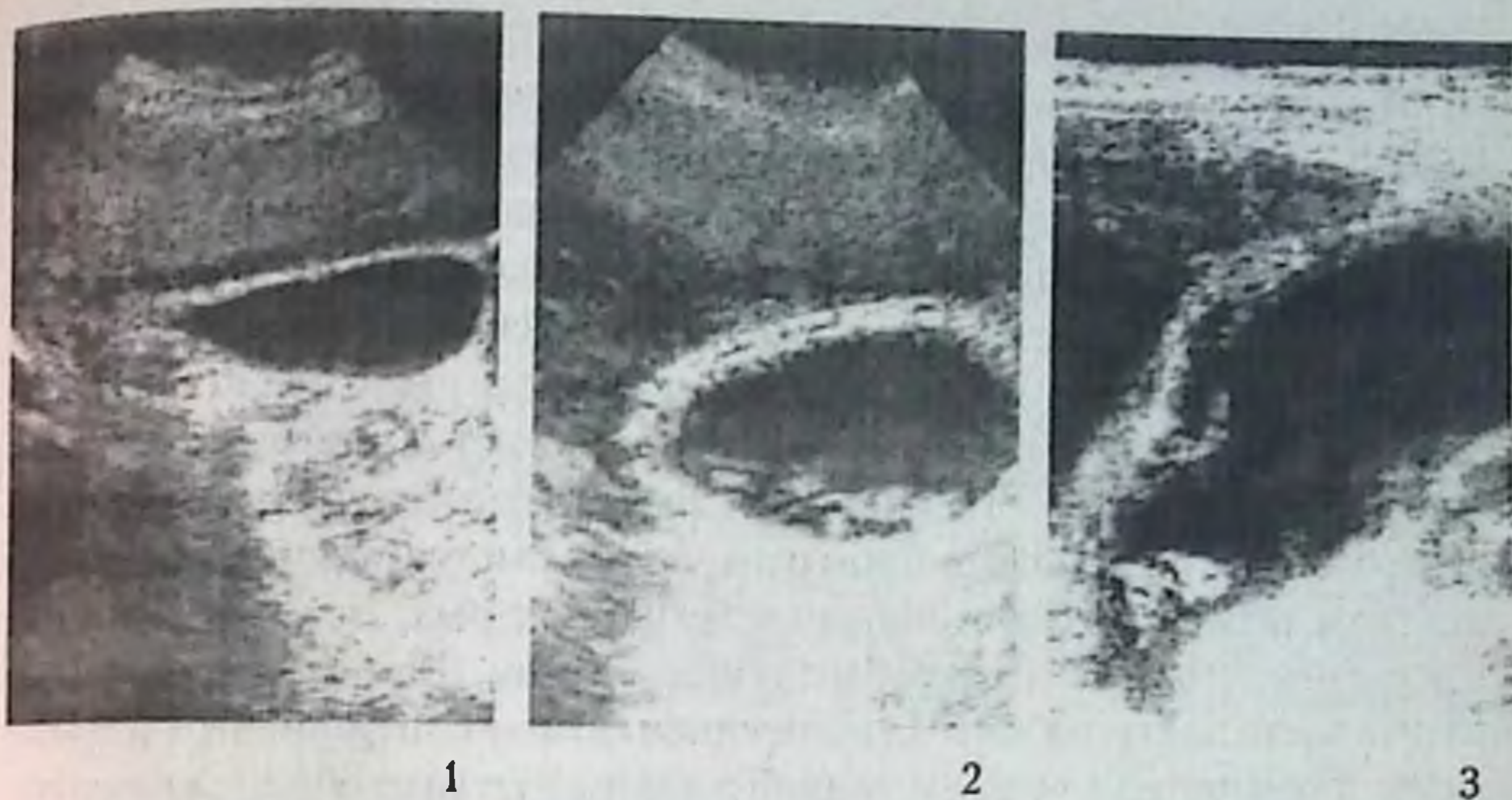


Рис. 59. Ультразвуковая картина острого холецистита:

1 — неизмененный желчный пузырь; 2 — острый катаральный калькулезный холецистит (стенка желчного пузыря утолщена, в просвете пузыря определяются конкременты); 3 — острый флегмонозный калькулезный холецистит (деструкция, расслоение слоев стенки желчного пузыря, в его просвете идентифицируются конкременты).

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

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

В отличие от прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки при остром холецистите редко наблюдается внезапное начало заболевания, про-



являющееся «кинжальными» болями в животе. Кроме такой специфической болевой реакции, перфорация язв сопровождается выраженным напряжением мышц передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины и шоковым общим состоянием больных.

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

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

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

*Болевые ощущения в животе при блуждающей правой почке* быстро уменьшаются в горизонтальном положении больных. Блуждающую поч-



ку часто удается пропальпировать в вертикальном положении больных или в положении их лежа на левом боку.

*Пищевое отравление* обычно сопровождается обильной рвотой пищей и частым жидким стулом. В отличие от острого холецистита при исследовании живота больных пищевым отравлением он остается мягким и безболезненным. Температурная реакция при пищевом отравлении обычно отсутствует.

*Воспалительный процесс в нижней доле правого легкого* манифестируется симптомами легочного заболевания — одышкой, кашлем, иногда — цианозом. Эти явления не свойственны острому хирургическому заболеванию органов брюшной полости. Кроме аскультативных данных, подтверждающих воспаление легких, в определении пневмонического очага существенная роль отводится рентгенологическому исследованию органов грудной клетки.

*Лечение острого холецистита.* В настоящее время нет однозначных критериев, на основании которых можно было бы уверенно прогнозировать течение острого холецистита. Поэтому в условиях поликлиники не только диагноз острого холецистита, но и подозрение на это заболевание должны рассматриваться как показания к срочной госпитализации больных в хирургический стационар. При транспортировке больных им создается максимально возможный покой. При типичной клинической картине острого холецистита, начале заболевания с приступа печеночной колики, а также анамнестических данных об обнаружении конкрементов в желчном пузыре с помощью специальных методов диагностики допустимо применение спазмолитиков (внутримышечно 2 мл 2% раствора папаверина или 1 мл 0,1% атропина). Противопоказано введение анальгетиков, особенно наркотиков типа морфия или его производных. Применение этих препаратов может изменить (чаще скрыть) клиническую картину заболевания. Кроме того, препараты этой группы вызывают спазм сфинктеров желчевыводящих путей, что усиливает билиарный стаз и увеличивает вероятность развития деструктивных изменений в стенке желчного пузыря.

В стационаре лечение больных острым холециститом всегда начинается с консервативных мероприятий, которые (при наличии показаний к операции) рассматриваются как предоперационная подготовка. При консервативном лечении больных острым холециститом прежде всего создаются условия для функционального покоя пораженного органа. Лучше всего это достигается голоданием больных. В целях устранения спазма



сфинктеров желчевыводящей системы назначаются спазмолитики (папаверин, платифиллин, атропин). Допустимо использование ненаркотических анальгетиков. Благоприятный эффект оказывает внутривенное введение 0,5% раствора новокаина (100 мл). Проводится антибиотикотерапия. Компенсация потерь электролитов и дезинтоксикация осуществляются массивными внутривенными и капельными введениями полиионных растворов, плазмы, гемодеза и других инфузионных средств.

Экстренные операции при остром холецистите производятся при осложнении заболевания местным или разлитым перитонитом. Они осуществляются в первые часы пребывания больных в стационаре на фоне проводимого консервативного лечения.

Проведение оперативных вмешательств при остром холецистите целесообразно опытными хирургами в условиях полноценного анестезиологического обеспечения при возможности выполнения интраоперационной холангиографии. Поэтому при отсутствии перитонита срочные оперативные вмешательства проводятся в течение первых двух суток пребывания больных в стационаре. Они выполняются при осложнении заболевания желтухой, острым панкреатитом, в случаях, когда, несмотря на проводимое консервативное лечение, клинические проявления острого холецистита сохраняются, а по данным специальных методов обследования (различные виды томографии) определяются деструктивные изменения в стенке желчного пузыря или признаки закупорки пузырного протока конкрементом.

Поздние (отсроченные) операции производятся в сроки, превышающие 48 ч пребывания больных в стационаре. Они выполняются больным, отказавшимся от оперативного лечения в первое время пребывания в стационаре. Кроме того, поздние операции проводятся при ошибках в диагностике осложнений острого холецистита, при которых показаны экстренные или срочные операции.

Выполнение оперативных вмешательств в более поздние сроки нередко осуществляется сознательно. Так поступают и в случаях, когда при консервативном лечении острого калькулезного холецистита отмечается отчетливая тенденция к стиханию воспалительной реакции в желчном пузыре. В этих условиях операции производятся в плановом порядке через 2–3 нед после полного прекращения острых воспалительных изменений в зоне желчевыводящих путей.

При крайне тяжелом состоянии больных выполняется только холецистостомия (рис. 60). Операцией выбора при остром холецистите является



холецистэктомия (рис. 61). Холецистэктомия сопровождается обязательным наружным дренированием желчных путей. Дренаж Холстеда не устанавливается только при отключении желчного пузыря вследствие рубцово-воспалительной облитерации пузырного протока. Оценка состояния желчевыводящих протоков осуществляется с помощью интраоперационной холангиографии. Холедохотомия производится при желтухе, широком (более 1 см) холедохе, мелких конкрементах в желчном пузыре, гнойном холангите (поступление гноя из культы пузырного протока), сужениях и обтурации общего желчного протока. После вскрытия холедоха желчные протоки промываются раствором новокаина. Ревизия общего желчного протока осуществляется бужами. Выявляемые конкременты удаляются. Холедохотомия во всех случаях заканчивается дренированием общего желчного протока.

Интенсивная терапия в раннем послеоперационном периоде, как правило, осуществляется по основным направлениям дооперационного консервативного лечения. Специальное внимание уделяется антибактериальной терапии и устранению того или иного вида функциональной недостаточности. Выполняется комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию пареза кишечника, восстановление его функций, профилактику гипостатической пневмонии. В послеоперационном периоде сохраняется принцип ранней двигательной активности.

Новой вехой в развитии хирургического лечения желчекаменной болезни (ЖКБ) стала разработка и внедрение в клиническую практику операции — лапароскопической холецистэктомии. В России эта операция впервые выполнена в 1993 г. (А. С. Балалыкин, Ю. И. Галлингер).

Операция привлекла хирургов и пациентов малой травматичностью, значительным сокращением сроков госпитализации, низким процентом послеоперационных осложнений и, наконец, косметическим эффектом.

Но лапароскопическая холецистэктомия должна выполняться хирургами, владеющими традиционными методами операций на желчных путях и в учреждениях, где обеспечены условия для выполнения этих операций в полном объеме. Это в равной степени относится и к операциям по поводу острого холецистита, как осложненной форме ЖКБ. И так как экстренные операции по поводу острого холецистита нередко отличаются значительной технической сложностью, их целесообразно выполнять как можно раньше, до развития выраженного воспалительного процесса, при котором хирург нередко вынужден перейти на традиционный метод. Хирургу, овладевающему лапароскопическими методами, необ-



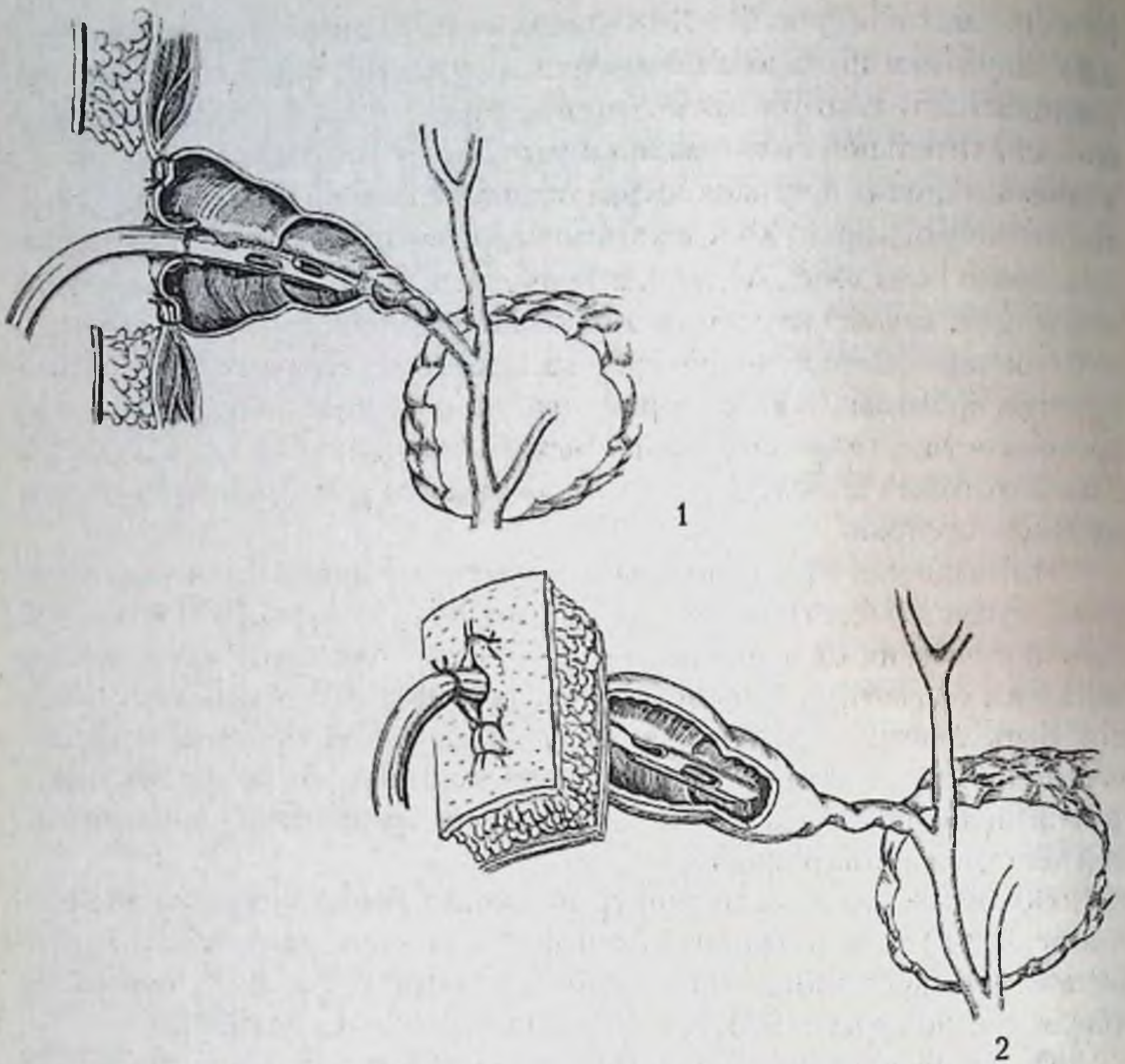


Рис. 60. Холецистостомия:

1 — подшивание дна желчного пузыря к брюшинно-мышечно-апоневротическому слою передней брюшной стенки; 2 — фиксация дренажной трубки к кожным швам.

ходимо хорошее знание анатомии, аномалий развития, особенностей топографии гепатодуоденальной связки как основных условий безопасности операций на желчных путях. В настоящее время лапароскопическая техника применяется и при других осложнениях ЖКБ — холедохолитиазе, желтухе.

Такие возможности появились в связи с внедрением в хирургическую практику методик операций и манипуляций (холангиоскопия, извлечение камней из протоков, литотрипсия, папиллосфинктеротомия и др.),



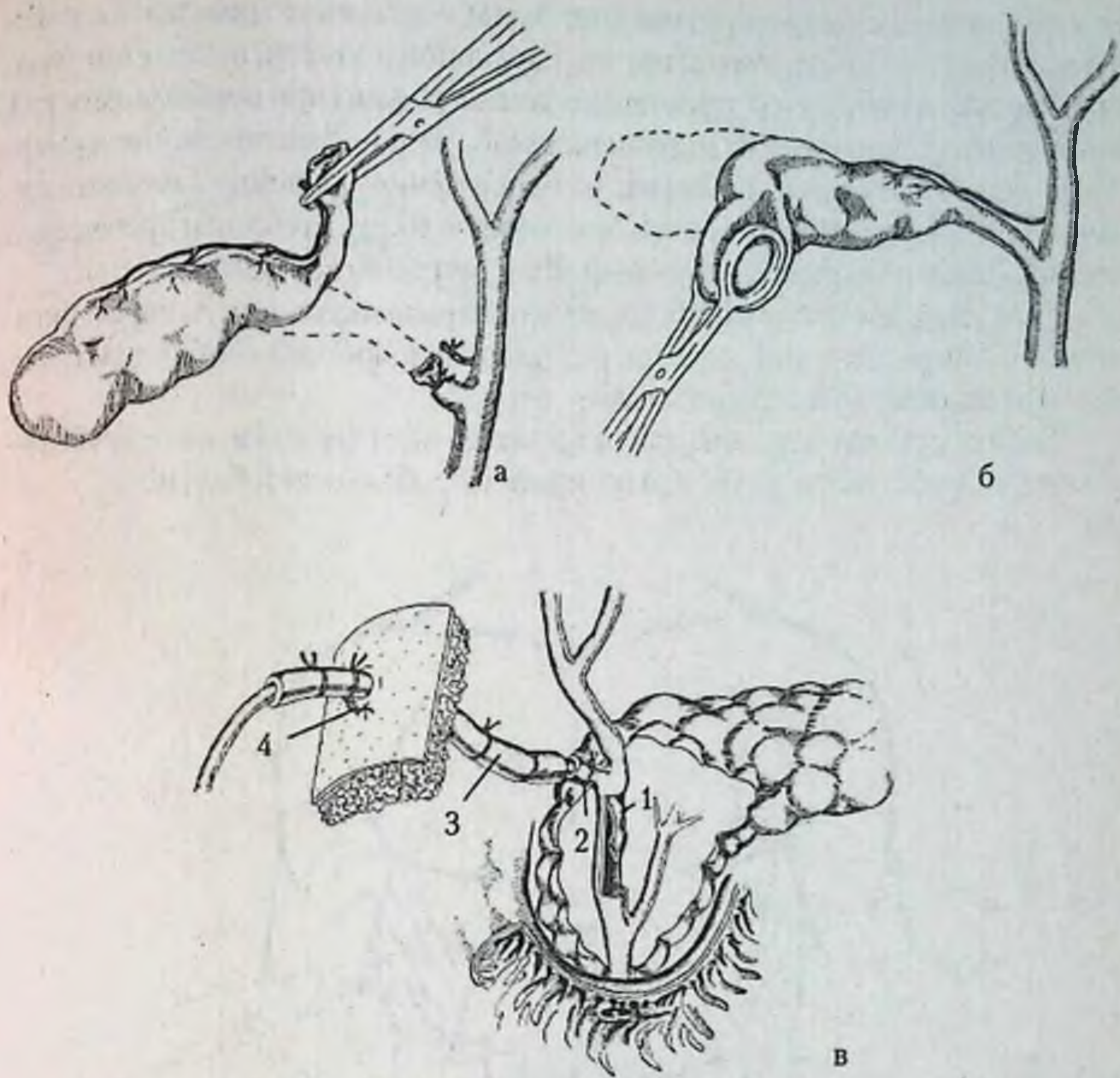


Рис. 61. Холецистэктомия:

а — от шейки; б — от дна; в — дренирование желчных путей по Холстеду (через культю желчного пузыря). 1 — внутренняя (тонкая полихлорвиниловая) трубка, введенная через культю пузырного протока в холедох; 2 — фиксация внутренней трубки к культю пузырного протока; 3 — наружная (широкая резиновая) трубка; 4 — фиксация дренажа к кожным швам.

шва холедоха, способов дренирования желчевыводящих путей. В операционной обязательно должен быть передвижной рентгеновский аппарат для проведения интраоперационной холангиографии.

Операция лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите выполняется в несколько этапов. Во всех случаях операция начинается



ся с наложения пневмоперитонеума. Затем — введение троакаров с инструментами (рис. 62), ревизия органов брюшной полости, выделение желчного пузыря, интраоперационная холангиография (при необходимости), выделение элементов гепатодуоденальной связки, клипирование пузырного протока и пузырной артерии, их пересечение, удаление желчного пузыря из ложа и извлечение его из брюшной полости, ревизия и дренирование брюшной полости (подпеченочного пространства) (рис. 63).

При наличии технических трудностей при выполнении лапароскопической холецистэктомии или при развитии осложнений необходим переход на традиционную лапаротомию.

Выбор метода операции при остром холецистите в каждом случае решается индивидуально с учетом клиники и особенностей больного.

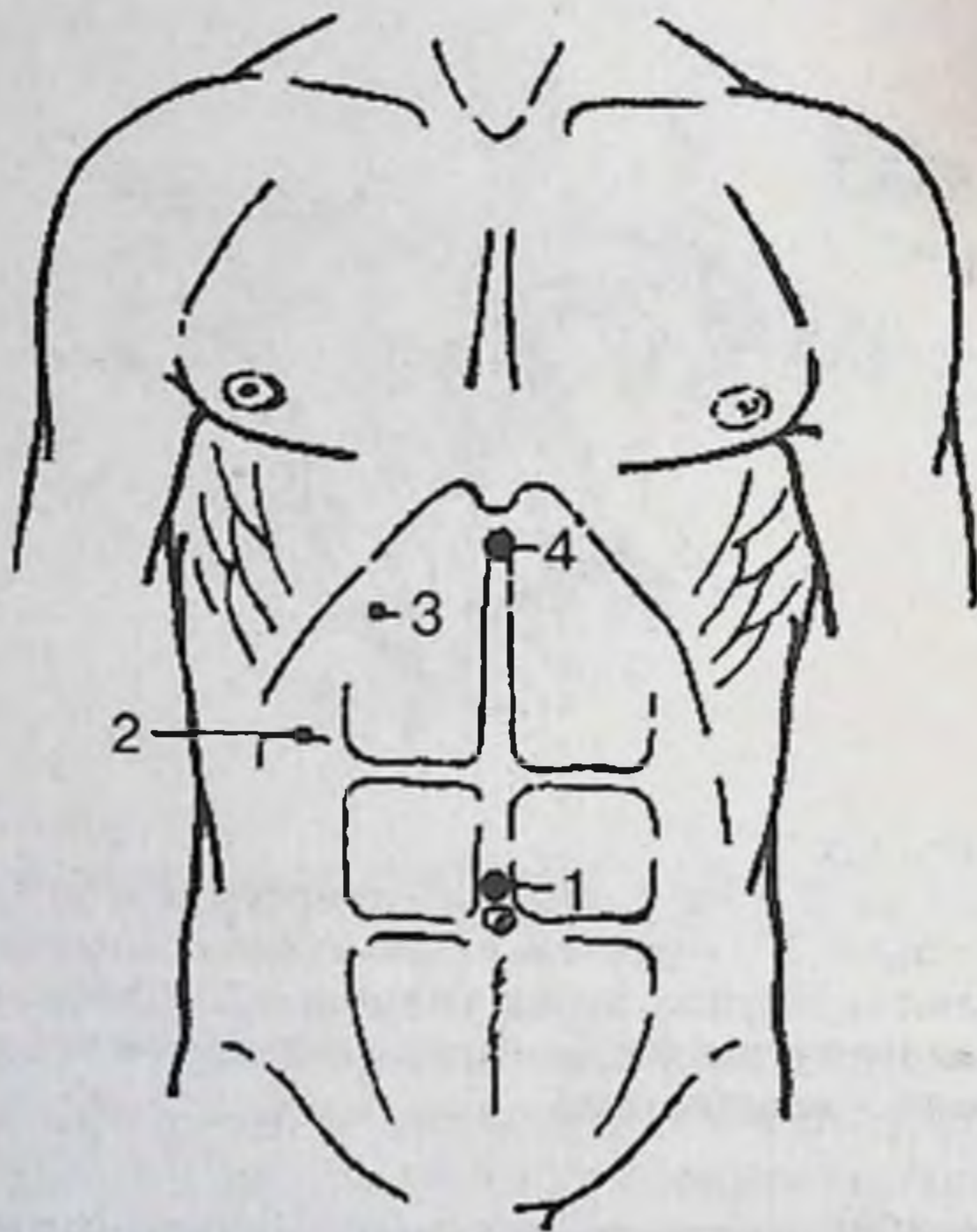


Рис. 62. Типичные места введения инструментов при лапароскопической холецистэктомии.

1 — лапароскоп; 2 — захватывающий зажим; 3 — канюля для ирригации операционного поля; 4 — препаровочные крючки, ножницы, клипатор.



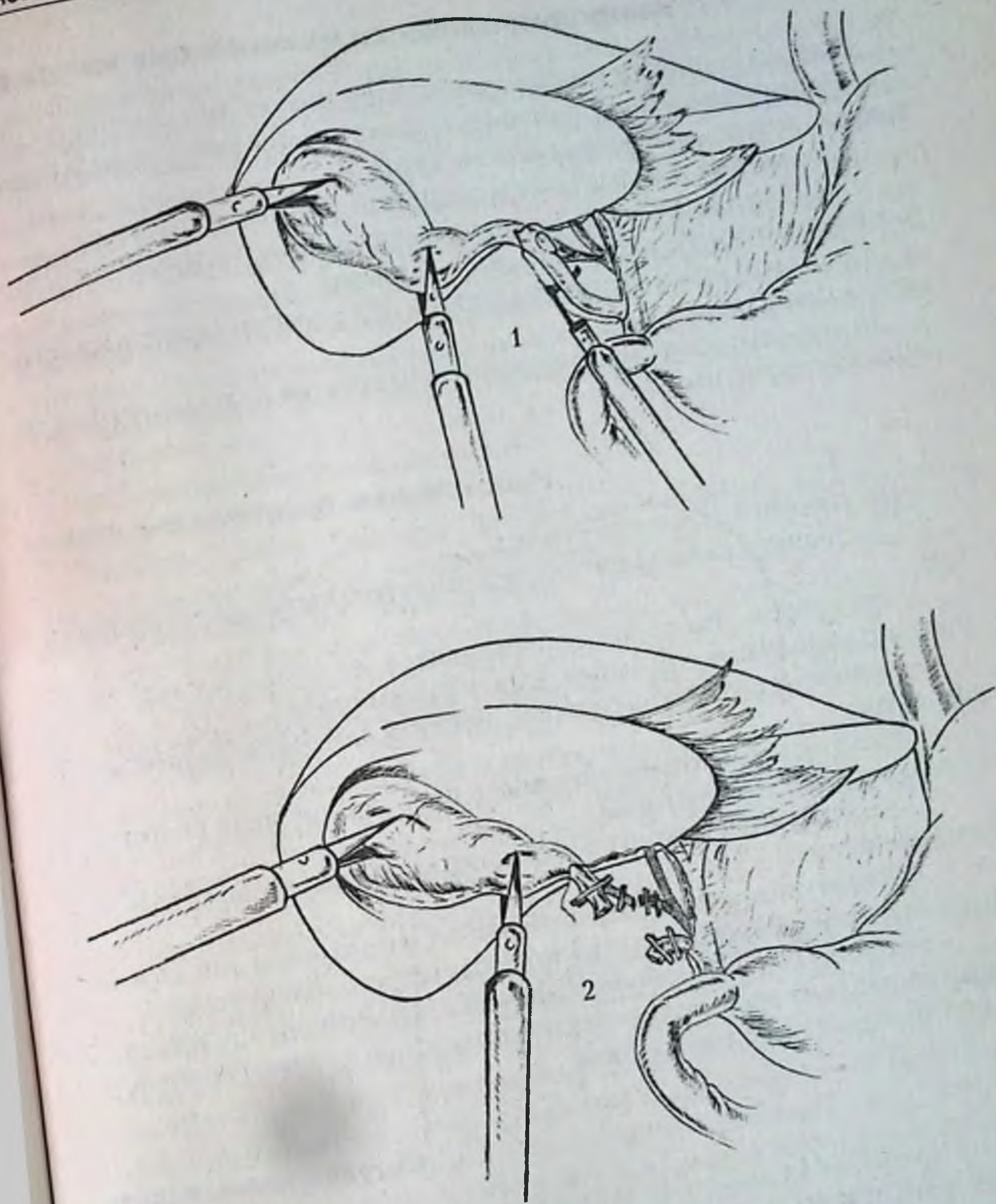


Рис. 63. Этапы выполнения лапароскопической холецистэктомии:  
1 — выделение пузырного протока; 2 — клипирование пузырного протока и пу-  
зырной артерии и удаление желчного пузыря.



### Контрольные вопросы по основному материалу

Каковы принципы консервативного лечения острого холецистита?

На основании каких критериев осуществляется выбор метода оперативного лечения при остром холецистите?

Выявляется ли при остром холецистите симптом Курвуазье?

Возможно ли развитие желчного перитонита без осложнения острого холецистита прободением желчного пузыря?

Отличаются ли оперативные доступы при лечении острого и хронического холециститов?

Каковы особенности консервативного лечения больных острым холецистопанкреатитом?

### Необходимые практические навыки

На занятии необходимо усвоить:

- методику клинического обследования больных острым холециститом;
- интерпретацию данных лабораторных и инструментальных исследований, выполняемых больным острым холециститом;
- основные рентгенологические признаки патологии желчевыводящих путей;
- схему консервативного лечения и предоперационной подготовки больных острым холециститом;
- элементы ассистенции на операциях, выполняемых по поводу острого холецистита;
- правила ухода в послеоперационном периоде за больными, перенесшими оперативное вмешательство по поводу острого холецистита;
- методику оформления медицинской документации при представлении больных на врачебно-экспертную комиссию по завершении лечения по поводу острого холецистита.

### Ситуационные задачи

Больной С., 44 года, 2–3 раза в году страдает приступами интенсивных болей в правом подреберье с иррадиацией в правую половину грудной клетки и правое надплечье. Приступ длится 1,5–2 ч и быстро проходит после внутримышечного введения спазмолитических средств.



Заболевание длится несколько лет. В последний раз приступ начался 8 ч назад. Болевые ощущения в животе не проходят, ощущает озноб. Неоднократно была рвота желчью. При осмотре больного: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, склеры глаз желтушные, температура  $38,4^{\circ}\text{C}$ . Пульс — 102 уд/мин, напряженный. Живот умеренно вздут, при пальпации резко болезненный в правом подреберье, где отмечается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы Ортнера, Мюсси—Георгиевского, Щеткина—Блумберга резко положительны. Лейкоциты крови —  $17 \times 10^9/\text{л}$ . При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено утолщение стенки желчного пузыря. В его просвете определяются множественные конкременты.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больную Е., 56 лет, беспокоит приступ интенсивных болей в эпигастрии и в правом подреберье, тошнота, неоднократная рвота. Боли иррадиируют в правое надплечье. Ранее с помощью ультразвукового исследования были выявлены конкременты в желчном пузыре. Неоднократно лечилась по поводу хронического холецистита. Нынешний приступ возник 6 ч назад. Накануне употребляла острую пищу. При осмотре: состояние средней тяжести, беспокойна, стонет от болей. Язык сухой. Живот слегка вздут, напряжение мышц передней брюшной стенки не определяется. В правом подреберье резкая болезненность при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Температура тела —  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Пульс — 100 уд/мин, ритмичный, АД — 130/80 мм рт. ст.

*Ваш диагноз? Как лечить больную?*

У больного П., 50 лет, в течение года страдавшего неоднократно приступами печеночной колики, очередной болевой приступ сопровождался рвотой, повышением температуры тела (до  $38,5^{\circ}\text{C}$ ), невыраженной желтушностью склер. При обследовании больного отмечается напряжение мышц в правом подреберье, здесь же определяется симптом Щеткина—Блумберга. Проводимое консервативное лечение (голод, антибиотикотерапия, введение спазмолитиков, выполнение двусторонних паранефральных новокаиновых блокад) в течение трех суток не дает положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15 \times 10^9/\text{л}$  до  $18 \times 10^9/\text{л}$ .

*Сформулируйте диагноз. Какова должна быть тактика лечения?*



Больной К., 43 лет, поступил в хирургическое отделение больницы. Предъявляет жалобы на неинтенсивные боли в правом подреберье, повышение температуры до  $38^{\circ}\text{C}$ , сухость во рту, неоднократную рвоту желчью. Болен 3 дня. Заболевание начиналось постепенно. При обследовании в отделении отмечалась умеренная мышечная резистентность в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины не определялись. С диагнозом «острый холецистит» консервативно лечился в течение двух дней. За это время увеличилась интоксикация, усилились боли в правом подреберье, стали определяться симптомы раздражения брюшины. Оперирован, доступ — по Федорову. Желчный пузырь флегмонозно изменен. Выполнена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

*Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебно-трудовую комиссию. Каким может быть экспертное решение?*

### **Вопросы для самоконтроля**

Какие мероприятия включаются в предоперационную подготовку при хирургическом лечении больных острым холециститом?

Что подразумевается под понятием «постхолецистэктомический синдром»?

Каковы клинические проявления острого холангита?

Как осуществляется лечение абсцессов подпеченочного пространства?

Как купировать приступ печеночной колики?

Кто из отечественных хирургов внес весомый вклад в разработку вопросов диагностики и лечения острого холецистита?

### **Задание для самостоятельной работы**

#### **под руководством преподавателя**

Провести клиническое обследование больных острым холециститом при разных формах заболевания.

Определить показания к оперативному лечению у больного острым холециститом. Исключить (в плане дифференциальной диагностики) у больного острым холециститом какое-либо другое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости.

Назначить консервативное лечение больному острым холециститом.



Сформулировать окончательный диагноз больного при осложненной форме острого холецистита.

Принять участие в проведении операции, выполняемой по поводу острого холецистита.

Принять участие в выполнении фистулографии через наружный желчный свищ.

Оформить медицинскую документацию для проведения врачебно-трудовой экспертизы больного, завершившего лечение по поводу острого холецистита.



*«Лечение больных деструктивным панкреатитом остается наиболее сложной проблемой неотложной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии».*

*В. С. Савельев, 2000 г.*

## **1.5. Острый панкреатит**

### **Содержание занятия**

Морфофункциональные особенности билиопанкреатической зоны и сальниковой сумки. Этиология и патогенез острого панкреатита. Клиническая классификация. Особенности обследования больных острым панкреатитом. Клиническая картина форм острого панкреатита. Осложнения острого панкреатита, их клинические проявления. Диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе и в стационаре. Специальные методы исследования в диагностике острого панкреатита. Дифференциальный диагноз при остром панкреатите. Консервативное и хирургическое лечение острого панкреатита. Особенности реабилитации больных, лечившихся по поводу острого панкреатита.

### **Базисные знания**

Поджелудочная железа располагается в забрюшинном пространстве. Ее ось проходит на уровне первого поясничного позвонка. Топическое расположение поджелудочной железы может быть и иным, когда ее головка находится выше хвоста или наоборот. Так бывает в тех случаях, когда хвостовой отдел поджелудочной железы имеет свою брыжейку, обуславливающую ее подвижность. Поджелудочная железа тесно связана с полостью малого сальника (сальниковой сумкой), которая имеет сложное анатомическое строение (рис. 64). Кроме поджелудочной железы, полость



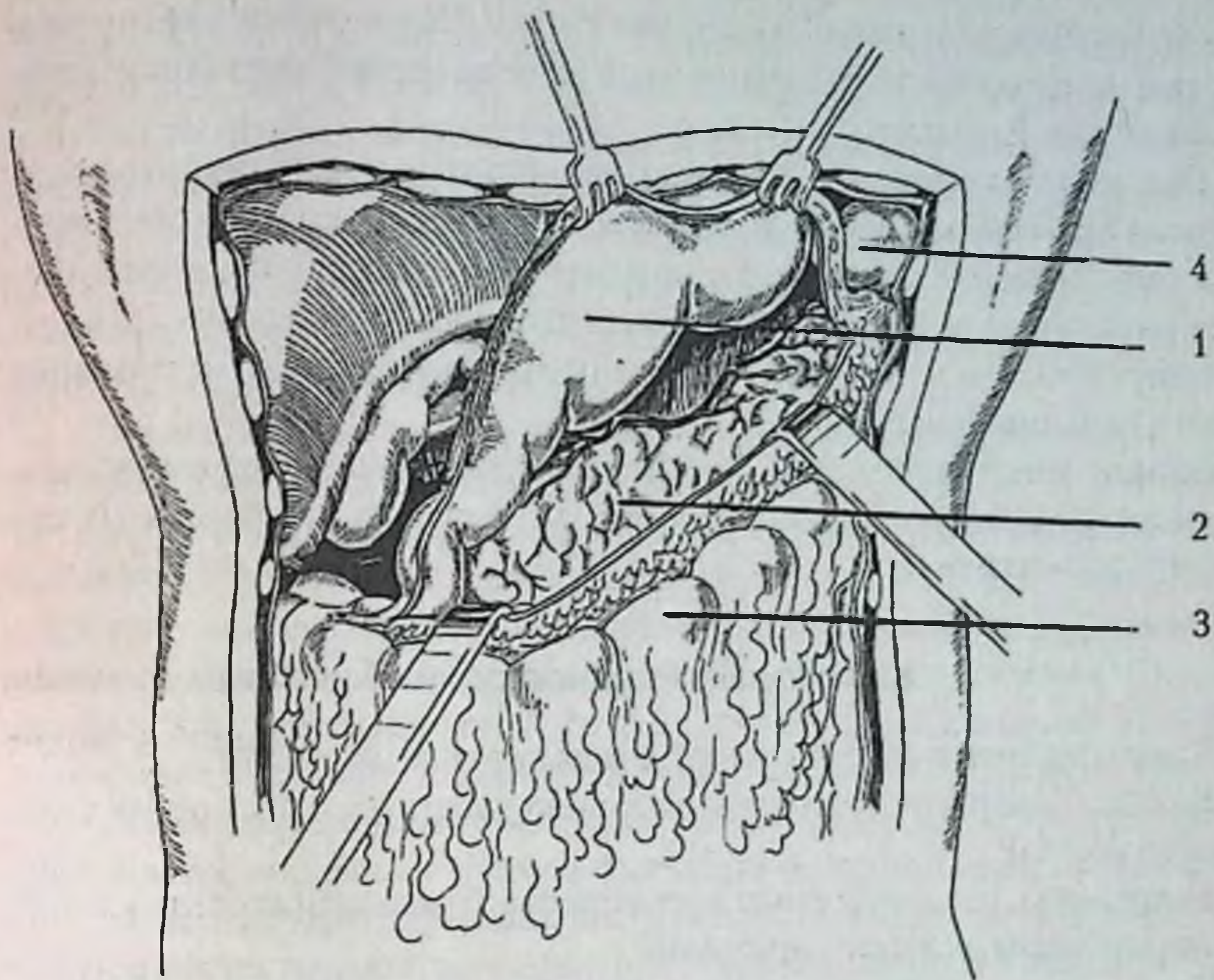


Рис. 64. Расположение поджелудочной железы в сальниковой сумке:  
1 — желудок; 2 — поджелудочная железа; 3 — поперечно-ободочная кишка; 4 — селезенка.

малого сальника граничит с другими внутренними органами (желудком, селезенкой, печенью и др.). Форма и размеры полости малого сальника различны из-за многочисленных вариантов ее взаимоотношения с окружающими органами. Передней стенкой сальниковой сумки является малый сальник, задняя стенка желудка и желудочно-поперечно-ободочная связка. Заднюю стенку полости малого сальника образует париетальная брюшина, покрывающая поджелудочную железу, аорту, нижнюю полую вену и нервные сплетения верхнего этажа брюшной полости. Верхняя стенка сальниковой сумки формируется хвостатой долей печени и частично диафрагмой. Брыжейка поперечно-ободочной кишки составляет нижнюю стенку малого сальника. Селезенка и ее связки ограничивают полость малого сальника слева. Площадь соприкосновения поджелудочной железы с задней стенкой сальниковой сумки определяется положе-



нием брыжейки поперечно-ободочной кишки. Чем выше она располагается, тем меньшая часть поджелудочной железы составляет заднюю стенку сальниковой сумки.

Сальниковая сумка — наиболее изолированное пространство верхнего отдела брюшной полости. Вход в сальниковую сумку возможен лишь через сальниковое отверстие, расположенное около ворот печени. Оно имеет различные размеры. После воспалительных процессов сальниковое отверстие может закрываться спайками, что приводит к изоляции полости сальниковой сумки.

Знание топографической анатомии поджелудочной железы и сальниковой сумки важно для понимания хода операций, выполняемых при остром панкреатите.

### Контрольные вопросы по базисным знаниям

Какие ферменты вырабатывает поджелудочная железа?

Каким образом поджелудочная железа участвует в регуляции углеводного обмена?

Каковы анатомические взаимоотношения терминальных отделов вирсунгова и общего желчного протоков?

Куда и в виде какого анатомического образования открывается санториниев проток?

Каковы возможные пути распространения гнойных затеков при воспалительных процессах в поджелудочной железе?

Какие доступы используются при оперативных вмешательствах на поджелудочной железе?

### Материалы для подготовки к занятию

**Острый панкреатит** — воспалительно-некротическое поражение, обусловленное ферментативным аутолизом, вызванным различными причинами. Воспалительные изменения в поджелудочной железе, наблюдаемые на всех этапах развития панкреатита, носят вторичный характер. Ферментативное самопереваривание поджелудочной железы развивается чрезвычайно быстро, протекает фазно и нередко рецидивирует.

Острый панкреатит — монопатогенетическое, но полиэтиологическое заболевание. Активация ферментов в железе и ее деструкция обуславливаются многими причинами. Чаще всего патологический процесс индуци-



руется повреждением ацинозных клеток поджелудочной железы, гиперсекрецией и затруднением оттока панкреатического сока с развитием гипертензии в панкреатических протоках, забросом в протоки поджелудочной железы цитотоксических и активирующих ее ферменты веществ. Как правило, это происходит при механической травме поджелудочной железы во время операции, болезнях органов пищеварения (печени, желчных путей, двенадцатиперстной кишки и др.), сосудистых заболеваниях, алкоголизме, чрезмерном употреблении сокогонной и желчегонной пищи, нарушениях обмена веществ и пр.

В большинстве случаев острый панкреатит развивается по следующей программе: отек поджелудочной железы → ее некроз → расплавление и секвестрация некротизированных тканей. Эта цепь патологических изменений в поджелудочной железе составляет *фазу альтерации* — повреждения (рис. 65). По мере снижения выраженности тканевой деструкции под влиянием собственных защитных реакций организма и лечения фаза альтерации переходит в *фазу реституции*. Во время этой фазы происходит постепенное восстановление нормальной структуры поджелудочной железы, панкреатоциты которой вновь становятся способными выполнять свою экскреторную функцию в нормальном пищеварении (полная реституция). Нередко деструкция в поджелудочной железе через расплавление и рассасывание омертвевших тканей приводит к образованию склероза ее паренхимы. Иногда реакция организма на деструкцию в поджелудочной железе заключается в отграничении и отторжении омертвевших тканей, т. е. происходит их секвестрация. Если секвестрация некротических тканей развивается в асептических условиях, то она может заканчиваться их инкапсуляцией с образованием ложных кист поджелудочной железы.

Неполная реституция при остром панкреатите, как правило, сопряжена с изменениями не только на уровне поджелудочной железы, но и всего организма. При этом активированные ферменты поджелудочной железы и образованные под их влиянием продукты некроза и гнойно-гнилостного воспаления попадают в общее кровеносное русло. Развивается шоковое состояние, затем — эндогенная интоксикация и общие воспалительные изменения почти во всех органах и системах.

Глубокие функционально-морфологические нарушения во внутренних органах сопровождаются изменениями в обмене веществ, еще больше усиливают интоксикацию, вызванную ферментемией. Расстраивается гемодинамика, снижаются антитоксическая и выделительная функции





Рис. 65. Алгоритм развития острого панкреатита.



печени и почек, развивается парез желудочно-кишечного тракта. Запускаются нервно-рефлекторные и гормональные механизмы патогенеза, обусловленные топической близостью поджелудочной железы к солнечному сплетению и надпочечникам. Значительная экссудация в ткани и полости организма, многократная (изнуряющая больных) рвота, потеря кальция при образовании жировых некрозов, нарушение функций печени и почек, ослабление внешне- и внутрисекреторной функций поджелудочной железы, гормональные расстройства и многие другие причины приводят к выраженным обменным нарушениям. При тяжелых формах острого панкреатита страдают все виды обмена веществ. Вследствие этого возникают сердечно-сосудистая, сердечно-легочная, печеночная, почечная, мозговая, надпочечниковая и другие виды функциональной недостаточности жизненно важных органов и систем.

Местные асептические и гнойно-септические изменения в поджелудочной железе при остром панкреатите могут приводить к перитониту, сепсису, кровотечениям и другим осложнениям.

В целом можно выделить следующие периоды заболевания:

- гемодинамических нарушений (1–3 сут);
- функциональная недостаточность паренхиматозных органов (5–7 сут);
- постнекротические осложнения (3–4 нед).

При обследовании и лечении больных острым панкреатитом различаются три периода течения заболевания:

- острый период (первые часы и дни заболевания);
- период стихания острых патологических явлений в поджелудочной железе (от 7–10 дней до нескольких недель и длительнее);
- период ликвидации острых патологических изменений в поджелудочной железе (он может продолжаться до нескольких месяцев).

Разностороннее обследование больных в остром периоде болезни часто оказывается ограниченным из-за тяжести их состояния. Кроме того, настойчивые попытки уточнить диагноз с необоснованным использованием ряда специальных методик обследования опасны из-за возможности обострения патологического процесса (например, ЭРХПГ).

В остром периоде болезни для установления диагноза острого панкреатита выполняется ограниченное обследование: клиническая оценка состояния больных, общеклинические, биохимические анализы крови и мочи, обзорные рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки и брюшной полости, эхолокация, электрокардиографическое исследование. По показаниям выполняются фиброгастроскопия и лапароскопия.



В период стихания или полной ликвидации острых явлений в поджелудочной железе больным выполняется разностороннее исследование различных органов и систем для выявления причины, обуславливающей развитие панкреатита.

**Диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе.** Наиболее характерным и ранним симптомом острого панкреатита являются интенсивные, относительно внезапные, постоянные боли в верхних отделах живота. Часто боли принимают опоясывающий характер. Безболевые формы панкреатита встречаются крайне редко. При кашле, втягивании живота, натуживании, глубоком вдохе боли, как правило, не изменяются в своей интенсивности.

Другим наиболее частым симптомом панкреатита является многократная рвота, возникающая как самопроизвольно, так и после каждой попытки употребить воду или пищу. Рвота не облегчает состояния больного. После рвоты боли не только не уменьшаются, но иногда и усиливаются.

При объективном обследовании больных, как правило, привлекают внимание относительно слабая пальпаторная и перкуторная болезненность в эпигастральной области, вздутие живота и выраженный тимпанит в верхних отделах. Значительное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины, как правило, отсутствуют.

При тяжелых формах панкреатитов отмечаются признаки ранней эндогенной (ферментативной) интоксикации: цианоз лица и туловища (симптом Мондора), лица и конечностей (симптом Лагерлефа), экхимозы на коже боковых отделов живота (симптом Грея—Тернера), вокруг пупка (симптом Каллена), симптомы Грюнвальда (петехии вокруг пупка) и Девиса (петехии на ягодицах), акроцианоз, мраморность кожи живота и конечностей, коллапс, анурия и др.

В первые часы заболевания температура тела больных обычно нормальная, в последующем она может быть субфебрильной.

**Диагностика острого панкреатита в условиях стационара.** Лекарственные средства, вводимые больному на догоспитальном этапе (спазмолитики, антигистаминные препараты и др.), могут заметно изменить проявления острого панкреатита к моменту поступления больных в стационар. В то же время в госпитале, несмотря на лечение на предыдущем этапе, могут сохраняться многократная рвота и боли в животе. При пальпации внутренних отделов живота, как правило, отмечаются выраженные болевые ощущения. Парез желудочно-кишечного тракта нарастает. Могут выявляться симптомы ферментативного перитонита (ослабление





1



2



3

Рис. 66. Компьютерная томография поджелудочной железы:  
1 — неизмененная поджелудочная железа; 2 — томографическое изображение поджелудочной железы при остром панкреатите; 3 — опухолевое поражение поджелудочной железы.



или полное исчезновение кишечных шумов на фоне вздутия живота, появление жидкости в отлогих местах брюшной полости, умеренно выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина—Блумберга и др.).

При исследовании периферической крови отмечаются увеличение числа лейкоцитов и сдвиг формулы «белой» крови влево. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) в первые часы заболевания, как правило, не изменена, в последующем — увеличена. При исследовании мочи больных острым панкреатитом может определяться белок, иногда сахар и желчные пигменты, а в осадке — даже эритроциты. Важное диагностическое значение при остром панкреатите имеет исследование уровня ферментов поджелудочной железы в крови, моче и экссудате из брюшной полости. Так, активность сывороточной  $\alpha$ -амилазы увеличена в 95% случаев. Важным элементом диагностики является определение клиренса амилазы (клиренса креатинина). Коэффициент выше 5 свидетельствует о наличии панкреатита.

При обзорной рентгеноскопии (-графии) грудной клетки и брюшной полости можно рано выявить реактивные изменения со стороны диафрагмы, легких и плевры (ограничение подвижности диафрагмы и высокое ее стояние, дисковидные ателектазы в нижних отделах легких, левосторонний плеврит, пневмонию и др.). Рентгенологическое исследование брюшной полости позволяет исключить ряд других хирургических заболеваний органов живота (перфоративные гастродуоденальные язвы, острую кишечную непроходимость) и обнаружить признаки поражения поджелудочной железы. При этом выявляется характерное вздутие поперечно-ободочной кишки (симптом Гобие) и других отделов кишечника. Рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта позволяет выявить некоторые косвенные признаки острого панкреатита, к ним относятся развертывание подковы и сдавление двенадцатиперстной кишки, смещение желудка, нарушение моторно-эвакуаторной функции этих органов. При релаксационной дуоденоскопии можно выявить симптом подушки — сглаживание или облитерация складок слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки вследствие отека поджелудочной железы и ответной воспалительной реакции стенки кишки. В диагностике острого панкреатита очень информативными оказываются различные виды томографии поджелудочной железы (рис. 66) и термография живота.

Острый панкреатит представлен несколькими клиническими формами (табл. 10).



Таблица 10

**Основные характеристики клинических форм панкреатита  
(Атланта, США, 1992 г.)**

Форма	Данные лапароскопии, операции, аутопсии	Клиническая картина
<p>Острый интерстициальный панкреатит (с геморрагическим компонентом и без него)</p>	<p>Выпот в брюшной полости. Серозное, желчное и серозно-геморрагическое пропитывание ткани поджелудочной железы и окружающей забрюшинной клетчатки. Железа увеличена. При интерстициальном геморрагическом панкреатите в брюшной полости обнаруживается выпот шоколадного цвета и пропитывание забрюшинной клетчатки свернувшейся кровью. Эти патологические изменения напоминают геморрагический некротический панкреатит. Но при осмотре поверхности поджелудочной железы (после надреза покрывающей ее брюшины) и забрюшинной клетчатки отчетливо прослеживается дольчатое строение железы, отсутствует пропитывание ее кровью</p>	<p>Быстрое, относительно кратковременное, течение болезни. Клинические проявления отека поджелудочной железы полностью исчезают в течение 3–7 дней, а острые патоморфологические изменения — в течение 10–14 дней. Болевой синдром и рвота быстро проходят под влиянием консервативного лечения. «Панкреатический шок» обычно не наблюдается. Функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и печени минимальны. Болезненность в верхних отделах живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез желудочно-кишечного тракта и другие местные объективные признаки заболевания выражены слабо. Интерстициальный панкреатит в первые дни болезни может протекать с картиной тяжелой интоксикации, но она быстро проходит под влиянием интенсивной терапии. Температура тела больных, как правило, нормальная. Лейкоцитоз, как правило, не превышает <math>10-12 \times 10^9/\text{л}</math>. У многих больных показатели лейкоцитов остаются в норме, СОЭ в первый день заболевания не увеличена, позже может отмечаться небольшое ее повышение. Нарушения электролитного, углеводного и белкового обмена отсутствуют или мало выражены. Редко возникают реактивные изменения со стороны органов грудной клетки (ателектаз нижних отделов легких, плеврит и др.)</p>



## Продолжение табл. 10

Форма	Данные лапароскопии, операции, аутопсии	Клиническая картина
Асептический панкреонекроз	<p>В первые часы и дни заболевания процесс протекает на фоне резко выраженных геморрагических изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, ферментативного перитонита с серозно-геморрагическим выпотом шоколадного цвета.</p> <p>Кровяное пропитывание поджелудочной железы вначале жидкой, а потом свернувшейся кровью может распространяться на забрюшинную клетчатку боковых каналов и подвздошных областей живота, таза. Окончательное суждение о наличии панкреонекроза возможно после высвобождения железы из забрюшинной клетчатки и ее осмотра. Единичные очаги стеатонекроза на брюшине и сальнике часто наблюдаются при интерстициальном панкреатите и не свидетельствуют только о панкреонекрозе. Жировой некроз в толще поджелудочной железы вызывает ее увеличение, уплотнение, исчезновение дольчатости. В этих случаях очаги жирового некроза в других местах (сальнике, брюшине и т.д.) более многочисленны. На поздних стадиях заболевания жировой некроз поджелудочной железы является одной из основных причин бугристости органа, изменений в забрюшинной клетчат-</p>	<p>Характерна высокая, быстро достигаемая эффективность консервативного лечения.</p> <p>Клинические проявления некроза отмечаются 3–4 нед, а острые патоморфологические изменения в поджелудочной железе могут обнаруживаться через 1–1,5 мес и позднее. В большинстве случаев течение болезни в первые дни тяжелое. Цвет кожных покровов изменен (бледный, цианотичный, мраморный, желтушный). Резко выражены боли в животе и рвота. Нередко развиваются сердечно-сосудистая, сердечно-легочная, печеночно-почечная и мозговая (интоксикационный психоз) недостаточность. При исследовании живота отмечаются выраженная болезненность в верхних отделах, парез желудочно-кишечного тракта, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Иногда выявляются жидкость в отлогах местах брюшной полости, отечность подкожной клетчатки в пояснице. Температура тела первые 2–3 дня заболевания нормальная. Затем отмечается невысокая (37,2–37,5 °С) температурная реакция. Могут определяться реактивные изменения со стороны органов грудной клетки: высокое стояние диафрагмы, ателектаз нижних отделов легких, выпотной плеврит (обычно слева), отек легких, пневмония, возможны перикардит и даже медиастенит. При электрокардиографическом исследовании в первые дни заболевания может отмечаться очаговая недо-</p>



Продолжение табл. 10

Форма	Данные лапароскопии, операции, аутопсии	Клиническая картина
	<p>ке и вокруг нее. Брыжейка толстой кишки становится уплотненной, местами втянутой. В сальниковой сумке образуются спайки.</p>	<p>статочность коронарного кровообращения.                      У большинства больных быстро нарастает лейкоцитоз (до <math>15-25 \times 10^9/\text{л}</math> и выше) с нейтрофильным сдвигом.                      Могут отмечаться альбуминурия и гематурия. Со 2-3-го дня заболевания повышаются показатели СОЭ, фибриногена и С-реактивного белка. С самого начала заболевания констатируется значительное повышение активности ферментов в крови и моче. Могут быть гипербилирубинемия и выраженные изменения электролитного (снижения уровня <math>\text{K}^+</math>, <math>\text{Ca}^{++}</math>, <math>\text{Cl}^-</math>), углеводного (гипо- или гипергликемия), белкового (гипопротенемия, диспротеинемия) обмена. В отличие от отечной формы острого панкреатита консервативная терапия при некрозе поджелудочной железы не всегда дает быстрый эффект</p>
Септический панкреонекроз	<p>Расплавление и секвестрация некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки проходят в асептических условиях. К асептическим некротическим изменениям в поджелудочной железе присоединяется воспалительная реакция в виде инфильтрата в верхнем этаже брюшной полости. Он, кроме поджелудочной железы, может вовлечь в себя двенадцатиперстную кишку, желудок, поперечно-ободочную кишку, ее брыжейку, сальники и другие органы брюшной полости.</p>	<p>Начинает проявляться не ранее чем с 5-7-го дня заболевания и отличается большей продолжительностью, чем только при некротической форме острого панкреатита. Общее состояние менее тяжелое, чем при гнойно-некротическом изменении поджелудочной железы. Несмотря на проводимое консервативное лечение, в эпигастриальной области начинает пальпироваться воспалительный инфильтрат. Он малоболезнен, неподвижен. Инфильтрат может распространяться на боковые каналы и другие области нижнего этажа брюшной полости (чаще слева), симулируя опухолевый процесс.</p>



## Продолжение табл. 10

Форма	Данные лапароскопии, операции, аутопсии	Клиническая картина
	<p>Эта форма острого панкреатита является следствием расплавления и секвестрации некротизированных участков поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в условиях гнойно-гнилостной инфекции. Развивается после 3–6 нед и позднее от начала заболевания на фоне инфильтративно-некротических изменений поджелудочной железы. В этих случаях проявляет себя экзогенная (при попытке оперативного лечения) или эндогенная (из желчных путей, толстой кишки и других органов) гнойно-гнилостная инфекция. Признаки гнойно-некротического процесса могут проявляться рано (с 5–7-го дня заболевания), т. е. с момента расплавления некротических очагов. В зависимости от вариантов развития гнойно-некротического процесса обнаруживаются разные патологические изменения в поджелудочной железе. При раннем расплавлении и нагноении очагов некроза железы и забрюшинной клетчатки первоначально в зоне поражения обнаруживаются мутная коричневая жидкость и мертвые ткани темно-серого цвета. Сальниковая сумка не запаяна. Типичный гной и секвестры образуются позднее. Брюшина, покрывающая железу, плотная, инфильтрована. После рассечения брюшины обнаруживаются гнойные полости с секвест</p>	<p>Температура тела повышается (в пределах 37,2–37,8°C). Лейкоцитоз сохраняется на уровне <math>9-12 \times 10^9/\text{л}</math> с нейтрофильным сдвигом. Отмечаются увеличение СОЭ, повышение показателей фибриногена и С-реактивного белка. Активность ферментов поджелудочной железы в крови и моче снижается, но у ряда больных в течение 2–3 нед заболевания она не возвращается к нормальной. Снижается общее количество белка крови, возникает диспротеинемия. При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки в течение длительного времени выявляются их сдавление и нарушение моторно-эвакуаторной функции. При диагностике асептического панкреонекроза дополнительные данные удается получить с помощью томографических методов исследования, которые позволяют оценить динамику патологических исследований в поджелудочной железе.</p> <p>Общая продолжительность течения болезни превышает 2–3 мес. Тяжелое общее состояние больных (слабость, адинамия, резкое снижение аппетита, тошнота, нередко рвота, ознобы, лихорадка, бледность кожи, резкая потеря массы тела и др.).</p> <p>Высокий (<math>16-26 \times 10^9/\text{л}</math>), длительно сохраняющийся лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Повышение показателей фибриногена, С-реактивного белка. При исследовании живота выявляются припухлость и некоторая болезненность в эпигастральной обла-</p>



Окончание табл. 10

Форма	Данные лапароскопии, операции, аутопсии	Клиническая картина
	рами. В поджелудочной железе они наблюдаются редко и, как правило, локализируются в забрюшинном пространстве вокруг органа и отдаленных от него местах	сти, вздутие, возможен выпот в отлогих местах брюшной полости, отек подкожной клетчатки в пояснице. Выраженные и длительные изменения белкового обмена в виде гипо- и диспротеинемии
Гнойно-деструктивные осложнения панкреонекроза и парапанкреатита	Абсцессы, свищи, кровотечения, псевдокисты	Развиваются опасные осложнения заболевания (свищи протоков поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта, гастродуоденальные и аррозивные кровотечения, гнойный перитонит, плеврит, пневмония, флеботромбозы и тромбофлебиты системы воротной вены, сепсис и др.)

Таблица 11

Выраженность эндотоксикоза при остром панкреатите

Степень интоксикации	Характеристика
Легкая	Удовлетворительное общее состояние больных. Неизменный цвет кожных покровов. Частота пульса в пределах 88–90 уд/мин. Нормальное или слегка повышенное артериальное давление. Верхняя граница нормы или невысокая активность ферментов в крови и моче. Нормальные показатели минутного диуреза. Нормальные показатели объема циркулирующей крови
Средняя	Средняя тяжесть состояния больных. Бледные или цианотичные кожные покровы. Частота пульса до 90–96 уд/мин. Умеренное понижение АД. Повышение уровня остаточного азота. Ранняя высокая (превышающая в несколько раз норму) активность ферментов в крови и моче. Недостаточность минутного диуреза. Снижение объема циркулирующей крови
Тяжелая	Тяжелое общее состояние больных. Резко бледные или цианотичные (нередко желтушные) кожные покровы. Частота пульса превышает 116–120 уд/мин. Высокий уровень в крови остаточного азота. Очень высокая (превышающая норму в десятки раз), а позднее — низкая активность ферментов в крови и моче. Очень низкий минутный диурез или полная анурия. Значительное снижение объема циркулирующей крови. Наблюдается тот или иной вид выраженной функциональной недостаточности: сердечно-сосудистой, печеночной, почечной и др.



По данным операционных и секционных находок, характеристика форм острого панкреатита дополняется сведениями о распространенности и локализации патологического процесса в поджелудочной железе. Локальный острый панкреатит характеризуется ограниченной патологической реакцией в пределах одного из отделов поджелудочной железы — головки, тела или хвоста. При тотальном остром панкреатите патологический процесс захватывает все три отдела органа. При субтотальном панкреатите изменения наблюдаются в двух отделах поджелудочной железы. Исход острого панкреатита во многом зависит не только от геморрагических и некротических изменений в поджелудочной железе, но и от изменений в брюшинной клетчатке.

При билиарном панкреатите отмечается одновременное сочетание острого патологического процесса в поджелудочной железе и желчных путях, нередко протекающего с механической желтухой.

УЗИ — ценный метод диагностики острого панкреатита. При проведении УЗИ выявляется отек поджелудочной железы, ее утолщение в передне-заднем направлении; практически отсутствуют ткани между железой и селезеночной веной. Снижается эхогенность ткани поджелудочной железы.

КТ имеет большую, чем УЗИ, разрешающую способность. Наличие газов в кишечнике не влияет на ее результат. Признаки практически те же, однако введение бариевой взвеси в желудок помогает более четко визуализировать поджелудочную железу.

Тяжесть общих явлений при остром панкреатите обусловлена в основном эндогенной интоксикацией. Она не всегда находится в строгой зависимости от форм панкреатита. В практической деятельности учитываются три степени выраженности интоксикации (табл. 11).

*Лечение больных острым панкреатитом* проводится на всех этапах оказания медицинской помощи. Даже на догоспитальном этапе, кроме оправданного стремления к скорейшей доставке больных острым панкреатитом в хирургический стационар, необходимо как можно раньше начинать консервативное лечение. Проведение раннего лечения больных острым панкреатитом на догоспитальном этапе обусловлено возможностью своевременной диагностики этого заболевания, чрезвычайно быстрым развитием панкреатита и реальной возможностью ранним лечением предупредить и даже остановить переход отечных форм панкреатита в некротические.

На догоспитальном этапе при установлении диагноза «острый панкреатит» должны применяться следующие лечебные мероприятия:

— голод;



— внутримышечное введение: спазмолитиков (папаверин 1–2 мл 2% раствора или но-шпа 2 мл 2% раствора); холинолитиков (атропин 0,1% 1 мл или скополамин 0,1% 1 мл или платифиллин 0,2% 2 мл); антигистаминных препаратов (димедрол или пипольфен 2 мл 1% раствора). При коллапсе внутримышечно также вводятся 1 мл 5% раствора эфедрина или 1 мл 1% раствора мезатона, а также 150 мг гидрокортизона или 60 мг раствора преднизолона. Применение спазмолитиков допустимо только при АД не ниже 100 мм рт. ст.;

— внутривенная инфузия новокаина (0,5% 20–40 мл).

Если в пути следования к стационару, особенно в условиях задержки транспортировки больного, представляется возможным внутривенно вводить жидкости, то после введения мочегонных средств (лазикс 2–4 мл или новурит 1–2 мл внутримышечно) больному целесообразно проводить внутривенные вливания физиологического раствора хлористого натрия или 5% раствора глюкозы.

В стационаре базовое консервативное лечение острого интерстициального панкреатита включает: лечебное голодание, подавление рвоты (регланом, церукалом, диметпромидом) и тонуса блуждающего нерва назначением холинолитиков (атропин); введение антигистаминных препаратов; болеутоление препаратами антибрадикининного действия — анальгин, безоурокаин (они особенно эффективны при сочетании со спазмолитиками — платифиллином, нитроглицерином и др.). Для обезболивания целесообразно применение паранефральной блокады, длительной эпидуральной анестезии. Оправдывает себя и традиционное внутривенное вливание новокаин-глюкозной смеси (125 мл 0,25% новокаина и 400 мл 5% раствора глюкозы), которое благоприятно действует на микроциркуляцию в зоне повреждения и позволяет получить наряду с легким нейровегетативным торможением иммуносупрессию.

Учитывая важность микроциркуляторных и гемореологических расстройств, в генезе альтерации поджелудочной железы для предупреждения их прогрессирования используются инфузии реополиглюкина (400 мл) с гепарином (5000 Ед), ксантинолом (300 мг) и тренталом (150 мг). Лечебная инфузия такой смеси осуществляется два раза в день наряду с инфузионной коррекцией волемии, гипокальциемии, гипопротеннемии, активной детоксикацией (вливанием гемодеза и полидеза) и форсированным диурезом (с достижением суточного темпа мочеотделения 4–5 л).

Антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин, димедрол) уменьшают сосудистую проницаемость, обладают обезболивающим и седативным эффектами.



Кардинальное направление лечения больных острым панкреатитом — подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Для этого используются внутрижелудочная и наружная гипотермии. В наиболее простом варианте при остром панкреатите применяется сеансовое промывание желудка ледяной водой через постоянный зонд. Наружную гипотермию лучше осуществлять не традиционными пузырями со льдом, а с помощью наружных аппликаторов или поясов, соединенных с автоматическими гипотермическими установками (Гипотерм-4 или Криоэлектроника-7).

Учитывая значение активации панкреатических протеаз в индукции и поддержании деструкции в поджелудочной железе, при остром панкреатите целесообразно назначение их ингибиторов (пантрипин, тразилол, гордокс и др.). Вместе с тем ингибиторы протеаз не могут прервать начавшийся некротический процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке даже при регионарном введении их в чревный артериальный ствол. Продолжительность применения этих препаратов, несмотря на введение их в больших дозах, не отражается на результатах консервативного лечения деструктивных панкреатитов, так как антипротеазы подавляют активность только трипсина и калликрейна. В то же время антиферменты не влияют на активность других панкреатических ферментов, особенно липазы, агрессивное значение которой при тяжелых формах панкреатита значительно. Именно липаза способствует некрозу тканей не только в самой железе, но и в окружающей клетчатке, образуя лизофракции из фосфолипидов, обладающих токсическими свойствами. За счет циркулирующей в крови липазы происходит повреждение и других внутренних органов. Особенно агрессивному воздействию подвергаются легкие в связи с потерей легочного сурфактанта. Поэтому появление рассеянных дисковидных ателектазов считается патогномичным рентгенологическим признаком острого панкреатита.

На стадии эндогенной интоксикации при прогрессирующем остром панкреатите применяется вливание жировых эмульсий с гепарином. Таким образом, в кровь вводятся своеобразные "мишени", нивелирующие избыток циркулирующей липазы, и одновременно подавляется активность поджелудочной железы за счет насыщения организма субстратом. При этом замедляется высвобождение полиненасыщенных жирных кислот, на основе которых синтезируется избыток простагландинов. Именно с позиции медикаментозного подавления секреторной активности панкреатоцитов возник интерес к цитостатикам — производным пирими-



дина (5-фторурацил и фторофур). Эти препараты избирательно накапливаются в активированных панкреатоцитах, угнетают синтез белка и оказывают ингибирующее воздействие на избыточную активацию панкреатоцитов.

Применение 5-фторурацила при остром панкреатите в комплексе с другими компонентами интенсивной терапии панкреатита замедляет аутолитические процессы в поджелудочной железе. При деструктивных формах панкреатитов предпочтение отдается внутриаортальному и, особенно, внутрицелиакальному введению цитостатиков. Близким к цитостатикам действием обладает панкреатическая рибонуклеаза, вводимая внутривенно или внутриаортально. Механизм ее действия состоит в разрушении матричной рибонуклеиновой кислоты в панкреатоцитах, за счет чего железе предоставляется функциональный покой. Рибонуклеаза оказывает отчетливое болеутоляющее действие уже в первые часы после ее введения в организм, способствуя снижению ферментной токсинемии.

В последние годы высокую эффективность в профилактике и патогенетическом лечении деструктивного панкреатита с высоким риском развития поздних внутрибрюшных локальных (абсцесс, псевдокиста) и экстраабдоминальных (сердечно-легочные, почечные) и системных осложнений в ранние сроки заболевания продемонстрировал соматостатин и его синтетический аналог октреотид. Дозы — 300–600 мкг/сут при трехкратном суточном введении (7–10 сут).

Медикаментозное лечение острого панкреатита может дополняться использованием антагонистов  $Ca^{2+}$  (верапамил) и прямых ингибиторов перекисного окисления липидов ( $\alpha$ -токоферол). Перспективным является применение нейропептидов: соматостатина, кальцитонина и лейэнкефалина (делагила), которые существенно подавляют синтез трипсина и амилазы, оказывают антистрессорное действие.

Во всех случаях затяжного варианта панкреатита, протекающего с выраженными признаками воспаления (гипертермия, гиперлейкоцитоз и высокий лейкоцитарный индекс интоксикации крови), показано назначение антибактериальных препаратов. Препаратами выбора считаются аминогликозиды, тетрациклины, метронидазол. Наряду с обычными системными путями введения антибактериальных препаратов в тяжелых случаях внутримышечное и внутривенное введение антибиотиков сочетается с регионарными методами антибактериальной терапии (внутриаортальным, эндолимфатическим). Последние обеспечивают поддержание высоких концентраций препаратов в поврежденной поджелудочной железе. При



этом используются антибиотики широкого спектра (цефобид, меронем, тиенам).

При несвоевременном начале консервативного лечения, быстром увеличении эндогенной интоксикации при молниеносном и прогрессирующем течении острого панкреатита в программу интенсивной терапии приходится подключать мероприятия по активной детоксикации методами эфферентной терапии: наружное дренирование грудного лимфатического протока, лимфо- и гемосорбцию. В некоторых случаях эффективным может оказаться плазмоферез.

Основу программы лечения острого панкреатита в фазе реституции при разрешении кишечного пареза составляет лечебное питание. Его начальный режим — длительное голодание на протяжении 7–20 дней с назначением последовательно 3 режимов диеты 5п. Только так удастся добиться максимального эффекта консервативного лечения острого панкреатита и избежать рецидива процесса в железе.

Оперативное лечение острого панкреатита осуществляется в 12–15% случаев.

*Ранние операции* при остром панкреатите выполняются в первые часы и дни заболевания (1–5 дней) в остром периоде развития отека и некроза поджелудочной железы. Безусловным показанием к ранней операции служит разлитой ферментативный перитонит.

Кроме того, больные оперируются при невозможности исключить острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, сочетание острого панкреатита с деструктивным холециститом, неэффективность консервативной терапии.

При неэффективности консервативных методов лечения показаниями к ранней операции при остром панкреатите является стабильная или нарастающая желтуха. Диагностика этих состояний основывается на данных клинических (появление и усиление желтушности кожных покровов, усиление степени эндотоксикоза и др.), лабораторных (увеличение уровня билирубина в крови, возрастание лейкоцитарного индекса интоксикации и др.) и других специальных методик обследования больных (различные виды томографии, лапароскопическое исследование и др.).

Главной задачей ранних операций является целенаправленная ревизия брюшной полости, при которой особое внимание уделяется оценке состояния поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки вокруг нее, большого сальника, париетальной брюшины и желчевыводящих путей. При разлитом ферментативном перитоните производится аспирация эк-



ссудата, выполняется холецистостомия, дренируются брюшная полость и сальниковая сумка. В последние годы данное вмешательство выполняется с использованием лапароскопической техники. В случае серозно-геморрагического или геморрагического пропитывания забрюшинной клетчатки, окружающей поджелудочную железу, производится дренирование забрюшинного пространства в боковых и других отделах живота с аспирацией экссудата и дренированием сальниковой сумки (рис. 67). Обязательным этапом операции является холецистостомия (см. рис. 60). При деструктивном холецистите выполняется холецистэктомия с дренированием холедоха (см. рис. 61, в). Наличие желтухи обязывает проводить операционную холецистохолангиографию, а при холедохолитиазе — холедохотомию с наружным дренированием холедоха. При вклинении камня в большом дуоденальном сосочке производится дуоденотомия и удаление конкремента. В редких случаях осуществляется резекция некротизированной части поджелудочной железы (ее хвоста).

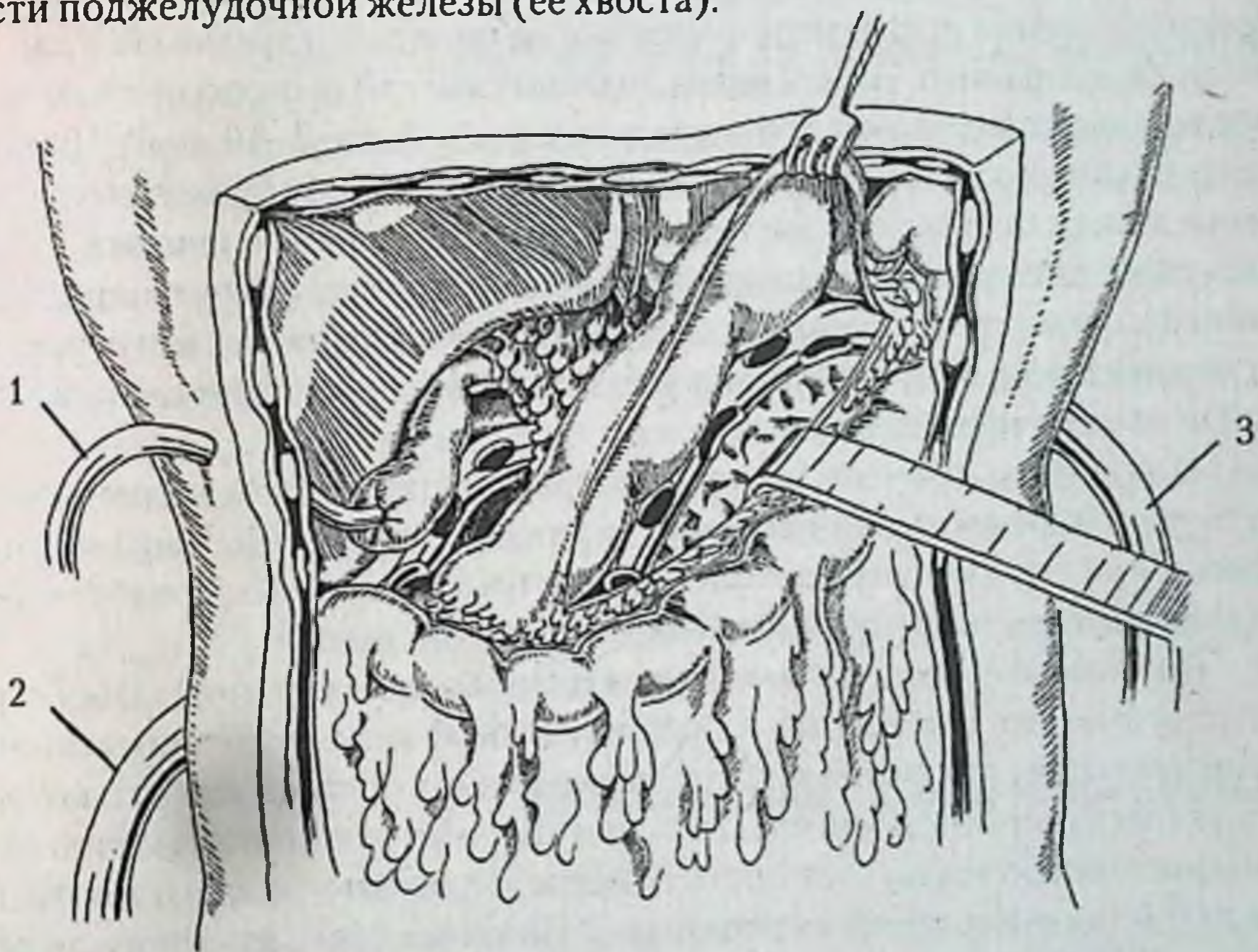


Рис. 67. Дренирование сальниковой сумки и желчевыводящих путей при остром панкреатите:  
 1 — холецистостомия; 2 — дренирование подпеченочной области и зоны Винслоу отверстия; 3 — дренирование сальниковой сумки.



В послеоперационном периоде дренажи из брюшной полости и сальниковой сумки удаляются после того как по ним перестает выделяться содержимое.

Главная задача *этапных операций* — своевременное удаление некротизированных участков поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки при их расплавлении и секвестрации. Как правило, этапные операции начинают выполняться через 7–14 сут от начала заболевания. Операция в фазе гнойно-гнилостного расплавления и секвестрации некротических очагов начинается с широкого вскрытия сальниковой сумки через желудочно-ободочную связку и ревизии поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки вокруг нее. Одномоментно удалить все нежизнеспособные ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки обычно не удастся. Первая операция некрэктомии заканчивается дренированием сальниковой сумки и ее тампонадой. Таким образом обеспечивается создание широкого хода к пораженной железе и забрюшинной парапанкреатической клетчатке (см. рис. 67). Швы на рану брюшной стенки накладываются только до тампонов и дренажей. Удаление некротизированных тканей поджелудочной железы производится во время последующих перевязок под наркозом через каждые 7–10 дней. При этом некр- и секвестрэктомии осуществляются с сохранением биологического барьера между мертвыми и живыми тканями. Улучшение в течении болезни наступает только после удаления из зон нагноения всех некротизированных тканей и секвестров. Только после поэтапного очищения всех зон поражения от мертвых тканей перевязки больных выполняются без наркоза и с постановкой меньшего числа тампонов.

В процессе лечения больных острым панкреатитом может возникнуть необходимость в проведении экстренных операций. Чаще всего так бывает при осложнении заболевания острым арозивным кровотечением из крупных сосудов в зоне патологического процесса.

*Поздние операции* выполняются планоно, после ликвидации острых патологических изменений в поджелудочной железе. Эти оперативные вмешательства показаны при тех заболеваниях органов живота, которые могут быть причиной панкреатита или способствуют его развитию (желчнокаменная болезнь, холецистит, гастродуоденальные язвы, дивертикулы двенадцатиперстной кишки и др.). Плановые операции прежде всего направлены на предупреждение рецидива острого панкреатита путем оперативной санации желчных путей, других органов системы пищеварения, а также самой поджелудочной железы (наличие ложной кисты, непроходимость панкреатического протока и др.).



*Профилактика* первичного и рецидивирующего острого панкреатита заключается в соблюдении режима питания, исключении приемов чрезмерного количества пищи (особенно соко- и желчегонной), в воздержании от употребления спиртных напитков, своевременном лечении заболеваний органов пищеварения. При остром и хроническом калькулезном холецистите, холедохолитиазе, непроходимости билиопанкреатических протоков оперативное лечение должно проводиться как можно раньше. Предотвратить рецидив острого панкреатита или переход его в хронический панкреатит можно благодаря раннему и правильному лечению первичных форм острого панкреатита. Лечение больных в стационаре должно проводиться до ликвидации острых изменений в поджелудочной железе. Систематическое диспансерное наблюдение за больными гастроэнтерологического профиля, их лечение в условиях амбулатории и поликлиники способствуют профилактике острого панкреатита.

### **Контрольные вопросы по основному материалу**

Какие симптомы позволяют заподозрить сочетание деструктивного процесса в поджелудочной железе с воспалительными изменениями в желчном пузыре?

Каковы особенности клинических проявлений острого панкреатита, развившегося на почве холедохолитиаза?

Какие специальные методики целесообразны для обследования больных в период ликвидации явлений острого панкреатита?

Каковы особенности клинической картины острого панкреатита при локализации очагов поражения в разных отделах поджелудочной железы?

Проводится ли операция при асептической форме панкреонекроза?  
Как определяется уровень амилазы в моче?

### **Необходимые практические навыки**

На занятии необходимо усвоить:

- методику обследования больных острым панкреатитом;
- интерпретацию данных лабораторных анализов при остром панкреатите;
- схемы консервативного лечения острого панкреатита на догоспитальном и госпитальных этапах;



- элементы ассистенции на операциях, выполняемых по поводу острого панкреатита;
- особенности оформления медицинской документации при направлении в стационар больных острым панкреатитом;
- особенности оформления историй болезни больных острым панкреатитом;
- особенности оформления медицинской документации для принятия экспертных решений (гражданского населения, представителей силовых ведомств).

### Ситуационные задачи

Больной У., 35 лет, жалуется на интенсивные опоясывающие боли в верхней половине живота, многократную рвоту, вздутие живота, слабость. Заболел сутки назад после употребления жирной пищи и спиртных напитков. При осмотре — состояние тяжелое. Температура —  $38,4^{\circ}\text{C}$ . Пульс 132 уд/мин, ритмичный. Артериальное давление — 80/40 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, живот вздут, умеренно напряжен, резко болезненный при пальпации. В эпигастральной области определяются положительные симптомы Ортнера и Воскресенского. Перистальтика не выслушивается. Лейкоциты —  $13 \times 10^9/\text{л}$ . Амилаза мочи — 512 ед.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больной П., 49 лет, поступил в клинику с проявлениями острого панкреатита. Комплексное консервативное лечение оказалось не эффективным. Состояние больного ухудшалось. Стала отмечаться желтушность кожных покровов и склер. Возрос уровень билирубина. Появились признаки раздражения брюшины. Решено больного оперировать. При ревизии органов брюшной полости выявлен (на фоне ферментативного перитонита, 500 мл экссудата) отек поджелудочной железы. Общий желчный проток расширен. Желчный пузырь напряжен, с трудом опорожняется, в нем прощупываются камни.

*Операцию какого объема целесообразно провести больному?*

Больная М., 42 лет, госпитализирована с признаками панкреатита. При обследовании заподозрена злокачественная опухоль поджелудочной железы. Истощена, обезвожена, кожные покровы и склеры интенсивно желтушны. При рентгеноскопии верхних отделов желудочно-ки-



шечного тракта выявлен декомпенсированный стеноз двенадцатиперстной кишки. Показатели ферментативной активности поджелудочной железы в норме. После подготовки, проведенной в течение 5 дней (коррекция водно-электролитных расстройств и нарушений других видов обмена), оперирована. Во время операции обнаружен гнойно-некротический деструктивный процесс в головке поджелудочной железы. Произведена некрэктомия, дренирование сальниковой сумки, передняя гастроэнтеростомия. В послеоперационном периоде отмечалось септическое состояние и развился панкреатический свищ. Медленное постепенное выздоровление.

*Сформулируйте диагноз для представления больной на врачебно-трудо-вую экспертизу.*

Пострадавший Ч., 59 лет, доставлен в больницу через 4 ч после закрытой травмы живота. Состояние тяжелое. Пульс — 120 уд/мин. АД — 90/40 мм рт. ст. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. При лапароскопии обнаружена кровь. Из брюшной полости эвакуировано около 1,5 л крови со сгустками. В сальниковой сумке — массивная гематома. В 2,5 см от медиального края двенадцатиперстной кишки выявлен продольный разрыв тела поджелудочной железы.

*Как завершить операцию?*

## Вопросы

### для самоконтроля

Каковы томографические признаки острого панкреатита?

Как определяются симптомы Шоффара, Орловского, Дежардена, Мейо—Робсона при остром панкреатите?

Идентичны ли проявления симптома Воскресенского при остром аппендиците и остром панкреатите?

Каковы осложнения острого панкреатита?

Каковы причины летальных исходов при остром панкреатите?

Может ли при остром панкреатите развиваться делириозное состояние?

Перечислите плановые оперативные вмешательства, выполнение которых способствует профилактике острого панкреатита.

Кто из отечественных хирургов и ученых России внес весомый вклад в решение вопросов диагностики и лечения острого панкреатита?



### **Задание для самостоятельной работы под руководством преподавателя**

Провести клиническое обследование больного острым панкреатитом.  
Принять участие в перевязке больного, перенесшего оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита.

Назначить консервативное лечение больному острым панкреатитом.  
Принять участие в операции, выполняемой по поводу острого панкреатита.

У больного острым панкреатитом провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Сформулировать окончательный диагноз у больных разными клиническими формами острого панкреатита.

Определить показания к оперативному лечению у больного острым панкреатитом.

Оформить медицинскую документацию для принятия экспертного решения по поводу больного, завершившего лечение острого панкреатита.



*«Нет другой болезни, при которой так опасно было бы дожидаться полной клинической картины и только тогда принимать решения. Кто так поступает, тот, несмотря на самые лучшие намерения, приносит жизнь больного в пользу диагноза».*

*Де Кервен, 1934 г.*

## **1.6. Острая кишечная непроходимость**

### **Содержание занятия**

Классификация, патогенез, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика различных видов острой кишечной непроходимости. Принципы ее лечения. Консервативные методы устранения острой кишечной непроходимости. Особенности подготовки больных к операции. Оперативное устранение острой кишечной непроходимости. Осложнения в раннем послеоперационном периоде, их диагностика и лечение. Тактика врача первого контакта при оказании медицинской помощи больным острой кишечной непроходимостью. Врачебно-трудовая экспертиза больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острой кишечной непроходимости. Возможные ошибки при диагностике и лечении острой кишечной непроходимости.

### **Базисные знания**

Кишечник выполняет ряд функций: секреторную, моторную, пищеварительную, всасывательную, барьерную. Участие разных отделов кишечника в обеспечении этих функций неоднозначно. Каждый из отделов кишечника имеет определенное функциональное предназначение и отличается особенностями анатомического строения. Тонкая кишка состоит из двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишки (рис. 68.). Их слизистая оболочка образована множеством ворсинок и поперечных складок. Такое строение слизистой оболочки обуславливает большую площадь для пищеварения



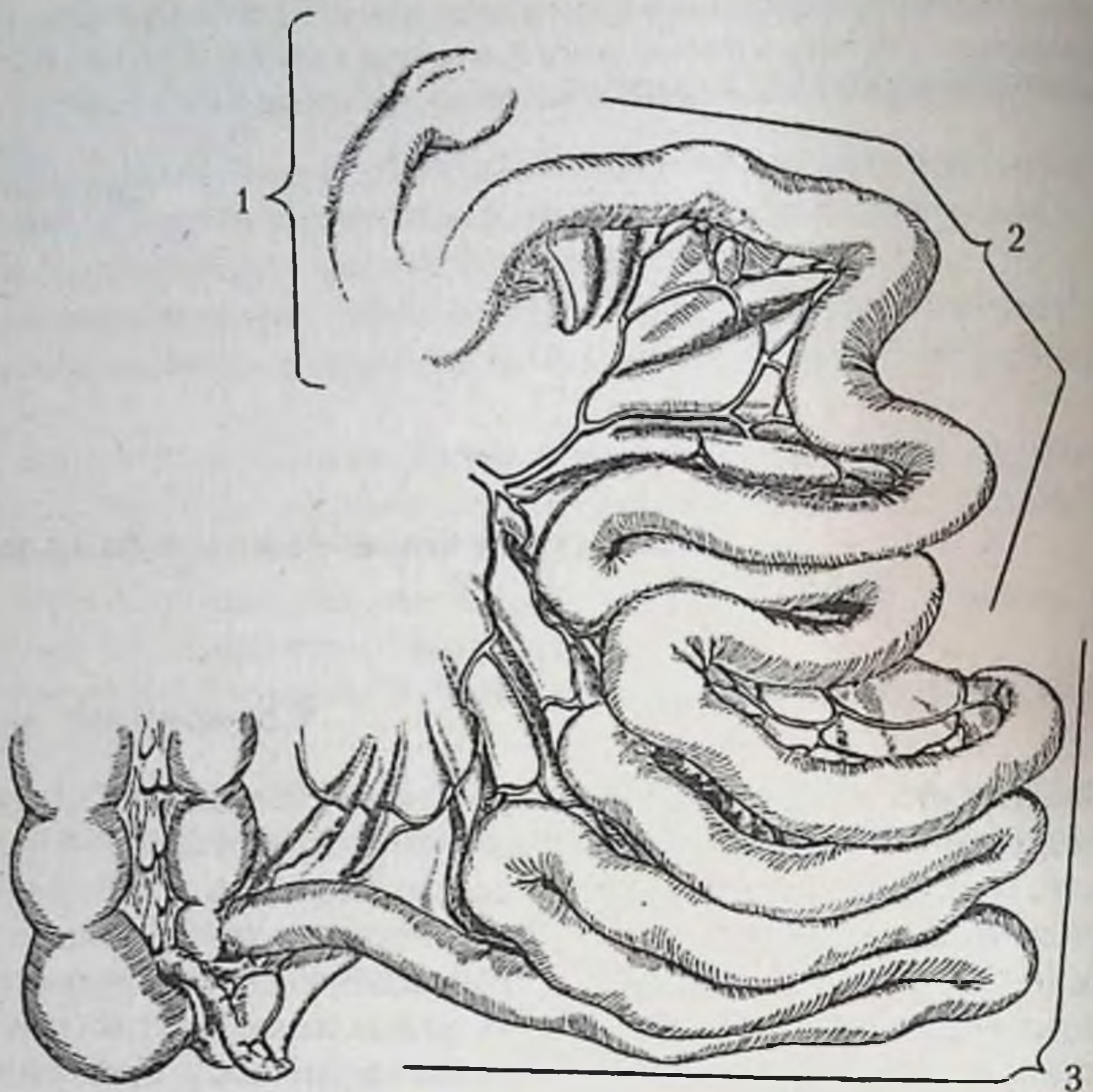


Рис. 68. Отделы тонкой кишки:

1 — двенадцатиперстная кишка; 2 — тощая кишка; 3 — подвздошная кишка.

и всасывания продуктов переваривания в тонкой кишке. Выраженный мышечный слой тонкой кишки обеспечивает постоянное продвижение по ней пищевого комка. Кровоснабжение тонкой кишки осуществляется ветвями верхней брыжеечной артерии. Отток крови из тонкой кишки происходит по одноименным венам, впадающим в воротную вену. Лимфа оттекает из тонкой кишки в лимфатические узлы корня ее брыжейки. Иннервация тощей и подвздошной кишки осуществляется из верхнебрыжеечного сплетения.

Толстая кишка состоит из слепой, восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок (рис. 69). Каждый из этих отделов в разной степени покрыт брюшиной и обладает разной подвижностью. Продоль-



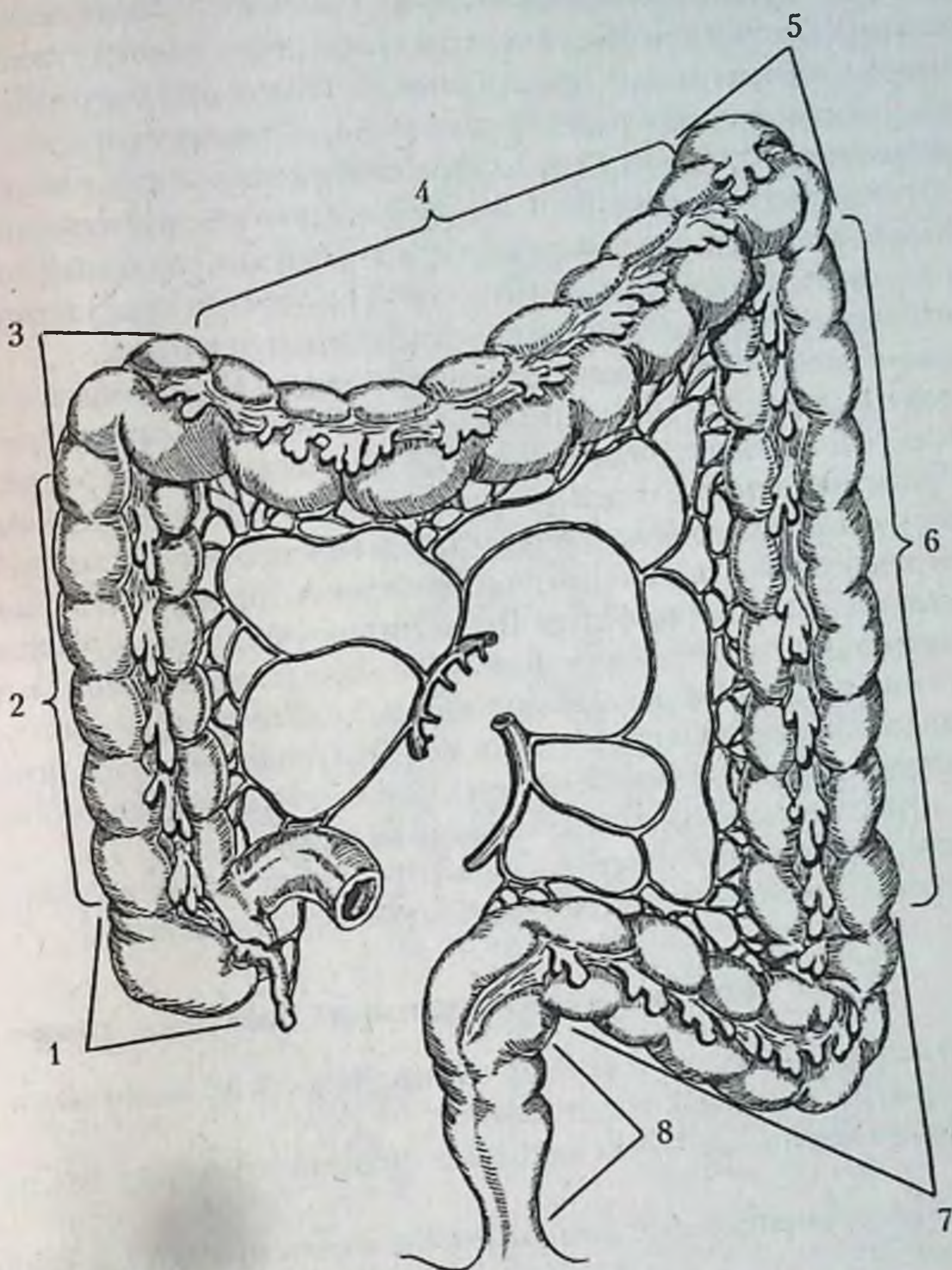


Рис. 69. Отделы толстой кишки:  
 1 — слепая кишка; 2 — восходящая кишка; 3 — печеночный угол; 4 — поперечно-  
 ободочная кишка; 5 — селезеночный угол; 6 — нисходящая кишка; 7 — сигмовид-  
 ная кишка; 8 — прямая кишка.



ные волокна мышечного слоя ободочной кишки концентрируются в параллельные тяжи — тении. Волокна циркулярного мышечного слоя имеют разную толщину. По этой причине на толстой кишке определяются сужения в виде перетяжек (гаустрации). Кровообращение правых отделов ободочной кишки осуществляется из верхней брыжеечной артерии, левых отделов — из нижней брыжеечной артерии. Сосуды, кровоснабжающие кишку, имеют вид аркад. Отток крови из ободочной кишки осуществляется в систему воротной вены. Лимфа оттекает из толстой кишки через лимфоузлы, располагающиеся по ходу верхней и нижней брыжеечных артерий. Ободочную кишку иннервируют ветви чревного, верхнего и нижнего брыжеечных сплетений.

Терминальный отдел кишечника — прямая кишка. Она располагается в малом тазу. Ее длина 15–16 см. Прямая кишка состоит из надампулярного, ампулярного и анального отделов (рис. 70). Она не имеет гаустраций. Ее кровообращение осуществляется непарной верхней и парными (средними и нижними) прямокишечными артериями. Они анастомозируют между собой. Отток венозной крови из прямой кишки происходит через сплетения в одноименные прямокишечные вены. В области прямой кишки располагаются портокавальные и артериовенозные анастомозы (кавернозные тельца). Лимфоотток из прямой кишки реализуется по ходу ее кровеносных сосудов. От анального отдела прямой кишки лимфа оттекает в паховые лимфоузлы. Иннервация прямой кишки осуществляется ветвями крестцового сплетения и симпатическими нервами, идущими по ходу сосудов.

Анатомо-физиологические особенности строения кишечника нередко обуславливают развитие острой кишечной непроходимости.

### **Контрольные вопросы по базисным знаниям**

Как и в какой последовательности осуществляется исследование кишечника при глубокой пальпации живота?

Каковы рентгенологические методы исследования тонкой и толстой кишки?

Какие инструментальные методы используются при исследовании кишечника?

Какая предоперационная подготовка выполняется больным перед плановыми операциями, проводимыми по поводу заболеваний толстой кишки?

Какие неопухолевые заболевания кишечника лечатся оперативными методами?



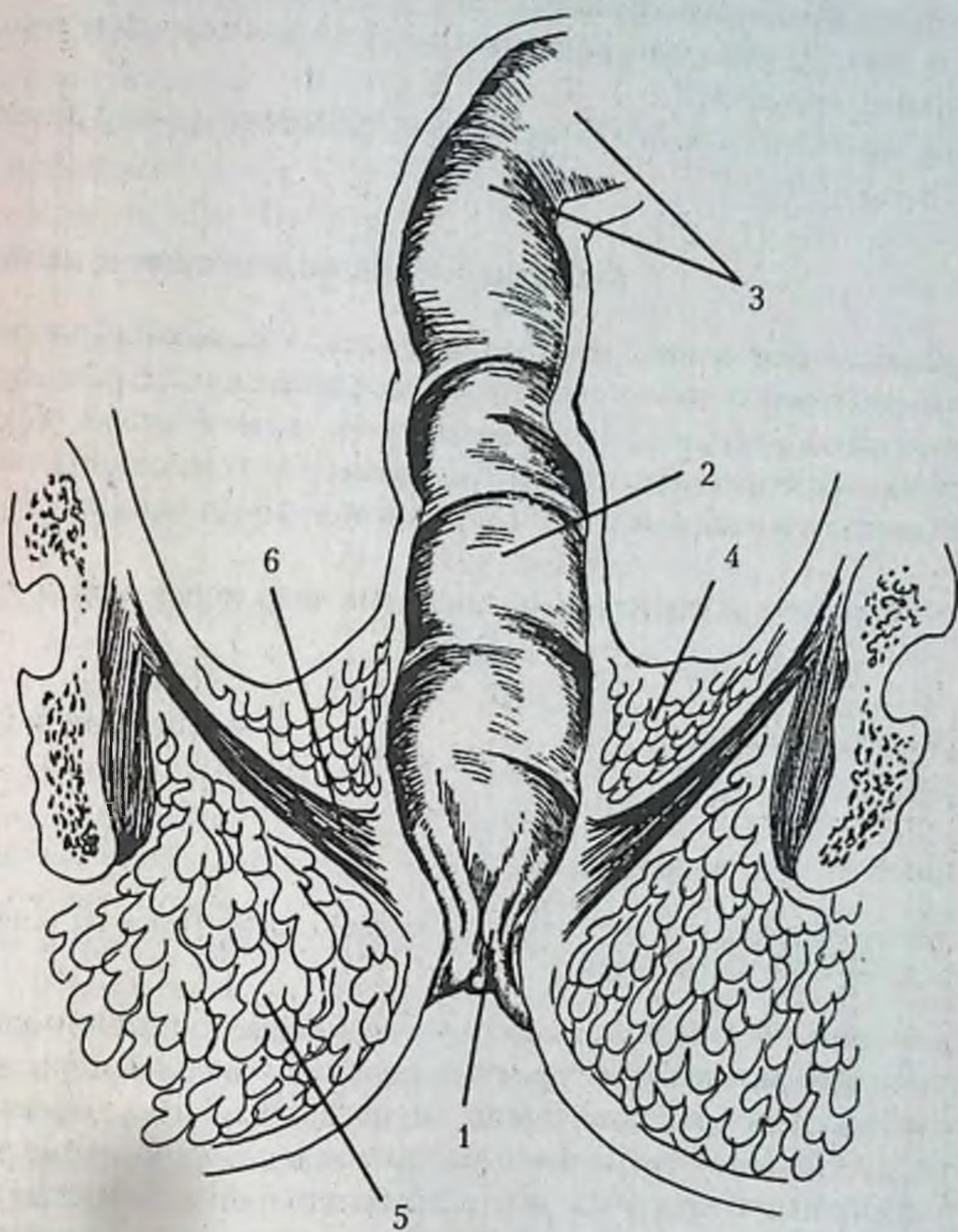


Рис. 70. Расположение прямой кишки в малом тазу:  
1 — анальный отдел; 2 — ампулярный отдел; 3 — ректосигмоидный отдел; 4 — клетчатка тазово-прямокишечного пространства; 5 — клетчатка подвздошно-тазового пространства; 6 — диафрагма таза.



Отличается ли клиническая картина злокачественных опухолей правого и левого отделов ободочной кишки?

Перечислите радикальные оперативные вмешательства, выполняемые при раке прямой и ободочной кишки.

Какие паллиативные операции производятся при плановом лечении опухолей толстой кишки?

Какие виды межкишечных анастомозов применяются при резекции кишки?

### Материалы для подготовки к занятию

Острая кишечная непроходимость (*ileus* — лат.) — полное или частичное нарушение движения кишечного содержимого по кишечнику. В развитии острой кишечной непроходимости большое значение имеют факторы, обусловленные особенностями анатомического расположения отделов кишечника в брюшной полости и изменениями в его двигательной функции (рис. 71).

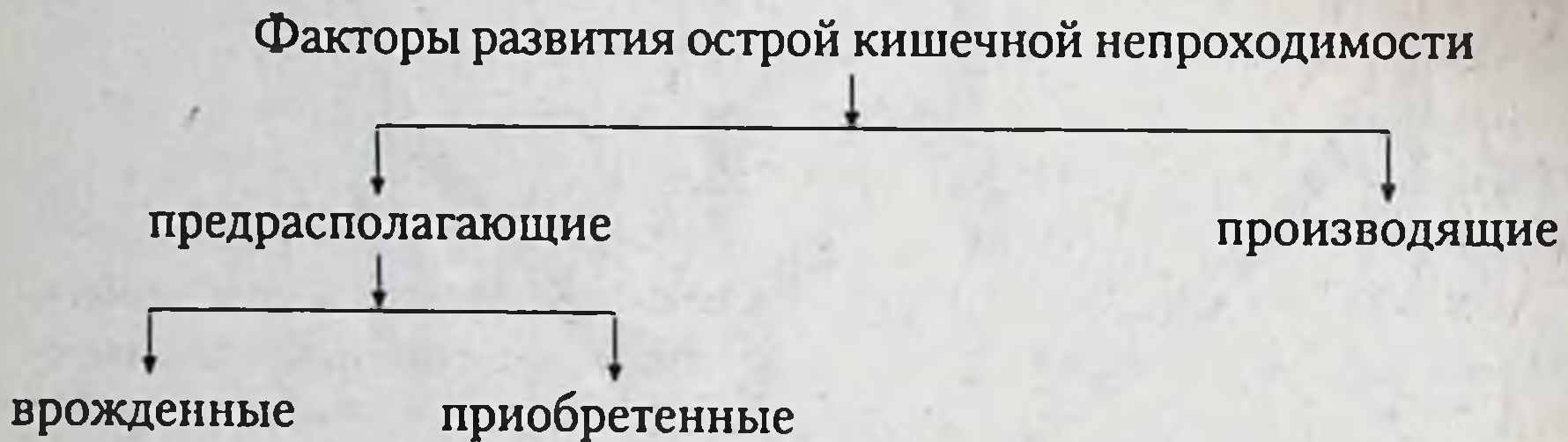


Рис. 71. Схематическая классификация факторов, способствующих развитию острой кишечной непроходимости.

К *врожденным* особенностям анатомического расположения органов относятся пороки или аномалии развития органов брюшной полости: общая брыжейка слепой и подвздошной кишки, долихосигма, дефекты диафрагмы и др. *Приобретенными предрасполагающими факторами* развития острой кишечной непроходимости являются спайки, рубцовые тяжи, воспалительные инфильтраты, опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни и др.

Резкое изменение двигательной активности кишечника вследствие выраженной пищевой нагрузки, острых инфекционных заболеваний (энтероколитов) и других причин вызывают *производящие факторы* острой кишечной непроходимости. Непосредственной причиной острой кишеч-



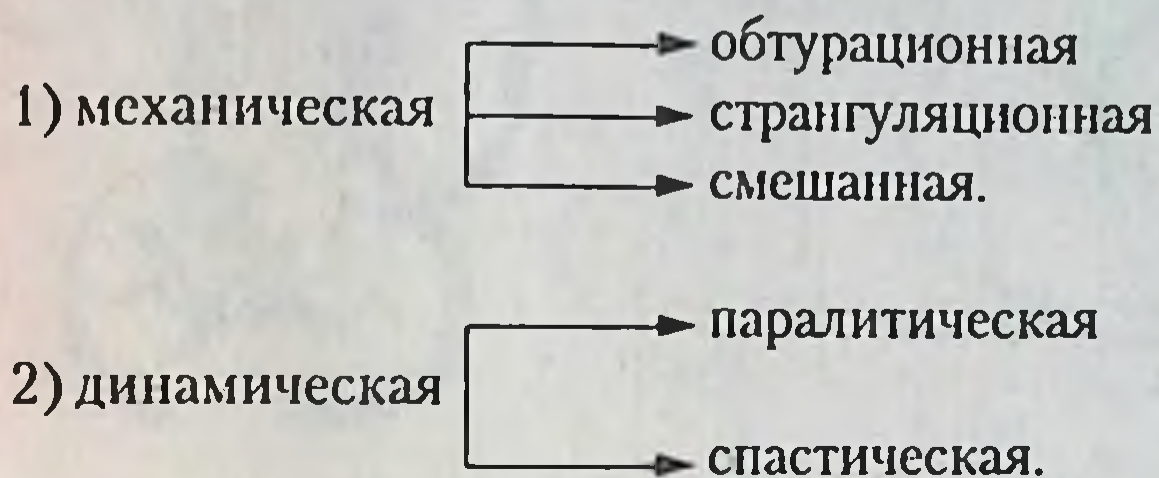
ной непроходимости может быть также внезапное повышение внутрибрюшного давления.

### Классификация острой кишечной непроходимости

По происхождению:

- 1) врожденная;
- 2) приобретенная.

По механизму возникновения:



По уровню:

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) высокая;</li> <li>2) низкая;</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3) тонкокишечная;</li> <li>4) толстокишечная.</li> </ol> |
|---|---|

Среди форм *механической острой кишечной непроходимости* особую опасность представляет странгуляционная. При этой форме непроходимости нарушается кровообращение в кишке и рано развиваются некротические изменения в их слизистой оболочке. Наиболее частой причиной странгуляционной острой кишечной непроходимости являются спайки брюшной полости. Нередко она обуславливается и другими причинами (рис. 72). Острая обтурационная кишечная непроходимость развивается из-за сдавления кишки извне или перекрытия их просвета изнутри. Чаще всего обтурация кишки возникает вследствие опухолевых процессов, реже — из-за инородных тел, каловых камней, трихо- или фитобезоаров и других причин.

В патогенезе смешанной острой кишечной непроходимости имеют место элементы как странгуляционной, так и обтурационной кишечной непроходимости. Типичный пример смешанной формы острой кишечной непроходимости — инвагинация тонкой кишки (рис. 73).

*Динамическая острая кишечная непроходимость* чаще всего обуславливается функциональными (неорганическими) нарушениями моторной



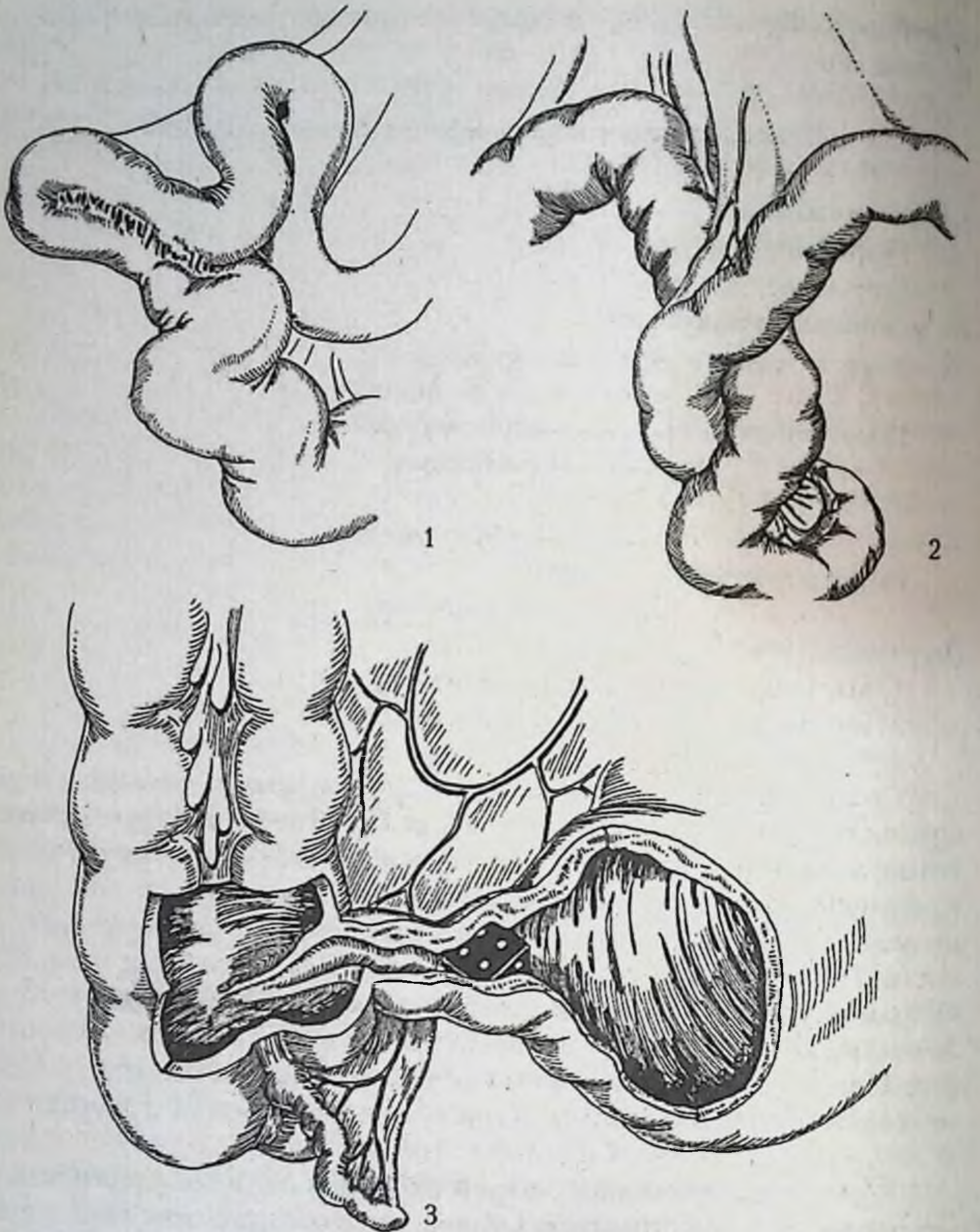
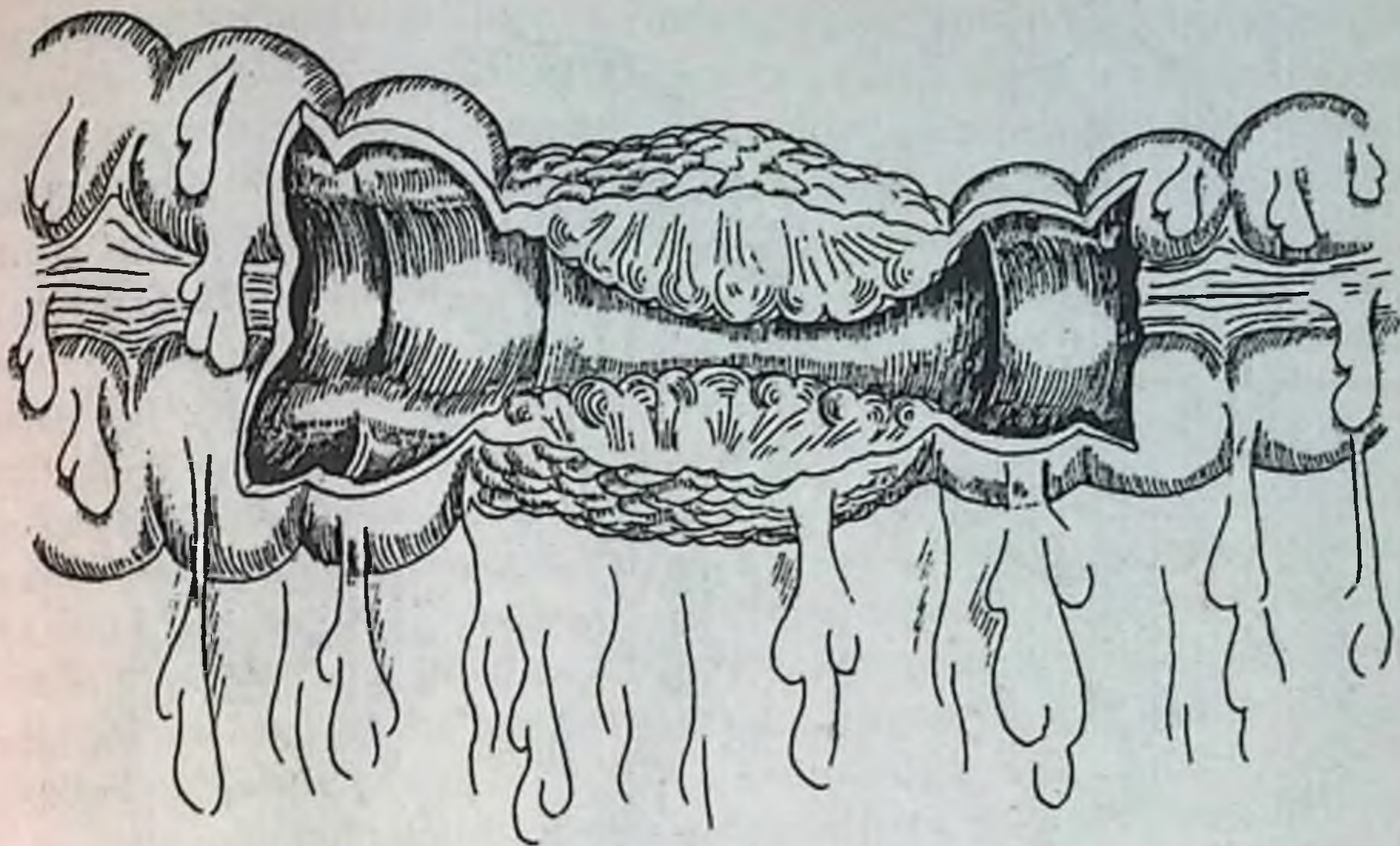
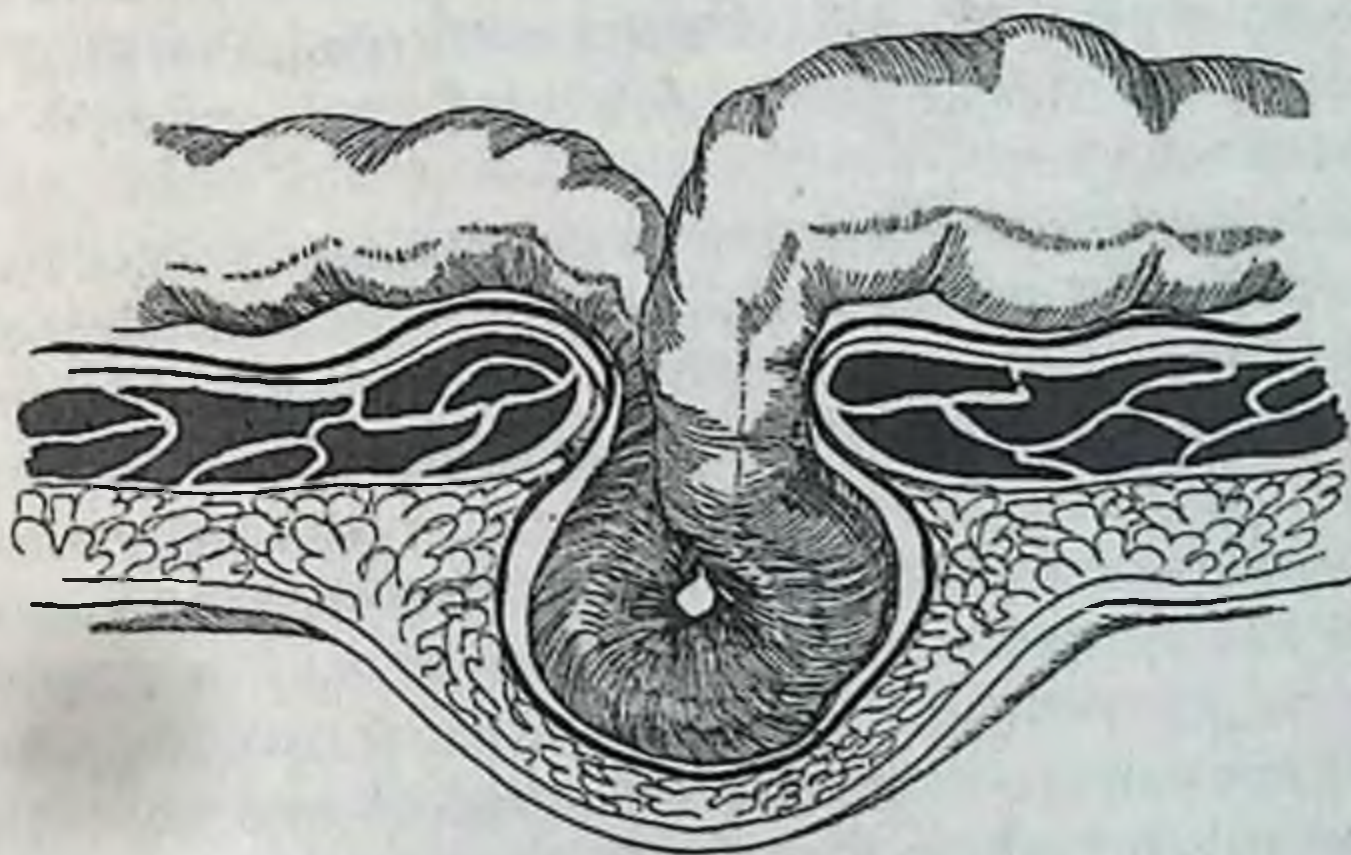


Рис. 72. Некоторые варианты острой механической кишечной непроходимости: 1 — спазмическая; 2 — заворот тонкой кишки; 3 — закупорка просвета кишки инородным телом; 4 — опухоль, сужающая просвет толстой кишки; 5 — ущемление тонкой кишки при наружной грыже живота.





4



5

Рис. 72. (Продолжение).



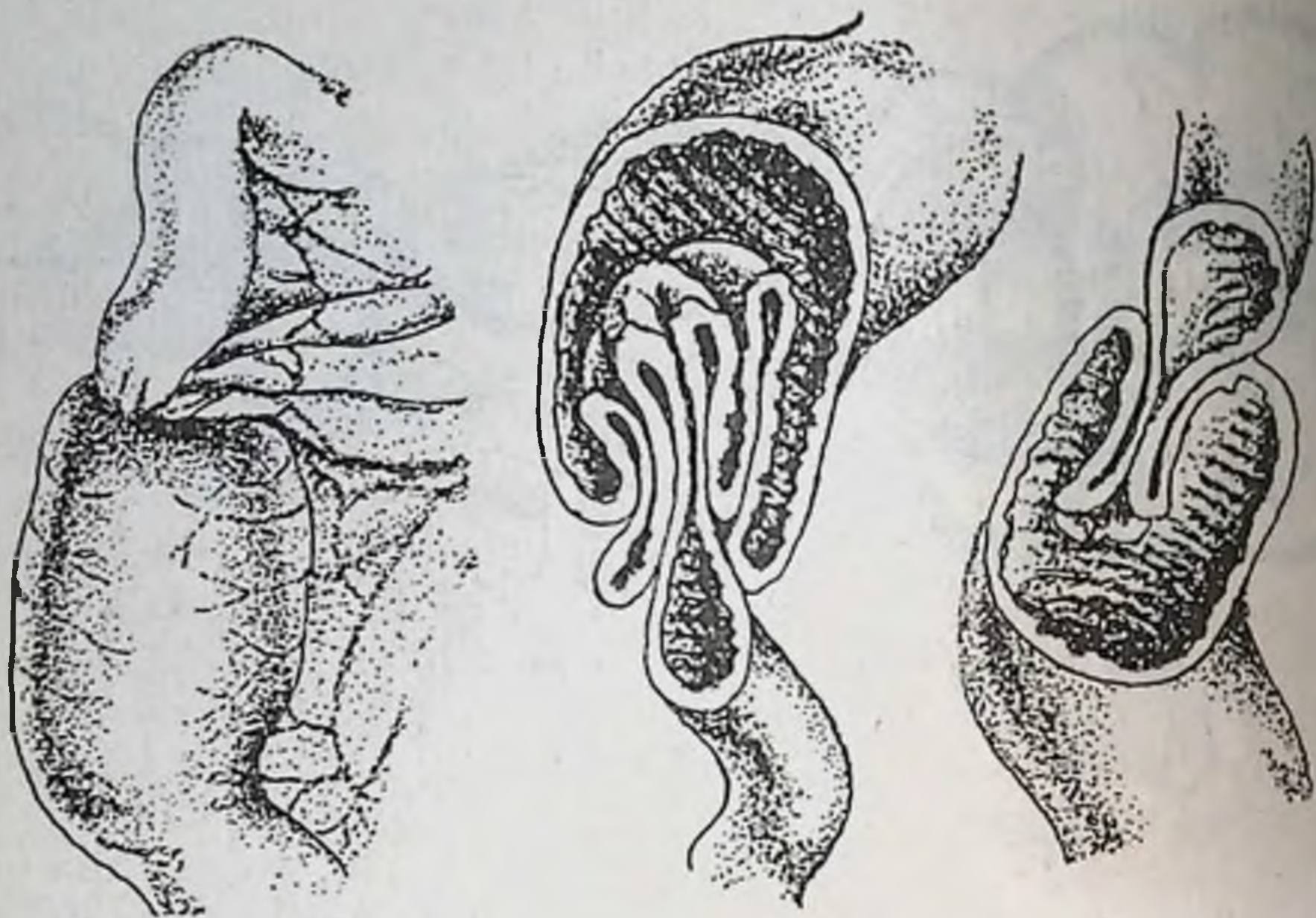


Рис. 73. Варианты инвагинации тонкой кишки.

функции кишечника. Эти нарушения часто являются следствием острых воспалительных процессов в брюшной полости и забрюшинной клетчатке, острых расстройств кровообращения в органах живота, экзо- и эндогенной интоксикации и др.

При всех формах острой кишечной непроходимости изменения в стенке кишки быстро становятся необратимыми. Они начинаются со стороны слизистой оболочки, которая наиболее подвержена гипоксии. В начале патологического процесса отмечается отек слизистой и подслизистой оболочек кишки. В последующем происходит агрегация форменных элементов крови в расширенных сосудах. Ишемия кишечной стенки способствует быстрой деструкции ее слизистой оболочки, а затем и других слоев. Кишечная стенка становится проницаемой для микрофлоры и токсинов. Развивающиеся некротические изменения способствуют перфорации кишки. Чаще всего это происходит на участке кишки, противоположном ее брыжейке.

Общие патогенетические нарушения при острой кишечной непроходимости обуславливаются потерей жидкости, электролитов, белка, ферментов, расстройством кислотно-щелочного равновесия, эндотоксикозом,



инфицированием и другими причинами. Выраженность этих нарушений зависит от вида и уровня непроходимости, а также сроков, прошедших от начала заболевания. Пищеварительный сок, выделяющийся в просвет желудочно-кишечного тракта, содержит белки, ферменты и электролиты. У здоровых людей основная часть сока в процессе пищеварения реабсорбируется из кишки. При острой кишечной непроходимости значительное количество пищеварительного сока не участвует в обменных процессах, оставаясь в просвете кишки. Вследствие секвестрации и потери электролитов с рвотой развивается тяжелая дегидратация. Она может приводить к гемодинамическим расстройствам (снижению артериального давления, уменьшению фильтрационной функции почек и др.). Нарушение окислительных процессов в органах способствует развитию ацидоза. Тяжелые электролитные и метаболические расстройства в организме обуславливают нарушение функций многих органов и систем, что приводит к полиорганной недостаточности.

На поздних стадиях заболевания как при странгуляционной, так и при обтурационной кишечной непроходимости признаки расстройства метаболизма схожи.

**Клиническая картина и диагностика.** Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости — боли в животе, рвота, задержка стула и газов. Выраженность этих симптомов зависит от вида и характера непроходимости, ее уровня и сроков, прошедших с начала заболевания.

**Боли в животе** — самый частый симптом острой кишечной непроходимости. Как правило, болевые ощущения напоминают родовые схватки и поэтому называются схваткообразными. Внезапное возникновение болей в животе больше характерно для странгуляционной острой кишечной непроходимости. Медленное нарастание интенсивности схваткообразных болей в животе часто отмечается при обтурационной форме острой кишечной непроходимости.

**Задержка стула и газов** — нередкий и неабсолютный симптом острой кишечной непроходимости. Стул при острой кишечной непроходимости может быть в ближайшее время от начала заболевания. Возможно и отхождение газов, что объясняется либо неполной обтурацией просвета кишки, либо опорожнением отделов кишечника, расположенных ниже зоны непроходимости. Чаще всего задержка стула и газов отмечается при низкой форме острой кишечной непроходимости.

**Рвота** — почти постоянный признак острой кишечной непроходимости. Рвота происходит по типу срыгивания и не приносит облегчения. Осо-



бенно это выражено при высокой форме острой кишечной непроходимости. При низкой форме острой кишечной непроходимости рвота отмечается редко и может отсутствовать даже в позднем периоде заболевания. Вначале рвота происходит рефлекторно. В поздних стадиях заболевания она обуславливается интоксикацией. В это время рвота может приобретать запах кала, что связано с развитием бродильных процессов в проксимальных отделах кишечника.

*Вздутие живота* — характерный признак острой кишечной непроходимости. Асимметрия живота (косопузие) чаще свидетельствует о толстокишечной непроходимости. Высокие формы тонкокишечной непроходимости не сопровождаются вздутием живота. При низкой тонкокишечной непроходимости часто отмечается симметричное вздутие живота, при котором у худых больных на передней брюшной стенке могут быть видны волны перистальтики. Равномерное вздутие живота отмечается и при динамической паралитической острой кишечной непроходимости.

Во время исследования живота больных при подозрении на острую кишечную непроходимость брюшная стенка чаще всего оказывается мягкой. При глубокой пальпации может определяться болезненность в зоне раздутых кишечных петель. В некоторых случаях на фоне асимметрии живота можно пропальпировать петлю кишки (симптом Валя). Над ней можно при перкуссии определить тимпанический звук с металлическим оттенком (симптом Кивуля). В поздние сроки заболевания при сильном растяжении кишки брюшная стенка может становиться ригидной. При ее сотрясении можно выявить шум плеска (симптом Склярова). Он обусловлен наличием жидкости и газов в просвете кишки.

В первые часы заболевания при аускультации живота выслушиваются усиленные шумы перистальтики. При развитии перитонита перистальтические шумы определить не удастся, но становятся слышимыми дыхательные и сердечные шумы.

Важное значение в диагностике острой кишечной непроходимости придается пальцевому исследованию прямой кишки. При этом оценивается не только характер патологических выделений (кровь, слизь, гной), но может быть установлена и причина непроходимости: опухоль, каловый «завал», инородное тело и др. Расширение ампулы прямой кишки, отмечаемое при острой кишечной непроходимости, известно как симптом Обуховской больницы. Общее состояние больных острой кишечной непроходимостью изменяется по мере развития заболевания. В начале болезни температура тела остается нормальной или достигает только суб-



фебрильных цифр. При развитии перитонита температура повышается значительно. Язык становится сухим и покрывается налетом. В терминальной стадии заболевания на языке могут наблюдаться трещины, обусловленные тяжелой интоксикацией и обезвоживанием.

На патологический процесс в брюшной полости, обусловленный острой кишечной непроходимостью, первой реагирует сердечно-сосудистая система. Тахикардия нередко опережает температурную реакцию. Нарастающая интоксикация приводит к дыхательной недостаточности и нервно-психическим расстройствам. Развивающаяся дегидратация проявляется снижением диуреза, сухостью кожных покровов и слизистых оболочек, жаждой, заострением черт лица. В поздних стадиях острой кишечной непроходимости наблюдаются явления печеночной и почечной недостаточности.

В связи с дегидратацией организма и гемоконцентрацией при исследовании крови выявляются увеличение количества эритроцитов, повышение уровня гемоглобина, высокие цифры гематокрита. В связи с развитием воспалительных явлений в брюшной полости при исследовании периферической крови может отмечаться лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Тяжелые сдвиги в обмене веществ могут сопровождаться уменьшением ОЦК и снижением уровня электролитов в крови. По мере увеличения сроков заболевания развивается гипопроотеинемия, билирубинемия, азотемия, анемия, ацидоз.

В клиническом течении острой кишечной непроходимости выделяется три периода:

— *начальный (период «илеусного крика»)*, при котором организм пытается восстановить продвижение пищевого комка по кишечнику. В это время в клинической картине заболевания преобладают болевой синдром и расстройства рефлекторного характера;

— *компенсаторных попыток*, когда организм пытается компенсировать нарастающие явления эндотоксикоза;

— *декомпенсации или терминальный*, связанный с развитием осложнений и перитонита.

Из-за полиэтиологичности заболевания клиническая диагностика острой кишечной непроходимости часто оказывается непростой. В целях уточнения диагноза, определения уровня и причины непроходимости используются специальные методы исследования.

Особое значение при диагностике острой кишечной непроходимости придается рентгенологическому исследованию. Оно начинается с обзорной рентгенографии органов грудной и брюшной полостей.



При рентгенографии грудной клетки обращают внимание на косвенные признаки острой кишечной непроходимости: высоту стояния диафрагмы, ее подвижность, наличие или отсутствие базального плеврита, дисковидных ателектазов.

В норме на обзорных рентгенограммах живота газы в тонкой кишке не определяются. Острая кишечная непроходимость сопровождается пневматозом кишечника (рис. 74, 1, 2). Чаще всего скопление газов в кишке наблюдается над уровнями жидкости («чаши» Шварца—Клойбера). В силу складчатости слизистой оболочки кишки рентгенологически в чашах Шварца—Клойбера нередко наблюдается поперечная исчерченность, напоминающая скелет рыбы. По размерам чаш Шварца—Клойбера, их форме и локализации можно с относительной точностью судить об уровне кишечной непроходимости. При тонкокишечной непроходимости чаши Шварца—Клойбера небольших размеров ширина горизонтального уровня жидкости в них больше, чем высота полосы газов над ним. При толстокишечной непроходимости горизонтальные уровни жидкости чаще расположены по флангам живота, а количество уровней меньше, чем при тонкокишечной непроходимости. Высота полосы газов в чашах Шварца—Клойбера при толстокишечной непроходимости преобладает над уровнем жидкости в них. В отличие от механической острой кишечной непроходимости при динамической ее форме горизонтальные уровни наблюдаются как в тонкой, так и в толстой кишке.

В качестве рентгеноконтрастного исследования при острой кишечной непроходимости применяется энтерография. При этом выявляется расширение просвета кишки выше зоны препятствия, обнаруживаются сужения и дефекты наполнения, обусловленные опухолями, и определяется время пассажа контрастного вещества по кишке. В целях сокращения времени исследования иногда применяется зондовая энтерография (рис. 74, 3), во время которой одновременно проводятся и консервативные лечебные мероприятия.

В целях ранней диагностики непроходимости ободочной кишки, выяснения ее причин (а в ряде случаев и в лечебных целях) применяется ректо- или колоноскопия. Эндоскопические манипуляции и клизмы не проводятся перед рентгенологическими исследованиями, так как от этого зависит интерпретация данных рентгенографии и рентгеноскопии.

Ультразвуковое исследование брюшной полости при острой кишечной непроходимости имеет меньшее значение, чем рентгенологические методы. С помощью ультразвукового исследования при острой кишеч-



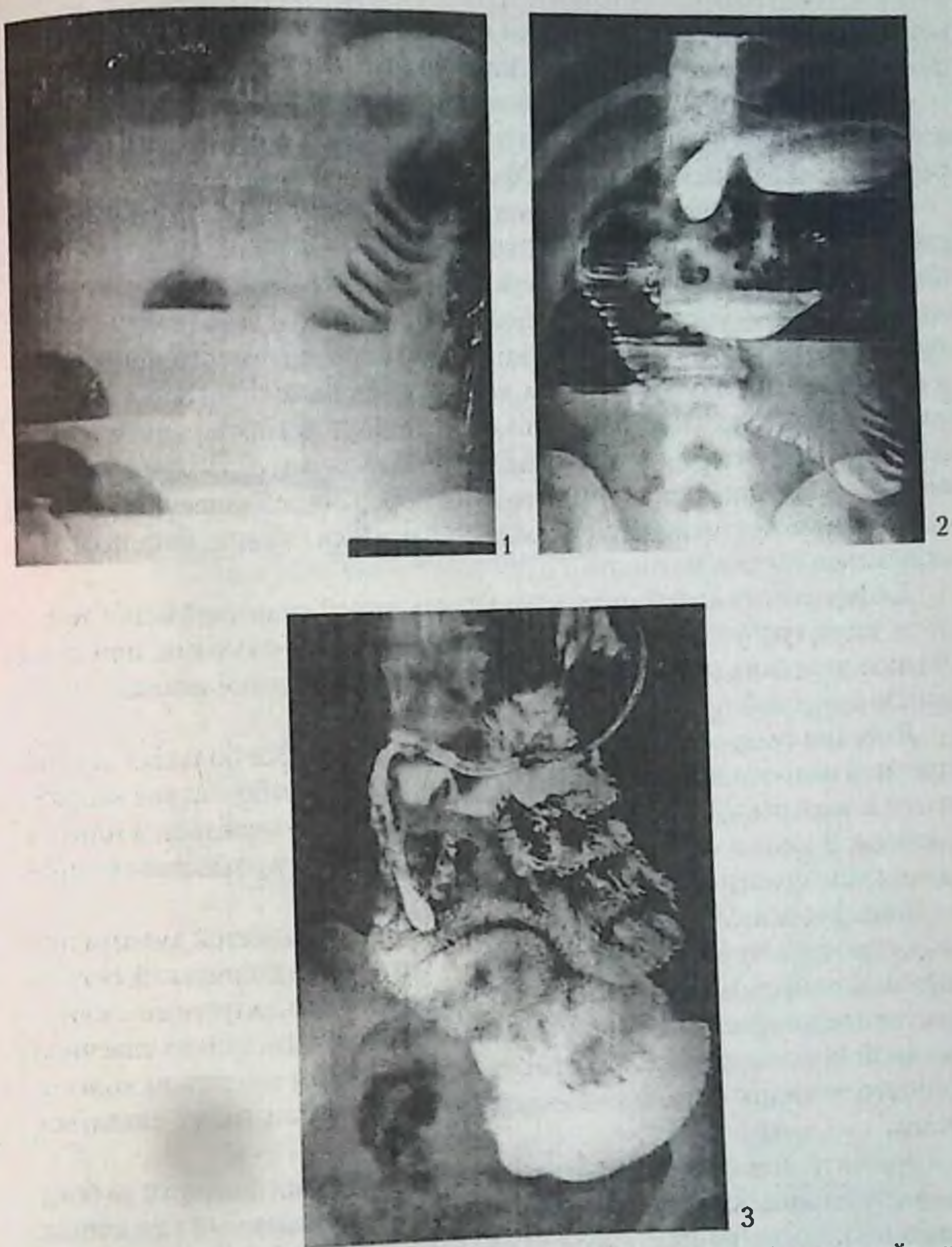


Рис. 74. Рентгенологическое исследование живота при острой кишечной непроходимости: 1 — пневматоз над уровнем жидкости в кишке при обзорной рентгенографии; 2 — контрастные уровни жидкости при приеме бария per os; 3 — зондовая энтерография.



ной непроходимости определяется жидкость как в свободной брюшной полости, так и в отдельных петлях кишечника.

Так как тактика и методы лечения механической и динамической острой кишечной непроходимости различны, то особый смысл имеет дифференциальная диагностика этих форм кишечной непроходимости.

В отличие от острой механической кишечной непроходимости при динамической ее форме боли в животе менее интенсивны и часто не принимают схваткообразного характера. При динамической паралитической непроходимости, как правило, превалируют симптомы заболевания, обусловившего *ileus*. Этот вид острой кишечной непроходимости проявляется равномерным вздутием живота, который при пальпации остается мягким. Во время аускультации живота при динамической паралитической кишечной непроходимости перистальтические шумы ослаблены или вообще не прослушиваются. Спастическая форма острой кишечной непроходимости может проявляться схваткообразными болями, не сопровождающимися вздутием живота.

Дифференциальная диагностика форм острой кишечной непроходимости часто требует динамического наблюдения за больными, при этом большое значение имеют повторные рентгенологические исследования органов брюшной полости.

**Лечение острой кишечной непроходимости.** Все больные острой кишечной непроходимостью или подозрением на это заболевание направляются в хирургический стационар, где диагноз подтверждается или отвергается. В зависимости от вида острой кишечной непроходимости проводится консервативное или оперативное лечение.

Консервативными методами, как правило, устраняется динамическая острая кишечная непроходимость. В случаях механической острой кишечной непроходимости консервативное лечение допустимо лишь в качестве предоперационной подготовки при начальных стадиях спаечной кишечной непроходимости. Наиболее эффективным средством консервативного лечения острой кишечной непроходимости могут оказаться клизмы.

Очистительная клизма производится в положении больного на боку с приведенными к животу коленями. Наконечник, смазанный вазелином, вводится в прямую кишку больного на глубину 10–12 см. Объем очистительной клизмы составляет 1–2 л воды комнатной температуры. Опорожнение прямой кишки от воды и каловых масс осуществляется естественным путем через 5–10 мин после введения воды в прямую кишку.



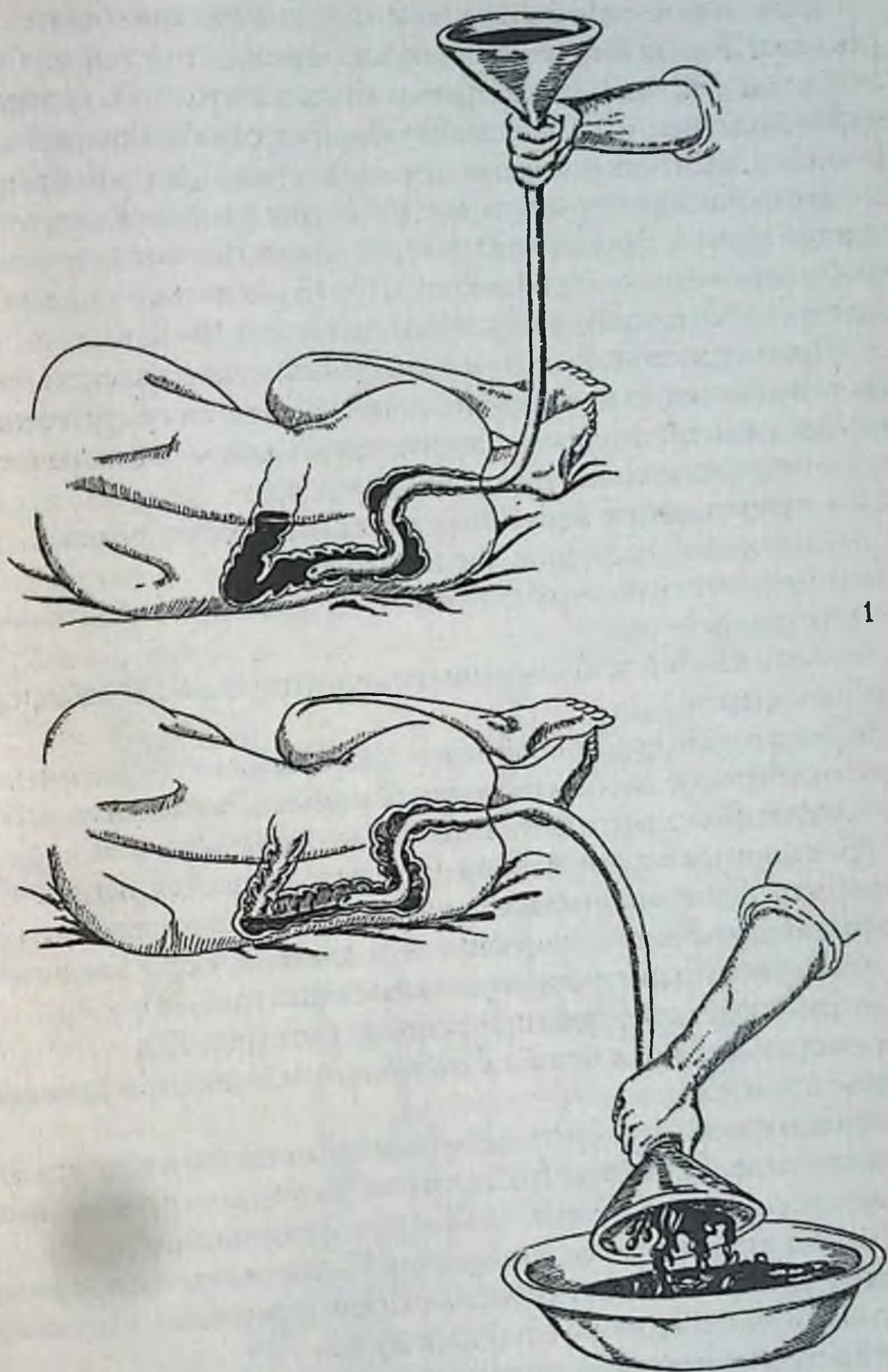


Рис. 75. Выполнение сифонной клизмы:  
1 — заполнение толстой кишки; 2 — опорожнение толстой кишки.



Выполнение сифонной клизмы производится при обязательном участии врача. Резиновый наконечник, соединенный толстой трубкой с большой воронкой, через задний проход вводится в толстую кишку на глубину 20–25 см (рис. 75). Заполненная водой воронка поднимается на высоту 1–1,5 м и после опорожнения опускается вниз. За счет образующегося при этом сифона содержимое толстой кишки удаляется вместе с водой по толстой трубке. Промывание толстой кишки (не извлекая введенного в кишку наконечника) производится 10–15 раз до чистой воды. В общей сложности объем сифонной клизмы составляет 10–12 л.

Предоперационная подготовка больных осуществляется с учетом сроков заболевания, степени интоксикации и тяжести их состояния. Кроме выполнения очистительной или сифонной клизмы, она включает:

- опорожнение желудка с помощью зонда;
- катетеризацию мочевого пузыря с контролем диуреза;
- интенсивную инфузионную терапию;
- превентивную антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия;
- по показаниям: применение спазмолитических, антикоагулянтных и других средств.

Сроки предоперационной подготовки совпадают со сроками консервативного лечения и должны быть минимальными, как правило, не более 2 ч.

Операция осуществляется под общим обезболиванием.

С помощью оперативного вмешательства решается ряд задач:

- устраняются причины острой кишечной непроходимости (рассекаются спайки, удаляются инородные тела, ликвидируются завороты и т. д.);
- производится декомпрессия кишечника (рис. 76);
- удаляются омертвевшие органы и ткани (рис. 77);
- осуществляется борьба с перитонитом (санация и дренирование брюшной полости).

Кроме основного оперативного вмешательства (по показаниями), осуществляется дренирование грудного лимфатического протока, выполняется энтеросорбция и экстракорпоральная детоксикация.

На всех этапах проведения операции осуществляется профилактика сердечно-сосудистых, тромбоэмболических и легочных нарушений, печеночно-почечной недостаточности и др.

В послеоперационном периоде проводится адекватная корригирующая инфузионная терапия в целях восполнения объема циркулирующей крови, водно-электролитных, коллоидно-осмотических и кислотно-щелоч-



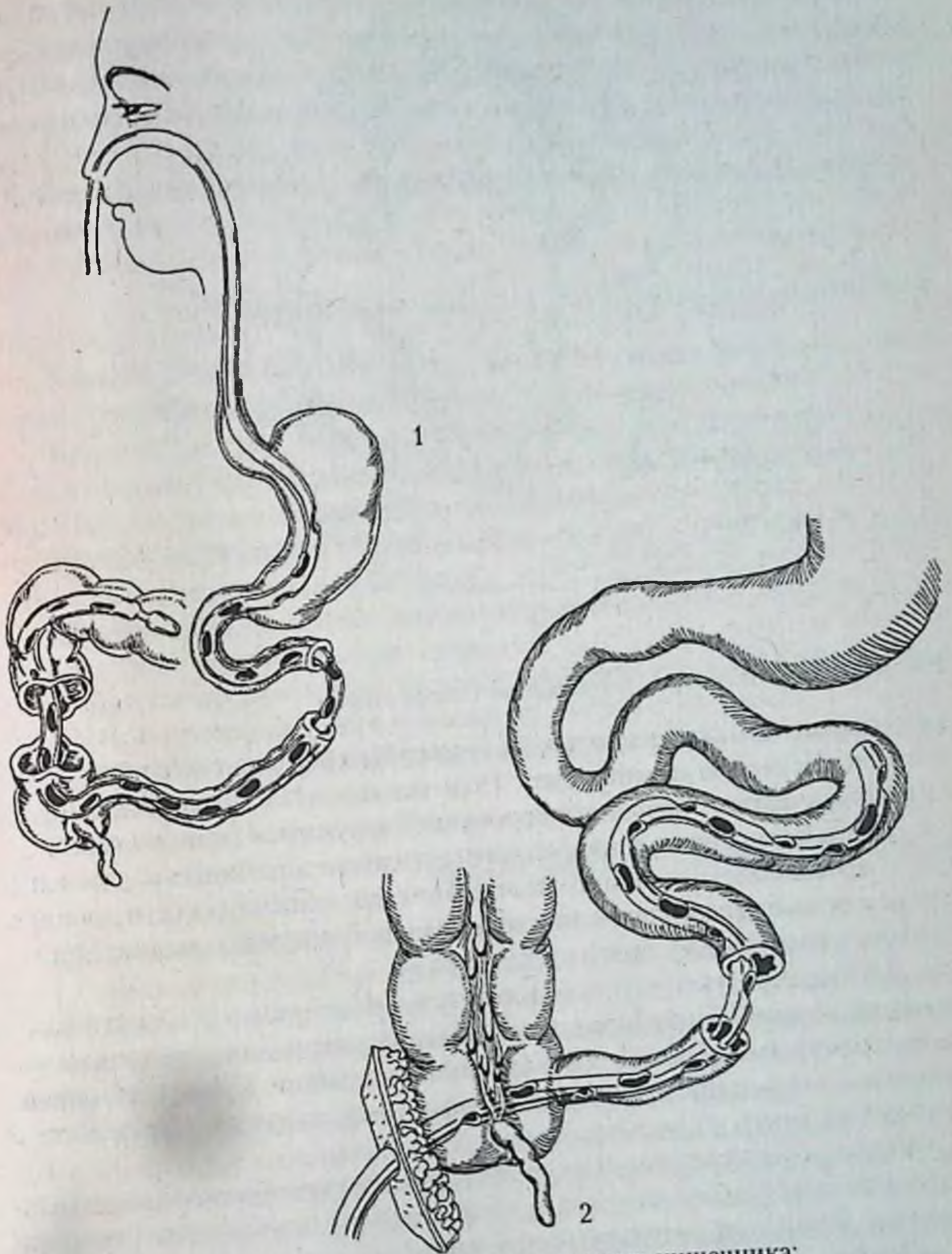


Рис 76. Предпочтительные варианты декомпрессии кишечника:  
1 — назогастроинтестинальная интубация; 2 — ретроградная интубация тонкой кишки.



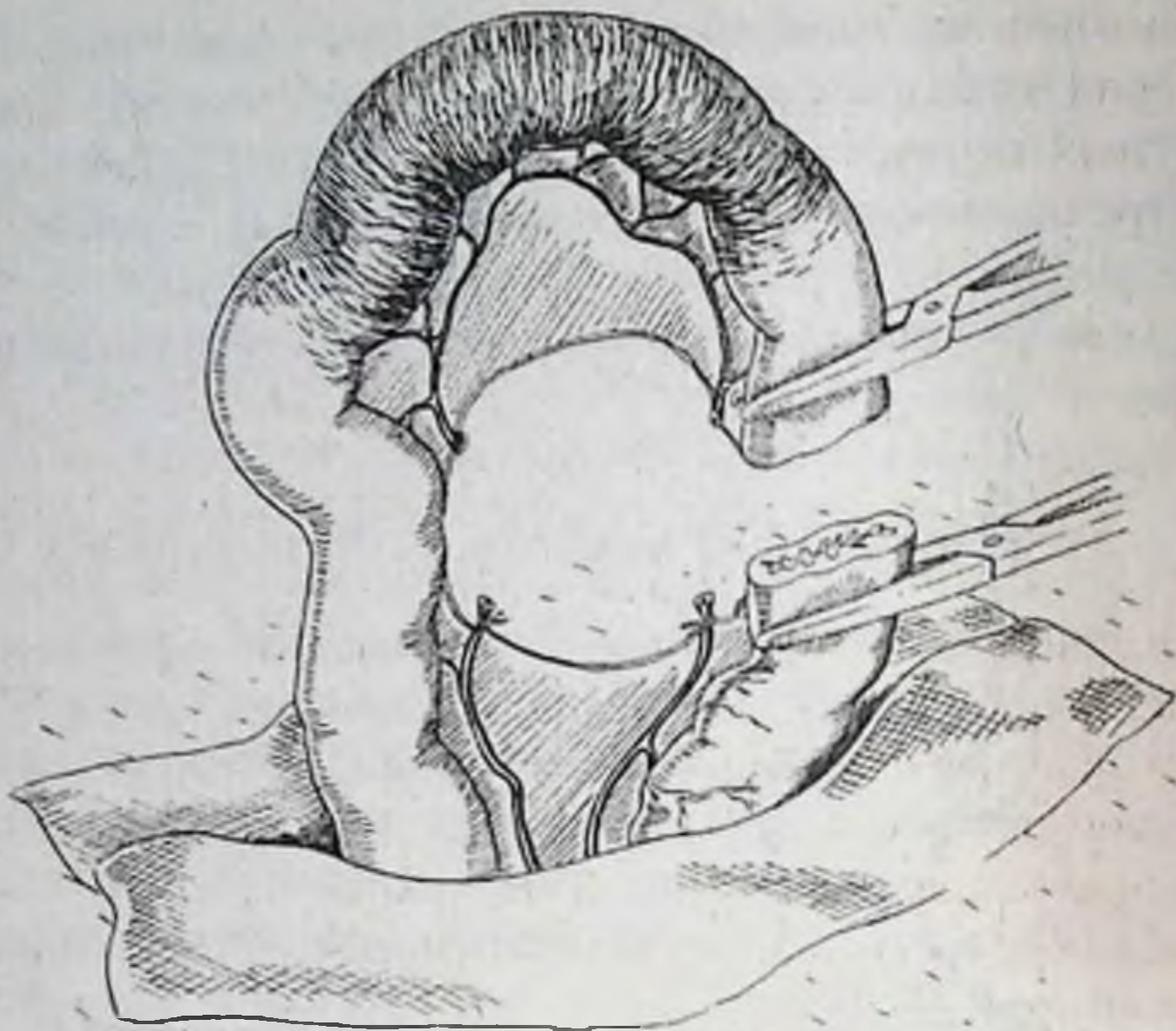


Рис. 77. Удаление некротизированной тонкой кишки.

ных нарушений, коррекция потерь белка путем введения белковых гидролизатов, растворов аминокислот. Тканевая гипоксия устраняется нормализацией внешнего дыхания и коррекцией нарушений гемодинамики.

Большое значение в профилактике послеоперационных осложнений имеет восстановление двигательной функции кишечника (его дренирование, промывание, выполнение эпидуральной анестезии, медикаментозной или электростимуляции кишечника).

До операции и в послеоперационном периоде применяется антибактериальная терапия. Интубированный кишечник периодически промывается, его содержимое удаляется без активной аспирации. Кроме того, осуществляется коррекция имеющихся микроциркуляторных расстройств и проводится контроль за диурезом.

Ранняя госпитализация и своевременное хирургическое вмешательство во многом влияют на исход острой кишечной непроходимости и значительно улучшают результаты ее лечения.

Применение лапароскопических методик для диагностики и устранения острой кишечной непроходимости (ОКН) в настоящее время ограни-



чено случаями неясной природы заболевания при «остром животе» (тромбоз мезентериальных сосудов? инвагинация?). При спаечной природе ОКН метод используется и для диагностики, и для устранения спаек путем их электрокоагуляции, при obturационной ОКН — наложением стомы.

В остальных случаях преимущество остается за традиционными методами лечения.

### Контрольные вопросы по основному материалу

Какими причинами обуславливается кишечная непроходимость в ранние сроки после операций на органах брюшной полости?

Какая возрастная категория больных чаще подвержена развитию острой кишечной непроходимости, обусловленной инвагинацией (дети, больные молодого, пожилого и старческого возраста)?

Каковы особенности клинической картины острой кишечной непроходимости при «спаечной болезни»?

Проявляется ли тромбоз мезентериальных сосудов клинической картиной острой кишечной непроходимости?

Какие специальные методы исследования толстой кишки используются для диагностики ее проходимости?

Каковы методы медикаментозной стимуляции моторной функции кишечника?

### Необходимые практические навыки

На занятии необходимо усвоить:

- методику объективного обследования больных острой кишечной непроходимостью и перитонитом, обусловленным этим заболеванием;
- методику выявления симптомов Валя, Кивуля, Склярора, Обуховской больницы;
- методику пальцевого исследования прямой кишки;
- методику выполнения очистительной и сифонной клизм;
- интерпретацию данных рентгенологического исследования у больных острой кишечной непроходимостью;
- особенности оформления медицинской документации при направлении в стационар больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и, в частности, острой кишечной непроходимостью;



— особенности оформления истории болезни больных острой хирургической патологией органов брюшной полости и, в частности, острой кишечной непроходимостью;

— особенности оформления медицинской документации при представлении больных на врачебную комиссию по завершении лечения по поводу острой кишечной непроходимости.

### Ситуационные задачи

Больного Н., 25 лет, 4 ч назад стали беспокоить боли в животе. После стула больной почувствовал некоторое улучшение. Однако через час боли усилились и приняли схваткообразный характер. Несколько раз была рвота. При обследовании в подвздошной области определяется рубец после аппендэктомии, выполненной два года назад. Живот несколько вздут, больше справа. При пальпации — мягкий, слабо болезненный в правой половине. Симптомы раздражения брюшины не определяются. При аускультации живота слышны шумы перистальтики, усиливающиеся в момент болевой схватки. При пальцевом исследовании прямой кишки задний проход зияет, ампула прямой кишки пуста.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больной Н., 53 года, жалуется на схваткообразные боли в животе. Была дважды рвота. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс — 104 уд/мин, АД — 160/90 мм рт. ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно вздут, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется безболезненное образование размером 6×7×8 см, плотной консистенции, ограничено подвижное, бугристое. После пальпации живота возобновился приступ схваткообразной боли. При осмотре передней брюшной стенки появилась видимая перистальтика кишки. Стул у больного отсутствует более 2 сут.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больной С., 28 лет, два года назад перенес проникающее ножевое ранение живота, был оперирован. После выписки из стационара периодически испытывает интенсивные схваткообразные боли в животе. Боли сопровождаются вздутием живота, слышными на расстоянии шумами бурной перистальтики, задержкой стула. Очередной приступ начался 6 ч назад.



После очистительной клизмы стула не было. При осмотре — общее состояние удовлетворительное. Гемодинамические показатели не изменены (пульс — 72 уд/мин, АД — 120/80 мм рт. ст.). Язык сухой, без налета. Определяется широкий атрофичный рубец после верхнесрединной лапаротомии. При пальпации живота отмечается болезненность в мезогастрии. Аускультативно — в этой зоне выслушиваются усиленные перистальтические шумы. При исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Моченспускание не нарушено.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Больной Я., 49 лет, оперирован в неотложном порядке по поводу опухоли слепой кишки, обусловившей острую кишечную непроходимость. При ревизии брюшной полости выявлено, что опухоль размером 10×15 см плотная, прорастает париетальную брюшину. Отмечаются множественные метастазы в печень, лимфатические узлы брыжейки, сальник и забрюшинное пространство.

*Как завершить операцию?*

Больной К., 19 лет, в детстве перенес аппендэктомию. Поступил в хирургическое отделение с клинической картиной острой кишечной непроходимости. На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявлены раздутые газом участки тонкой кишки, чаши Клойбера. Внутривенное введение гипертонического раствора и спазмолитиков оказалось безуспешным. Явления острой кишечной непроходимости нарастали. Оперирован. Средне-срединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. На расстоянии 4 см от илеоцекального угла обнаружено, что подвздошная кишка сложена в виде «двустволки» плотными плоскостными спайками. Жизнеспособность петель кишки сохранена. Произведено рассечение спаек, устранение кишечной непроходимости, назогастроинтестинальная интубация. Послеоперационный период протекал без осложнений.

*Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебно-трудовую комиссию. Каким может быть экспертное решение?*

Больной П., 37 лет, оперирован по поводу профузного кровотечения из хронической каллезной язвы выходного отдела желудка, осложненной пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом пилороантральной зоны желудка. Произведена резекция 2/3 же-



лудка по Бильрот I. В послеоперационном периоде развилась кишечная непроходимость. На 6-е сутки после операции выполнена релапаротомия, во время которой обнаружены явления фибринозного перитонита и резкая дилатация правых отделов толстой кишки. Установлено, что механическое препятствие обуславливается перегибом поперечно-ободочной кишки, подпаявшейся к лапаротомной ране.

*Как завершить операцию? Каким должно быть дальнейшее лечение больного?*

### Вопросы для самоконтроля

Каковы особенности диагностики острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде у больных после плановых операций на органах брюшной полости?

Какие заболевания брюшной полости и при каких обстоятельствах могут сопровождаться клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости?

Какие специальные методики обследования позволяют с наибольшей достоверностью определять нарушение кровотока в кишке во время проведения операции?

К какому виду острой кишечной непроходимости можно отнести замедленное восстановление моторики в раннем послеоперационном периоде?

Каковы основные причины летальности при острой кишечной недостаточности?

Как проводится клизма по Огневу?

Какие методы декомпрессии кишечника используются при оперативном устранении острой кишечной непроходимости?

Какие виды колостом используются при острой кишечной непроходимости?

В чем смысл операции Гартмана?

### Задание для самостоятельной работы

#### под руководством преподавателя

Провести клиническое обследование больного, поступившего с подозрением на острую кишечную непроходимость. Сформулировать предварительный диагноз. Составить план лечения.



Провести дифференциальную диагностику на предмет исключения острой кишечной непроходимости у больного с острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости или заболеванием, симулирующим «острый живот».

Сформулировать показания к оперативному лечению больного острой кишечной непроходимостью.

Интерпретировать данные рентгенологического исследования, выполненного больному острой кишечной непроходимостью.

Принять участие в подготовке к операции больного острой кишечной непроходимостью.

Принять участие в операции устранения острой кишечной непроходимости.

Провести перевязку больного, перенесшего оперативное вмешательство по поводу острой кишечной непроходимости.

Оформить медицинскую документацию для представления на врачебную комиссию больного, завершившего лечение по поводу острой кишечной непроходимости.



*«... с самого начала своей деятельности врач должен очень внимательно относиться к радикальным операциям грыж».*  
С. П. Федоров, 1928 г.

## **1.7. Ущемленные грыжи**

### **Содержание занятия**

Осложнения грыж живота и их причины. Виды ущемления грыж. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика ущемленных грыж. Тактика врача первого контакта при оказании помощи больным ущемленными грыжами. Реабилитация, врачебно-трудовая экспертиза и диспансерное наблюдение за больными, перенесшими оперативное устранение ущемленных грыж. Ошибки диагностики и лечения ущемленных грыж.

### **Базисные знания**

Наружная грыжа живота — выходение органов брюшной полости, покрытых париетальной брюшиной, через дефекты в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки.

Элементы наружных грыж живота: грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое (рис.78). Грыжевой мешок состоит из устья, шейки, тела и дна. Грыжевым содержимым может быть любой орган брюшной полости, покрытый висцеральной брюшиной. Органы брюшной полости выходят в грыжевой мешок при повышении внутрибрюшного давления (во время физического напряжения, натуживания, кашля и т. д.). Грыжи называются невправимыми, когда содержимое грыжевого мешка самопроизвольно не возвращается в брюшную полость при снижении в ней давления. Чаще всего внутренние органы удерживаются от вправления в брюш-



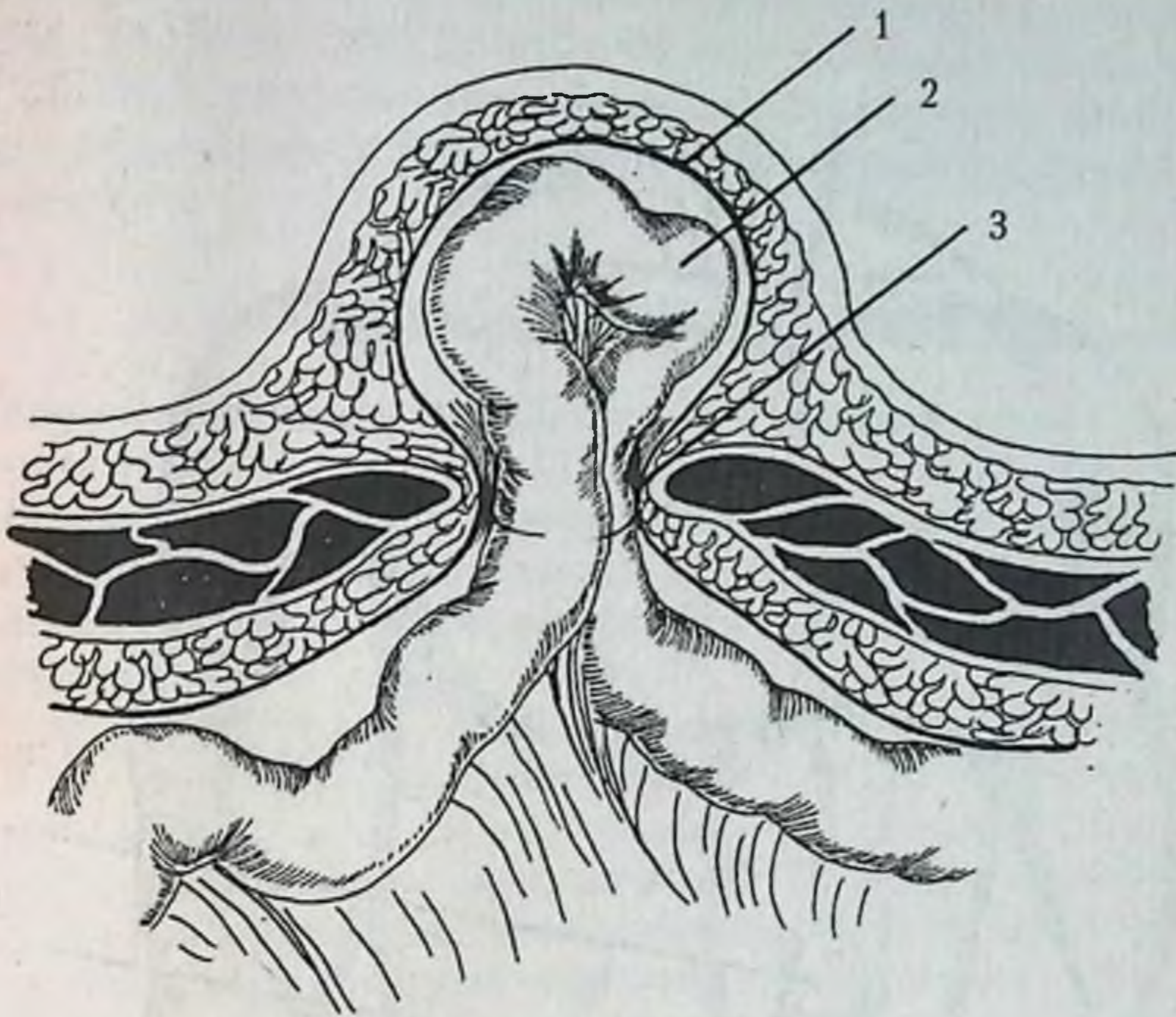


Рис. 78. Наружная грыжа живота:

1 — грыжевой мешок (париетальная брюшина); 2 — грыжевое содержимое (тонкая кишка); 3 — грыжевые ворота (дефект в мышечно-апоневротическом слое).

ную полость спаечными сращениями с брюшиной, образующей грыжевой мешок.

В зависимости от локализации грыжевых ворот на брюшной стенке различают грыжи паховые, бедренные, белой линии живота, пупочные и околопупочные, спигелиевой линии, треугольника Пти, запирающего отверстия, промежностные, послеоперационные, посттравматические и др. (рис. 79).

Внутренние грыжи живота — выпячивание органами брюшной полости карманов брюшины или их выход в плевральную полость через дефекты или физиологические отверстия диафрагмы. Различают врожденные и приобретенные диафрагмальные грыжи, которые подразделяются на травматические и нетравматические. Травматические диафрагмальные грыжи почти всегда ложные, так как входящие в них органы не покрыты парие-



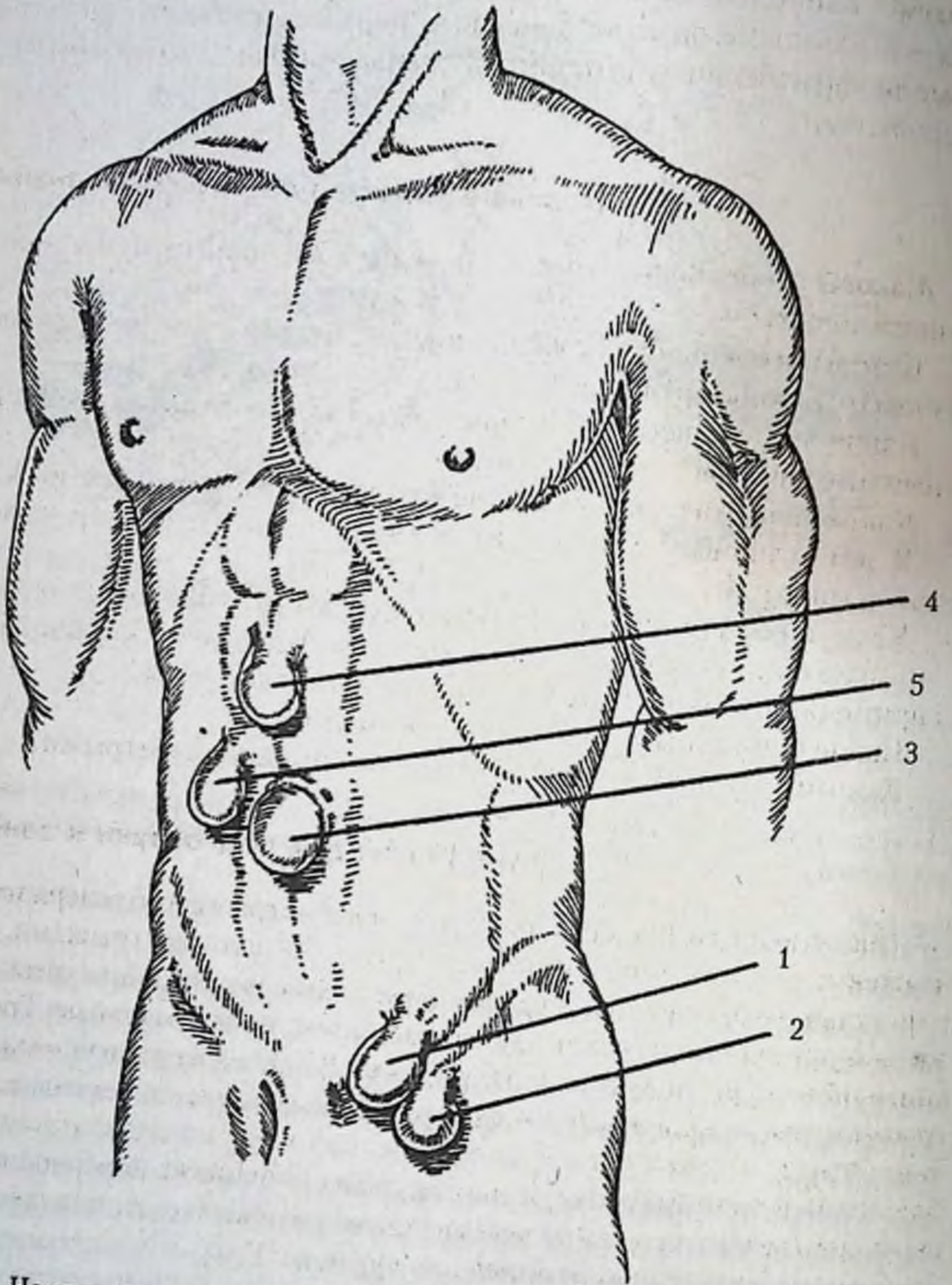


Рис. 79. Частые виды грыж передней брюшной стенки:  
1 — паховая; 2 — бедренная; 3 — пупочная; 4 — белой линии живота; 5 — спигели-  
евой линии.



тальной брюшиной. Среди приобретенных нетравматических грыж диафрагмы наиболее часто встречаются грыжи ее пищеводного отверстия — скользящие, параэзофагеальные. Большинство внутренних грыж, кроме диафрагмальных, до развития ущемления практически ничем себя не проявляют.

### Контрольные вопросы по базисным знаниям

Каковы особенности строения передней брюшной стенки в зоне пупочного кольца?

Каковы особенности строения нижних отделов передней брюшной стенки со стороны брюшной полости?

Какие анатомические образования составляют стенки пахового и бедренного каналов?

Какие анатомические различия паховых косых и прямых грыж?

В чем отличие сообщающейся водянки яичка и косой врожденной паховой грыжи?

Какие анатомические структуры образуют белую линию живота?

Какие принципиальные способы пластики передней брюшной стенки применяются при плановом устранении паховых грыж?

Какие принципы устранения бедренных грыж?

Какими способами устраняются послеоперационные грыжи?

### Материалы для подготовки к занятию

Ущемление грыжи предполагает сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Оно развивается у 10–15% больных грыжами. Чаще всего ущемляются паховые грыжи. Ущемление редких форм грыж (грыжи запирающего и седалищного отверстий, диафрагмальные, Трейтца, спигелиевой линии и др.) наблюдается в 0,3% от всех видов ущемленных грыж живота. У людей, работающих в организованных коллективах, ущемление грыж встречается нечасто, поскольку система диспансерного наблюдения в медицинских органах крупных предприятий позволяет своевременно выявлять неосложненные грыжи у данного контингента больных и устранять их в плановом порядке.

Ущемление грыж бывает эластическим, каловым или сочетанным.

*Эластическое ущемление* (рис. 80) возникает при внезапном повышении внутрибрюшного давления. Чаще всего это происходит под воздей-



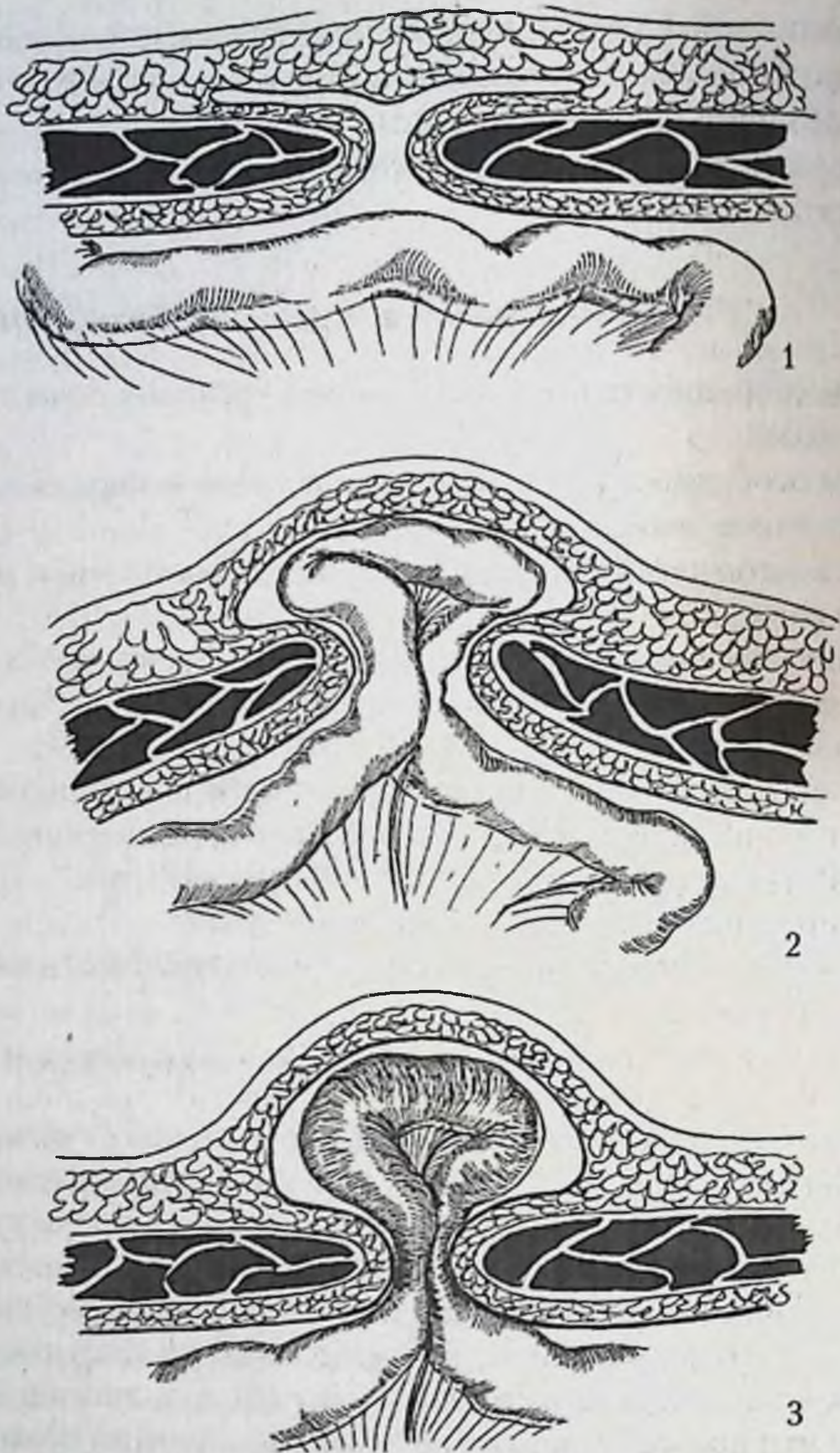


Рис. 80. Эластическое ущемление грыжевого содержимого:  
 1 — грыжевой мешок без грыжевого содержимого; 2 — интенсивное повышение внутрибрюшного давления, расширение грыжевых ворот, выход органов брюшной полости (кишки) в грыжевой мешок; 3 — внезапное понижение внутрибрюшного давления, сдавление содержимого грыжевого мешка в зоне грыжевых ворот за счет восстановления их первоначальных размеров.



ствием сильного физического напряжения. Внутренние органы, вышедшие через узкие грыжевые ворота, не могут самопроизвольно вправиться обратно в брюшную полость.

При *каловом ущемлении* сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах возникает в результате переполнения приводящего отдела кишечной петли, находящейся в грыжевом мешке (рис. 81). Отводящая петля кишки сдавливается в грыжевых воротах вместе с брыжейкой.

Как при эластичном ущемлении грыжи, так и при каловом развивается странгуляционная острая кишечная непроходимость. Непременным условием развития эластического ущемления являются узкие грыжевые ворота. Каловое ущемление может развиваться и при широких грыжевых воротах. Чаще всего оно обуславливается снижением двигательной активности кишок. Развитие калового ущемления наиболее вероятно при неврвправимых грыжах у людей пожилого и старческого возраста.

Морфологические и функциональные изменения в ущемленном органе зависят от степени его сдавления в грыжевых воротах, сроков ущемления и самого ущемленного органа. Чаще всего ущемляется тонкая кишка. В месте ее ущемления со стороны висцеральной брюшины отчетливо выявляется странгуляционная борозда. Приводящий отдел кишки значительно расширяется вследствие застоя в нем кишечного содержимого. При этом создаются условия для стаза в венах кишки. Повышается проницаемость сосудистых стенок. Отмечаются выпот плазмы в толщу стенки кишки, агрегация форменных элементов крови в капиллярах и нарушение микроциркуляции. В просвете кишки развиваются бродильные процессы. Синюшная окраска ущемленной кишки, тусклый цвет покрывающей ее брюшины, отсутствие пульсации сосудов брыжейки и перистальтики — характерные признаки нежизнеспособности органа.

Проникновение плазмы крови происходит не только в просвет кишки, но и в грыжевой мешок, что приводит к образованию так называемой «грыжевой воды». Вначале она прозрачна, но постепенно принимает розовый цвет из-за выхода вне сосудистого русла красных кровяных телец и их гемолиза. С течением времени «грыжевая вода» становится мутной, с каловым запахом. Наибольшие патологические изменения развиваются в зоне странгуляции, в приводящем участке кишки. В спавшейся отводящей кишке изменения менее выражены. Некротизированная кишечная стенка нередко перфорируется. В этом случае в грыжевом мешке возникает выраженное воспаление, переходящее на окружающие ткани. Развивающаяся



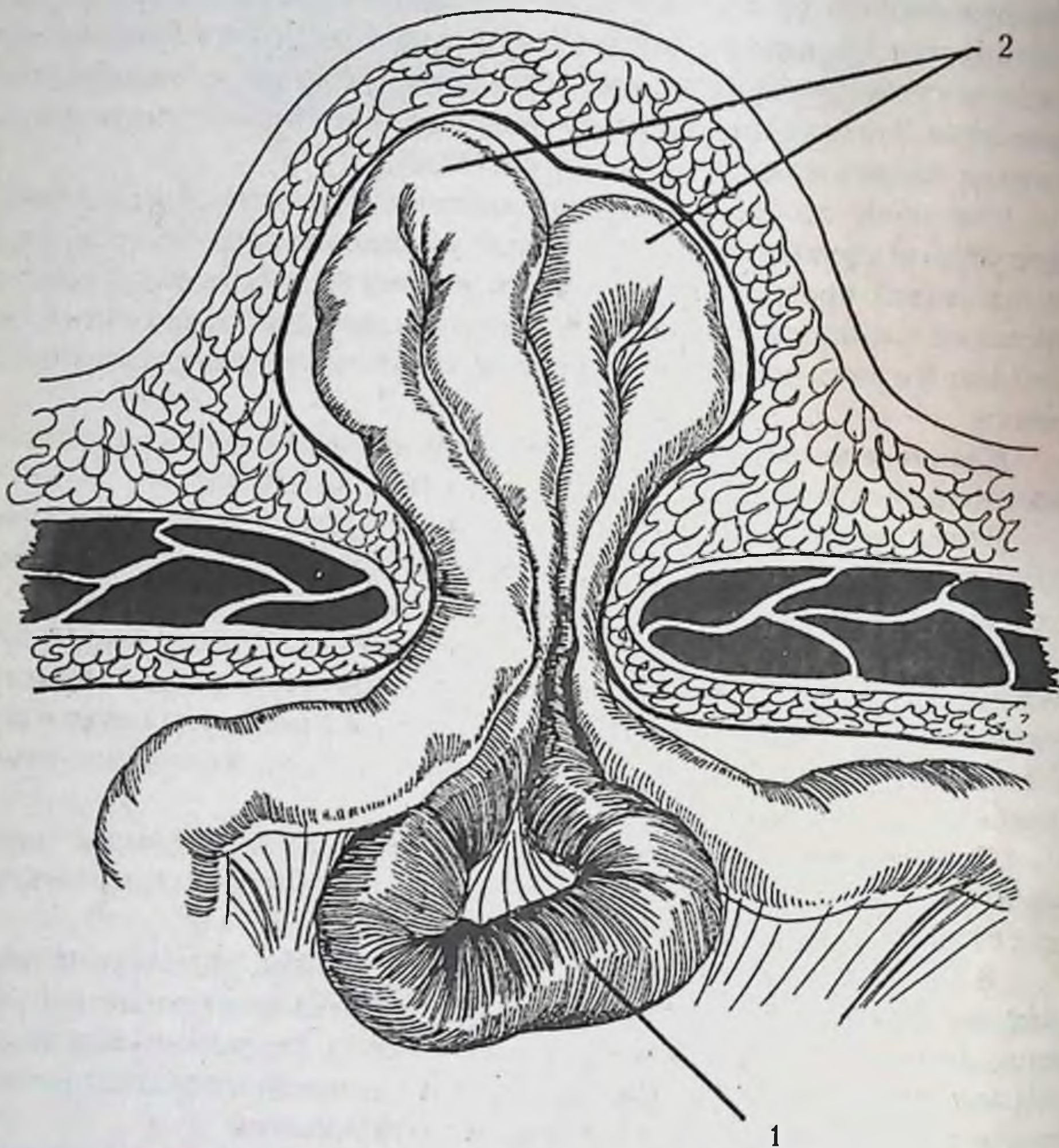


Рис. 82. Регроградное ущемление:

1 — участок кишки, расположенный в брюшной полости (в нем нарушается кровоснабжение); 2 — петли кишки, расположенные в грыжевом мешке (кровообращение в них не нарушено).



четаются. Поэтому тактика врача при обоих видах ущемления грыж одинакова.

Кроме жалоб больных, при диагностике ущемленных грыж важно учитывать данные анамнеза. Чаще всего при расспросе больных удается получить информацию о грыжевом выпячивании передней брюшной стенки до осложнения. Оно, как правило, бывает вправимым и безболезненным. До осложнения заболевания больные нередко уже бывают осмотрены врачами, которые выявляют грыжи живота и предлагают плановое оперативное лечение. При изучении истории заболевания удается установить и факт физического перенапряжения, предшествующего эластическому ущемлению грыжи. Каловое ущемление чаще происходит на фоне копростазы.

Ущемленные грыжи имеют сходные клинические проявления с рядом других острых заболеваний органов брюшной полости. При объективном обследовании больных об этом необходимо помнить. При болях в животе обязательно исследуются «слабые» места брюшной стенки, которые потенциально могут оказаться грыжевыми воротами. Необходимость такого исследования диктуется также возможностью ущемления грыж в момент их первоначального образования.

При осмотре живота грыжевое выпячивание обычно хорошо видно. Оно не исчезает и не изменяется в размерах при перемене положения тела больного. При пальпации грыжевое выпячивание напряжено и болезненно. Кашлевой толчок отсутствует. В ранние сроки ущемления кишки при перкуссии выпячивания выявляется тимпанит. В поздней стадии заболевания вследствие появления в грыжевом мешке «грыжевой воды» тимпанит сменяется тупым перкуторным звуком. Аускультация грыжевого выпячивания не дает каких-либо дополнительных данных. Иногда при развитии острой кишечной непроходимости во время аускультации живота можно выслушать усиленную перистальтику. Нередко отмечается шум плеска, симптом Валя и другие признаки острой кишечной непроходимости. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости могут выявляться чаши Клойбера.

В плане дифференциальной диагностики ущемленные грыжи следует отличать от невправимых грыж (табл. 12). Общим признаком этих осложнений грыж является сохранность грыжевого выпячивания при перемене положения тела больного. Грыжевое выпячивание при невправимой грыже, как правило, малоболезненно. При его пальпации отчетливо определяется кашлевой толчок. Особые трудности возникают в распознавании ущемления невправимой грыжи при многокамерном грыжевом



## Дифференциальные признаки наружных грыж живота

Этапы клинического обследования	Основные сведения о заболевании при грыжах:		
	неосложненной	невправимой	ущемленной
Жалобы больных	Выпячивание брюшной стенки	Выпячивание брюшной стенки	Выпячивание брюшной стенки. Боль в животе
Подробная характеристика жалоб	Выпячивание появляется при физическом напряжении или в вертикальном положении больных и исчезает при их горизонтальном положении. Оно безболезненно, мягкоэластичной консистенции, локализуется в проекции «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя, послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки	Выпячивание отмечается постоянно, но может изменяться в размерах. Увеличивается в вертикальном положении тела и при физической нагрузке. Уменьшается при горизонтальном положении тела, но полностью не исчезает. Увеличение выпячивания может сопровождаться болевыми ощущениями в нем. Оно локализуется в проекции «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя, послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки. Консистенция его мягкоэластичная	Выпячивание постоянных размеров и формы. Локализуется в проекции «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя, в местах посттравматических рубцов брюшной стенки. Плотнoэластической консистенции. Боли в животе: в зоне выпячивания, постоянная, интенсивная; по всему животу, может принимать схваткообразный характер, сопровождаться рвотой по типу срыгивания, задержкой стула и газов
Расспрос по органам и системам	Жалобы, характерные для хронических заболеваний органов дыхания и пищеварения (кашель, запоры и т. д.), обуславливающие частое повышение внутрибрюшного давления; признаки дистрофических изменений в организме, способствующих снижению тургора, эластичности и прочности тканей мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки		

История заболевания	Постепенное появление выпячивания передней брюшной стенки в проекции «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя или послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки. Нередко больные уже обследованы врачами. Диагностирована наружная грыжа живота. Предложено оперативное лечение	Длительное грыженосительство. Немотивированный или обоснованный (из-за противопоказаний) отказ от планового оперативного устранения грыжи. Возможны случаи предыдущего кратковременного ущемления грыжи с самопроизвольным вправлением	Внезапное появление болезненного выпячивания брюшной стенки при чрезмерном физическом напряжении, сопряженном с резким повышением внутрибрюшного давления. Длительное или непродолжительное грыженосительство при постепенном появлении грыжевого выпячивания в проекциях «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя или послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки. Установлен диагноз грыжи живота. Немотивированный или обоснованный (из-за противопоказаний) отказ от планового оперативного устранения грыжи. Внезапное (по эластическому типу) ущемление при чрезмерном физическом напряжении. Постепенное (по каловому типу) развитие осложнений на фоне чаще всего не вправимой грыжи с самопроизвольным ее вправлением в прошлом
История жизни	Наследственно-конституциональная предрасположенность к грыжам, реализующаяся при частом повышении внутриутробного давления у людей, занимающихся тяжелым физическим трудом, страдающих хронической патологией органов дыхания, пищеварения, общей дистрофией, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости или травмы живота		



Этапы клинического обследования	Основные сведения о заболевании при грыжах		
	неосложненной	неправимой	ущемленной
Местный объективный статус	Нестойкое выпячивание брюшной стенки. Оно визуализируется при вертикальном положении тела больных в проекции «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя или посттравматических рубцов передней брюшной стенки	Постоянное выпячивание передней брюшной стенки. Оно визуализируется как в вертикальном, так и в горизонтальном положении больного в проекциях «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя или послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки	Независимо от положения тела и физического напряжения больших определяется выпячивание брюшной стенки постоянных размеров и формы. Оно локализуется в проекциях «слабых» зон мышечно-апоневротического слоя или послеоперационных и посттравматических рубцов брюшной стенки
	Увеличивается в размерах при натуживании и покашливании больных, уменьшается или исчезает при горизонтальном положении тела. Консистенция его мягкоэластичная. При пальпации выпячивание легко вправляется в брюшную полость через дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки. Симптом кашлевого толчка положительный	Увеличивается в размерах при натуживании и покашливании больного. Консистенция выпячивания — мягкоэластическая. Оно не вправляется полностью в брюшную полость через дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки. Симптом кашлевого толчка положительный	Выпячивание болезненно при пальпации. Его консистенция плотно-эластическая. Симптом кашлевого толчка не определяется. При ущемлении кишки — признаки острой кишечной непроходимости (вздутие и асимметрия живота, положительные симптомы Валя, Обуховской больницы и др.). При развитии перитонита положительные симптомы раздражения брюшины
Общий объективный статус	Признаки хронических заболеваний органов дыхания и пищеварения при развитии острой кишечной непроходимости и перитонита — признаки обезвоживания, эндотоксикоза и других, характерных для этих состояний расстройств		

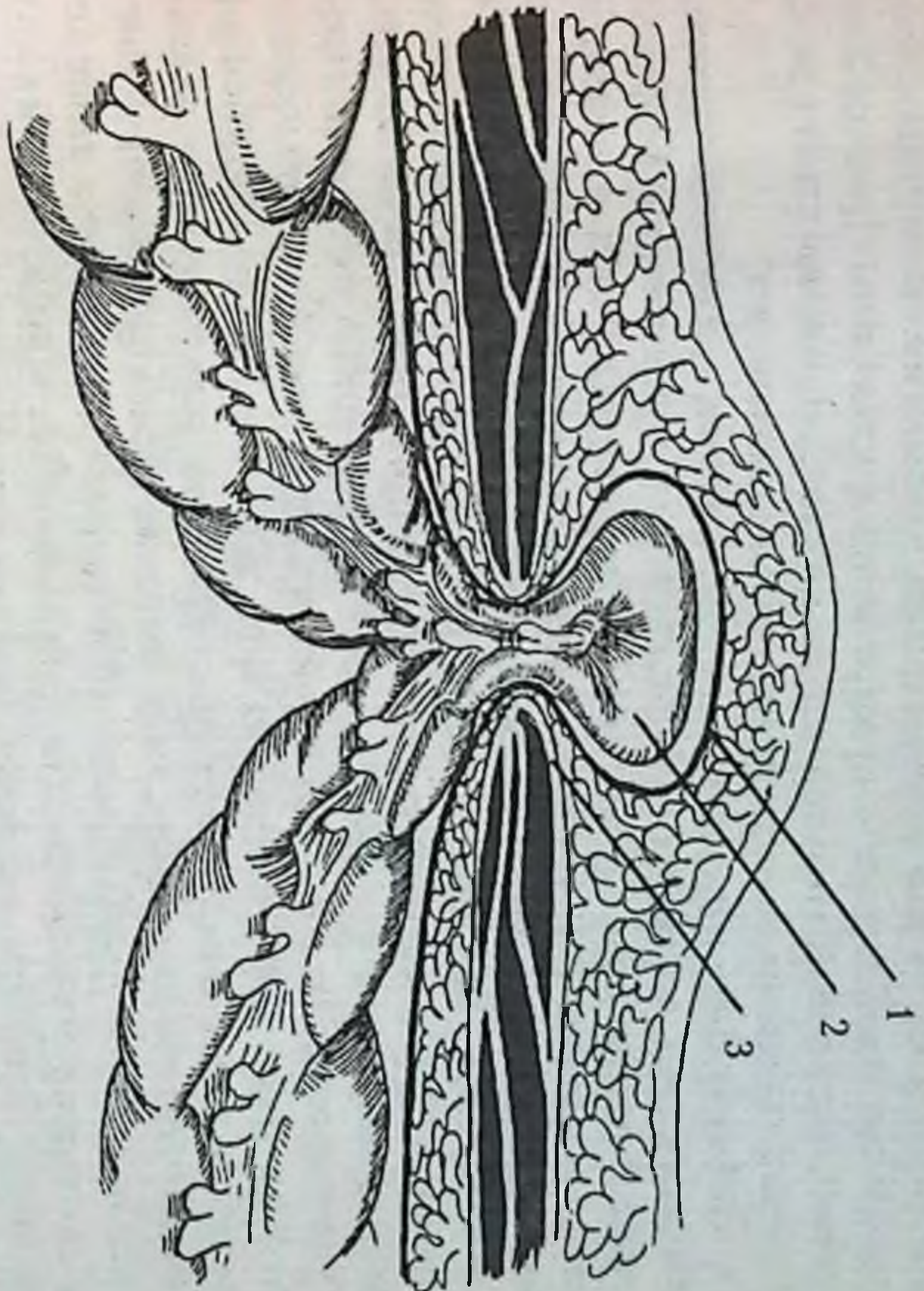


Рис. 83. Пристеночное (рихтеровское) ущемление: 1 — грыжевой мешок; 2 — ущемленная стенка кишки; 3 — мышечно-апоневротический слой.

мешке, когда это осложнение происходит в одной из его камер. Однако в этом случае особое значение следует придавать болям в области грыжевого выпячивания, его напряжению и неправимости, отсутствию кашлевого толчка.

У людей пожилого возраста грыжи, в том числе и неущемленные, часто сочетаются с копростазом. Боли в животе при копростазе усиливаются постепенно, не бывают интенсивными. При этом на первое место выступают задержка стула и газов. Напряжение грыжевого выпячивания выражено слабо. Симптом кашлевого толчка остается положительным. Копростаз не требует оперативного лечения. После очистительной или сифонной клизмы явления копростазы пропадают, а кишка, находившаяся в грыжевом мешке, освобождается от каловых масс и вправляется в брюшную полость.

Клинические проявления отдельных видов ущемленных наружных

грыж живота имеют некоторые особенности.  
**Паховые грыжи.** Ущемление паховых грыж встречается в 60% по отношению к общему числу ущемленных грыж передней брюшной стенки. Ущем-



ляются чаще всего косые паховые грыжи. Диагностические трудности при ущемлении паховых грыж чаще встречаются при канальных грыжах. В этих случаях лишь при тщательной пальпации в толще брюшной стенки можно обнаружить болезненное уплотнение небольших размеров.

Дифференцировать ущемление паховых грыж приходится с паховым лимфаденитом, острым орхоэпидидимитом и с ущемлением бедренной грыжи. В первых двух случаях признаков грыжевого выпячивания не бывает до ущемления. При остром лимфадените привлекают особое внимание ссадины и гнойнички на нижних конечностях больного. Эти небольшие очаги патологического процесса могут быть входными воротами для инфекции. При лимфадените и орхоэпидидимите часто отмечается повышение температуры. Труднее проводить дифференциальный диагноз между ущемленной паховой и бедренной грыжами. Тем не менее при ущемлении этих грыж дифференцировать их легче, чем при неосложненном течении болезни. В силу постоянных размеров грыжевого выпячивания можно отчетливо определить, выше или ниже проекции пупартовой связки оно находится. Если грыжевое выпячивание располагается выше линии, проведенной мысленно от передней верхней ости подвздошной кости до лонного бугорка, то вероятно, что ущемлением осложнилась паховая грыжа. При ущемлении бедренных грыж выпячивание стойко располагается ниже проекции пупартовой связки (рис. 84).

**Бедренные грыжи.** Ущемление бедренных грыж встречается в 25% случаев по отношению ко всем ущемленным грыжам передней брюшной стенки. Клиническая картина этого вида ущемленных грыж достаточно характерна. Дифференциальный диагноз, как и в случаях ущемленных паховых грыж, как правило, проводится с острым бедренным лимфаденитом и ущемленной паховой грыжей.

**Ущемленные пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.** Эти грыжи и до ущемления чаще всего бывают невправимыми. Из-за спаечного процесса в области грыжевого выпячивания нередко отмечаются боли. Иногда они сопровождаются схваткообразными болями в животе, что свидетельствует о затрудненном пассаже кишечного содержимого. При грыжах белой линии живота часто происходит ущемление только предбрюшинной клетчатки, которая выпячивается через щелевидные отверстия апоневроза (рис. 85). Однако в дефектах белой линии живота нередко отмечаются и истинные ущемления, в том числе и петель кишки. Чаще всего в этих случаях наблюдается ущемление по типу рихтеровского.



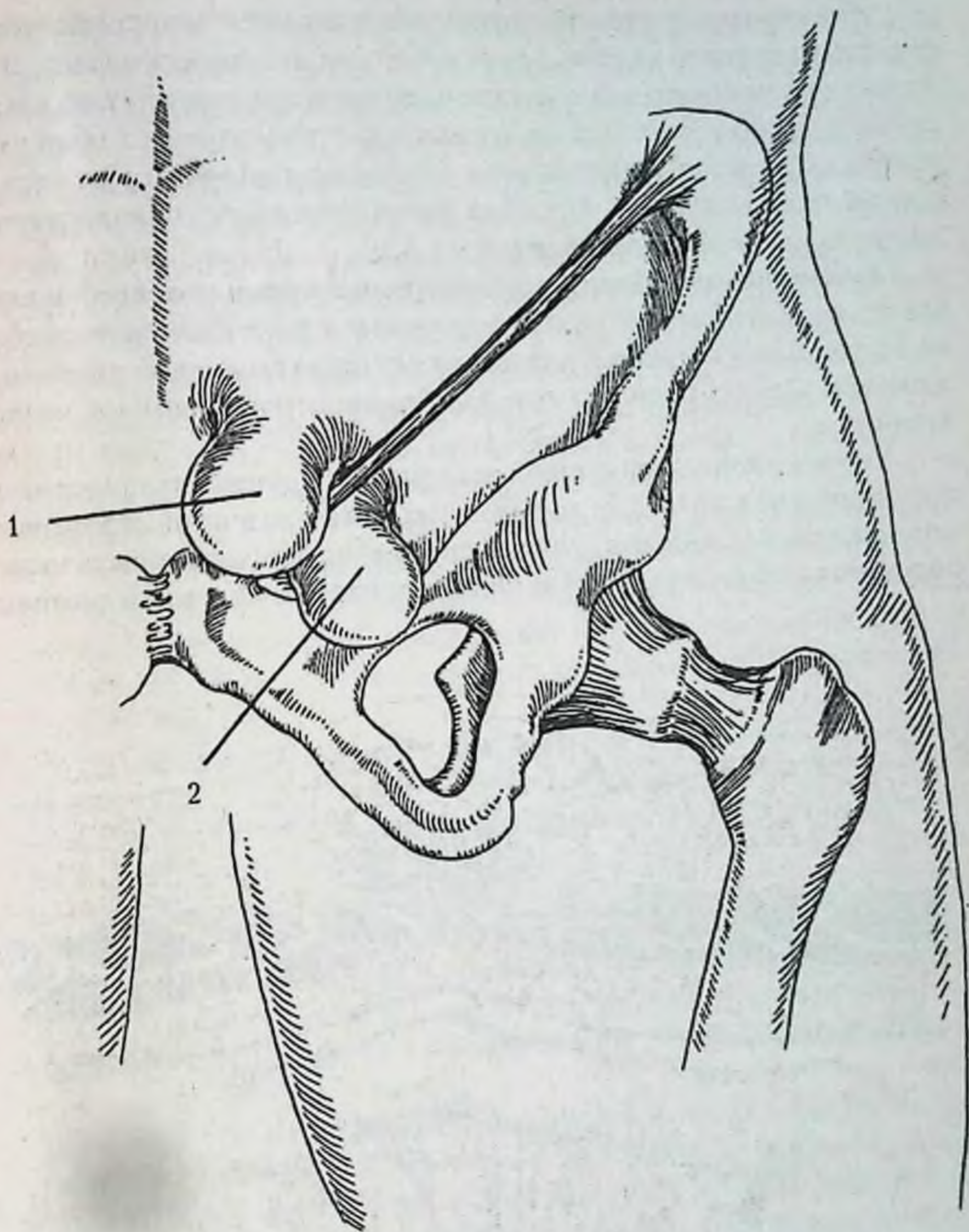


Рис. 84. Расположение грыжевого выпячивания при ущемлении паховых и бедренных грыж:  
 1 — паховая грыжа (грыжевое выпячивание расположено выше проекции пупартовой связки); 2 — бедренная грыжа (грыжевое выпячивание расположено ниже проекции пупартовой связки).



Имитировать ущемление пупочных грыж могут метастазы злокачественных опухолей в пупок, что отмечается при онкологических заболеваниях органов брюшной полости (чаще всего при раке желудка). В этих случаях, кроме пальпаторных данных, свидетельствующих об опухолевом росте (плотность выпячивания, его инфильтративный рост и т. д.), на первый план выступают признаки распространенного онкологического процесса (раковая кахексия, асцит и т. д.).

*Ущемленные послеоперационные грыжи встречаются редко*, так как эти грыжи обычно имеют большие грыжевые ворота. Ущемления возникают вследствие обширных сращений между грыжевым мешком и его содержимым и нередко проявляются симптомами острой кишечной непроходимости.

Ущемление послеоперационных грыж часто развивается у людей старшей возрастной группы. У этих больных при обследовании, кроме послеоперационной грыжи, как правило, диагностируются многочисленные заболевания внутренних органов. Обращает на себя внимание и длительное

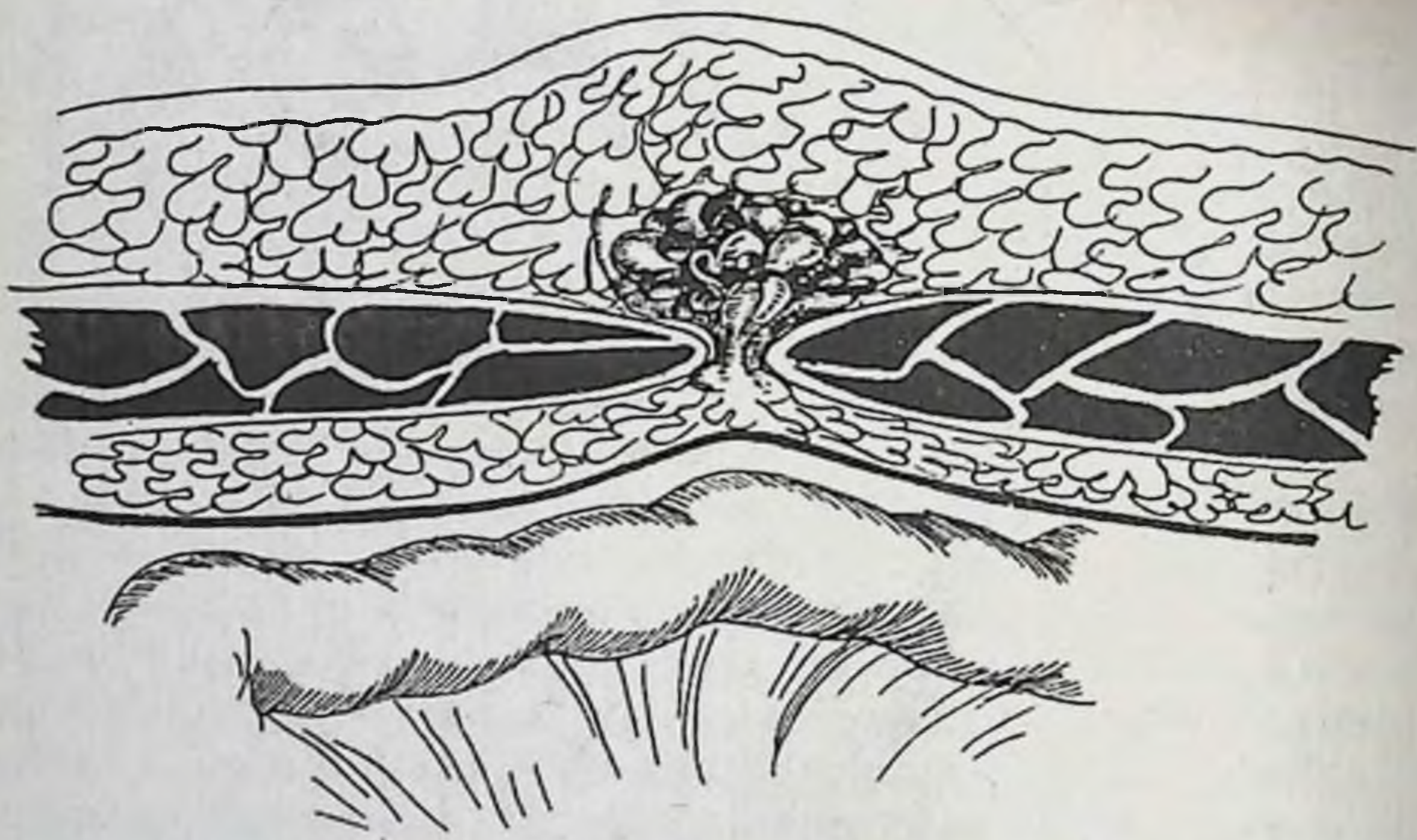


Рис. 85. Ущемление предбрюшинной клетчатки при дефектах белой линии живота.



грыженосительство. Часто послеоперационные грыжи становятся невправимыми и сопровождаются постоянными болевыми ощущениями в зоне грыжевого выпячивания. Ущемление послеоперационных грыж не исключается даже при значительных дефектах в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки. Основными признаками ущемления послеоперационных грыж являются местные симптомы: невправимость грыжевого выпячивания, его плотность и болезненность. Отсутствие общих симптомов ущемления (болевого шока, явлений острой механической кишечной непроходимости) не должно успокаивать хирурга при исключении диагноза ущемленной послеоперационной грыжи. Вместе с тем наличие указанных симптомов в сомнительных случаях диагностики, когда местные симптомы ущемления бывают невыраженными, позволяет с большой вероятностью диагностировать это осложнение.

**Лечение.** Ущемленные грыжи устраняются только оперативно. Вмешательство (как правило, открытое) выполняется в экстренном порядке, независимо от сроков ущемления, вида и локализации грыжи. Попытки вправления ущемленных грыж недопустимы. Больные ущемленными грыжами в минимальные сроки должны быть доставлены в ближайший хирургический стационар.

Специальной предоперационной подготовки больных при устранении ущемленных грыж, как правило, не требуется. Лишь при тяжелом состоянии больных вследствие многочасового ущемления, интоксикации или тяжелой сопутствующей патологии перед операцией может осуществляться ряд мероприятий интенсивной терапии (введение инфузионных растворов, сердечных средств, белковых препаратов и т. д.). Применение перед операцией спазмолитиков, обезболивающих средств недопустимо из-за возможности спонтанного вправления грыжевого содержимого. По этим же соображениям выполнение операций по поводу ущемленных грыж начинается под местной анестезией.

Устранение ущемленных грыж, проводимое в экстренном порядке, имеет ряд принципиальных отличий от плановой операции, выполняемой при неосложненной грыже. Прежде всего во время экстренной операции необходимо быстро обнаружить и зафиксировать ущемленный орган в ране. Только после этого освобождается от ущемления и оценивается жизнеспособность ущемленного грыжевого содержимого. При его жизнеспособности — оно помещается в брюшную полость. При нежизнеспособности — грыжевое содержимое удаляется (проводится резекция кишки, сальника или жирового подвеса толстой кишки и т. д.). Иногда удаление некротизированных



органов осуществляется из расширенного доступа в зоне ущемленной грыжи (так называемая герниолапаротомия). Но чаще, в дополнение к разрезу в зоне ущемления, выполняется срединная лапаротомия. В зоне ущемления иссекается грыжевой мешок и производится пластика передней брюшной стенки. Срединная лапаротомная рана ушивается послойно.

При проявлениях флегмоны грыжевого мешка операция сразу начинается со срединной лапаротомии под общим обезболиванием. Через срединный лапаротомный разрез выполняется резекция ущемленного органа по общим правилам. После ушивания срединной лапаротомной раны выполняется этап операции в области грыжевого выпячивания. Воспаленные ткани над грыжевым выпячиванием широко рассекаются. Ущемленный орган и грыжевой мешок, выделенные с помощью срединной лапаротомии, удаляются. Рана дренируется. Пластика грыжевых ворот не производится. На рану накладываются провизорные швы, и она выполняется тампонами с растворами антисептиков. При отсутствии нагноения раны швы завязываются через несколько суток. При развитии гнойно-воспалительных осложнений пластика брюшной стенки производится только после очищения раны от гнойно-некротических масс. Возможно также заживление раны вторичным натяжением с последующей (через некоторое время) пластикой брюшной стенки, выполняемой в плановом порядке.

При спонтанном вправлении ущемленной грыжи до госпитализации за больным целесообразно наблюдение в условиях стационара. Если показаний к срочному оперативному лечению нет, то устранение грыжи выполняется в плановом порядке. Если же во время динамического наблюдения появляются признаки неблагополучия в брюшной полости (перитонеальные симптомы и др.), то проводится срочное оперативное вмешательство — срединная лапаротомия с ревизией органов брюшной полости и соответствующим объемом операции, которая завершается пластикой передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот.

Основными условиями снижения летальности при ущемленных грыжах являются ранняя диагностика, ранняя госпитализация и ранняя операция.

### **Контрольные вопросы по основному материалу**

Какие особенности удаления тонкой кишки должны соблюдаться при ее ущемлении?



Какова тактика врача при самопроизвольном вправлении ущемленных грыж?

Какие специальные методики обследования больных используются при ущемленных наружных грыжах живота?

Каковы особенности устранения «скользящих» ущемленных грыж?

Что подразумевается под «ложным» ущемлением грыжи?

Каковы особенности диагностики и лечения ущемленных внутренних грыж живота?

Какие осложнения в раннем послеоперационном периоде возможны у больных, оперированных по поводу ущемленных грыж?

### Необходимые практические навыки

На занятиях необходимо усвоить:

- методику обследования больных наружными грыжами живота и ущемленными грыжами в частности;
- интерпретацию данных рентгенологических методов, используемых при диагностике ущемления наружных грыж живота;
- элементы ассистенции на операции, выполняемой по поводу ущемленной грыжи живота;
- особенности оформления медицинской документации при направлении в стационар больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и, в частности, ущемленными грыжами живота;
- особенности оформления истории болезни больных острой хирургической патологией органов брюшной полости и, в частности, ущемленными грыжами живота;
- особенности оформления медицинской документации при предоставлении больных на врачебно-трудовую экспертную комиссию по завершении лечения по поводу ущемленной грыжи живота.

### Ситуационные задачи

Предприниматель, 37 лет, обратился с жалобами на боли в правых нижних отделах живота, здесь же — болезненное выпячивание. Боли в животе и выпячивание возникли 30 мин назад после подъема тяжести. До этого в течение двух лет при физическом напряжении в правой паховой области определялось выпячивание, которое самостоятельно исчезало в покое и в горизонтальном положении больного. При осмотре живота справа ниже проекции пупартовой связки — болезненное образование плотноэластичной консис-



тенции размерами 4×4×6 см. Образование не вправляется в брюшную полость, перкуторно над ним определятся тупой звук. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Безработный, 40 лет, поступил в хирургическое отделение в связи с ущемлением левосторонней паховой грыжи. Время, прошедшее с момента ущемления, — 9 ч. При обследовании больного обнаружены признаки перитонита. Под местной анестезией паховым доступом вскрыт грыжевой мешок. Содержимое грыжевого мешка — участок тонкой кишки длиной 20 см синюшно-багрового цвета, а в грыжевом мешке — мутная (с запахом) жидкость. Больному дан наркоз. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. Диагностирован разлитой серозно-фиброзный перитонит. Источник перитонита — омертвевшая тонкая кишка, составляющая грыжевое содержимое. Нежизнеспособная тонкая кишка резецирована на протяжении 60 см с анастомозом «бок в бок». Выполнена назогастроинтестинальная интубация. Промывание брюшной полости. Дренирование ее силиконовой трубкой с множеством перфорационных отверстий для перитонеальной перфузии. Пластика левого пахового канала по Бассини. Длительный (в течение 1 мес) послеоперационный период с картиной постепенно разрешающегося разлитого перитонита и нагноения срединной лапаротомной раны. Выздоровление.

*Правильно ли поступил хирург? Сформулируйте диагноз, с которым больной может быть представлен на врачебно-трудовую экспертную комиссию. Каким может быть экспертное решение?*

Рабочий, 45 лет, жалуется на боли в правой паховой области. Два часа назад, поднимая тяжелый предмет, почувствовал интенсивную боль в правой паховой области. Имеющееся здесь выпячивание перестало вправляться. К моменту поступления в хирургическое отделение боли в животе приобрели схваткообразный характер. Была однократная рвота. При осмотре в правой паховой области определяется округлое образование величиной 3×5×6 см, безболезненное при пальпации. Живот асимметричен за счет вздутия левых отделов, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом Обуховской больницы положительный.

*Ваш диагноз? Как лечить больного?*

Студент, 19 лет, поступил в хирургическое отделение больницы в связи с ущемлением правосторонней паховой грыжи. Срочная операция под мес-



тной анестезией. В грыжевом мешке — прядь сальника с участками некроза. Резекция сальника в пределах здоровых тканей, пластика пахового канала по Жирару—Кимбаровскому.

*Следует ли представлять больного на врачебно-трудовую экспертную комиссию? Каким может быть экспертное решение?*

Аудитор, 50 лет, перенесший 7 лет назад аппендэктомию, поступил в хирургическое отделение госпиталя в связи с ущемленной послеоперационной грыжей. Время, прошедшее с момента ущемления, — 2 ч. В момент осмотра грыжевое выпячивание, несомненно имевшее место в зоне послеоперационного рубца, самостоятельно вправилось в брюшную полость. Наблюдался в хирургическом отделении. Данных за острые хирургические заболевания органов брюшной полости не было. Через 5 дней в плановом порядке произведена пластика передней брюшной стенки по Сапежко. Выздоровление.

*Следует ли представлять больного на врачебно-трудовую экспертную комиссию?*

### Вопросы для самоконтроля

Какие анатомические образования составляют треугольники Пти и Лесфранка?

В каких зонах грудобрюшной преграды чаще образуются внутренние диафрагмальные грыжи?

В каких карманах брюшины происходит ущемление внутренних грыж живота?

Когда при устранении ущемленных внутренних грыж живота выполняется энтеро- или колостомия?

Кто из отечественных ученых внес весомый вклад в разработку вопросов лечения ущемленных грыж живота?

### Задание для самостоятельной работы под руководством преподавателя

Провести клиническое обследование больного ущемленной грыжей. Обследовать больного невправимой наружной грыжей живота и аргументированно исключить ущемление грыжи.

Провести клиническое обследование больного с пальпируемым образованием в паховой области, сформулировать предварительный диагноз,



изучив данные специальных методов обследования, провести дифференциальный диагноз.

Интерпретировать данные обзорной рентгенографии органов брюшной полости при обследовании больного с подозрением на ущемленную грыжу.

Оценить состояние больного и определить показания к операции при самостоятельно вправившейся ущемленной наружной грыже.

Принять участие в операции устранения ущемленной грыжи.

Оформить медицинскую документацию при представлении на военно-врачебную комиссию допризывника, завершившего лечение по поводу ущемленной наружной грыжи живота.



*«Проблема перитонита как древний сфинкс стоит перед современными хирургами, во многом неразгаданный, и продолжает вырывать из хирургических учреждений одну жертву за другой».*  
В. Н. Шамов, 1937 г.

## 1.8. Перитонит

### Содержание занятия

Анатомия брюшной полости. Физиология брюшины. Источники перитонитов. Патолого-анатомические и физиологические изменения при перитоните. Классификация перитонитов. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика перитонитов. Принципы оперативного лечения перитонитов. Коррекция гомеостатической несостоятельности в раннем послеоперационном периоде при остром перитоните. Исходы перитонитов. Особенности реабилитации больных, завершивших лечение по поводу перитонита.

### Базисные знания

Полость живота — самая большая полость человеческого тела. Наглядно ее можно представить только тогда, когда из нее удалены все внутренние органы и брюшина (рис. 86).

Внутренняя поверхность стенок брюшной полости и ее органы покрыты серозной оболочкой — брюшиной (peritoneum), общая площадь которой — 2 м<sup>2</sup>. Полость брюшины (cavum peritonei) — щель, конфигурация которой постоянно изменяется (рис. 87). У мужчин полость брюшины не сообщается с внешней средой. У женщин такое сообщение происходит через маточные трубы, матку и влагалище. Листок брюшины, покрывающий внутреннюю поверхность брюшных стенок, называется пристеночным (peritoneum parietale). Органы брюшной полости покрыты внутренним листком брюши-



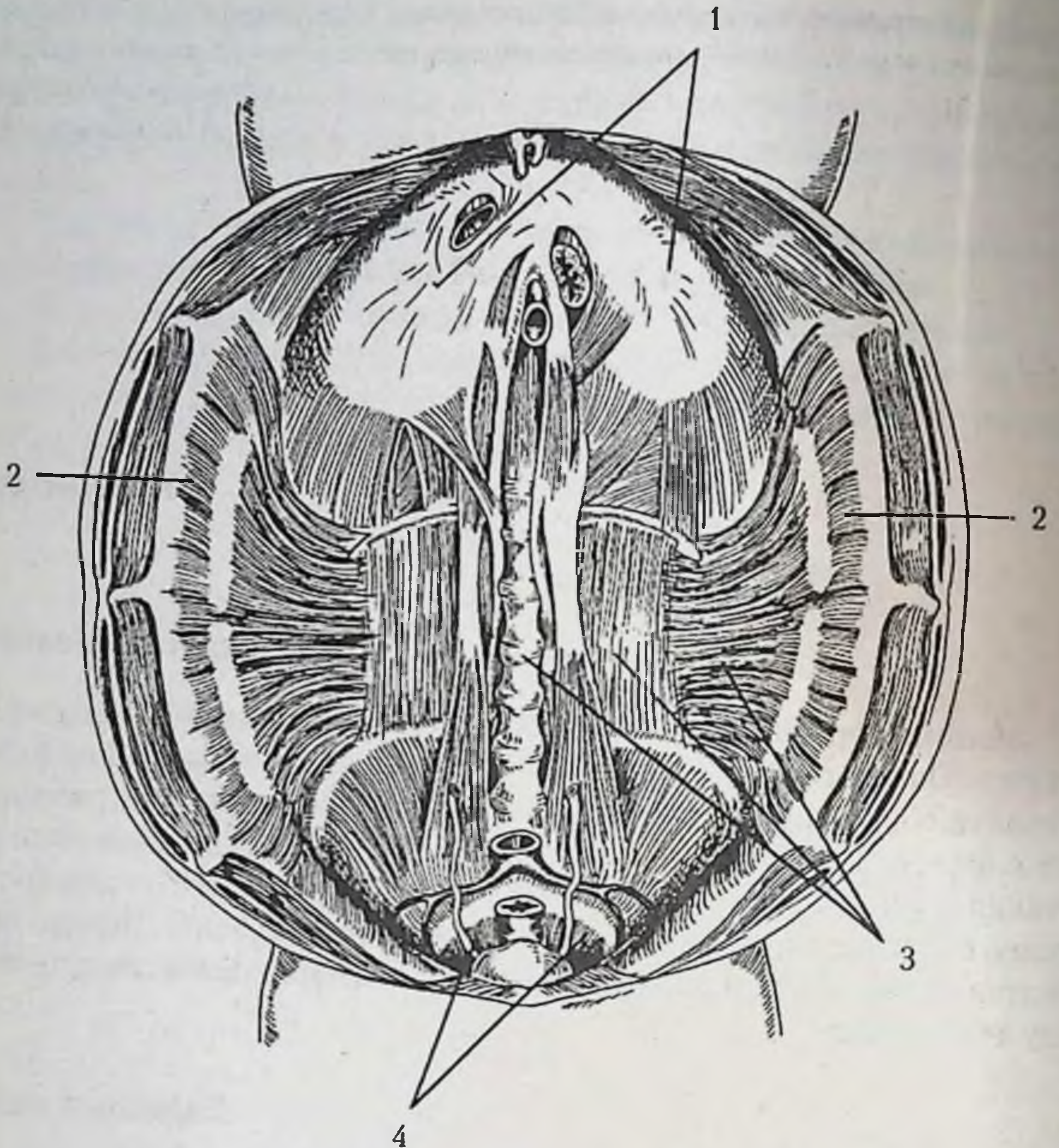


Рис. 86. Полость живота:  
1 — диафрагма; 2 — переднелатеральная группа мышц живота; 3 — задняя стенка брюшной полости; 4 — тазовое дно.

ны (*peritoneum viscerale*). Полость брюшины содержит небольшое количество увлажняющей серозной жидкости. Жидкость в основном сецирнируется париетальной брюшиной, а всасывается — висцеральной.

Основными функциями брюшины являются резорбтивная, экссудативная, барьерная (механическая защита и защита от инфекции).

Расположение органов в областях брюшной полости представлено на рис. 88.





Рис. 87. Плотость брюшины.

Брюшная полость условно разделяется на два этажа — верхний и нижний. Граница между этажами — поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка. В верхнем этаже брюшной полости располагаются печень с желчным пузырем, желудок, селезенка, верхняя половина двенадцатиперстной кишки, поджелудочная железа и четыре пространства: правое и левое поддиафрагмальные, подпеченочное и сальниковая сумка. Дистальные отделы двенадцатиперстной кишки, тонкая и толстая кишка занимают нижний этаж брюшной полости. Кроме того, в нем выделяют два боковых брюшных канала, два брыжеечно-мезентериальных синуса и полость малого таза.

*Правое поддиафрагмальное пространство* (или правая печеночная сумка) ограничено сверху и спереди диафрагмой, снизу — верхнезадней поверхностью правой доли печени, сзади — правой венечной и правой треугольной связками печени, слева — серповидной связкой печени. Вос-



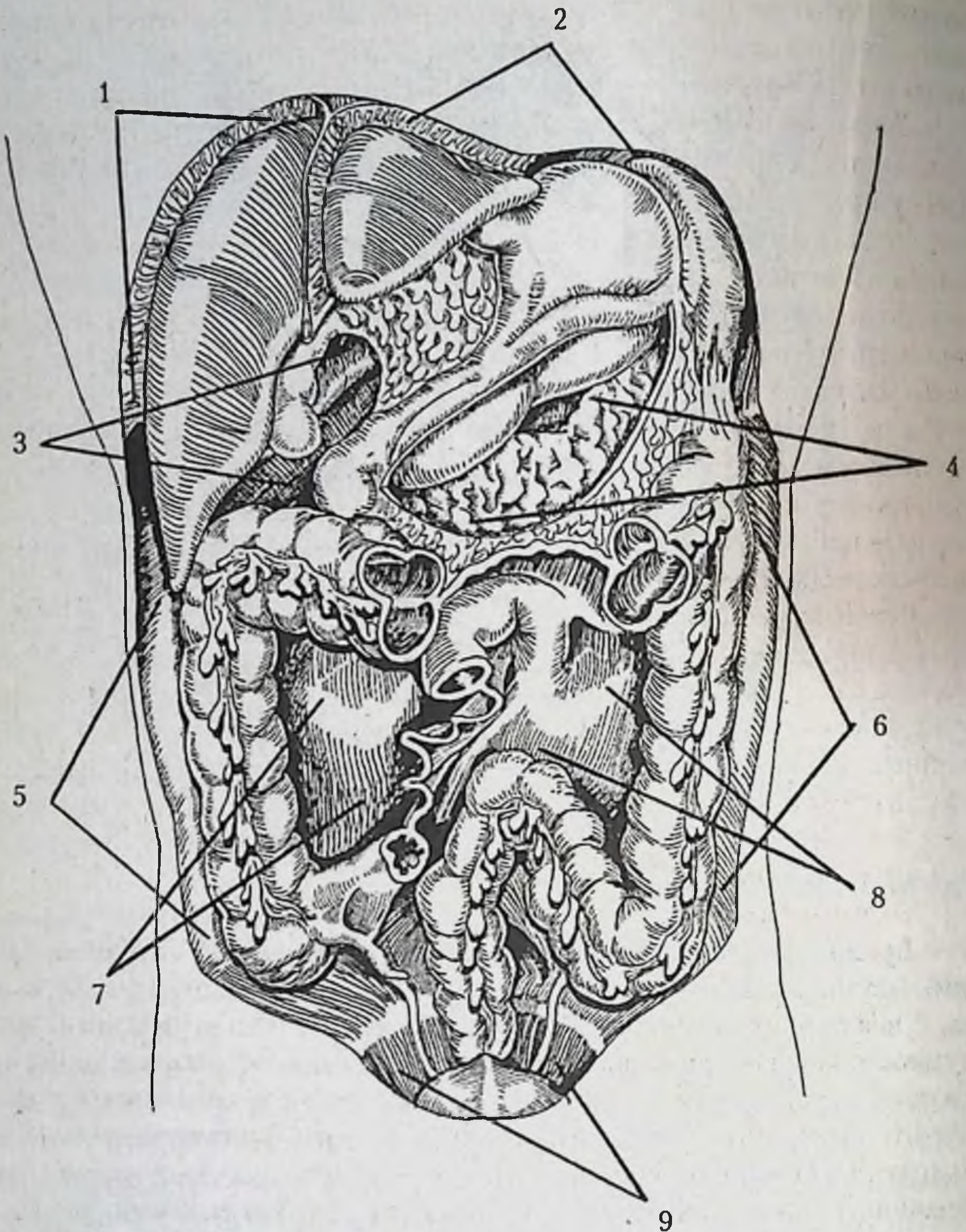


Рис. 88. Этажи и области брюшной полости:

1 — правое поддиафрагмальное пространство; 2 — левое поддиафрагмальное пространство; 3 — подпеченочное пространство; 4 — сальниковая сумка; 5 — правый боковой канал; 6 — левый боковой канал; 7 — правый мезентериальный синус; 8 — левый мезентериальный синус; 9 — малый таз.



палительный экссудат попадает в правое поддиафрагмальное пространство чаще всего по правому боковому каналу из правой подвздошной ямки или же из-под печеночного пространства по наружному краю печени.

*Левое поддиафрагмальное пространство* состоит из двух широко сообщающихся друг с другом отделов: преджелудочной и левой печеночной сумок.

Левая печеночная сумка представляет собой пространство между левой долей печени снизу и диафрагмой сверху и спереди. Справа оно ограничено серповидной связкой, сзади — левой частью венечной связки и левой треугольной связкой печени. Преджелудочная сумка ограничена сзади малым сальником и желудком, спереди и сверху — диафрагмой, левой долей печени и передней брюшной стенкой, справа — серповидной и круглой связками печени. Особо выделяется латеральный отдел преджелудочной сумки. Это пространство расположено вокруг селезенки (*saccus caecus lienalis*). При воспалительных процессах оно может отграничиваться от медиального отдела преджелудочной сумки.

Левое поддиафрагмальное пространство отделено от левого бокового канала хорошо выраженной левой диафрагмально-ободочной связкой и свободного сообщения с ним не имеет. Абсцессы, возникающие в левом поддиафрагмальном пространстве в результате прободения язв желудка, гнойных заболеваний печени и другой патологии, могут распространяться слева в слепой мешок селезенки, а спереди могут смещаться между передней стенкой желудка и верхней поверхностью левой доли печени до поперечно-ободочной кишки и ниже.

*Подпеченочное пространство* расположено между нижней поверхностью правой доли печени и поперечно-ободочной кишкой с ее брыжейкой, слева его границы доходят до ворот печени и сальникового отверстия. Хотя это пространство (с морфологической точки зрения) едино, патоморфологически оно разделяется на передний и задний отделы. В передний отдел этого пространства обращены почти вся брюшная поверхность двенадцатиперстной кишки. Задний отдел подпеченочного пространства, расположенный у заднего края печени справа от позвоночника, представляет собой наименее доступный для осмотра участок — желчно-печеночный карман. Абсцессы, возникающие вследствие прободения язв двенадцатиперстной кишки или деструктивного холецистита, располагаются чаще в переднем отделе подпеченочного пространства. Паранефральные абсцессы справа локализуются преимущественно в заднем отделе этого пространства.



*Сальниковая сумка* — наиболее изолированное пространство верхнего этажа брюшной полости. Вход в сальниковую сумку возможен через сальниковое отверстие, расположенное около ворот печени. При заращении спайками сальникового отверстия воспалительный процесс оказывается ограниченным в данной области брюшной полости.

В нижнем этаже брюшной полости выделяются следующие анатомо-топографические области.

*Правый мезентериальный синус* ограничивается сверху брыжейкой поперечно-ободочной кишки, справа — восходящей ободочной кишкой, слева и внизу — брыжейкой тонкой кишки и терминальным отделом подвздошной кишки. Правый брыжеечный синус сообщается с левым над двенадцатиперстно-тощим изгибом тонкой кишки.

*Левый мезентериальный синус* сверху отграничен брыжейкой поперечно-ободочной кишки и брыжейкой сигмовидной кишки, справа — брыжейкой тонкой кишки. Этот синус широко сообщается с полостью малого таза. Синус выполнен петлями тонкой кишки, большим сальником и поперечно-ободочной кишкой.

*Правый боковой канал* расположен между боковой стенкой живота и правым краем восходящей ободочной кишки, лежащим мезаперитонеально. Вверху он сообщается с задним отделом правого поддиафрагмального пространства, внизу — с правой подвздошной ямкой.

*Левый боковой канал* ограничен левой боковой стенкой брюшной полости и нисходящей ободочной кишкой. Селезеночно-ободочная связка сверху отграничивает боковой канал от ложа селезенки и правого поддиафрагмального пространства. Внизу левый боковой канал через левую подвздошную ямку сообщается с полостью малого таза.

*Полость малого таза* сообщается как с боковыми каналами, так и с мезентериальными синусами. Строение и конфигурация полости малого таза зависят от пола больных.

Знание топографии областей живота имеет важное значение при определении распространенности перитонита.

### **Контрольные вопросы по базисным знаниям**

Каковы функции брюшины?

Как покрыты брюшиной органы малого таза?

Где локализуются карманы и углубления брюшины?

Какие органы живота располагаются интраперитонеально в верхнем этаже брюшной полости?



Какие органы живота располагаются экстраперитонеально в нижнем этаже брюшной полости?

Какие органы брюшной полости располагаются мезоперитонеально?

Каковы возможные пути распространения гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости?

Каковы основные пути лимфооттока из брюшной полости?

Каковы особенности строения участков брюшины, трансудирующих и всасывающих полостную жидкость?

Каковы источники кровоснабжения органов брюшной полости?

Как иннервируются органы и стенки брюшной полости?

### Материалы для подготовки к занятию

Несмотря на успехи современной медицины, летальность при разлитом перитоните достигает 40%. Она обуславливается тяжелой общей интоксикацией и выраженной полиорганной недостаточностью, вызываемыми воспалением брюшины.

**Патогенез перитонитов.** Перитонит — воспаление брюшины, сопровождающееся как местными, так и общими симптомами, частое осложнение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Первичный перитонит встречается лишь в 1% случаев. Начавшись как местный процесс, перитонит быстро превращается в опасное для жизни заболевание всего организма, приводящее к интоксикации, гипоксии, глубоким нарушениям метаболизма, иммунной защиты и к полиорганной недостаточности. Непосредственная его причина — вегетация на брюшине эндогенной микрофлоры. Ее состав определяется уровнем повреждения желудочно-кишечного тракта. Кроме брюшины, при перитоните инфицируются и отделы лимфатической системы, обеспечивающие отток лимфы от органов живота. В сосудах, по которым лимфа оттекает из зоны воспаления или деструкции, возникают застойные явления, обусловленные недостаточностью сосудистых клапанов. Лимфоотток начинает осуществляться в ретроградном направлении, в сторону интактных органов, коллекторы которых дренируются в единые (с пораженными органами) отделы лимфатической системы. Лимфатические узлы, депонирующие микроорганизмы, становятся дополнительными очагами вегетации патогенной микрофлоры.

Основу патогенетических изменений при перитоните составляют эндотоксикоз, паралитическая кишечная непроходимость и нейроэндокрин-



ные реакции, развивающиеся в ответ на воспаление брюшины, гиповолемию и дисгидрию.

Кишечный паралич обуславливается как нейрорефлекторными влияниями (гиперсимпатикотонией), так и расстройствами микроциркуляции. Первоначально при перитоните кровоток снижается в кишечных сосудах и значительно возрастает в сосудах париетальной брюшины. Повышенная квота кровотока в подвздошных артериях несколько ограничивает приток крови к очагу перитонита, что уменьшает резорбцию токсинов и продуктов обмена из очага деструкции или повреждения. В дальнейшем расстройства микроциркуляции становятся генерализованными за счет подавления минутного объема кровообращения, падения плазменного объема и концентрации альбумина, усиления агрегации клеток крови, освобождения гистамина, активации калликреин-кининовой системы, действия микробных токсинов и продуктов распада нейтрофилов. Развивающиеся микроциркуляторные расстройства обуславливают переход кишечного пареза в кишечную непроходимость.

Паретичная тонкая кишка вместе с воспаленной брюшиной является основным источником эндогенной интоксикации при перитоните. Барьерные свойства стенки кишки в условиях ее пареза существенно снижаются. При этом во внутреннюю среду организма поступают не только токсины из перитонеального экссудата, но и продукты нарушенного пищеварения. Блокада лимфооттока облегчает проникновение в кровь не только ингредиентов, обуславливающих эндогенную интоксикацию, но и микроорганизмов. Создаются условия для развития перитонеального сепсиса. В формировании эндотоксикоза существенная роль отводится протеазам плазмы крови. Их источником служит не столько поджелудочная железа, сколько полиморфноядерные лейкоциты перитонеального экссудата и крови. Резкое усиление их активности способствует избытку продуктов перекисного окисления липидов.

Расширенные желудок и кишечные петли повышают внутрибрюшное давление, значительно оттесняют диафрагму кверху. Это приводит к сдавлению базальных отделов легких, уменьшению объемов вдоха и эффективности кашля. Увеличивается вероятность аспирации рвотных масс. Таким образом, создаются условия для развития дыхательной недостаточности. Возникает несоответствие между потребностью тканей организма в кислороде и возможностью его доставки к ним. В финале перитонита развивается гиповентиляция. Она и гипоксемия, обуславливающие паренхиматозные расстройства газообмена, определяют исход перитонита.



Алгоритм развития перитонита представлен на схеме (рис. 89).

**Клиническая картина перитонита.** Из-за тяжести состояния больных перитонитом их обследование должно проводиться быстро, но тщательно. Темп развития клинической картины определяется несколькими факторами: недостаточностью механизмов защиты, высокой вирулентностью инфекции, объемом и скоростью контаминации брюшной полости, неадекватным лечением. Клинические проявления, как правило, обусловлены нарушением гемодинамики, моторики желудочно-кишечного тракта, иммунной защиты, гиповолемией, полиорганной недостаточностью.

Ведущие жалобы больных при перитоните: постоянные боли в животе, сухость во рту, жажда, задержка стула, общая слабость. Важно установить источник перитонита (острый аппендицит, острый деструктивный холецистит, прободение язв и т. д.). Неопределенность локализации болей в животе при наличии изменений в том или ином органе брюшной полости обусловлены тем, что воспаление только висцеральной брюшины вызывает слабую и не дифференцированную болевую реакцию. Воспаление париетальной брюшины определяет интенсивную и локализованную боль.

Ограничение дыхательных движений брюшной стенки, слегка вздутый болезненный (при пальпации) живот — основные признаки катастрофы в брюшной полости. Осторожная ориентировочная поверхностная пальпация передней брюшной стенки позволяет выявить степень напряжения ее мышц. Глубокая методическая скользящая пальпация живота при остром перитоните бесполезна и вредна. Исключительную информативность в диагностике перитонита имеют симптомы Менделя—Раздольского, Воскресенского, Щеткина—Блумберга, Берштейна, Спигарного (рис. 90). Зона их максимальной выраженности обычно соответствует локализации источника перитонита. Настойчивые попытки выявить другие симптомы, характерные для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, при распространенном перитоните неоправданны и вредны. Выпот в брюшной полости определяется перкуторно. Также выявляется паретическое вздутие кишки. При аускультации брюшной полости у больных перитонитом кишечные перистальтические шумы или вообще не определяются, или резко ослаблены. Над раздутыми резонирующими паретичными петлями кишки возможно выслушивание сердечных тонов или даже дыхательных шумов.

При исследовании общего объективного статуса у больных перитонитом обращают на себя внимание: произвольное облизывание губ; сглатывание слюны; икота; изменения в состоянии психики (угнетение или эй-



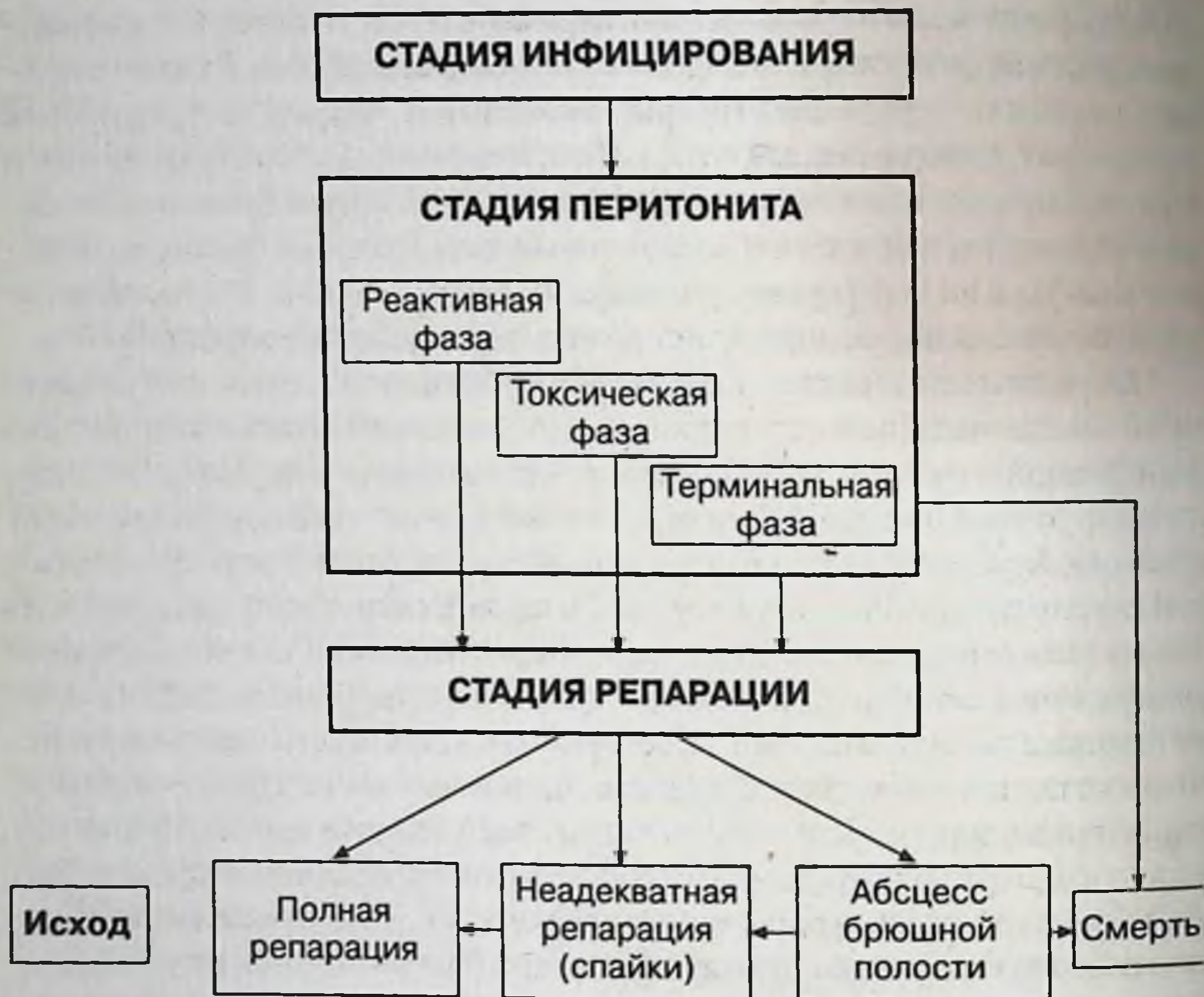


Рис. 89. Алгоритм развития перитонита.



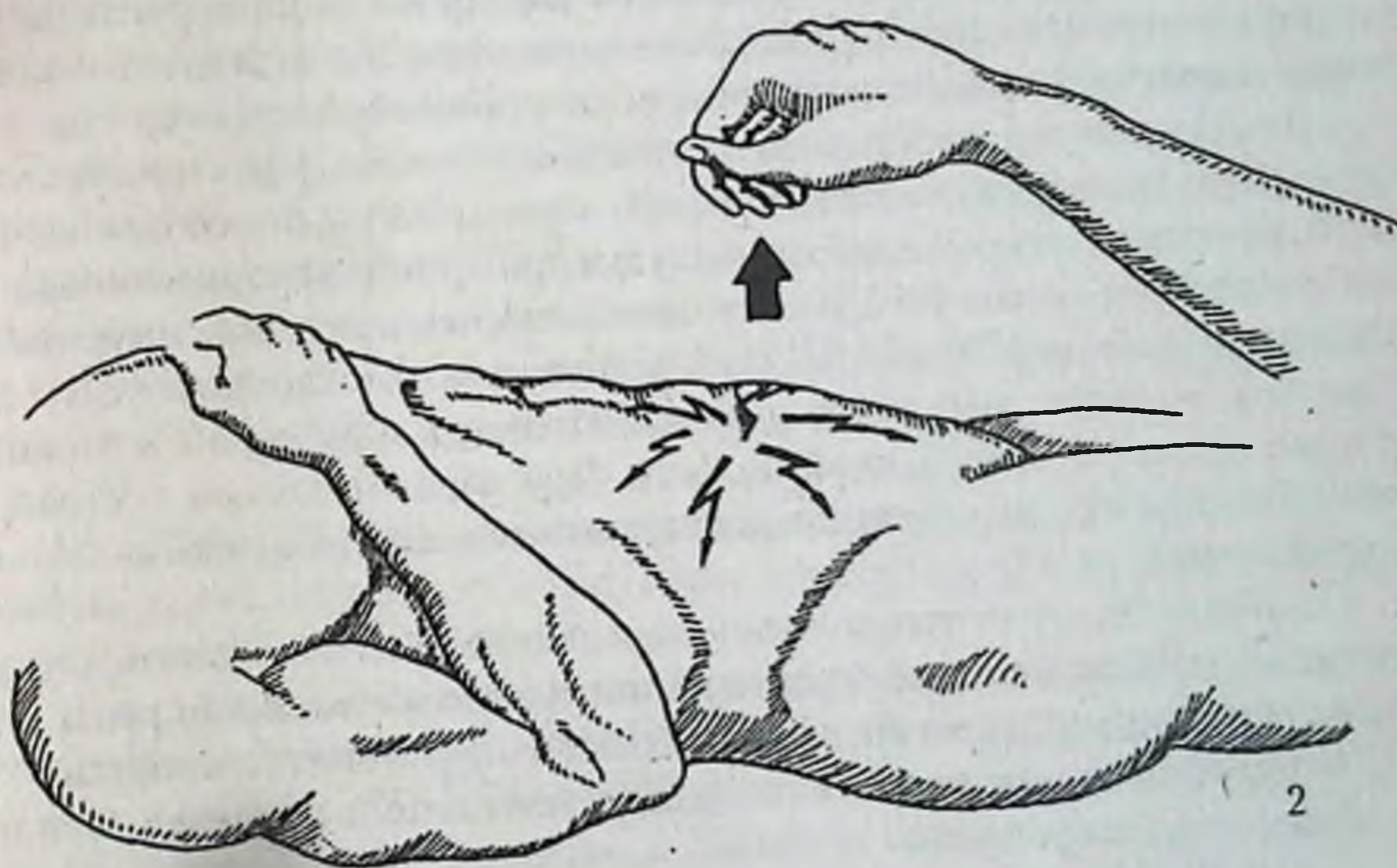
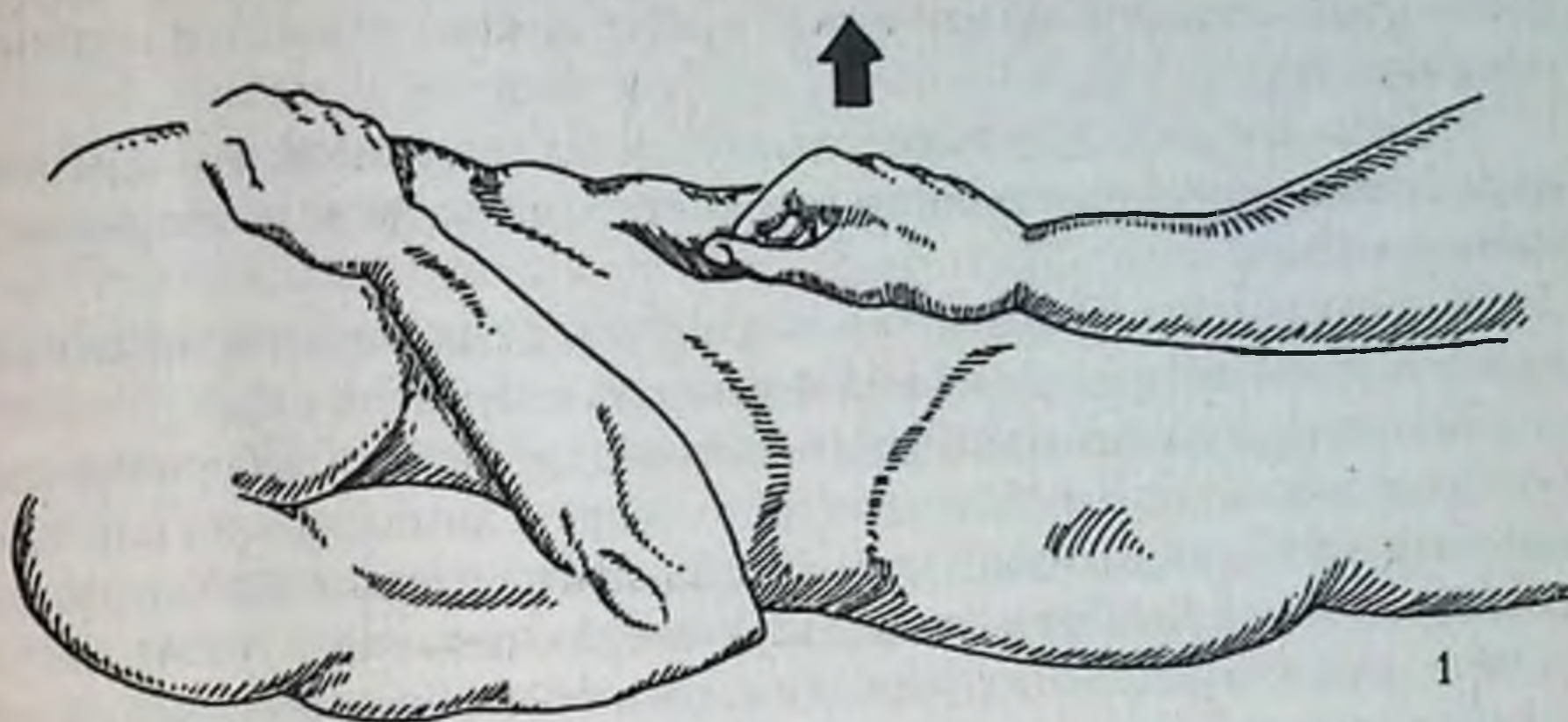


Рис. 90. Симптом Щеткина—Блюмберга:  
 1 — умеренная болезненность при глубокой пальпации живота; 2 — усиление болевых ощущений в животе при резком удалении пальпирующей руки.



фория), двигательной активности и окраске кожных покровов; тахипноэ; тахикардия.

Объективное обследование заканчивается определением подмышечно-ректального температурного градиента и пальцевым исследованием прямой кишки.

При исследовании прямой кишки может отмечаться нависание ее стенок, их болезненность, наличие инфильтрата в малом тазу и др.

Клинические симптомы перитонита подкрепляются лабораторными данными: возрастанием лейкоцитарного индекса интоксикации или соотношения нейтрофилы/лимфоциты; признаками дегидратации (по результатам волдырной пробы) и сгущения крови (по показаниям гематокрита); повышением осмолярности плазмы и содержания молекул средней массы; показателями избыточного перекисного окисления липидов (по концентрации малонового альдегида). Снижение парциального давления кислорода, падение концентрационного индекса по креатинину и мочеvine, нарастание азотемии, билирубинемии и активности маркеров цитолиза гепатоцитов (аланин-аминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы) позволяют предположить начальные проявления полиорганной недостаточности.

Для рентгенодиагностики перитонита выполняются рентгенограммы грудной клетки и живота, латерография на левом боку и, по особым показаниям, контрастное исследование желудка при приеме внутрь небольшого количества бариевой взвеси. К рентгенологическим признакам перитонита относятся: свободный газ в брюшной полости, высокое стояние купола диафрагмы, наличие реактивных воспалительных изменений в нижних отделах легких и плевральной полости. При паралитическом состоянии тонкой кишки в ее просвете определяются газы и многочисленные мелкие уровни жидкости.

Наиболее часто рентгенологическая диагностика перитонита осуществляется в раннем послеоперационном периоде. Основными рентгенологическими признаками послеоперационного перитонита являются:

- преобладающее вздутие тонкокишечных петель в зоне вероятного патологического процесса;
- утолщение складок слизистой оболочки кишки на ограниченном участке;
- умеренное расширение межпетельных пространств и боковых каналов живота;
- скопление жидкого содержимого в просвете кишки с формированием нечетких уровней;



— отдельные скопления газов в ободочной кишке с отсутствием в ней плотного содержимого.

Что касается других специальных методов исследования, которые предлагаются для распознавания перитонита (электро- и фотоэнтерография, тепловидение, ультрасонография, компьютерная томография, сканирование живота с помощью изотопов галлия и индия), то ни один из них не является абсолютно достоверным, быстровыполнимым и широкодоступным.

При диагностике перитонита достаточно результативна лапароперитонеоскопия (видеолапароскопия). При этом выявляются гиперемия брюшины, уменьшение ее блеска до его полного отсутствия, фибриновые наложения, жидкий экссудат (серозный, гнойный, гнилостный, геморрагический), отек и инфильтрация сальников, брыжеек, стенок кишечника. Большую диагностическую ценность в таких случаях имеет промывание брюшной полости стерильным физиологическим раствором и контроль за содержимым, поступающим по дренажной трубке. Особое внимание при этом придается анализу экссудата из брюшной полости. В нем может отмечаться высокая концентрация амилазы, примесь желчи, кишечного содержимого, кала, мочи, крови. По содержанию этих примесей можно установить источник перитонита. Если причина перитонита — анаэробная инфекция, то экссудат носит серозно-геморрагический или гнойный характер, имеет коричневую, зеленую или грязно-серую окраску, в нем присутствуют капли жира, пузырьки газа. При этом улавливается гнилостный запах.

Важное значение для проведения целенаправленной антибиотикотерапии имеет определение характера микрофлоры (бактериоскопия и бактериологический посев).

Дифференциальный диагноз острого перитонита проводится прежде всего с заболеваниями, протекающими с синдромом перитонизма, но не требующими оперативного лечения. Это диабетический псевдоперитонит, тиреотоксический «острый живот», абдоминальный синдром при остром гиперпаратиреозе, острый криз при болезни Аддисона, базальная пневмония, диафрагмальный плеврит, острый перикардит, инфаркт миокарда, тяжелые печеночные и почечные колики, уремия, ревматический абдоминальный синдром, ушибы брюшной стенки с субсерозными множественными мелкими кровоизлияниями, закрытая травма позвоночника с радикулярным синдромом, острые лимфолейкозы с гетеротопическими очагами лимфообразования в позвонках и вторичным радикулярным синдромом и др.



### Классификация перитонитов.

*По основному заболеванию или повреждению (раневой, язвенный, аппендикулярный и т. д.).*

*По основному возбудителю (стафилококковый, коли-бациллярный, гонококковый и т. д.).*

*По распространенности:*

1) местный:

отграниченный;

неотграниченный;

2) разлитой.

*По характеру экссудата и содержимого полости брюшины:*

1) серозный, серозно-геморрагический, серозно-фибринозный;

2) гнойный, фибринозно-гнойный;

3) гнилостный;

4) каловый;

5) желчный.

*По фазам патологического процесса:*

а) реактивная (первые 24 ч);

б) токсическая (24–72 ч);

в) терминальная (свыше 72 ч).

При местном отграниченном перитоните воспалительные изменения не выходят за пределы зоны повреждения или очага деструкции. При неотграниченном перитоните воспалительная реакция распространяется на смежные области. При разлитом перитоните распространение воспалительных изменений в брюшине и воспалительного экссудата происходит за пределы первичного очага перитонита с вовлечением в процесс не менее двух анатомических областей. Подразделение перитонитов на общие и местные важно в тактическом плане, так как при местном перитоните устранение его источника сочетается только с санацией области поражения. Этого достаточно для предупреждения распространения гнойно-воспалительного процесса. При разлитом перитоните проводится обширная санация полости брюшины через срединный доступ.

Наиболее частыми причинами перитонита являются острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит, сальпингит и др.); деструктивные процессы желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся перфорацией или гангреной стенки полого органа (язва желудка или двенадцатиперстной кишки, злокачественные опухоли брюшной полости, острая кишечная непроходимость, ущемлен-



ные грыжи, тромбоз брыжеечных сосудов и др.); повреждения органов брюшной полости; послеоперационная несостоятельность швов; вскрывшиеся в свободную брюшную полость абсцессы и флегмоны забрюшинной клетчатки. Инфицирование брюшной полости возможно при развитии изменений в соседних органах и полостях (гнойный паранефрит, базальная эмпиема плевры, флегмона передней брюшной стенки), а также во время операций на органах брюшной полости или при ранениях живота.

Послеоперационные перитониты в зависимости от механизма возникновения развиваются в виде трех клинических вариантов: первичный или продолженный перитонит, вторичный медленно развивающийся и вторичный быстро прогрессирующий общий перитониты. Каждый вариант вторичного перитонита может быть разделен по особенностям клинического течения на типичный или атипичный. Хотя такая классификация и не представляет окончательного механизма развития перитонита, однако она достаточна для принятия окончательного решения о релапаротомии как одного из важнейших компонентов программы лечения больных, у которых течение послеоперационного периода осложнилось перитонитом.

Клиническая картина местного перитонита, как правило, отражает проявления основного заболевания при выраженных симптомах местного поражения брюшины. При разлитом перитоните клинические проявления воспаления в брюшной полости сглаживаются общей эндогенной интоксикацией.

**Лечение перитонита.** Установление диагноза перитонита предопределяет проведение экстренной операции. При токсической и терминальной фазах перитонита (а также отсутствии продолжающегося кровотечения) из-за водно-электролитных нарушений, обезвоживания организма и явлений эндотоксического шока больным осуществляется непродолжительная предоперационная подготовка. Она проводится в отделении интенсивной терапии или на операционном столе.

Операция выполняется под общим обезболиванием. Независимо от источника перитонита, осуществляется срединный доступ, позволяющий произвести надлежащую ревизию и санацию брюшной полости. При ограниченном перитоните (острый холецистит, острый аппендицит и др.), а также при абсцессах подпеченочного или поддиафрагмального пространства разрез передней брюшной стенки может быть выполнен непосредственно над патологическим очагом.

После лапаротомии удаляется патологическое содержимое из брюшины. В ходе ее ревизии определяется источник перитонита. Она обраба-



тывается наиболее простым и быстрым способом. При невозможности одномоментного устранения источника перитонита (панкреонекроз, множественные абсцессы печени, флегмона забрюшинного пространства, несостоятельность швов анастомозов, неоперабельные распадающиеся опухоли и др.) производится тщательное отграничение его с помощью тампонов и дренажных трубок.

Следующий этап операции — санация брюшной полости. Она осуществляется промыванием брюшной полости антисептическими растворами (чаще всего используется теплый раствор фурацилина с температурой 4–6°C). При анаэробном перитоните — 0,3% раствор NaCl (ЭХАР-анолит — электрически активированный раствор NaCl).

Неотъемлемым компонентом хирургического лечения разлитого перитонита является дренирование тонкой кишки. Оно показано при парезе тонкой кишки, в случаях токсической фазы перитонита огнестрельного происхождения или послеоперационного перитонита, при формировании межкишечных анастомозов или ушивании перфорационных отверстий в стенке кишки в условиях гнойного перитонита, при множественных спайках в брюшной полости. Предпочтение отдается назогастроинтестинальной интубации тонкой кишки (рис. 91.). Зондовая коррекция не только предусматривает декомпрессию кишечника, но и включает кишечный лаваж, энтеросорбцию, раннее энтеральное питание. Сроки пребывания зонда — 4–5 сут.

В послеоперационном периоде обеспечивается адекватное дренирование брюшной полости. Для ее пролонгированной санации используются двух- или трехпросветные дренажи с диаметром канала 1,5–2 см. Они подводятся к очагу перитонита, а также к местам скопления воспалительного экссудата: к полости малого таза, боковым каналам, поддиафрагмальным и подпеченочным пространствам (рис. 92).

Чаще всего в послеоперационном периоде через дренажные трубки проводится проточный или фракционный перитонеальный диализ (рис. 93). При пролонгированной санации брюшной полости методом перитонеальной перфузии важное значение придается изменению положения тела больного (рис. 94, 95). Для профилактики спаечной болезни брюшная полость во время операции орошается гемодезом или реополиглюкином с добавлением ферментов (трипсина, химоксаина, химотрипсина), антибиотиков и гепарина.

Все этапы по устранению перитонита могут быть в ряде случаев осуществлены лапароскопически. Противопоказаниями являются невозмож-



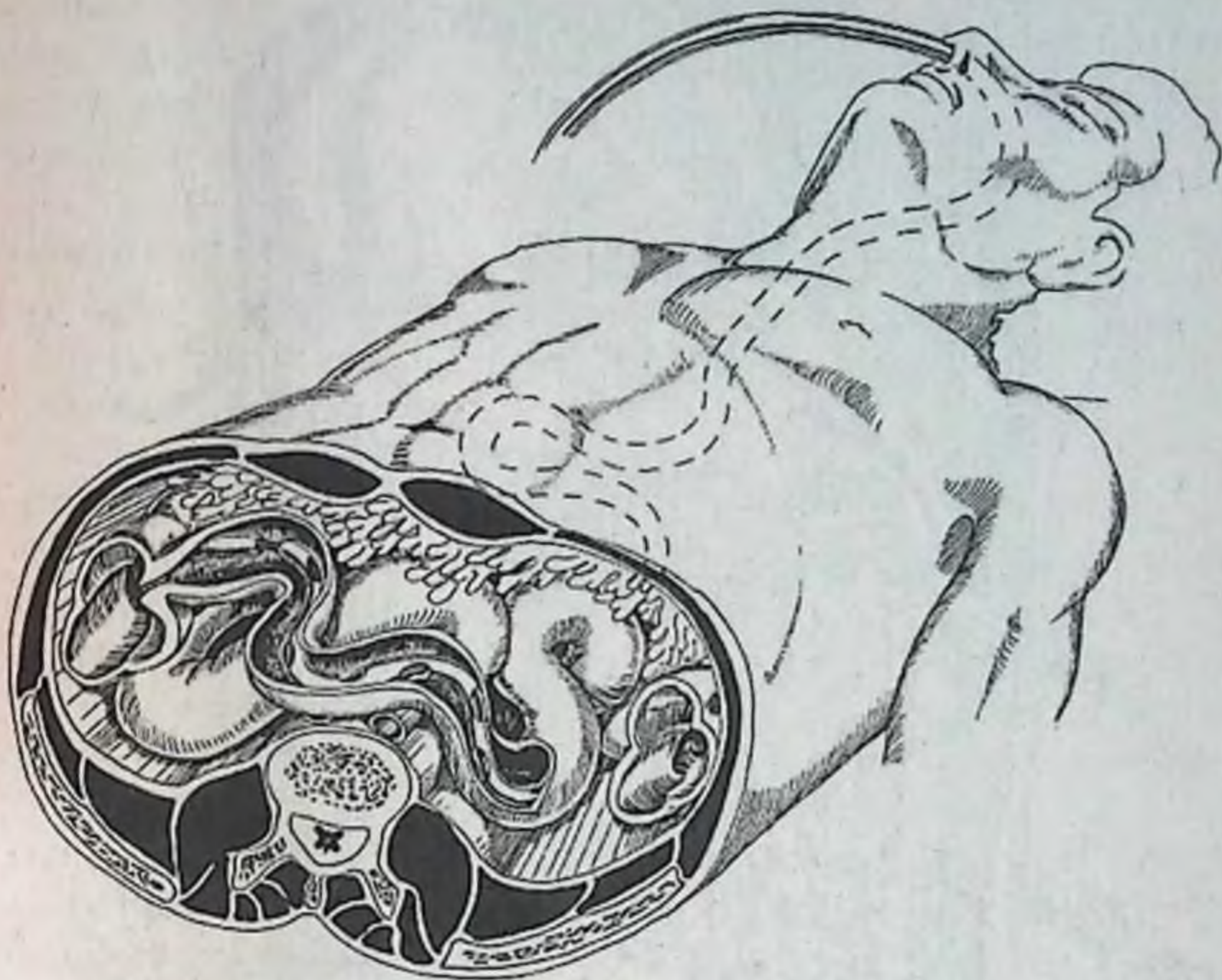


Рис. 91. Назогастроинтестинальная интубация до баугиниевой заслонки.

ность устранения или надежной изоляции источника перитонита, полноценной санации брюшной полости, а также необходимость тотальной интубации тонкой кишки.

Пролонгированная санация брюшной полости в послеоперационном периоде может осуществляться с помощью лапаростомы (перитонеостомы) или плановых санационных релапаротомий (перитонеоскопий). При лапаростомии в рану передней брюшной стенки вшиваются молнии-застежки (рис. 96). Смена повязок с санацией брюшной полости проводится несколько раз под эпидуральной анестезией или наркозом с соблюдением правил асептики и антисептики. Продолжительность такого лечения составляет от 3 до 5 дней, после чего лапаротомная рана ушивается вторичными швами или заживает вторичным натяжением. Показаниями к лапаростомии являются разлитой гнойный (каловый) перитонит с явлениями полиорганной недостаточности, разлитой перитонит с клиническими признаками анаэробной инфекции, эвентрация при гнойном перитоните (или



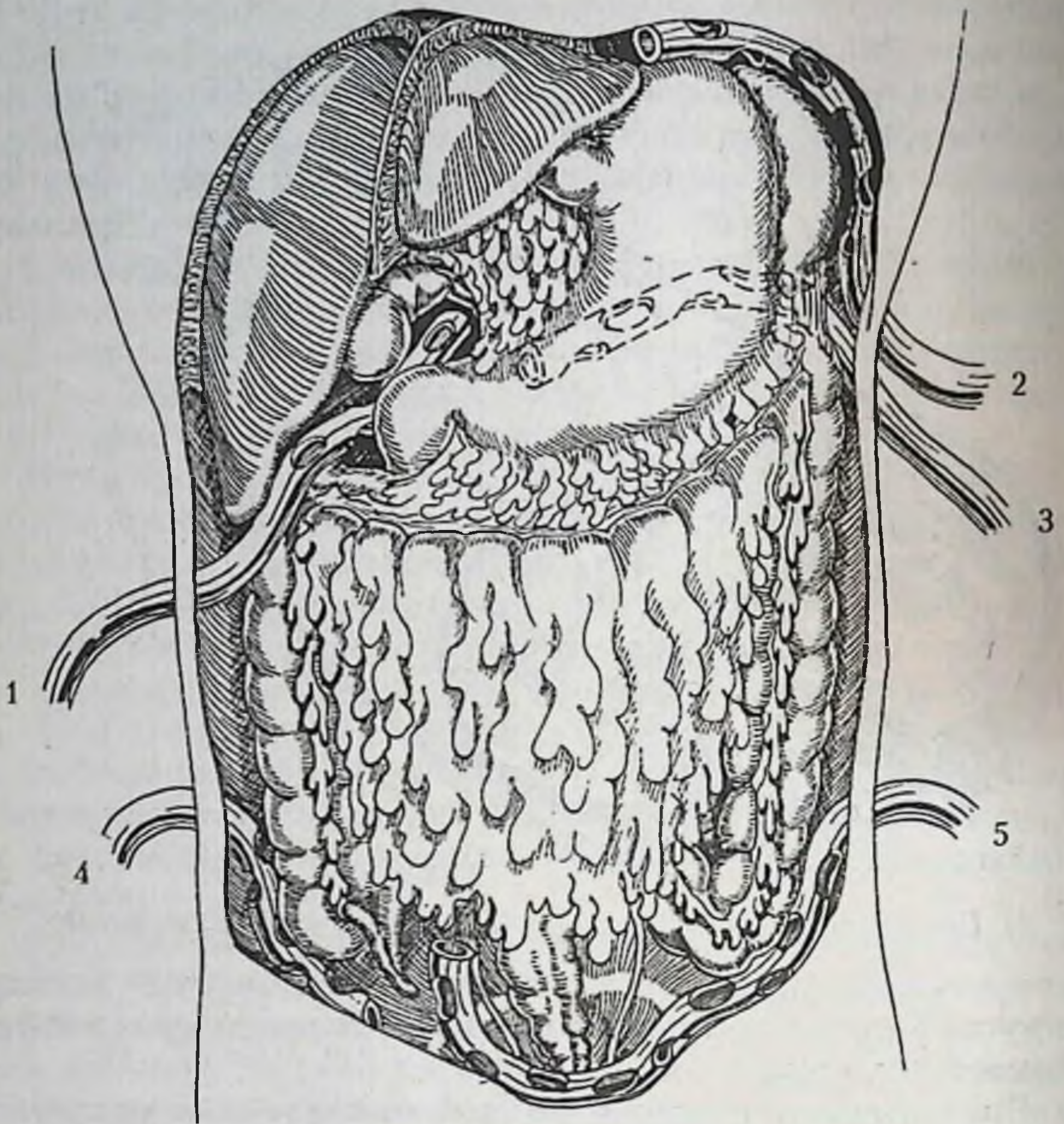


Рис. 92. Дренажирование областей брюшной полости:

1 — подпеченочного пространства; 2 — левого поддиафрагмального пространства; 3 — сальниковой сумки; 4 — правого бокового канала; 5 — малого таза.

же ее высокий риск при флегмонах передней брюшной стенки), невозможность полноценной санации при первичном вмешательстве.

Лечебные мероприятия в послеоперационном периоде являются продолжением программы терапии, начатой в ходе предоперационной подготовки и операции. Корректирующая терапия в послеоперационном перио-



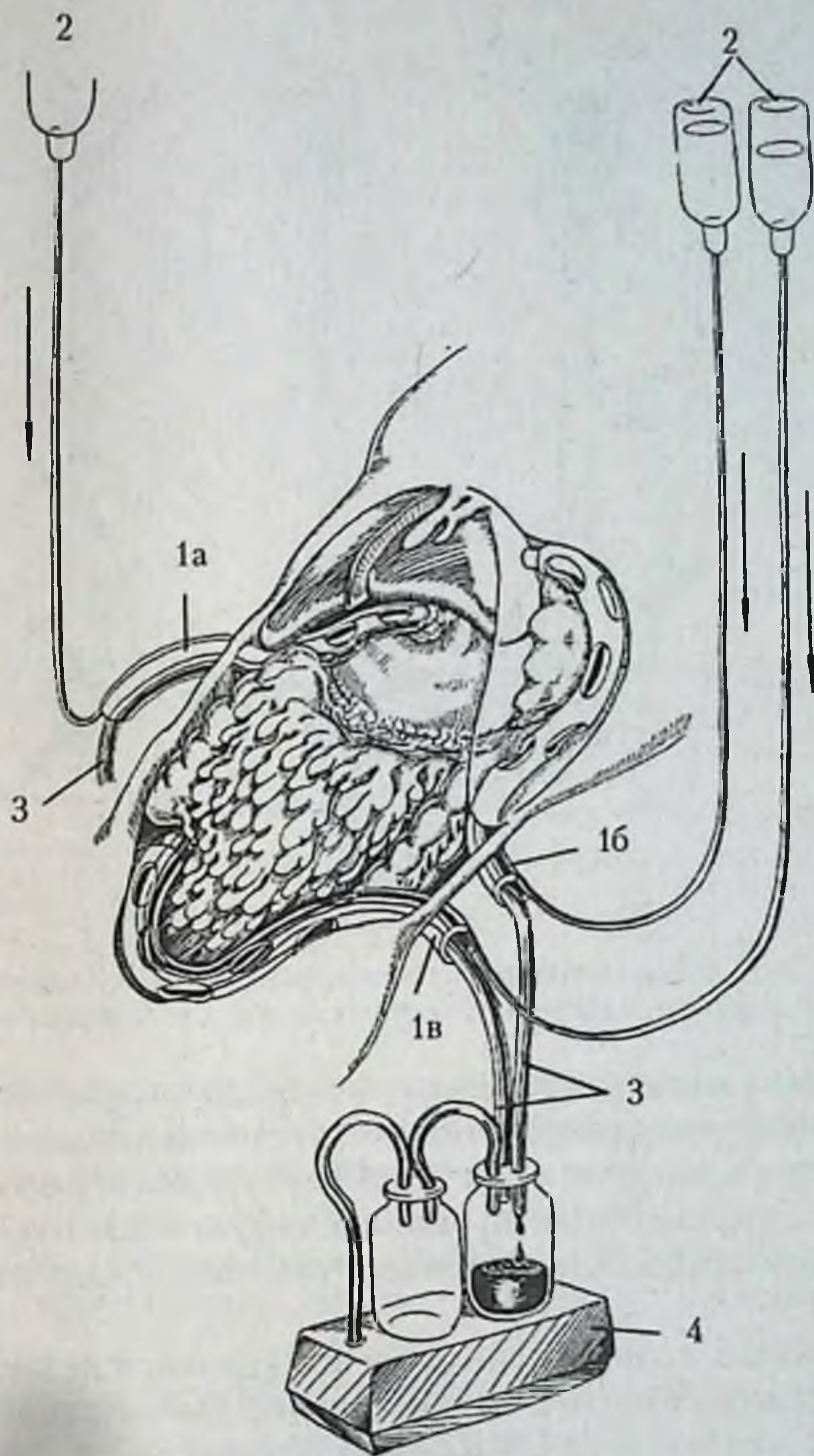


Рис. 93. Пролонгированная санация брюшной полости после операции проточно-промывным способом:

1 — трехпросветные трубки установлены: а — в подпеченочном пространстве, б — в левом поддиафрагмальном пространстве, в — в полости малого таза; 2 — емкости с антисептическими растворами, вводимыми в брюшную полость через малый канал трехпросветных трубок; 3 — трубки для оттока содержимого брюшной полости, установленные в широком канале двухпросветных трубок; 4 — отсос.



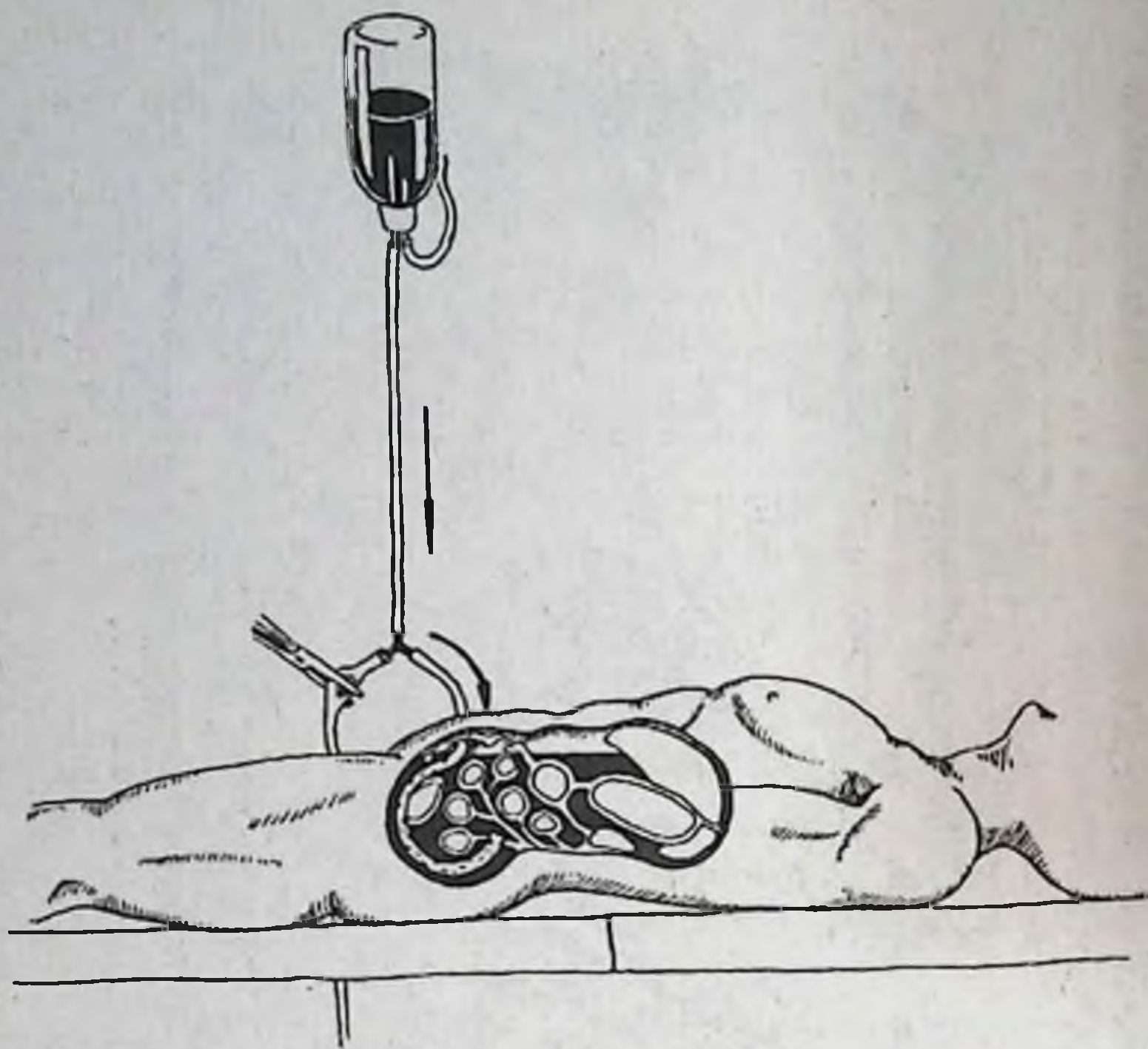


Рис. 94. Пролонгированная санация брюшной полости после операции методом перитонеальной перфузии: введение перфузата в полость брюшины.

де заключается в адекватном обезболивании (наркотические анальгетики, пролонгированная эпидуральная аналгезия, иглорефлексоаналгезия).

Следующим компонентом интенсивной терапии является парентеральное использование сбалансированных инфузионных и трансфузионных сред с учетом гидробаланса, показателей крови, белка и электролитов плазмы.

Профилактика и лечение синдрома полиорганной недостаточности достигается адекватной легочной вентиляцией, стабилизацией кровообращения с восстановлением ОЦК, нормализацией микроциркуляции в органах и тканях, восстановлением функций желудочно-кишечного тракта, коррекцией метаболических и иммунологических сдвигов и т. д.

Антибактериальная терапия, начатая до операции, обязательно должна быть продолжена с использованием эмпирического подбора препаратов: цефалоспорины (цефобид), аминогликозиды (гентамицин) и метронидазол. В тяжелых случаях, после определения чувствительности микрофлоры к



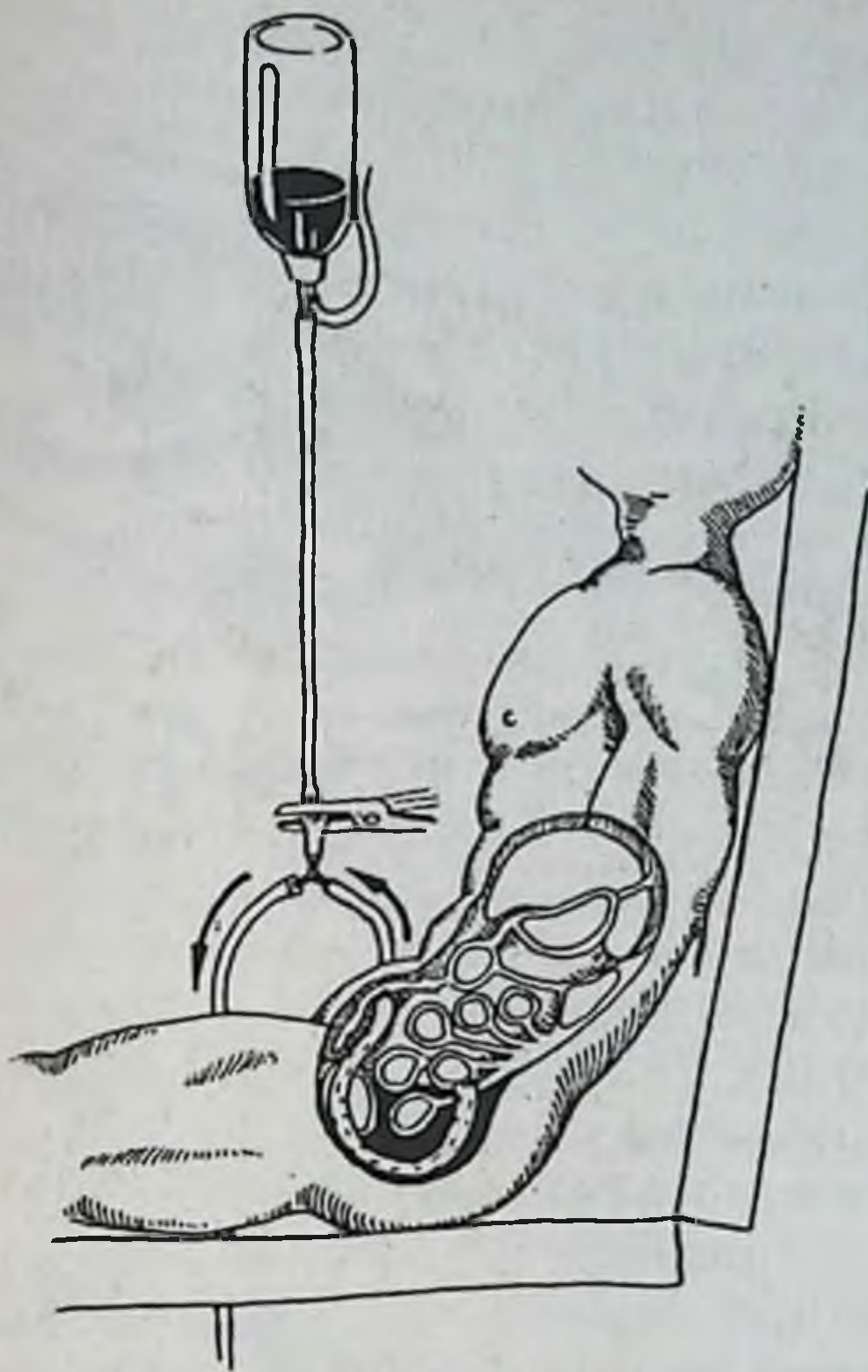


Рис. 95. Пролонгированная санация брюшной полости после операции методом перитонеальной перфузии: удаление содержимого полости брюшины после непродолжительной экспозиции перфузата.

антибиотикам, а также в случаях их смены — меронем, тиенам и др. — по показаниям. Пути введения антибиотиков — от внутримышечного до лимфотропного.

Иммунная терапия весьма целесообразна в сочетании с антибактериальной (пирогенал, протидиозан, иммуноглобулин, антистафилококковая плазма, ронколейкин и т. д.).

Экстракорпоральная детоксикация обязательно дополняет весь комплекс интенсивной терапии перитонита.

Отграниченные перитониты (абсцессы) могут быть излечены применением новых технологий: пункцией и дренированием под контролем УЗИ или путем лапароскопии.



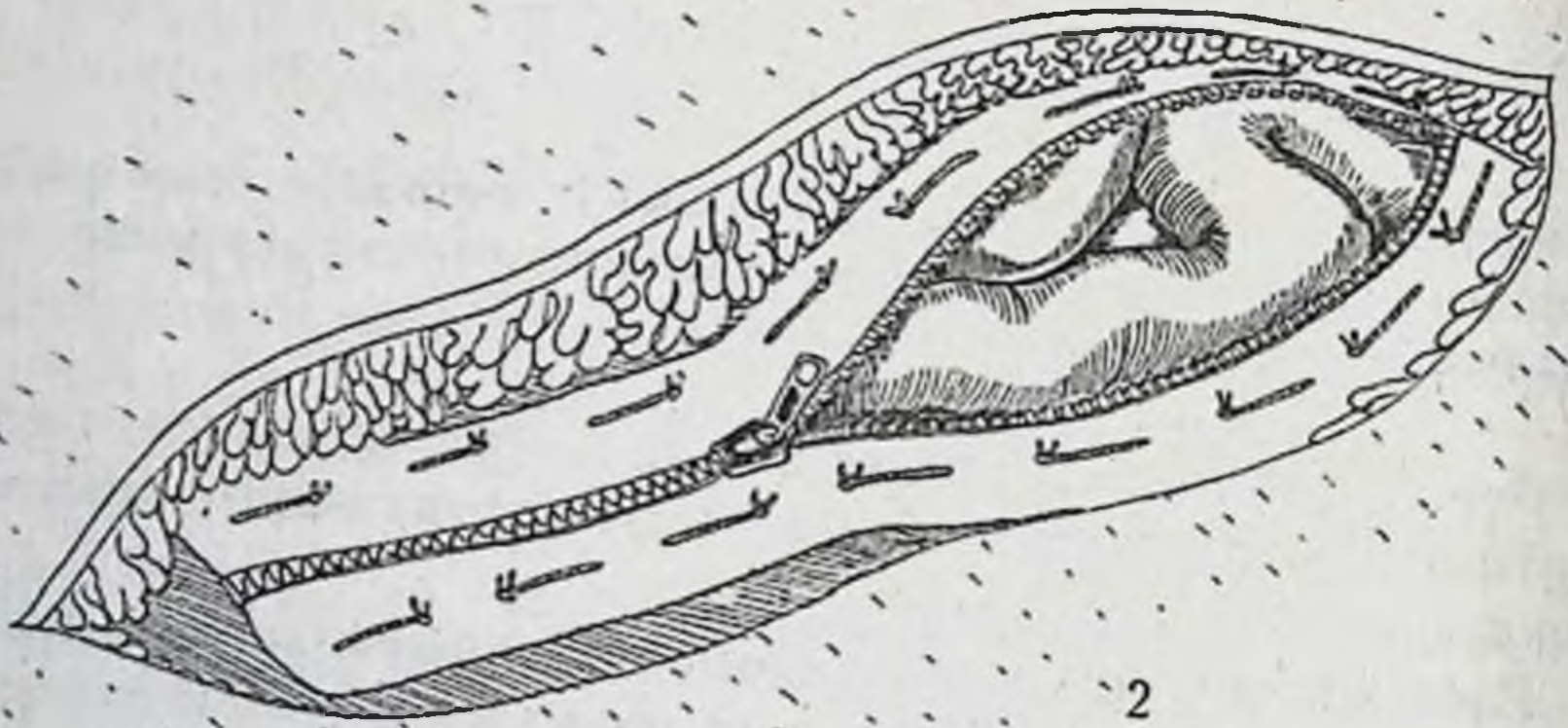
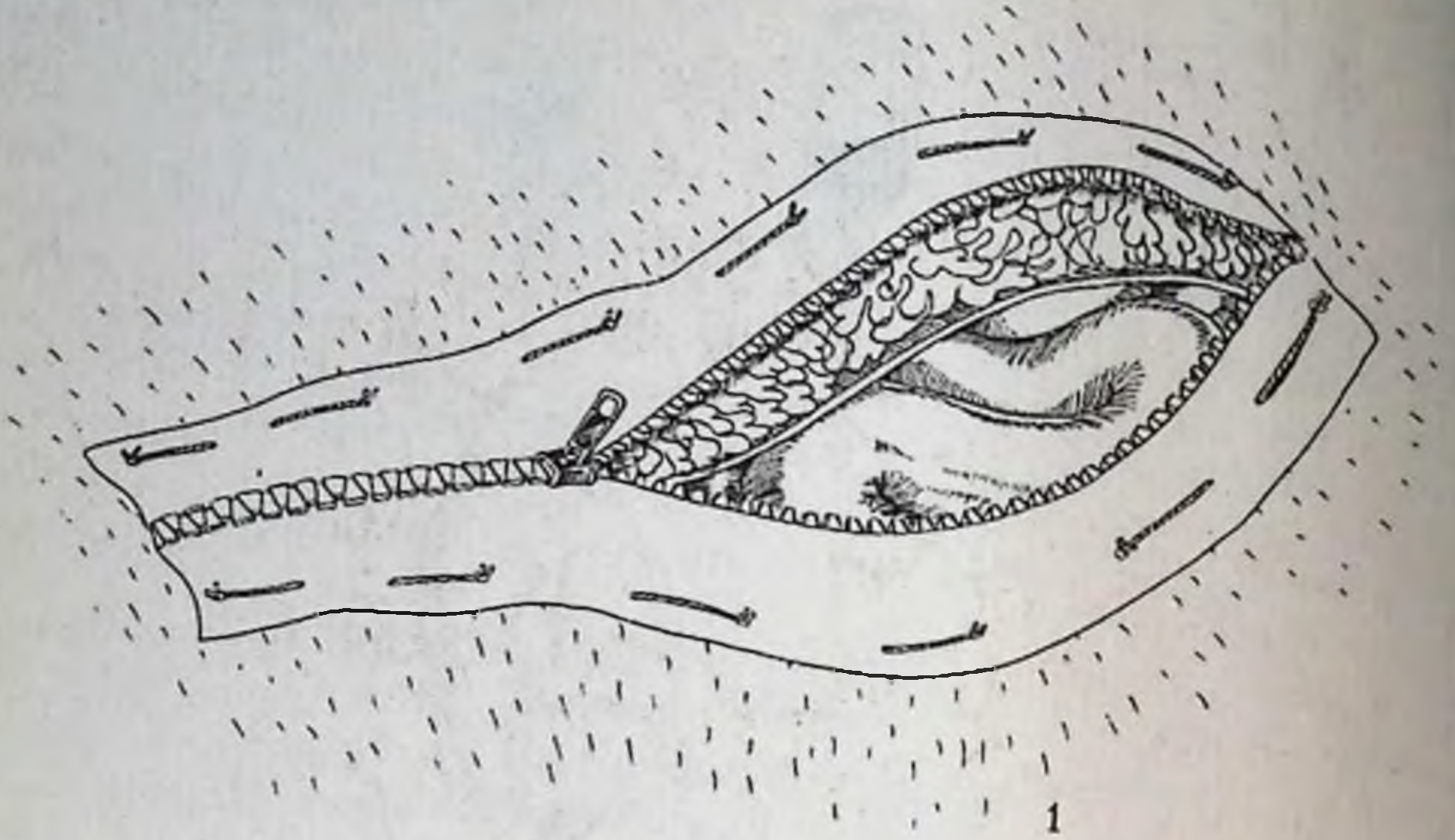


Рис. 96. Варианты вшивания молнии в ткани передней брюшной стенки при лапаротомии:  
1 — за кожу; 2 — в мышечно-апоневротический слой.



Специфические перитониты (туберкулезный, гонококковый, брюшнотифозный и т. д.) лечатся с учетом возбудителя.

Главной задачей доврачебной и первой врачебной помощи при перитоните, а также заболеваниях или повреждениях, угрожающих развитием перитонита, является экстренная доставка больных в хирургический стационар. На догоспитальном этапе лечебные мероприятия ограничиваются симптоматической терапией. При ранениях живота применяются защитные повязки, вводятся обезболивающие препараты, антибиотики и сердечные средства. При выраженной интоксикации уже во время транспортировки в стационар показано внутривенное вливание растворов. По показаниям применяются кортикостероиды, кардиотонические средства и вазопрессоры.

В стационаре диагноз перитонита уточняется и в экстренном порядке проводится операция. При сомнениях в диагнозе перитонита за больными устанавливается динамическое наблюдение с отметкой в истории болезни об их состоянии через каждые 2 ч пребывания в стационаре.

Перитонит — тяжелое осложнение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, оперативных вмешательств на органах брюшной полости и травм живота. Судьба больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости зависит от грамотных действий первого врача, к которому они обращаются за медицинской помощью. Своевременная диагностика и лечение патологических состояний, относящихся к группе «острый живот», предупреждает развитие и исход самого грозного их осложнения — перитонита.

### Контрольные вопросы по основному материалу

Как осуществляется лапаростомия?

В каких случаях при остром перитоните противопоказана назогастроинтестинальная интубация?

Как осуществляется дренирование тонкой кишки по И. Д. Житнюку?

Каковы принципы дренирования тонкой кишки по Ю. М. Дедереру?

Каковы принципы предоперационной подготовки при остром перитоните?

Какие антибиотики широкого спектра действия применяются при лечении перитонита в раннем послеоперационном периоде?

Каковы особенности выполнения форсированного диуреза при лечении перитонитов в раннем послеоперационном периоде?



Как осуществляется медикаментозная стимуляция моторной функции кишечника в раннем послеоперационном периоде у больных с перитонитом?

Какова методика энтеросорбции при остром перитоните?

Какие методики экстракорпоральной детоксикации используются при лечении больных острым перитонитом?

### **Необходимые практические навыки**

На занятии необходимо усвоить:

- методику обследования больных хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненными перитонитом;
- интерпретацию данных рентгенологических, инструментальных и лабораторных исследований у больных перитонитом;
- последовательность мероприятий предоперационной подготовки больных перитонитом;
- отдельные элементы ассистенции на операциях, выполняемых по поводу острого перитонита;
- методику пальцевого исследования прямой кишки;
- дифференциально-диагностические признаки послеоперационного травматического пареза кишечника и динамичной кишечной непроходимости на почве перитонита;
- варианты формулировок развернутого диагноза перитонита;
- методику зондирования желудка;
- методику катетеризации мочевого пузыря мягким катетером для исследования почасового диуреза;
- последовательность лечебных мероприятий при лечении больных перитонитом в послеоперационном периоде;
- методику ухода за дренажами, расположенными в брюшной полости;
- особенности оформления медицинской документации для проведения военно-врачебной экспертизы больным, лечившимся по поводу перитонитов различной этиологии при разных исходах заболевания.

### **Ситуационные задачи**

Студент В., 20 лет. Перенес аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита. На 5-е сутки послеоперационного периода развилась клиническая картина послеоперационного перитонита. Нижнесрединная лапа-



ротомия. В области илеоцекального отдела кишечника — абсцесс, содержащий 100 мл гноя. Гнойник вскрыт, брюшная полость промыта и дренирована силиконовой трубкой с множественными перфорационными отверстиями для перитонеальной перфузии. Через 10 дней после повторной операции у больного образовался абсцесс малого таза. Операция — вскрытие и дренирование абсцесса малого таза через прямую кишку. Выздоровление.

*В чем причина формирования гнойника малого таза?*

Больной Ж., 20 лет. Никогда не лечился по поводу заболеваний органов брюшной полости. 10 ч назад после обильной еды почувствовал интенсивную («кинжальную») боль в животе. Была однократная рвота. В течение часа от начала заболевания передвигаться не мог. При обследовании больного в поликлинике выявлена интенсивная болезненность в эпигастрии, усиливающаяся во время пальпации живота. Симптомы раздражения брюшины не определялись. Аппендикулярных симптомов не было. Печеночная тупость была сохранена. Диагноз острого хирургического заболевания органов брюшной полости был отвергнут. Заподозрено пищевое отравление. Находился под наблюдением участкового врача. На следующий день состояние больного ухудшилось — повысилась температура тела до 38°C, стали отмечаться тахикардия (до 120 уд/мин) и вздутие живота. Появились симптомы раздражения брюшины. Доставлен в клинику. При осмотре хирурга: несколько эйфоричен, пульс 120 уд/мин, отмечается одышка (до 24 дыхательных движений в 1 мин), выраженное вздутие живота. При его пальпации — во всех отделах положительный симптом Щеткина—Блумберга, в отлогих местах притупление перкуторного звука. Шумы перистальтики не выслушиваются. Оперирован с диагнозом «острый перитонит». Среднесрединная лапаротомия. В брюшной полости — 1,5 л желудочного содержимого. По брюшине — выраженные фибринозные наложения. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки — хроническая язва с перфоративным отверстием, прикрытым сальником.

*Сформулируйте диагноз. Как закончить операцию? В чем причина диагностической ошибки на догоспитальном этапе?*

Больная К., 48 лет. Поступила в больницу с диагнозом направления «печеночная колика». Приступы печеночной колики периодически отмечает в течение последних трех лет. Неоднократно обследовалась по этому



поводу. При холецистографии и ультразвуковом исследовании выявлялись множественные конкременты в желчном пузыре. От предлагаемой операции воздерживалась. При обследовании в госпитале отмечает, что боли в животе, начинающиеся типично для печеночной колики, сохраняются в течение 6–8 ч. Они располагаются в правом подреберье, стали менее интенсивными, но постоянными. У больной несколько раз была рвота с примесью желчи, не приносящая облегчение. Пульс — 110 уд/мин, АД — 110/60 мм рт. ст. Температура тела — 37,9°C. Глубокая пальпация живота в правом подреберье невозможна из-за выраженной мышечной резистентности. Здесь же — положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Диагностированы острый холецистит, перитонит. Оперирована в экстренном порядке. При ревизии брюшной полости в ней выявлен серозный выпот, в подпеченочном пространстве обнаружен рыхлый инфильтрат, состоявший из увеличенного желчного пузыря, большого и малого сальников, печени, поперечно-ободочной кишки. После разъединения органов, составляющих инфильтрат, установлено, что изменения в желчном пузыре, составлявшем основу инфильтрата, — гангренозные.

*Сформулируйте диагноз. Как завершить операцию? Каковы возможные осложнения в послеоперационном периоде?*

Больной Б., 45 лет, доставлен в больницу в тяжелом состоянии с клинической картиной разлитого перитонита. При экстренной операции обнаружена распадающаяся лейкосаркома тонкой кишки, осложненная абсцессом, признаки гнойного перитонита.

*Как завершить операцию?*

Милиционеру П., 20 лет, нанесено огнестрельное слепое проникающее ранение живота. Через 40 мин доставлен в госпиталь, где произведена лапаротомия, диагностировано повреждение тонкой кишки. Выполнена резекция тонкой кишки. В последующем у больного развилось септическое состояние. Диагностирован перитонит. Произведена релапаротомия, во время которой выявлены изменения, характерные для серозного перитонита с большим количеством выпота. Проведена санация брюшной полости, выполнено ее дренирование. Тяжелый послеоперационный период. По дренажам из брюшной полости постоянно поступало светлое отделяемое. Отмечалась олигурия. Заподозрено краевое повреждение мочеточника. Этот диагноз подтвержден ретроградной пиелографией. Выполнена левосторонняя люмботомия и ушивание дефекта мочеточника. Выздоровление.



*Сформулируйте диагноз для представления больного на врачебную комиссию.*

Больная П., 53 года, осмотрена в клинике по поводу интенсивных болей в брюшной полости. До этого в течение 2 мес отмечала немотивированную слабость, периодически — головокружение. Обследовалась амбулаторно (при исследовании крови — анемия; фиброгастродуоденоскопия — изменений не выявлено). Болевые ощущения в животе стала отмечать три дня назад на фоне задержки стула и газов. Накануне поступления в клинику боли в животе приобрели схваткообразный характер. При осмотре — живот вздут, положительные симптомы Валя, Обуховской больницы, Щеткина—Блумберга. При обзорной рентгенографии живота выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости в петлях тонкой кишки. Диагностирована острая кишечная непроходимость. Оперирована. При лапаротомии выявлена раковая опухоль селезеночного изгиба ободочной кишки, осложненная выраженным перифокальным воспалением и острой кишечной непроходимостью. С техническими трудностями произведена левосторонняя гемиколэктомия. На 5-е сутки послеоперационного периода течение заболевания осложнилось гнойным перитонитом. Во время релапаротомии установлено, что перитонит обусловлен несостоятельностью трансверзо-сигмоанастомоза.

*Являлось ли выполнение технически трудной гемиколэктомии однозначным оперативным вмешательством или могли быть альтернативные варианты объема первичной операции? Как завершить релапаротомию?*

### Вопросы для самоконтроля

Какова общая площадь брюшины?

Какие острые хирургические заболевания органов брюшной полости наиболее часто осложняются перитонитом?

Какова последовательность подготовки к операции больных перитонитом?

Каковы основные принципы лечения больных перитонитом в послеоперационном периоде?

Какие средства инфузионной терапии используются в плане предоперационной подготовки больных перитонитом?

Какие пути введения антибиотиков наиболее эффективны при перитоните?



Каковы особенности диагностики и лечения послеоперационных перитонитов?

Каковы проявления эндотоксического (инфекционно-токсического) шока при перитоните?

Всегда ли больным острым перитонитом проводится предоперационная подготовка?

Что такое асцит-перитонит?

Какие бывают специфические формы перитонитов?

Применяется ли при лечении перитонита эпидуральная анестезия?

Кто из отечественных хирургов и ученых России внес существенный вклад в разработку диагностики и лечения перитонитов?

### **Задание для самостоятельной работы под руководством преподавателя**

Провести клиническое обследование больного острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости, осложненным перитонитом.

Принять участие в операции, выполняемой по поводу перитонита.

Аргументированно обосновать проведение мероприятий интенсивной терапии больному с перитонитом в пред- и послеоперационном периодах.

Принять участие в перевязке больного, прооперированного по поводу перитонита.

Оформить медицинскую документацию для представления на врачебно-экспертную комиссию пациента, завершившего лечение по поводу перитонита.



Глава 2

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЧАСТО  
СИМУЛИРУЮЩИХ «ОСТРЫЙ  
ЖИВОТ»**



*«Когда имеешь дело со скрытыми и тяжелыми болезнями, то здесь искусство не помогает и нужно призвать на помощь размышление».*  
*Гиппократ.*

Алгоритмизация диагностики болезней — объективная необходимость. Она охватывает и абдоминальную, в том числе неотложную, патологию, независимо от локализации, характера и этиологии процесса.

Заболевания группы «острый живот» нередко протекают под маской болезней сердечно-сосудистой системы, заболеваний органов дыхания, мочевых путей, гинекологических заболеваний, болезней крови, инфекционных заболеваний и др.

Содержание 2-й главы представлено в виде таблицы (табл. 13). Это позволяет в краткие сроки получить необходимые сведения и быстро распознать заболевание, симулирующее «острый живот».

Представленные сведения рассчитаны на начинающих специалистов и студентов-медиков, независимо от их будущей специальности, так как в последующей своей работе они обязательно встретятся с этой категорией больных.

Владение алгоритмами синдромной диагностики не гарантирует полностью от возможных ошибок, так как алгоритмы только оптимизируют мышление врача и автоматически не исключают дефектов диагностического поиска.

Предлагаемая таблица дифференциальной диагностики содержит основные, нередко решающие, признаки заболеваний. Однако этих призна-



ков может и не быть у конкретного больного или они имеются, но врач из-за недостаточной квалификации и неопытности не обратил на них внимание. Для минимизации вероятных ошибок данные о заболеваниях, симулирующих «острый живот», сгруппированы по стандартной схеме, в которой необходимые сведения представлены согласно принятой методике обследования больных (расспрос, объективное обследование, специальные методы исследования). Это должно облегчить обучающимся восприятие обширной информации.



### Основные дифференциально-диагностические критерии

Нозологическая форма, симулирующая «острый живот»	Признаки симулирующего заболевания, отличные	
	при подробной характеристике жалоб и расспросе по органам и системам	по данным анамнеза
1	2	3
<b>2.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ</b>		
<b>Стенокардия</b>	Боли в верхних отделах живота могут сочетаться с болевыми ощущениями за грудиной сжимающего характера, чаще всего возникающими при психоэмоциональном или физическом перенапряжении, иррадиирующими в левое плечо, надплечье, под левую лопатку, проходящими после приема нитроглицерина и других быстродействующих коронаролитиков	Больные длительно (редко — впервые) наблюдаются и лечатся по поводу ишемической болезни сердца и ее осложнений (инфаркта/ов и атеросклеротического и постинфарктного кардиосклероза); страдают повторными приступами стенокардии
<b>Острый инфаркт миокарда</b>	Боли в животе (чаще в эпигастрии) интенсивного характера могут сочетаться со сжимающей болью за грудиной, иррадиирующей в левую половину грудной клетки, под левую лопатку, левое плечо и надплечье. Сопровождаются чувством страха смерти, беспокойством, нехваткой воздуха, одышкой. Ощущение сбоя в ритме сердцебиения	То же + значительное физическое или эмоциональное перенапряжение



Таблица 13

## группы заболеваний, симулирующих «острый живот»

от проявлений «острого живота»	
по оценке объективного статуса	по данным специальных методов обследования
4	5
<b>СИСТЕМЫ</b>	
<p>Больные возбуждены и часто испытывают страх смерти. Бледность кожных покровов, лабильные показатели пульса и АД. При перкуссии грудной клетки может быть расширение границ сердца (чаще влево). При аускультации сердца — ослабление его I тона на верхушке, там же — систолический шум. При объективном исследовании живота отклонений от нормы не отмечается</p>	<p>На ЭКГ иногда может быть кратковременное изменение процессов реполяризации: расположение сегмента <i>ST</i> ниже изолинии, отрицательный зубец <i>T</i>. Показатели АСТ, АЛТ в норме</p>
<p>Бледность кожных покровов, может быть акроцианоз губ, конечностей; холодный пот, тахикардия, нередко аритмия, повышение или снижение АД, тахипноэ. При пальпации передне-левых отделов грудной клетки определяются зоны кожной гиперестезии. Перкуторно — расширение границ сердечной тупости. Аускультативно — глухость сердечных тонов, застойные хрипы в легких. При поверхностной пальпации живота может быть гиперестезия кожных покровов. Иногда отмечается мышечная резистентность передней брюшной стенки, устраняемая отвлечением больного, усиливающаяся на вдохе и уменьшающаяся на выдохе. При глубокой пальпации живота — без особенностей. Симптомы «острого живота» и признаки раздражения брюшины отсутствуют</p>	<p>Повышенное содержание лейкоцитов и трансаминаз (АСТ, ЛДГ) крови на фоне гиперхолестеринемии и гипер-<math>\beta</math>-липопротеинемии. Повышение КФК, КК, фибриногена и других показателей острофазовых реакций. Признаки гиперкоагуляции. На ЭКГ — расположение сегмента <i>ST</i> выше изолинии, изменение зубца <i>T</i>, появление патологического зубца <i>Q</i></p>



1	2	3
<b>Острая правожелудочковая недостаточность</b>	Неинтенсивные постоянные боли в животе чаще локализуются в правом подреберье и сочетаются с одышкой, кашлем, сердцебиением	Больные, как правило, длительно и неоднократно наблюдаются и лечатся по поводу пороков сердца, хронической ишемической болезни сердца, повторных инфарктов миокарда
<b>Острый эндомиокардит, перикардит</b>	Боли часто иррадиируют в эпигастральную область, из левой половины грудной клетки и из-за грудины	Заболевание, как правило, начинается на фоне переохлаждения и обострений хронических воспалительных заболеваний организма, пороков сердца
<b>Ревматизм</b>	В активной фазе процесса, как правило, поражаются и крупные суставы (отмечаются признаки их воспаления). Боли в животе изменчивы в локализации и нередко сочетаются с болями за грудиной и сердцебиением	Больные часто переносят ангину и обострения хронического тонзиллита. Заболевания, как правило, начинаются на фоне переохлаждения



Продолжение табл. 13

4	5
<p>Набухание шейных вен, усиление эпигастральной пульсации, цианоз губ, носа, смещение перкуторных границ сердца вправо. Аускультация сердца — усиление I тона на его верхушке; здесь же «митральный щелчок», выслушивается «ритм перепела» и диастолический шум на легочной артерии, акцент II тона на легочной артерии. В нижних отделах легких влажные хрипы. Живот иногда болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Определяется увеличение печени. Симптомы «острого живота» и признаки раздражения брюшины отсутствуют</p>	<p>Расширение границ сердца, застойные явления в легких по данным рентгенографии органов грудной клетки. Дилатация полостей правых отделов сердца по данным УЗИ. Признаки перегрузки правого сердца по данным ЭКГ: I отведение — глубокий зубец S со смещением RS-T, в III отведении RS-T приподняты, T — отрицательный с наличием глубокого зубца Q</p>
<p>Часто отмечается беспокойство больных, цианоз губ, набухание шейных вен, выявление зон кожной гиперестезии в передних отделах грудной и брюшной стенок, тахикардия, аритмия, расширение границ сердечной тупости, шум трения перикарда. Живот, как правило, мягкий. Симптомы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и перитонит не определяются</p>	<p>Лейкоцитоз и положительные острофазовые реакции при исследовании крови. На ЭКГ в остром периоде может отмечаться атриовентрикулярный блок различной степени. Изменение сегментов ST и T. При остром перикардите на ЭКГ — снижение вольтажа зубца R, при остром перикардите — изменение сегментов ST и T. Расширение границ сердца, по данным рентгенологических исследований. Расширение тени средостения («симптом печной трубы»)</p>
<p>Субфебрильная температура тела. Воспалительные изменения со стороны крупных суставов. Могут быть нарушения сердечного ритма. Глухость сердечных тонов. Выслушивается систолический шум. При исследовании живота не обнаруживаются симптомы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости</p>	<p>Увеличенная СОЭ, положительные острофазовые реакции при исследовании крови, в том числе антистрептолизин-О, гиалуронидаза. На ЭКГ: атриовентрикулярная блокада I степени, смещение сегмента ST ниже изолинии и изменения зубца T (отрицательный, уплощенный). По данным фонокардиографии — систолический шум на верхушке, снижение I тона. По рентгенологическим данным — расширение границ сердца</p>



1	2	3
<b>Узелковый периаартериит</b>	Боли в животе сопровождаются слабостью, похуданием, гипертермией, иногда тошнотой и наличием крови в кале или рвотных массах	Сведения о длительном лечении больных по поводу системных заболеваний соединительной ткани
<b>Расслаивающаяся аневризма абдоминального отдела аорты</b>	Боли в верхних отделах живота неинтенсивные, постоянные, нередко сопровождаются проявлениями пареза кишечника, задержкой стула и газов, отмечаются на фоне признаков атеросклеротического поражения артериальных сосудов: головных болей (проявление нарушений мозгового кровообращения), сжимающих болей за грудиной (проявление ишемии сердца). Перемежающаяся хромота (проявление недостаточности кровообращения в нижних конечностях) и др.	Больные лечатся и (или) наблюдаются по поводу ревматизма, врожденных аномалий аорты, ее атеросклеротического, сифилитического и др. поражений
<b>Хроническая окклюзия чревного артериального ствола и верхней брыжеечной артерии</b>	Постоянные болевые ощущения в животе могут изменяться в интенсивности, несколько усиливаясь после приема пищи	То же



Продолжение табл. 13

4	5
<p>Бледность кожных покровов, тахикардия. Прогрессирующее похудание. Наличие подкожных узелков. Признаки вторичного поражения внутренних органов: почек (вторичная гипертония), печени, легких, нервной системы (энцефалопатия, полиневрит), поджелудочной железы (признаки вторичного нарушения углеводного обмена) и других. Живот сохраняется мягким, хотя может быть умеренно болезненным во всех отделах. Признаков острых хирургических заболеваний органов брюшной полости нет</p>	<p>При анализе мочи — альбуминурия, цилиндрурия. В анализах крови — положительные осадочные пробы, резкое изменение белковых фракций. ЭКГ — снижение интервала ST, отрицательный T. При букальной биопсии или биопсии сосудов — картина коллагеноза.</p>
<p>Живот мягкий, при глубокой пальпации брюшной полости определяется пульсирующее образование, над которым аускультативно выслушивается систолический шум. Пульсация бедренных артерий с обеих сторон значительно снижена или вообще не определяется. Симптомов, характерных для группы заболеваний «острый живот», нет</p>	<p>Неспецифические изменения в крови, характерные для общего атеросклеротического процесса (увеличение количества холестерина и <math>\beta</math>-липопротеидов крови, симптомы гиперкоагуляции и т. д.). Расширение просвета аорты и изменения в архитектонике ее стенки по данным томографических исследований. Контрастирование аневризмы при аортографии. При УЗИ КТ, ЯМР — пульсирующая опухоль</p>
<p>Живот может быть умеренно вздутым и умеренно болезненным при глубокой пальпации. Симптомов, характерных для группы заболеваний «острого живота», нет</p>	<p>По данным томографических методов исследования и аортографии определяется утолщение и уплотнение стенок чревного артериального ствола, сужение диаметра его просвета. Возможны вторичные рефлекторные изменения зубца T гипоксического характера на ЭКГ</p>



1	2	3
<b>2.2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</b>		
<b>Плевропневмония</b>	Боли постоянные, неинтенсивные, преимущественно локализующиеся в верхних отделах живота, правой подвздошной области, сочетаются с болевыми ощущениями в нижних отделах грудной клетки, сопровождаются ознобом, усиливаются при кашле и глубоком вдохе. Сопровождаются кашлем с отхождением слизисто-гноной или «ржавой» мокроты	Заболевание развивается на фоне предшествующего переохлаждения остро, с ознобом
<b>Спонтанный пневмоторакс</b>	Интенсивные боли в верхних отделах живота, усиливающиеся при вдохе, кашле, сопровождаются стеснением в груди, затруднение глубокого вдоха, чувство нехватки воздуха. Могут отмечаться признаки внутреннего кровотечения — тахикардия, снижение АД, бледность кожных покровов, холодный пот	Сведения о выраженном физическом перенапряжении или натужном кашле, предшествующих болям в животе
<b>Тромбозмбония легочной артерии</b>	Боли в верхних отделах живота возникают на фоне одышки, чувства нехватки воздуха, сочетаются со сжимающими болями за грудиной, страхом смерти, тревогой и беспокойством, иногда — кашлем с примесью пенистой кровянистой мокроты	Сведения о варикозной болезни вен нижних конечностей, тромбозе, эндокардите



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Повышенная температура тела, цианоз губ, одышка, тахикардия. При перкуссии грудной клетки — притупление звука на стороне поражения, при аускультации в этой зоне выслушиваются ослабленное дыхание, сухие и влажные мелкопузырчатые звучные хрипы, может быть шум трения плевры. Живот при исследовании мягкий, иногда умеренно болезненный при поверхностной пальпации. Здесь же может быть напряжение мышц передней брюшной стенки. При глубокой пальпации эти болевые ощущения не усиливаются. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Изменения в периферической крови могут напоминать изменения при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ), крошковатость мазка (симптом Тушинского), повышение уровня фибриногена в крови. При рентгенографии грудной клетки отмечается инфильтрация пораженного легкого. Может быть реактивный плеврит</p>
<p>Бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек. Одышка или затрудненное дыхание. При аускультации — ослабление дыхания на соответствующей поражению половине грудной клетки. Перкуторно — тимпанический звук на стороне поражения. Смещение границ сердца в противоположную сторону. При гемопневмотораксе — укорочение перкуторного звука в нижних отделах легкого и тимпанит в верхних отделах грудной клетки на стороне поражения. При исследовании живота симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости нет</p>	<p>По данным рентгенографии на стороне поражения легкое поджато к корню, средостение смещено в противоположную сторону. Данные о буллезных изменениях в легочной ткани. На ЭКГ — правый тип, зубцы <i>R</i> и <i>T</i> в I отведении уменьшены, отрицательный зубец <i>T</i> во II и III отведениях. Изменения быстро проходят</p>
<p>Кашель с пенистой кровянистой мокротой. Цианоз верхней половины туловища, набухание шейных вен, одышка, клакочущее дыхание, тахикардия, гипотония, иногда — коллапс. В легких — незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, может быть умеренно болезненным при поверхностной пальпации в верхних отделах. Симптомы заболеваний группы «острый живот» и раздражения брюшины нет</p>	<p>На ЭКГ — явления острой сердечной правожелудочковой недостаточности. На обзорной рентгенограмме грудной клетки определяются отек ткани легкого, жидкость в плевральных полостях, признаки инфаркта легкого, Высокие показатели центрального венозного давления. На ЭКГ — глубокий <i>S</i> в I отведении. Уширение и зазубренность <i>QRS</i>, глубокий <i>Q</i> в III отведении</p>



1	2	3
<b>Рак легкого</b>	Болевые ощущения в верхних отделах живота отмечаются на фоне кашля с мокротой, в которой могут быть прожилки свежей или неизменной крови. Реже отмечается слабость, похудание, постоянные боли в грудной клетке	Сведения о хронических заболеваниях легких, курении, резкое похудание

### 2.3. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

<b>Неосложненная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</b>	Симптомы заболевания (боли в животе и изжога), как правило, отмечаются не впервые, непостоянны, обычно возникают или усиливаются после переедания, кашля, физических нагрузок, при наклонах туловища вперед и при горизонтальном положении. При этом отмечается срыгивание, иногда — рвота	Сведения о предшествующих операциях на диафрагме, желудке, абдоминальном отделе пищевода и сопутствующих заболеваниях, для которых характерно повышение внутрибрюшного давления (хронические заболевания толстой кишки, сопровождающиеся запорами; хронические заболевания легких, сопровождающиеся частым кашлем; врожденные аномалии развития диафрагмы и органов брюшной полости)
<b>Обострение гипоацидного гастрита и «высокой» неосложненной язвы желудка</b>	Боли в животе чаще ранние, локализуются в эпигастрии, подреберьях и околопупочной области, могут сопровождаться изжогой, отрыжкой, не носят «кинжального» характера. Рвота, также ранняя, приносит облегчение, без гематомезис. Может отмечаться послабление стула, но без мелены	Сведения о постепенном развитии заболевания или о длительном лечении по поводу язвенной болезни. Периодичность обострения и ремиссии. Развитие очередного обострения на фоне погрешностей в диете или нарушений режима противорецидивной терапии. Сведения об осложнениях язвы и ее хирургическом лечении



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>В иноперабельной стадии заболевания может отмечаться снижение массы тела. При исследовании органов грудной клетки могут быть признаки плеврита. При исследовании живота данных за «острый живот» нет, часто увеличены подкожные лимфатические узлы (метастазы)</p>	<p>При рентгенографии грудной клетки: определяются инфильтративное (ограниченное или обширное) поражение легкого, ателектаз сегмента или доли легкого (при бронхогенном раке), нередко — признаки распада опухоли (жидкость в плевральной полости и т. д.). При бронхоскопии — сужение и деформация бронха пораженного легкого, изъязвление слизистой оболочки бронха или выстояние опухоли в его просвет. При исследовании биоптатов диагноз опухоли подтверждается</p>
<p>При клиническом исследовании, как правило, без изменений. Иногда может быть умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастральной области живота</p>	<p>Признаки эрозивного эзофагита и гастрита, особенно в соскальзывающей части желудка при ФГС. Обнаружение кардиального отдела и дна желудка в средостении (выше диафрагмы) при рентгеноскопии желудка. Может отмечаться укорочение пищевода и рефлюкс в него контрастного вещества из желудка</p>
<p>При исследовании живота может быть неинтенсивная болезненность при глубокой пальпации в эпигастральной области в зоне треугольника Шоффара. Симптомов заболеваний группы «острый живот» нет</p>	<p>При ФГС — явления гастрита или неосложненная язва желудка. При рентгеноскопии желудка — язвенная ниша (или депо бария) с валом вокруг язвы и конвергенцией складок слизистой оболочки к нише, нередко — деформация желудка в месте локализации язвы</p>



1	2	3
<p><b>Обострение хронического гиперацидного гастрита, неосложненной дуоденальной язвы, «низкой» язвы желудка и сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки</b></p>	<p>Изжога, «голодные», поздние, ночные, сезонные боли, уменьшающиеся после приема пищи, антацидов, спазмолитиков, длительностью 1–2 ч. Характер болей не «кинжальный». Отрыжка кислым. Рвота, приносящая облегчение, без кофейной гущи</p>	<p>То же</p>
<p><b>Обострение хронического холецистита</b></p>	<p>Боли располагаются в правой половине живота, чаще в правом подреберье, не носят характер приступа с типичной иррадиацией болей под правую лопатку, в правое плечо, шею, а чаще — постоянные, усиливающиеся после употребления жирной и острой пищи. Сопровождаются горечью во рту. Отмечается тошнота. Температура тела субфебрильная</p>	<p>Неоднократное лечение по поводу заболеваний желчевыводящих путей. Обострению, как правило, предшествует приступ печеночной колики или острый холецистит, когда дальнейшее лечение воспалительного процесса в желчевыводящих путях возможно вне хирургического стационара</p>
<p><b>Опухоль желудка</b></p>	<p>При расспросе привлекает внимание синдром «малых признаков», при котором проявления желудочного заболевания менее выражены, чем общие признаки онкологического заболевания</p>	<p>Сведения о длительном лечении по поводу предраковых состояний (хронического гипоацидного гастрита, язвы и полипов желудка и др.)</p>
<p><b>Обострение хронического гепатита</b></p>	<p>Постоянные боли в правом подреберье, тошнота меняют свою интенсивность в зависимости от употребленной пищи, горечь во рту</p>	<p>Сведения о заболевании ранее вирусным гепатитом, злоупотребление алкоголем, длительный прием лекарственных гепатотоксических препаратов</p>



## Продолжение табл. 13

4	5
То же	<p>При фиброгастродуоденоскопии — гастродуоденит и язва.</p> <p>При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется язвенная ниша с конвергенцией к ней складок слизистой оболочки, нередко с деформацией желудка или сужением просвета двенадцатиперстной кишки</p>
<p>При пальпации живот может быть умеренно болезненный в правой половине (чаще — в правом подреберье) или в эпигастральной области. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Симптомы «острого живота» не выявляются</p>	<p>При УЗИ органов брюшной полости, как правило, признаки хронического воспаления стенки желчного пузыря (ее утолщение, в просвете пузыря могут отмечаться конкременты). Конкременты могут также определяться в желчных протоках</p>
<p>Бледность кожных покровов. Астенизация, дефицит массы тела. Могут пальпироваться опухолевое образование в эпигастральной области, увеличенные лимфатические узлы в левой надключичной области или увеличенная бугристая печень. При инкурабельном процессе отмечаются желтуха и асцит. Симптомы «острого живота» нет</p>	<p>При исследовании крови — анемия.</p> <p>При рентгеноскопии желудка выявляются дефекты наполнения или язвенные ниши, при распаде опухоли — деформация стенки желудка, нарушение прохождения пищи в кардиальном отделе или нарушение эвакуации из желудка.</p> <p>При ФГС выявляется опухоль</p>
<p>На коже тела обнаруживаются телеангиозктазии, определяется увеличение печени и селезенки, может быть асцит, расширение подкожных вен передней брюшной стенки (голова Медузы). Симптомы «острого живота» нет</p>	<p>По данным биохимического анализа крови — увеличение уровня билирубина и показателей острофазового процесса (трансаминаз — АЛТ, АСТ).</p> <p>При УЗИ органов брюшной полости определяются асцит, изменения структуры печени</p>



1	2	3
<b>Обострение хронического панкреатита</b>	Боли в верхней половине живота постоянные, изменяющие свою интенсивность в зависимости от характера употребленной пищи. Боли не опоясывающего характера, не сопровождаются вздутием живота и многократной рвотой, эндотоксикозом	Сведения о хронических заболеваниях желчевыводящих путей печени, желудка и двенадцатиперстной кишки, алкоголизме. Неоднократное лечение по поводу острого панкреатита или холецистопанкреатита. Пребывание в состоянии, когда проявления острого панкреатита купированы, а дальнейшее лечение патологического процесса в поджелудочной железе возможно вне хирургического стационара
<b>Рак поджелудочной железы</b>	Боли в животе длительные и постоянные (иногда интенсивные), отмечаются на фоне астенизации больных, снижения аппетита, выраженного похудения, желтухи, потемнения цвета мочи, обесцвечивания кала, сухости во рту, зуда кожи, слабости, диспептических расстройств (тошноты и рвоты)	Сведения о хронических заболеваниях поджелудочной железы и желчевыводящих путей
<b>Болезнь Крона</b>	Заболевание нередко проявляется задержкой стула и газов, на фоне чего может отмечаться вздутие живота и боли несхваткообразного характера	Сведения о периодической кишечной диспепсии на фоне повышения температуры тела до субфебрильной.
<b>Неспецифический язвенный колит</b>	Боли в животе не имеют характерных черт, свойственных заболеваниям «острого живота» (схваткообразных, кинжальных, опоясывающих и т. д.), могут отмечаться частая дефекация, тенезмы, сопровождающиеся лихорадкой (38 — 39 <sup>0</sup> С), общей слабостью, выраженной интоксикацией. Стул с примесью слизи и крови. Периодические запоры, сменяемые поносом	Длительное лечение по поводу хронических заболеваний кишечника, постепенная потеря веса. Наследственная предрасположенность



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Признаки дефицита массы тела и уменьшение (до атрофии) прослойки подкожной клетчатки передней стенки живота. При пальпации живот мягкий, может быть умеренная болезненность в зоне треугольника Шоффара и точках Дежардена и Мейо—Робсона. Может пальпироваться киста поджелудочной железы. Симптомов «острого живота» и раздражения брюшины нет</p>	<p>В анализах крови может отмечаться умеренная ферментемия. Нарушения внешне- и внутрисекреторной функций поджелудочной железы. При УЗИ поджелудочной железы определяется увеличение ее размеров, плотности, иногда — наличие конкрементов в протоках (при калькулезном панкреатите). При ЭРХПГ — деформация или нарушение проходимости протоков поджелудочной железы, наличие в них конкрементов</p>
<p>Сниженная масса тела (кахексия). При пальпации живота в верхних его отделах нередко пальпируется малобольное опухолевое образование, положительный симптом Курвуазье</p>	<p>При томографических методах исследования поджелудочной железы определяется увеличение ее размеров и плотные участки опухоли в различных отделах органа. Нарушение внешнесекреторной и внутрисекреторной функций железы по данным лабораторных методов исследования</p>
<p>Астенизация больного, субфебрильная температура тела. Вздутие живота. При пальпации живота может отмечаться болезненность по ходу толстой кишки, иногда возможна пальпация опухолевых образований в брюшной полости. Симптомы заболеваний группы «острый живот» не выявляются.</p>	<p>При энтеро- или ирригоскопии определяются участки сужения или деформации участка кишки, нередко с нарушением ее проходимости</p>
<p>Признаки анемизации (бледность кожных покровов и т.д.). Живот может быть вздут, но сохраняется мягким, чаще болезненным по ходу толстой кишки. Умеренно увеличена печень и селезенка. Симптомов «острого живота» и раздражения брюшины нет</p>	<p>В анализах крови — умеренно выраженный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, анемия. При ректороманоскопии — признаки проктосигмоидита, нередко с изъязвлением слизистой оболочки. Такая же картина отмечается и при фиброколоноскопии. При ирригоскопии — признаки хронического спастического колита</p>



1	2	3
<b>2.4. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>Острый эндометрит</b>	Боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец и поясницу, сопровождающиеся ознобом, слабостью, интоксикацией, кровянистыми выделениями из влагалища	Сведения об осложненных абортах, родах, диагностических выскабливаниях матки, гистеросальпингографии, удалении рождающегося фиброматозного узла, нарушениях менструального цикла
<b>Острый параметрит</b>	Боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в крестец, поясницу и тазобедренные суставы, вздутие живота, задержка отхождения газов, часто сопровождающиеся дизурическими расстройствами и расстройствами функций кишечника, слабостью, высокой лихорадкой и интоксикацией	Сведения об осложнениях при абортах, родах, хирургических вмешательствах на органах малого таза и брюшной полости, острых воспалительных процессах в матке, ее придатках, травмы влагалища, матки и прямой кишки. Использование внутриматочных контрацептивов
<b>Гонорея мочеполовых путей</b>	Боли в нижних отделах живота и промежности сочетаются с дизурическими расстройствами, гнойными выделениями из мочеполовых путей, лихорадкой	Сведения о половом контакте с больным, зараженным гонореей, или о случайной половой связи
<b>Туберкулез женских половых органов</b>	Боли в брюшной полости отмечаются на фоне слабости, утомляемости, похудания, потливости, субфебрильной температуры, нарушений менструальной и репродуктивной функций	Сведения о заболевании ранее туберкулезом легких или других органов. Лечение по поводу бесплодия и нарушения месячного цикла. Контакты с людьми, больными туберкулезом



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Повышенная температура тела, тахикардия. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При вагинальном и ректальном исследованиях отмечается усиление болезненности в животе, матка увеличена, уплотнена, отмечается ограничение ее подвижности, слизисто-гнойно-кровянистые выделения из половых путей</p>	<p>При исследовании крови — лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. При УЗИ органов брюшной полости и малого таза может определяться увеличенная матка, расширение ее полости, остатки резидуальной или плацентарной ткани, небольшое количество выпота в малом тазу</p>
<p>Часто — вынужденное положение больной (с приведенными к животу ногами), лихорадка, тахикардия. Живот может быть умеренно вздут, но сохраняется мягким, иногда болезненным при пальпации в паховых областях. Симптомы раздражения брюшины не выражены. При влагалищном и ректальном исследованиях матка увеличена, малоподвижна, может пальпироваться инфильтрат в параметрии, распространяющийся на матку и стенки таза</p>	<p>При анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В моче нередко пиурия. При УЗИ органов малого таза определяется воспалительный инфильтрат в параметрии и малом тазу. При пункции и дренировании параметрия — гной</p>
<p>Живот болезненный при пальпации в нижних отделах. При гонококковом пельвиоперитоните могут быть положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании — обильные гнойные выделения из мочеполовых путей, резкая болезненность при бимануальной пальпации матки и ее придатков, их увеличение</p>	<p>Выраженный лейкоцитоз в периферической крови. При микроскопии выделений из мочеполовых путей — гонококки. УЗИ — увеличение придатков матки, выпот в малом тазу</p>
<p>Как правило, отмечается субфебрильная температура тела. Астенизация больных, бледность кожных покровов, похудание. При пальпации живота, особенно нижних его отделов, может отмечаться болезненность, усиливающаяся при бимануальном исследовании матки и ее придатков. Выраженный спаечный процесс</p>	<p>При анализе крови могут быть умеренные анемия и лейкоцитоз. При гистеросальпингографии — симптомы «курительной трубки», «четок». При диагностическом выскабливании — специфическая морфологическая картина туберкулеза эндометрия. Положительная реакция Манту</p>



1	2	3
<b>Альдодисменорея</b>	Боли в нижних отделах живота, тошнота, рвота, диарея, слабость, нарушение трудоспособности, как правило, возникают за день или в день менструации, проходят с окончанием месячных	Сведения о лечении по поводу хронических заболеваний половых органов (эндометриоза, миомы матки, рубцово-спаечных процессов органов малого таза и др.), беременности
<b>Опущение и выпадение стенок влагалища и матки</b>	Боли внизу живота сочетаются с чувством «инородного тела» в промежности, дизурическими расстройствами, дискомфортом при дефекации и при половом акте	Сведения об осложненных родах, разрывах промежности при родах, тяжелом физическом труде, запорах
<b>Фибромиома матки</b>	Кровотечения во время месячных и вне менструального цикла — менометроррагия. Боли внизу живота в период менструации зависят от локализации миомы. Иногда сопровождаются дизурическими расстройствами, выделениями из половых путей	Сведения о хроническом инфекционном процессе в анамнезе, о заболеваниях печени, желчного пузыря, желудка и кишечника, стрессовые ситуации. Многочисленные аборт, осложненные роды. Бесплодие
<b>Злокачественные опухоли матки</b>	Постоянные боли внизу живота сочетаются со слабостью, мажущими кровянистыми выделениями из влагалища	Заболевание часто отмечается после менопаузы. Сведения о лечении по поводу эрозии шейки матки, хронических воспалительных процессов придатков матки, нарушений менструального цикла
<b>Злокачественные опухоли яичников</b>	Постоянные или периодические боли в нижних отделах живота отмечаются на фоне похудания и общей слабости больной	Сведения о длительном наблюдении и лечении по поводу хронических воспалительных процессов придатков матки



## Продолжение табл. 13

4	5
При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних его отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При вагинальном исследовании — болезненность матки, увеличение ее и придатков, кровянистые выделения из половых путей	При гистеросальпингографии — деформация полости матки, законтурные тени, непроходимость (или частичная проходимость — симптом «икры») маточных труб. При томографии — наличие опухоли матки или придатков, эндометриоза
При пальпации нижних отделов живота отмечаются неинтенсивные боли. При вагинальном исследовании — половая щель зияет, из нее выступают стенки влагалища, шейки матки. Слизистогнойные выделения из половых путей	Кольпоскопия — трофические расстройства, язвы. Кольпоцитология — отсутствие опухолевого процесса
Живот мягкий, часто пальпируется бугристая или шаровидная опухоль. При бимануальном исследовании определяются увеличение размеров матки, изменение ее консистенции. Как правило, матка болезненна, ограниченно подвижная	При анализе крови — энемия. Гистеросальпингография — деформация матки, дефект наполнения. При УЗИ органов малого таза определяются увеличение матки и узлы в ней. Лапароскопия — наличие субсерозных или интрамуральных узлов. Гистероскопия — наличие субмукозных узлов. При диагностическом выскабливании: гистологическая картина фибромиомы матки
Астенизация больной. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Пальпируется увеличенная матка, могут быть кровянисто-гнойные выделения из влагалища, инфильтрация параметрия	При исследовании крови — анемия. При УЗИ органов малого таза определяется увеличенная в размерах матка. Гистеросальпингография — законтурные тени, деформация матки. Выскабливание матки — наличие атипических клеток эндометрия
Слабость, похудание больной. Бледность кожных покровов. При пальпации живота — болезненность в его нижних отделах. При перкуссии может быть асцит. Внизу живота пальпируются опухолевые образования. Per vaginam определяется опухоль, может быть двусторонняя, ограниченно подвижная, неравномерной плотности	Анемизация по данным анализа крови. При УЗИ, КТ придатков матки определяется опухоль с включениями. Лапароскопия — наличие опухоли, асцит



1	2	3
<b>Эндометриоз матки и придатков</b>	Боли внизу живота сопряжены с месячными и сопровождаются головокружением, слабостью, дизурическими расстройствами, темнокровянистыми выделениями из влагалища. Снижение трудоспособности	Чаще болеют пациентки репродуктивного возраста. Как правило, в их анамнезе осложненные аборт, трудные роды, воспалительные заболевания гениталий. При врожденных формах эндометриоза боли в животе начинаются с приходом месячных
<b>Самопроизвольный аборт</b>	Боли внизу живота схваткообразного характера, сопровождающиеся кровотечением или мажущими кровянистыми выделениями из влагалища, иррадиирующие в низ живота, поясницу, промежность	Сведения о текущей беременности. В анамнезе — привычные аборт, стрессовые ситуации, физические перегрузки. Заболевание сопутствует общей или хроническая инфекция, пороки развития половой сферы, резус-конфликтная ситуация

### 2.5. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<b>Системная склеродермия</b>	Неинтенсивные боли в животе (без определенной локализации) и тошнота сопровождают кожные высыпания, нарушение глотания, чувство онемения пальцев рук и ног, жжение за грудиной, синдром мальабсорбции, упорные запоры	Сведения о длительном лечении по поводу склеродермии. Часто отмечается наследственная отягощенность к данной болезни
<b>Хронический генерализованный гранулематозный кандидоз</b>	Неинтенсивные боли в животе без определенной локализации сочетаются с кожными высыпаниями по всему телу и видимым слизистым, с повышением температуры тела и септическим состоянием при гематогенной диссеминации возбудителя	Заболевание протекает длительно до развития болевых ощущений в животе. Часто развивается с детства у людей с иммунодефицитом и после лечения антибиотиками. Нередко — после операции и большого приема антибиотиков



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Несмотря на болезненность при пальпации, живот остается мягким, иногда — умеренно вздутым. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре <i>per vaginam</i> в зеркалах за 2–3 дня до менструации на шейке матки и в заднем своде влагалища обнаруживаются синюшные очаги эндометриоза, кровоточащие накануне менструации. Нередко матка и придатки образуют единый конгломерат, болезненный при бимануальном исследовании</p>	<p>По анализам крови может быть анемия. При УЗИ, КТ органов малого таза определяется воспалительный инфильтрат в малом тазу, состоящий из матки, придатков и соединяющий в себе очаги неравномерной плотности. При кольпоскопии — очаги эндометриоза. При лапароскопии — эндометриозные поражения матки, придатков, брюшины. При биопсии — очаги эндометриоза</p>
<p>Бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах. При влагалищном исследовании — кровянистые выделения, раскрытие шейечного канала. Выделения из половых путей содержат части плодного яйца</p>	<p>При анализах крови — анемия. При УЗИ — наличие беременности, жизнеспособность плодного яйца, степень раскрытия шейки матки</p>
<p>Атрофичная и плотная кожа волосистой части головы, линейное ее уплотнение по типу «удара саблей» с отсутствием волос, на коже спины наблюдаются множественные рубцовые втяжения. При исследовании живота может быть болезненность при его пальпации во всех отделах, но он остается мягким, симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>При гистологическом исследовании биоптата кожно-мышечного лоскута пораженного участка кожи выявляются гиалиноз, отложения кальция, изменение коллагена, атрофия эпителия, явления склероза</p>
<p>На коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностях — пятна (округлые, неправильных очертаний, гиперемированные, инфильтрированные, шелушащиеся). В углах рта отмечаются бородавчатые разрастания с серозно-гнойными корками. На слизистой оболочке полости рта — молочница. При пальпации живота — болезненность без определенной локализации. Симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>Микологическое исследование пятен и содержимого желудка, налетов на слизистых оболочках и обнаружение дрожжевой инфекции <i>fungus Candida albicans</i>. При гистологическом исследовании гранулематозной формы — наличие гранулемы с гигантскими клетками инородных тел</p>



1	2	3
<b>Вторичный сифилис</b>	Неинтенсивные боли в животе без определенной локализации, сопровождаются кожной сыпью и выпадением волос	Факт половой связи с больным, зараженным сифилисом, образование первичного сифилида и увеличение паховых лимфоузлов, полиаденит
<b>Острая перемежающаяся порфирия</b>	Неинтенсивные боли в животе, выделение мочи красного цвета	Заболевание часто передается по наследству и его клинические проявления усиливаются от интоксикации организма барбитуратами, этилированным бензином, гексахлораном. Рецидивы болезни возникают 1–2 раза в год

## 2.6. ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

<b>Аденовирусные заболевания</b>	Кроме болей в животе, возможны першение в горле, кашель, насморк	Сведения о переохлаждении, контакте с больными воздушно-капельной инфекцией. Возможен алиментарный путь инфицирования
<b>Актиномикоз (абдоминальная форма)</b>	Боли в животе по характеру не похожи ни на одно из заболеваний группы «острый живот»	Эндогенный (через дыхательные пути) способ заражения через сено, почву и др.
<b>Амебиаз</b>	Боли в животе сопровождаются его вздутием, поносом с примесью слизи или крови. Болевая реакция выражена больше в правой половине живота	Медленно прогрессирующее заболевание. Источником инфекции является человек, больной амебиазом, или носитель дизентерийных амёб. При длительном течении (хроническая форма) развиваются астенический синдром, дефицит массы тела



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Пятнистые, пустулезные и папулезные высыпания на туловище, конечностях. Увеличение паховых лимфоузлов, полиаденит. Отсутствие симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости</p>	<p>Положительная серологическая реакция Вассермана, РИТ, РИФ, МР</p>
<p>Отмечаются психические расстройства, неврологические нарушения вплоть до тетраплегии и паралича дыхательного центра. При смешанной форме на коже открытых участков (лицо, кисти рук) отмечается гипертрихоз, повышенная пигментация, склеродермоподобные изменения, поверхностные рубцы, пузыри и ссадины</p>	<p>Положительные данные при исследовании мочи на порфирины и их предшественники (порфобилиноген и дельта-аминолевулиновая кислота)</p>
<p>Признаки воспалительного поражения верхних дыхательных путей, конъюнктивит, иногда диарея, увеличение периферических лимфоузлов при умеренных проявлениях интоксикации</p>	<p>Выявление возбудителя при исследовании мазков слизи методом иммунофлюоресценции эпителиальных клеток слизистой оболочки носоглотки. Положительная РСК с аденовирусными антигенами в парных сыворотках крови больного (ретроспективная диагностика). При лапароскопии может быть выявлен мезаденит</p>
<p>Так как первичные очаги поражения локалируются в илеоцекальной области и в аппендиксе, то могут отмечаться симптомы острого аппендицита и острой кишечной непроходимости</p>	<p>Положительная реакция при внутрикожной пробе с актинолизатом. Рост при посеве биоптатов пораженных отделов кишечника на среду Сабура. Положительная РСК с актинолизатом</p>
<p>Иногда могут возникать общий или ограниченный (осумкованный) перитонит, амебома, кишечное кровотечение, выпадение слизистой оболочки прямой кишки</p>	<p>Гипохромная анемия. При ректороманоскопии, фиброколоноскопии — специфические изменения слизистой оболочки в виде язв. При микроскопии испражнений и мазков слизи с краев кишечных язв обнаруживаются вегетативные (тканевые) формы амёб с фагоцитированными эритроцитами. При постановке реакции непрямой иммунофлюоресценции диагностический титр специфических антител составляет 1:80 и выше</p>



1	2	3
<b>Аскаридоз</b>	В кишечную фазу инвагинации паразитов возможны диспептические расстройства	Заражение происходит при несоблюдении правил личной гигиены, когда зрелые яйца аскаридов попадают в просвет желудочно-кишечного тракта. Заболевание сопровождается нарушением функции нервной системы, снижением артериального давления, возникновением бронхита, бронхиальной астмы, умеренной гипохромной или нормохромной анемией
<b>Балантидиаз</b>	Кроме тошноты, рвоты, болей в животе и его вздутия имеются симптомы общей интоксикации: слабость, головная боль, умеренная лихорадка, иногда с ознобом	Сведения о контакте со свиньями (естественными носителями балантидий), а также об общении с больными балантиазом
<b>Ботулизм (гастроинтестинальный синдром)</b>	Боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов отмечаются на фоне выраженной мышечной слабости, головной боли, головокружения, ослабления зрения (диплопии), нарушения глотания, речи, афонии, одышки, стеснения дыхания, выраженной интоксикации	Сведения об употреблении в пищу недоброкачественных продуктов питания, хранившихся при анаэробных условиях без достаточной термической обработки: копченые, вяленые мясные и рыбные изделия, консервы, особенно домашнего приготовления, грибы домашнего приготовления. При раневом ботулизме источником заболевания может быть инфицированная рана. Короткий инкубационный период (от 24 ч. до 2–5 сут)



## Продолжение табл. 13

4	5
	Паразитологическое исследование кала
<p>Болезненность при пальпации спазмированной толстой кишки, печень увеличена и болезненна. При тяжелом течении отмечается выраженная лихорадка. Многократный стул с примесью слизи и крови, с гнилостным запахом. Кахексия. При хроническом балантидиазе симптомы интоксикации и кишечные расстройства выражены слабее. При осложнении заболевания могут быть перфорация толстой кишки или разлитой перитонит</p>	<p>При ректороманоскопии, фиброколоноскопии — очаговый инфильтративно-язвенный процесс. При микроскопии испражнений обнаруживаются паразиты</p>
<p>Проявления тяжелой интоксикации. Тахикардия, падение АД. Паралитический синдром: парез зрака, птоз верхнего века, анизокория, парезы и параличи скелетных мышц, затруднение дыхания, отсутствие глоточного рефлекса. Поверхностное дыхание, затрудняется отхаркивание мокроты. Живот может быть вздут, умеренно болезненным при пальпации во всех отделах, но остается мягким, без симптомов раздражения брюшины</p>	<p>При бактериологическом исследовании рвотных масс и фекалий выявляется возбудитель — анаэробная палочка (<i>Clostridium botulinum</i>). Гиперкапния, респираторный ацидоз. На ЭКГ — метаболические изменения. Обнаружение и идентификация ботулинического токсина в сыворотке крови больных, рвотных массах или промывных водах желудка, а также в пищевых продуктах, при употреблении которых, возможно, произошло отравление. Реакция нейтрализации ботулотоксинов антитоксическими сыворотками с биопробой на белых мышцах. Положительные результаты посевов содержимого желудка, испражнений, подозрительных продуктов на анаэробные питательные среды (Кинга-Тароцци, казеиново-грибную, бульон Хотшигера и др.)</p>



1	2	3
<b>Брюшной тиф</b>	Постоянные боли в животе, иногда усиливающиеся по мере нарастания интоксикации, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, жидким стулом с примесью слизи, головной болью, бессонницей, снижением аппетита, лихорадкой, кожной сыпью	Сведения об употреблении инфицированной воды или пищи, редко — контактно-бытовой путь передачи. В первые 7–9 дней болезни постоянно нарастают симптомы интоксикации, адинамия, головная боль, нарушается сон, исчезает аппетит, выражена заторможенность, иногда — помрачение сознания
<b>Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом</b>	Боли в животе, многократная рвота, вздутие живота сопровождаются олигурией	Сведения о пребывании в природном очаге зооноза. Заражение человека происходит воздушно-пылевым путем, при вдыхании высушенных испражнений инфицированных грызунов, в том числе с объектов внешней среды: солома, сено и др. Возможно заражение алиментарным способом при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке: капуста, морковь и др. и были загрязнены грызунами. Абдоминальные симптомы выявляются в олигоурический период со 2–4-го по 8–11-й дни болезни и обусловлены поражением почек, разрывом почки
<b>Дизентерия (гастроэнтероколитическая, колитическая формы)</b>	Боли в животе (больше в нижних его отделах) сопровождаются тенезмами, частым слизисто-кровянистым стулом, выраженной слабостью, интоксикацией, тошнотой, рвотой	Основные пути заражения: пищевой и водный, реже — контактно-бытовой. Сведения о пребывании больного в регионе с неблагоприятными эпидемиологическими данными и о контакте с больными дизентерией. Употребление в пищу немытых



Продолжение табл. 13

4	5
<p>Тяжелое общее состояние, брадикардия, понижение АД. Язык утолщен, обложен белым налетом, по бокам — отпечатки зубов. Увеличение печени и селезенки. К 7–8-му дню заболевания на коже обнаруживается розеолезно-папулезная сыпь чаще в верхних отделах живота, нижних отделах грудной клетки. Перитонеальных симптомов нет. При перфорации брюшнотифозной язвы — клиническая картина перфорации полого органа. Могут быть проявления острого желудочно-кишечного кровотечения из брюшно-тифозной язвы</p>	<p>Положительные данные при посеве крови на 10% желчный бульон или стерильную воду, а также посеве кала на твердые питательные среды: Эндо, Левина, Плоскирева. Серологические исследования — положительные реакции Видаля и непрямой гемагглютинации в динамике. Диагностический титр 1:100 и выше. Лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз по данным анализа крови. Положительные результаты посева кала на дизентерийную и тифопаратифозную группу. Наиболее достоверным является выделение возбудителя из крови (посев крови на гемокультуру)</p>
<p>При исследовании живота нет симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Отчетливый положительный симптом поколачивания по пояснице</p>	<p>При исследовании мочи — цилиндры, белок. Твердофазный иммуноферментный анализ — выявление антител класса IgM или реакция иммунной адгезии-гемагглютинации — четырехкратное и выше нарастание титров</p>
<p>Проявления выраженной интоксикации: лихорадка, озноб, нередко — судороги, нарушение сознания. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный при пальпации спазмированной толстой кишки. Вид испражнений зависит от уровня поражения кишечника: обильные, жидкие, с остатками непереваренной пищи</p>	<p>Положительные результаты посевов испражнений на твердые питательные среды: Эндо, Левина, Плоскирева. Положительные серологические исследования — РА, РСК, РНГА с парными сыворотками, взятыми с интервалом в 10–12 дней</p>



1	2	3
		<p>ребление в пищу немытых фруктов, овощей, сырой воды, некипяченого молока. Начало заболевания — острое, с признаками общей интоксикации: озноб, чувство недомогания, общей слабости, головная боль, повышение температуры</p>
<p><b>Гастроинтестинальная форма кампилобактериоза</b></p>	<p>Боли в животе, иногда сопровождающиеся его вздутием, тошнотой, рвотой, поносом (нередко с примесью слизи и крови), слабостью, ознобом, головной болью, болями в мышцах и суставах</p>	<p>Сведения об употреблении в пищу мясных и молочных продуктов без кулинарной обработки. Заражение людей происходит через загрязненные выделения животных воду, продукты, в том числе сырое молоко, а также людей, постоянно контактирующих с животными при уходе за ними во время отелов и ягнения. Часто заболевают новорожденные и дети дошкольного возраста, беременные, ослабленные, пожилые люди</p>
<p><b>Кишечный иерсиниоз</b></p>	<p>Боли в животе, тошнота, рвота, возможны симптомы раздражения брюшины, аппендицита</p>	<p>Основной путь передачи инфекции — пищевой: овощные и молочные продукты без термической обработки, возможен водный путь заражения</p>



Продолжение табл. 13

4	5
<p>кие, с остатками непереваренной пищи или с примесью слизи или прожилок крови, при сигмопроктите — «слизисто-кровяные плевки». При тяжелой форме дизентерии, особенно у ослабленных больных пожилого и старческого возрастов, возможны осложнения: инвагинация кишечника, перитонит</p>	
<p>Лихорадка, симптомы общей интоксикации, синдром гастроэнтерита, признаки обезвоживания. При генерализованных формах — клиническая картина сепсиса с множественными органами поражениями, на этом фоне развиваются пневмония, перитонит, абсцессы печени, головного мозга. Синдром общей интоксикации. Днарея (кал — пенный, водянистый, зловонный, часто с примесью крови и слизи). Обезвоживание, сухость кожи, судороги, олигурия. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах без определенной локализации. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Положительные данные посевов испражнений, крови, спинномозговой жидкости, ткани abortированного плода на селективные твердые питательные среды с бриллиантовым зеленым, с тиогликолятом или бульоном с 5% бараньей или лошадиной кровью и антибиотиками. Для ретроспективной диагностики используют серологические методы исследования парных сывороток крови: РСК, РПГА, микроагглютинации, иммунофлюоресцентный метод. Определение кампилобактера в желудочном содержимом, моче, фекалиях с помощью бактериологических и серологических исследований.</p> <p>Положительные реакции агглютинации и гемагглютинации.</p> <p>При эндоскопии — явления хронического гастрита, гастродуоденита</p>
<p>Острое начало: озноб, головная боль, общая слабость, боли в мышцах и суставах, бессонница, повышение температуры тела до 38–40°C, иногда бывает мелкоточечная и мелкопятнистая сыпь с последующим шелушением. Возможно желтушное окрашивание склер и кожи, темный цвет мочи, боли в правом подреберье, увеличение размеров печени, оболочечные и очаговые симптомы поражения центральной нервной системы</p>	<p>Выделение возбудителя из фекалий, мочи, мазков слизи и ротоглотки, удаленных аппендиксов и мезентериальных лимфоузлов. Используется методика Паттерсона и Кука, подращивание на среде Серова, стерильном фосфатно-солевом буфере и др. Серологические методы диагностики: РА-титр 1:200 и более, РНГА-титр 1:100 и более. Экспресс методы: РНИФ, ИФА, ПЦР</p>



1	2	3
<p><b>Полиомиелит</b> (висцеральная форма или начальный период паралитической формы)</p>	<p>Возможны рвота, жидкий стул или запор</p>	<p>Передача инфекции происходит фекально-оральным или воздушно-капельным путем</p>
<p><b>Псевдотуберкулез</b> (абдоминальная форма)</p>	<p>Боли в животе без определенной локализации сопровождаются тошнотой, рвотой, вздутием, слабостью, недомоганием, головной болью, субфебрильной температурой</p>	<p>Путь передачи возбудителя псевдотуберкулеза сходен с таковым при кишечном иерсиниозе. Употребление в пищу немытых овощей и фруктов, зараженных выделениями больных грызунов</p>
<p><b>Сальмонеллез</b> (гастроинтестинальная форма)</p>	<p>Боли в животе без определенной локализации и характера, его вздутие отмечаются на фоне выраженной слабости, озноба, судорог мышц конечностей, поносов, выраженной интоксикации и обезвоживания</p>	<p>Основной путь заражения — алиментарный: употребление в пищу продуктов при неправильной кулинарной обработке, когда инфицированные продукты, в основном мясные, находились в условиях, благоприятных для размножения сальмонелл, а также через птиц и яйца. Могут быть инфицированы молочные и рыбные продукты. Инкубационный период при пищевом пути заражения колеблется от 6 ч до 3 сут, при</p>



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Острое начало: повышение температуры тела, недомогание, катаральные (насморк, боль в горле, кашель) и диспептические явления (тошнота, рвота, понос). При паралитической форме после 3–5-го дня болезни появляются параличи различной локализации. Осложнения: острое расширение желудка, тяжелые желудочно-кишечные расстройства с язвами, кровотечением, прободением, илеусом</p>	<p>Выделение вирусов на культурах тканей, РСК и реакции преципитации со специфическим антигеном в парных сыворотках</p>
<p>Острое начало: озноб, недомогание, боли в мышцах и суставах, повышение температуры тела до 38,5°C и выше. Выявляются гиперемия кожи лица, «симптом капюшона», отежные кисти и стопы, «симптомы перчаток и носков», на 1–6-й день болезни — точечная скарлатиноподобная сыпь, иногда геморрагического характера. Язык ярко-малинового цвета. Болезненность живота преимущественно при пальпации илеоцекальной области. Мезаденит, терминальный илеит, аппендицит. Гепатолиенальный синдром. Может отмечаться вздутие живота, но он остается мягким, умеренно болезненным при пальпации области слепой кишки. Могут быть желтуха, нарушение стула</p>	<p>При исследовании крови на перспиноз — положительные данные. При биопсии лимфоузла во время лапаротомии — лимфоидная инфильтрация с очагами некроза</p>
<p>Выраженный синдром общей интоксикации — многократная рвота, лихорадка, озноб, тахикардия, сухость кожи и слизистых оболочек, бледность кожных покровов, резкое обезвоживание. Слизисто-водянистый, обильный, многократный стул. Живот может быть вздутым, но сохраняется мягким. Невыраженная болезненность при пальпации по всему животу. Симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>Бактериологические исследования продуктов, которые употреблял больной за 12–24 ч до заболевания, а также — рвотных масс и испражнений. Используются серологические методы РА и РНГА с 4–6-го дня болезни</p>



1	2	3
		<p>контактно-бытовом пути передачи инфекции — до 3–8 дней. Начало острое: повышается температура тела — при тяжелой форме до 39°C и выше, выраженная общая слабость, головная боль, озноб, присоединяется понос</p>
<p><b>Сибирская язва (кишечная форма)</b></p>	<p>Боли в эпигастральной области, понос, рвота</p>	<p>Источник инфекции — домашние животные (крупный рогатый скот, овцы, козы, свиньи, верблюды). Заражение происходит при уходе за животными, убое скота, обработке мяса, а также при контакте с продуктами животноводства (шкурки, кожа, меховые изделия и др.)</p>
<p><b>Гуляремия (абдоминальная форма)</b></p>	<p>Боли в животе, тошнота, могут быть рвота, понос, иногда — задержка стула, кишечное кровотечение</p>	<p>Острое начало. Заражение людей происходит при употреблении воды или продуктов питания, загрязненных грызунами</p>
<p><b>Клостридозный псевдомембранозный колит</b></p>	<p>Боли в животе</p>	<p>Начинается остро. Заболевание нередко является результатом активации эндогенной инфекции вследствие кишечного дисбактериоза после антибиотикотерапии или при длительном применении химиопрепаратов</p>
<p><b>Отравление стафилококковым энтеротоксином</b></p>	<p>Интенсивные (иногда схваткообразные) боли в эпигастральной области, сопровождающиеся многократной рвотой, отмечаются на фоне нарастающей слабости, бледности, похолодания конечностей, понижения АД. Иногда — коматозные состояния, редко — расстройства стула</p>	<p>Чаще всего отравления связаны с употреблением недоброкачественных молочных продуктов, мясных, рыбных и овощных блюд, рыбных консервов в масле, а также изделий, содержащих крем. Короткий инкубационный период после заражения (4–6 ч)</p>



## Продолжение табл. 13

4	5
Общая интоксикация, повышение температуры тела. В рвотных массах и испражнениях может быть примесь крови. Клинические проявления инфекционно-токсического шока	Посев крови и испражнений на агар или бульон Хоттингера, просмотр тонких мазков на предметных стеклах. Заражение белых мышей, морских свинок или кроликов (биологическая проба). Кожная аллергическая проба с антраксином с 1-го дня болезни
Лихорадка, диспептические расстройства. При лапароскопии (лапаротомии) — острый мезаденит	Положительные данные кожной аллергической пробы с тулярином и серологических реакций: РА, РПГА, ИФА
Температура тела повышается до 39,5 <sup>0</sup> С и выше, иногда — схваткообразные боли в животе, обильный жидкий или водянистый зеленоватого цвета стул с гнилостным запахом, примесью крови. При пальпации живота — спазмированные и болезненные кишки. Признаки обезвоживания. Иногда развивается токсическая мегаколон или перфорация кишок	Ректороманоскопия, фиброколоноскопия. Выделение возбудителя на селективных средах. Обнаружение короткоцепочечных жирных кислот газохроматографическим исследованием
Температура тела нормальная или субфебрильная. Тахикардия. При исследовании живота признаков острых заболеваний органов желудочно-кишечного тракта нет	Выявление стафилококкового энтеротоксина в реакции преципитации в геле. Биопробы на котятках и щенках



1	2	3
<b>Пищевое отравление токсинном клостридий</b>	Боль в животе, тошнота, рвота сопровождаются нарастающей слабостью, обильными водянистыми испражнениями с частотой до 20, рвотой	Употребление в пищу мясных продуктов домашнего приготовления, мясных и рыбных консервов. Инкубационный период от 6 до 24 ч
<b>Сыпной тиф</b>	Боли в животе на фоне слабости, головной боли, бессонницы, нарастающей интоксикации, бредового состояния, лихорадки	Сведения о контакте с больным сыпным тифом
<b>Лептоспироз</b>	Постоянные боли в животе могут сопровождаться его вздутием и неустойчивым стулом, рвотой, анорексией, лихорадкой, ознобом, сильной головной болью, болями в икроножных мышцах. Часто отмечается нарушение сна, заторможенность, бред, потеря сознания	Сведения о купании в открытых водоемах (озерах, реках) или употреблении воды из них. Профессиональная деятельность, связанная с животноводством, контакт с грызунами, а также употребление пищевых продуктов, не подвергшихся кулинарной обработке

### 2.7. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

<b>Острый и подострый пиелит</b>	Неинтенсивные боли в животе с иррадиацией в поясницу, тошнота, рвота возникают и нарастают постепенно. Боли сопровождаются ознобом, лихорадкой, рвотой, дизурическими явлениями (учащенное болезненное мочеиспускание)	Заболеванию, как правило, предшествует переохлаждение, кроме того, оно возникает на фоне мочекаменной болезни и других хронических заболеваний мочевыделительной системы
<b>Острый и подострый цистит</b>	Боль располагается внизу живота, сопровождается учащенным мочеиспусканием	То же



## Продолжение табл. 13

4	5
Выраженное обезвоживание, тахикардия. Умеренная болезненность при пальпации живота	Исследованию подвергаются подозрительные продукты, рвотные массы, промывные воды из желудка, кровь, испражнения. Проводится количественный анализ микрофлоры
Бред, психомоторное возбуждение, признаки менингоэнцефалита. На коже и слизистых оболочках обнаруживаются характерные точечные пятна красного цвета (розеолезно-петехиальная сыпь), педикулез. Положительные симптомы «щипка», «жгута». Живот может быть болезненным при пальпации во всех отделах, но симптомы раздражения брюшины отсутствуют	В крови нейтрофильный лейкоцитоз. Положительные серологические реакции (РНГА), выделение возбудителя из крови заболевшего (риккетсии)
Общая интоксикация. Судороги икроножных мышц, желтуха. Болезненность при пальпации живота, особенно мышц передней брюшной стенки. Генерализованный лимфаденит. Гепатоспленомегалия. Возможны симптомы поражения почек, миокарда и проявления менингита	В клиническом анализе крови — лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ. Исследование сыворотки крови на лептоспиры. Наиболее показательна реакция микроагглютинации с антителами к лептоспирам
При исследовании живота он мягкий, болезненный по флангам при пальпации в проекции почек. Симптомы раздражения брюшины нет. Болезненность при поколачивании по пояснице на стороне поражения. Положительный симптом Пастернацкого	В анализе крови — умеренный лейкоцитоз. При анализе мочи — пиурия, гематурия, альбуминурия. При УЗИ почек выявляется изменение их размеров, нередко — расширение или деформация полостной системы. При анализе крови — умеренный лейкоцитоз. При анализе мочи — пиурия, гематурия, альбуминурия
Отмечается умеренная болезненность при глубокой пальпации живота над лобком. Симптомы «острого живота» нет	При анализе крови — умеренный лейкоцитоз. При анализе мочи — пиурия, гематурия, альбуминурия



1	2	3
<b>2.8. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
<b>Сахарный диабет (диабетическая кома)</b>	Неинтенсивные постоянные боли в животе без определенной локализации, тошнота, рвота наблюдаются на фоне головной боли, бессонницы, сонливости, жажды, полиурии. Резкое снижение аппетита	Сведения о длительном лечении по поводу сахарного диабета. Некорректируемость уровня сахара медикаментозными средствами (инсулином и др.). Пребывание больного в пре- или коматозном состоянии. Полиневрит, гангрена нижних конечностей. Атеросклероз сосудов нижних конечностей
<b>Тиреотоксический криз</b>	Боли в животе без определенной локализации, тошнота, рвота отмечаются на фоне озноба, повышения температуры тела, резкой головной боли, поноса, психомоторного возбуждения и беспокойства больного	Пребывание больных в раннем послеоперационном периоде после операции на щитовидной железе. Может быть передозировка тиреоидных гормональных средств, прием радиоактивного йода, физическая и психическая травма
<b>Острая надпочечниковая недостаточность</b>	Боли в животе без определенной локализации, тошнота, рвота и метеоризм отмечаются на фоне резкой слабости, головокружения, частого жидко-	Сведения о перенесенной ранее двусторонней адреналэктомии, врожденной дисфункции надпочечников, длительной терапии глюкокортикои-



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Заторможенность, адинамия, бледность кожных покровов. Черты лица заострены. Сухая шелушащаяся кожа с расчесами и сниженным тургором. Отмечаются ксантоматоз и (или) фурункулез. Глазные яблоки гипотоничны. Запах ацетона изо рта. Сухость слизистых оболочек. Пониженная температура тела. Гипотензия. Тоны сердца глухие, аритмичные. Тахипноз, дыхание редкое, глубокое, шумное (Куссмауля), нередко — шум трения плевры. Язык сухой, обложен налетом. Зрачки узкие, асимметрия глазных щелей, углов рта, рефлексы вялые, положительный симптом Кернинга, очаговые нарушения. Может отмечаться мышечная резистентность передней брюшной стенки и болезненность при пальпации живота. Симптомы раздражения брюшины неубедительны, но полностью отвергнуть их не представляется возможным. Температура тела ниже 36°C</p>	<p>При исследовании крови — высокий уровень глюкозы (свыше 23 ммоль/л) и гипонатриемия, повышен уровень остаточного азота. Повышенная ломкость капилляров. В периферической крови — нейтрофильный лейкоцитоз. В моче: глюкозурия, резкоположительная реакция на ацетон, альбуминурия. Высокая плотность мочи</p>
<p>Психоз, судорожный синдром. Гиперемия или цианоз кожи. Она горячая, сухая. Слизистая оболочка рта и глотки сухая, гиперемирована, часто желтушна, легко ранимая. Профузный пот. Положительные глазные симптомы. Тахикардия. Гипертензия, мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). Тахипноз. Снижение диуреза. Живот умеренно вздут, но сохраняется мягким, иногда болезненным при пальпации во всех отделах. Симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и раздражения брюшины нет</p>	<p>По данным биохимических исследований — увеличение уровня гормонов Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>. Высокое содержание СБЙ</p>
<p>Проявления общей дистрофии: похудание, частый стул. Кожа и слизистые оболочки сухие. Глазные яблоки мягкие, запавшие. Конечности холодные. Гипотермия. Гипотензия, брадикардия,</p>	<p>Гипогликемия и уремия</p>



1	2	3
	го стула, тахикардии, гипотонии, не связаны с приемом пищи	дами (синдром отмены), об опухоли, черепно-мозговой травме, операции в гипоталамо-гипофизарной области
<b>Первичный гиперальдостеронизм (синдром Кона)</b>	Боли в животе, его вздутие (иногда — тошнота, рвота, задержка стула и газов) отмечаются на фоне анорексии, головной боли, нарушения зрения, мышечной слабости, парестезий, жажды, сжимающих болей за грудиной, интенсивных болей в мышцах	Возраст 30–50 лет. Чаще у женщин (3:1)
<b>Феохромоцитома (гипертонический криз)</b>	Боли в животе неопределенной локализации, вздутие живота, метеоризм, дизурические расстройства возникают на фоне нервного расстройства и озноба, чувства беспричинного страха, сопровождаются болями в области сердца, головной болью, сердцебиением, аритмией, чувством стеснения в груди и нехватки воздуха	Сведения о неоднократном длительном обследовании и лечении по поводу гипертонической болезни. Приступы внезапного повышения АД
<b>Гиперпаратиреоз. Гиперкальциемический криз (болезнь Реклингхаузена)</b>	Боли в животе, чаще в эпигастриальной области, и диспептические расстройства (тошнота, рвота, жажда, понос) развиваются на фоне приступа суставных и мышечных болей, мышечной слабости, сонливости, апатии, головных болей, полидипсии, полиурии, похудания, болей в костях	Сведения о заболеваниях паращитовидных желез, беременности, операции на почке. При почечной форме гиперпаратиреоза отмечаются полиурия, полидипсия, нередко — приступы почечной колики. При висцеропатической форме гиперпаратиреоза развиваются пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут осложняться желудочно-кишечным кровотечением или перфорацией. Могут также образовываться камни в желчном пузыре, проявляющиеся приступами печеночной колики желчно-каменной болезни. Бывают спонтанные переломы мелких костей



## Продолжение табл. 13

4	5
нитевидный пульс, приглушенные тоны сердца. Снижение мышечного тонуса, олигурия. При исследовании живота симптомов заболеваний, относящихся к группе «острый живот», и перитонеальных симптомов нет	
Привлекают внимание гипертензия и полиурия. Может отмечаться болезненность живота при его пальпации во всех отделах. Однако симптомов заболеваний группы «острый живот», как и симптомов раздражения брюшины нет. Миастения, полидипсия, наличие пиелонефрита, пиелита	Повышение активности альдостерона и ренина в плазме крови, гипокалиемия, гипернатриемия, метаболический алкалоз. Анализ мочи — гипоизостенурия. При томографическом исследовании надпочечников в них определяется объемное образование. На ЭКГ — снижение сегмента <i>ST</i> , удлинение интервала <i>PQ</i> , патологический <i>U</i> , инверсия зубца <i>T</i>
Бледность кожи и слизистых оболочек, похолодание конечностей. Тахикардия. Аритмия, резкое повышение АД. Озноб. Полиурия. Симптомы заболевания часто провоцируются пальпацией живота, при этом признаков «острого живота нет»	Во время криза при анализе крови может отмечаться лейкоцитоз, гипергликемия. При анализе мочи — глюкозурия. Увеличение уровня катехоламинов в моче (адреналина и норадреналина). При томограммах надпочечников определяется объемное образование в одном из них или вне их или выявляется феохромоцитома вненадпочечниковой локализации (почки, стенка желчного или мочевого пузыря). УЗИ позволяет локализовать опухоль
«Утиная» походка. Резкое истощение, деформация скелета, кожа сероземлистого цвета, сухая. Высокое артериальное давление, аритмия. Болезненность при пальпации живота чаще в эпигастральной области, однако симптомов заболеваний «острого живота» и раздражения брюшины нет. Может быть депрессия, деменция	В анализах крови — гиперкальциемия, гипофосфатемия, повышение активности щелочной фосфатазы и уровня паратиреоидного гормона. При анализах мочи — повышение содержания кальция, фосфора. При УЗИ щитовидной железы — выявление опухолевидного образования в проекции паращитовидных желез. При сканировании щитовидной железы определяются зоны без накопления изотопа. При рентгенографии костей скелета — выявляется системный остеопороз трубчатых костей и костей позвоночника; нередко — кистозные изменения в плечевых костях, в костях таза и голени. На ЭКГ — брадикардия, укорочение интервала <i>PQ</i>



1	2	3
<b>2.9. ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ</b>		
<b>Истерия</b>	Жалобы, характерные для заболеваний «острого живота», возникают у больных на фоне выраженной эмоциональной лабильности и неадекватных реакций, после психоэмоциональных расстройств, не соответствующих причинам, их вызывающим	Сведения о неадекватных реакциях на происходящие события
<b>Солярит</b>	Постоянные боли в животе, отмечаемые в течение месяцев и даже лет	Сведения о травмах живота, воспалительных или опухолевых процессах, а также оперативных вмешательствах в брюшной полости
<b>Опоясывающий лишай</b>	Боли в передней брюшной стенке, иррадиирующие по ходу одного или нескольких межреберных нервов, сочетаются с кожными высыпаниями по ходу этих нервов (герпес)	Сведения о переохлаждении. Боли в животе возникают, как правило, до появления высыпаний на коже
<b>Эпилепсия</b>	Боли в животе без определенной локализации возникают чаще без видимой причины на фоне раздражительности, частого изменения настроения, ипохондрический синдрома	Сведения о переносимых ранее приступах эпилепсии, черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях, интоксикациях (особенно в раннем детском возрасте), церебральной сосудистой патологии, наследственной предрасположенности к заболеванию



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Демонстративное поведение, несоответствие жалоб данным объективного обследования. При отвлечении больных живот сохраняется мягким, безболезненным при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника не изменена</p>	<p>При многочисленных и многократных специальных исследованиях патологические отклонения не выявляются</p>
<p>Во время пальпации живота последний мягкий, как правило, болезненный в эпигастральной области с иррадиацией в спину, поясницу, позвоночник. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника не изменена</p>	<p>При обзорной рентгенографии брюшной полости может быть выявлен умеренный пневматоз кишечника. При эндоскопическом и рентгеноконтрастном исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта может отмечаться оттеснение органов. При УЗИ — изменения в зоне солнечного сплетения</p>
<p>На коже живота отмечаются высыпания, главным образом по ходу межреберных нервов. Болезненность выражена преимущественно в области пузырьков с серозной жидкостью. Кожа в области пузырьков гиперемирована. Живот остается мягким при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют</p>	<p>Специфические методики обследования не используются</p>
<p>При осмотре больных во время потери сознания отмечаются судороги, непроизвольное мочеиспускание, пена изо рта. После припадка в общем статусе привлекает внимание неадекватное, тоскливое, злобное настроение ипохондрического или бредового характера, нередко — галлюцинации (чаще зрительные и слуховые, устрашающего характера). Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника обычная</p>	



1	2	3
<b>12.10. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПСИХИКИ</b>		
Неврозы (истерический вариант с преобладанием невротических желудочно-кишечных расстройств)	Спазм пищевода, кардиоспазм, дисфагия, анорексия, аэрофагия, невротическая рвота, гастралгия, «кишечные кризы». Боли в животе отмечаются на фоне выраженных невротических и истерических проявлений, часто немотивированных	Чаще явления «острого живота» встречаются у женщин. Для них характерно наличие предшествующих психогенных факторов и эмоциональных напряжений, сочетание двигательных и чувствительных рефлексов, преморбидные особенности личности в плане повышения эмотивности, эгоцентричности, театральности, стремления привлечения к себе внимания, мнительности, ипохондричности, неустойчивости психики
Ипохондрические состояния (психогенные ипохондрические реакции, депрессивно-ипохондрический синдром, бредовая ипохондрия)	Чрезмерная фиксация на болезненных ощущениях, полиморфный характер алгических жалоб, возможные проявления расстройств, стеничность и активность в изложении жалоб	Отчетливые преморбидные особенности в виде повышенной тревожности, мнительности, внушаемости, ипохондричности. Многолетняя фиксация на собственном здоровье, тенденция к многочисленным повторным обследованиям в различных медицинских учреждениях. Наличие признаков невротизации или фактов ранее перенесенных психотических состояний
Маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза	Неинтенсивные постоянные боли и чувство распирания в эпигастральной области, метеоризм, тошнота, рвота отмечаются на фоне нарушения сна, запоров, значительного похудения без видимой причины в течение короткого времени, подавленного настроения, психической и физической утомляемости, депрессии, снижения аппетита вплоть до анорексии	Волнообразное течение заболевания: восстановление психического статуса между приступами. Связь каждого приступа с психопатологическими и вегетативными расстройствами



Продолжение табл. 13

4	5
<p>Усиленная вегетативная, сенсомоторная и аффективная симптоматика. Двигательные расстройства (дрожь, вздрагивание), могут даже отмечаться истерические парезы и параличи, сенсорные нарушения (анестезии, гипо- и гиперестезии). При пальпации живота могут быть неинтенсивные боли во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника сохранена, стул неустойчив. Отсутствие зависимости расстройств функций пищеварительной системы от приема пищи и ее характера, ситуативная обусловленность симптоматики и ее зависимость от эмоционально-аффективных факторов, положительное влияние психотерапевтического воздействия</p>	
<p>Многословное и крайне обстоятельное изложение жалоб, «медицинская осведомленность» пациента, суицидальные тенденции, выраженный страх, отсутствие достоверных объективных признаков предъявляемой патологии. В случаях бреда — нелепый характер жалоб, невозможность психокоррекции, выраженные поведенческие нарушения, выраженные признаки депрессии</p>	
<p>Мимика и выражение лица выражают скорбь и печаль. Согбенная поза, голова опущена. Реакция замедлена — мыслительная и ассоциативная. Повышение тонуса симпатической нервной системы. Боли в животе без определенной локализации. Живот не вздут, мягкий. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника не изменена</p>	



1	2	3
«Скрытые депрессии» (алгически-сенестопатический вариант, абдоминальная и паналгическая формы)	Боли, спазм, парестезии в эпигастриальной области, по ходу кишечника, в области печени. Чаще боли длительные, постоянные, ноющие, распирающие, возможно возникновение на этом фоне кратковременных молниеносных алгий. Суточная динамика: чаще в ночное и утреннее время. Боли не связаны с приемом и характером пищи. Характерен метеоризм	Волнообразное течение, спонтанное улучшение и ухудшение состояния, соматические расстройства, не укладывающиеся в традиционные нозологические формы. Неэффективность ранее проводимой соматической терапии

### 2.11. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ

Анемии: мегалобластная, пернициозная Бирмера	Боли в животе неинтенсивные, без определенной локализации, отмечаются на фоне головокружения, одышки, сердцебиения, болей и нарушений чувствительности в нижних конечностях, жжения в языке	Сведения о наследственной отягощенности, выполнении резекции желудка, наличии ленточных глистов, пребывании в жарком климате (анемия Спру)
гемолитическая (приобретенная)	Боли в правой половине живота и тошнота возникают на фоне слабости, сердцебиения, лихорадки, желтухи, периодического потемнения мочи на фоне болей в пояснице, озноба с лихорадкой	Сведения о передозировке лекарств, обладающих гемолитическим действием. Переливание крови, несовместимой по группе, резус-фактору. Употребление грибов, бобов <i>Vicia favia</i> . Значительная физическая нагрузка
Гемобластозы: острый лейкоз	Постоянные боли в животе, периодически усиливающиеся на фоне слабости, похудания, кровоточивости из десен, маточных кровотечений, болей в горле при глотании, интенсивных головных болей, парезов конечностей. Лихорадка интермиттирующего характера	Заболевание развивается постепенно или остро (с ангины или острых кровотечений)



Продолжение табл. 13

4	5
<p>Болевые ощущения характеризуются как необычные, ни с чем не сравнимые. Сенестопатический характер алгических переживаний. Фиксация больных не только на соматических жалобах, но и на общей угнетенности, невозможности радоваться, усталости, бессоннице, внутреннем беспокойстве. Обстоятельность при изложении жалоб, мигрирующий характер болей</p>	
<p>Резкая бледность кожи с лимонным оттенком, субиктеричность склер, выпадение волос, ломкость ногтей, пастозность голеней. Тахикардия, расширение границ сердца влево, систолический шум во всех точках аускультации. Красный «лакированный» язык. Боли в животе при его пальпации во всех отделах. Может быть умеренное вздутие живота, но он остается мягким, пальпируется увеличенная селезенка. Симптомов раздражения брюшины нет. Проявления фуникулярного миелоза</p>	<p>При исследовании периферической крови — снижение гемоглобина (гиперхромная анемия — цветовой показатель выше 1) и числа эритроцитов. Часто обнаруживаются мегалоциты, реже мегалобласты, макроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз, шизоцитоз, эритроциты с тельцами Жолли, кольцами Кебота. Лейкопения (до <math>1,5 \times 10^9/\text{л}</math>), эозинопения, относительный лимфоцитоз, полисегментация нейтрофилов. Тромбоцитопения (до <math>50-80 \times 10^9/\text{л}</math>)</p>
<p>Желтушность кожных покровов. Признаки дистрофии миокарда. Живот может быть умеренно вздут, но при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой половине живота и правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Гепатоспленомегалия, симптомы билирубиновой интоксикации (ригидность затылочных мышц и судороги). Множественные кровоизлияния на коже, болезненность при поколачивании в области поясницы (после чего — мочекровие)</p>	<p>В анализах крови — снижение гемоглобина и числа эритроцитов, микроцитоз, увеличение числа ретикулоцитов, повышение уровня билирубина в крови, снижение количества и осмотической стойкости эритроцитов. Кровь в моче. УЗИ: могут отмечаться признаки гепатомегалии. Повышение железа сыворотки крови, кал гиперхолоичен, моча темна</p>
<p>Увеличение периферических лимфоузлов, печени. Геморрагические высыпания на коже и слизистых оболочках. Живот мягкий, диффузно болезненный при пальпации во всех отделах. Отмечается гепатомегалия. Симптомов заболеваний «острого живота» и раздражения брюшины нет. Может быть кровоизлияние в глазное дно, почки</p>	<p>В анализах крови: гиперлейкоцитоз, наличие бластных клеток (90-96%, зрелых — 3-5%); в поздних стадиях — анемия и тромбоцитопения, повышение СОЭ. Нарушение свертывающей системы крови вследствие тромбоцитопении. При УЗИ — гепатоспленомегалия. При исследовании пунктата костного мозга — преобладание молодых форм (гемощтобластов)</p>



1	2	3
<b>Хронический лейкоз</b>	Боли в животе отмечаются на фоне выраженной слабости, болей в костях, кровоточивости десен, анорексии, похудания, высыпаний на коже геморрагического характера, отеков нижних конечностей. Увеличение лимфоузлов, боли и тяжесть в левом подреберье	Развивается чаще постепенно или выявляется случайно при исследовании периферической крови
<b>Агранулоцитоз</b>	Боли в животе без определенной локализации непостоянны, сопровождаются расстройствами стула, болями в горле при глотании, слюнотечением. Желудочные, носовые кровотечения, метроррагии, кровоизлияния в кожу	Сведения о приеме токсических и цитостатических средств (анальгин, амидопирин, цитостатики и др.), воздействии ионизирующей радиации и других видов интоксикации
<b>Лимфогрануломатоз</b>	Боли в животе без определенной локализации отмечаются на фоне похудания, снижения аппетита, выраженной слабости, потливости больного, длительного повышения температуры волнообразного или неправильного типа, кожного зуда.	Злокачественные новообразования лимфоидной ткани, характеризующееся изменением ее строения. Пакеты лимфоузлов не спаяны между собой, безболезненны

### 2.12. ОТРАВЛЕНИЯ

<b>Альдегидами (паральдегид, метальдегид и др.)</b>	Боли в животе без определенной локализации, тошнота, рвота, в тяжелых случаях нередко на фоне желтушности кожи и слизистых оболочек, общей слабости, сонливости, олигурии	Сведения о приеме внутрь или вдыхании паров альдегидов случайно или с суицидной целью
---	---	---



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Дефицит массы тела. Бледность кожи и слизистых оболочек, потливость, субфебрильная температура. Лейкемические инфильтраты на коже в виде геморрагических высыпаний, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, эритродермия, гнойничковые поражения кожи, одышка, тахикардия, гипотония. При исследовании живота может быть болезненность при пальпации во всех отделах, но он сохраняется мягким</p>	<p>В анализах крови: лейкоцитоз, анемия, тромбоцитопения, наличие бластных клеток в периферической крови, повышение СОЭ. При миелолейкозе — базофильно-эозинофильная ассоциация. При лимфолейкозе — преобладание лимфоцитов и клеток Гумпрехта. При исследовании пунктата костного мозга — увеличение количества миелокариоцитов с угнетением эритропоза, увеличение числа молодых форм при лимфолейкозе. Преобладание лимфоцитов</p>
<p>Живот умеренно вздут, мягкий. Симптомы раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника сохранена. Характерны язвенно-некротические изменения в полости рта (зев, мягкое небо, щеки, миндалины). Кровоизлияния в кожу различной давности. Положительный симптом «щипка»</p>	<p>В анализах крови: резкое снижение количества гранулоцитов, снижение числа лейкоцитов, относительный лимфоцитоз, тромбоцитопения, возможно появление плазматических клеток. Обзорная рентгенография органов брюшной полости — без особенностей</p>
<p>Увеличение лимфоузлов многих областей: средостения, подчелюстных, подмышечных, паховых. При исследовании живота может быть неинтенсивная болезненность при пальпации во всех отделах, однако, передняя брюшная стенка остается мягкой. Симптомы острого живота и раздражения брюшины отсутствуют. Может быть гепатоспленомегалия</p>	<p>В поздних стадиях — лейкоцитоз, эозинофилия, анемия. Повышенная СОЭ, лимфопения. Нахождение клеток Березовского-Штернберга. В пунктатах лимфоузлов — полиморфизм клеток</p>
<p>Кожные покровы бледные. Тремор конечностей, клонико-тонические судороги, нередко — коматозное состояние, учащенное поверхностное дыхание. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации больше в эпигастральной области. Печень увеличена, болезненна. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>При химико-токсикологическом исследовании биосред (кровь, моча, желудочное содержимое) обнаруживаются альдегиды. Повышение уровня билирубина, трансаминаз крови, азотистых шлаков. При исследовании мочи: протеинурия, цилиндрурия. При эндоскопии носоглотки, пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — отек и гиперемия слизистых оболочек. При УЗИ органов брюшной полости: печень повышенной плотности без очаговых изменений</p>



1	2	3
<b>Амидопирином (пирамидоном)</b>	Боли в животе, иногда — тошнота, рвота и мелена отмечаются на фоне общей слабости, сонливости, судорог, бреда, шума в ушах, потери сознания	Сведения о длительном приеме внутрь амидопирина, непереносимости препарата или приеме с суицидной целью
<b>Антикоагулянтами: (гепарином, диккумарином, синкумаром, фенилином и др.)</b>	Рвота «кофейной гущей» и мелена отмечаются на фоне выраженной слабости, бледности кожных покровов, кровоизлияний, носовых, маточных кровотечений, гематурии, болей в пояснице	Сведения о терапии антикоагулянтами. Длительный бесконтрольный прием аспирина. Суицидная попытка
<b>Ацетоном (диметилкетонем)</b>	Тошнота, рвота, боли в животе, слабость, головокружение, состояние опьянения, коллапс, потеря сознания (при большой дозе)	Сведения о приеме внутрь или вдыхании паров ацетона
<b>Борной кислотой (боракс натрия)</b>	Боли в животе, рвота, понос отмечаются на фоне общей слабости, головной боли, головокружения, обезвоживания организма, генерализованных подергиваний мышц лица, конечностей, судорог. Олигурия	Сведения о приеме внутрь препаратов борной кислоты
<b>Мышьяковистым водородом</b>	Боли в правом подреберье, тошнота, рвота отмечаются на фоне общей слабости, озноба, беспокойства, головной боли, нередко — поноса, парестезий на коже конечностей, удушья, цианоза, одышки, иногда судорог, потери сознания, красного или бурого прокрашивания мочи	Сведения об ингаляционном поражении



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Кожные покровы бледные. Цианоз кожи и слизистых оболочек, геморрагическая сыпь, гипотермия, тахикардия, снижение АД. Судороги. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации больше в эпигастральной области. Иногда в кале или рвотных массах — примесь крови</p>	<p>При исследовании крови: анемия, возможна лейкопения, агранулоцитоз. Протеинурия и цилиндрурия при исследовании мочи. При эндоскопии — изъязвления на слизистых оболочках полости рта, глотки, желудка. Повышение уровня трансаминаз крови, азотистых шлаков. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах — производные пиразолона</p>
<p>Бледность кожных покровов. Тахикардия, снижение АД. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Возможно определение жидкости в брюшной полости</p>	<p>Резкое увеличение времени свертываемости крови (гипокоагуляционный синдром) и изменение других показателей коагулограммы, снижение уровня протромбина крови. При исследовании крови: анемия. При исследовании мочи — протеинурия, гематурия и цилиндрурия</p>
<p>АД снижено. Живот напряжен, болезненный при пальпации больше в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Жидкий стул без патологических примесей. Возможно снижение диуреза</p>	<p>Протеинурия и гематурия при исследовании мочи. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах — ацетон. В крови — повышение билирубина, ферментов печени азотистых шлаков</p>
<p>Обезвоживание организма, судороги, поражение печени и почек. Живот при пальпации слабо напряжен, равномерно болезненный во всех отделах. Печень увеличена незначительно, безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>Токсическая зернистость эритроцитов при исследовании крови. При анализе мочи обнаруживаются белок, цилиндры, эритроциты, гипонистенурия. В крови — повышение билирубина, ферментов печени, положительные осадочные пробы, нарастание содержания азотистых шлаков</p>
<p>Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень увеличена, умеренно болезненна при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. В тяжелых случаях — иктеричность склер, кожи. Жидкий стул, напоминающий рисовый отвар</p>	<p>Анализ крови: токсическая зернистость эритроцитов, гемолиз. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. В крови — повышение уровней билирубина (непрямого), трансаминаз, нарастание азотистых шлаков. Определение свободного гемоглобина в крови. При химико-токсикологическом исследовании — мышьяк в биосредах</p>



1	2	3
<b>Ртутноорганическими инсектицидами (гранозаном и др.)</b>	Боли в животе, тошнота, рвота, понос с примесью крови возникают на фоне потери аппетита, неприятного вкуса и сухости во рту, жажды, бессонницы, головной боли, галлюцинаций, нарушения зрения, болей за грудиной сжимающего характера	Употребление продуктов (овощи, фрукты), обработанных инсектицидом
<b>Барием (растворимыми солями)</b>	Схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота развиваются на фоне профузного поноса, головокружения, звона в ушах, обильного пота	Сведения о приеме внутрь растворов бария
<b>Бензином</b>	Боли в животе (чаще в эпигастрии и правом подреберье), тошнота и рвота чаще отмечаются на фоне головной боли, психомоторного возбуждения при вдыхании паров бензина	Сведения о заглатывании бензина или вдыхание его паров
<b>Бензолом</b>	Боли в животе больше в правом подреберье, эпигастрии, нижних отделах живота. Тошнота, рвота отмечаются на фоне жжения в эпигастральной области, вздутия живота, метеоризма, жидкого стула, головокружения, головной боли, психомоторного возбуждения, сменяющегося угнетением, клонико-тонических судорог	Сведения о приеме внутрь или вдыхании паров бензола



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Металлический вкус во рту, слюнотечение. Анизокория, птоз, косоглазие, тремор, эпилептиформные судороги. Желтуха, тахикардия, АД снижено. Нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Боли в животе без определенной локализации. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Олигурия</p>	<p>Анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. ЭКГ: нарушение проводимости миокарда, признаки миокардиодистрофии. В крови — повышение уровней мочевины, креатинина. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется ртуть</p>
<p>Кожа бледная, холодная на ощупь. Пульс замедлен, слабого наполнения, нарушения ритма сердца по типу экстрасистолии, нередко — мерцание предсердий. АД снижено, цианоз. Клонико-тонические судороги при сохраненном сознании. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена. В кале — примесь бария, слизь</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, увеличенная СОЭ. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. При обзорной рентгенографии брюшной полости — пневматоз кишечника, усиление перистальтики, ускорение пассажа бария по кишечнику. ЭКГ — нарушение проводимости, ритма, признаки миокардиодистрофии</p>
<p>Запах бензина изо рта. Токсическая энцефалопатия — эйфория, сопор, кома. Цианоз, одышка. Тахикардия, АД нормальное или умеренно повышено, одышка. В легких влажные хрипы. Боли при дыхании в груди и в пояснице. Поколачивание по пояснице болезненно с обеих сторон. Живот умеренно вздут, мягкий, может быть болезненным при пальпации во всех отделах. Может быть также увеличена и печень, при этом она умеренно болезненна во время пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника сохранена</p>	<p>Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты, уробилин. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево. В крови — повышение уровня билирубина, ферментов печени. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяются углеводороды</p>
<p>Возбуждение, подобное алкогольному, аритмия, гипотония, нарушение сознания, коматозное состояние, мидриаз. Бледность, желтуха, одышка, тахикардия, снижение АД. Живот может быть умеренно вздутым и равномерно болезненным при пальпации во всех отделах. Может отмечаться увеличение печени, слабоболезненной при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника усилена</p>	<p>Анализ крови: гипокоагуляционный синдром, анемизация, гиперсегментация нейтрофилов, лейкопения, токсическая зернистость нейтрофилов, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. В крови — повышение билирубина, трансфераз. На ЭКГ — дистрофические изменения в миокарде. При химико-токсикологическом исследовании в крови, моче определяется бензол</p>



1	2	3
<b>Хлористым этиленом (дихлорэтаном)</b>	Боли в эпигастральной области, тошнота, рвота с примесью желчи и крови, жидкий частый стул отмечаются на фоне резкой слабости, головной боли, психомоторного возбуждения, потери сознания, желтухи, кровоизлияний на коже, носовых, желудочных кровотечений, снижения количества мочи	Сведения о случайном употреблении дихлорэтана per os или с суицидной целью
<b>Изониазидом (ГИНК, туба-зидом)</b>	Боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул возникают на фоне слабости, головной боли, сухости во рту, одышки, парестезий, тремора, атаксии, брадикардии, затем — тахикардии. При тяжелых отравлениях — судороги эпилептиформного типа и желтуха	Сведения о терапии изониазидом и его производными, суицидная попытка
<b>Перманганатом калия</b>	Боли в животе и рвота сочетаются с болями за грудиной, поносом, иногда с примесью крови и одышкой	Случайное или с суицидальной целью попадание внутрь перманганата калия или его солей
<b>Кислотами: неорганическими (азотной, серной, соляной и др); органическими кислотами (уксусной, щавелевой и др.)</b>	Боли в эпигастральной области и повторная рвота с примесью крови сочетаются с болями за грудиной (по ходу пищевода), слюнотечением, затруднением дыхания	Случайное или с суицидной целью употребление внутрь кислот



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Выраженные явления интоксикации. Тахикардия, АД снижено. Психомоторное возбуждение, кома, геморрагический синдром. Живот умеренно вздут и неинтенсивно болезненный при пальпации во всех отделах (больше в эпигастрии). Симптомы раздражения брюшины нет. Печень увеличена и болезненна при пальпации. Мелена. Признаки нефропатии, печеночно-почечной недостаточности</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия, снижение гематокрита. Гипокоагуляция. Анализ мочи: протейн-, цилиндр-, гематурия. В крови — резкое повышение трансаминаз печени, билирубина. Химико-токсикологическое исследование биосред — определяются хлорированные углеводороды</p>
<p>Проявление полиневрита с атрофией мышц и парезом конечностей. Явления общей интоксикации. Парестезии, тремор, атаксия, одышка, судороги, потеря сознания, нефро- и гепатопатия. Живот мягкий, может быть умеренно вздут и невыраженно болезненный. Возможно увеличение печени и почек. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз, затем лейкопения вплоть до агранулоцитоза. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. В крови — гипергликемия, повышение уровня билирубина, ацидоз. На ЭКГ — вначале брадикардия, затем тахикардия. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется изониазид</p>
<p>Отечность слизистой оболочки рта и глотки. Слизистая темно-коричневого или фиолетового цвета. Возможны судороги, тремор конечностей, тахикардия, снижение АД. В легких влажные хрипы. Боли в ротоглотке, за грудиной и по ходу пищевода. Живот может быть вздут и умеренно болезненным при пальпации в эпигастрии. Возможно увеличение печени вследствие токсического гепатита. Симптомы раздражения брюшины нет. Стул жидкий с примесью слизи и крови</p>	<p>Анализ крови: анемия, лимфоцитоз, моноцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Анализ мочи: протейн-, цилиндр-, гематурия. В крови — повышение уровней билирубина, трансфераз, снижение гематокрита</p>
<p>Признаки тяжелого ожога слизистой оболочки рта, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, слюнотечение, рвота, явления токсического шока. Живот может быть напряженным и болезненным при пальпации. Нередко отмечается увеличение печени и почек. К концу первых суток может быть желтушность склер, кожи</p>	<p>Анализ крови: гемолиз, лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. Анализ мочи: протейн-, цилиндр-, гематурия, кристаллы оксалата кальция, уробилиноген. В крови — повышение билирубина (непрямого) азотистых шлаков, ацидоз</p>



1	2	3
<b>Литием (лития карбонатом)</b>	Боли в животе, рвота, понос отмечаются на фоне сонливости, мышечной слабости, атаксии, адинамии, болей в пояснице. Жидкий стул с примесью крови и слизи	Прием внутрь препаратов лития случайно или с суицидной целью
<b>Мышьяком и его соединениями</b>	Боли в животе, рвота, понос отмечаются на фоне металлического привкуса во рту, резкой слабости, судорог, желтухи, затруднения дыхания	Прием внутрь препаратов или соединений мышьяка (случайное, с криминальной целью, суицидная попытка)
<b>Ртутью и ее соединениями</b>	Боли в животе, рвота, понос с кровью отмечаются на фоне металлического привкуса во рту, кровоточивости десен, слюнотечения, болей в пояснице	Прием внутрь соединений ртути или отравление ее парами (случайное или суицидная попытка)
<b>Скипидаром</b>	Боли в животе, рвота с примесью крови возникают на фоне болей за грудиной по ходу пищевода, жидкого стула, резкой слабости, головокружения	Случайное или умышленное употребление скипидара внутрь



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Выраженные явления интоксикации, сопорозное состояние, аритмия, коллапс. АД снижено, признаки нефропатии, уменьшение количества мочи, гематурия. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации больше в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфоцитоз. Анализ мочи: гемоглобинурия, белок, цилиндры, эритроциты, гипоизостенурия. На ЭКГ — различные нарушения ритма сердца, признаки миокардиодистрофии. В крови — повышение содержания креатинина, мочевины. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется литий</p>
<p>Цианоз, судороги, тахикардия, снижение АД, желтуха. Живот умеренно вздут, болезнен во всех отделах, но больше в эпигастральной области. Понос, стул типа рисового отвара. Симптомов раздражения брюшины нет. Явления печеночно-почечной недостаточности. Коллапс</p>	<p>Анализ крови: признаки гемолитической анемии, токсическая зернистость эритроцитов. Анализ мочи: гемоглобинурия, белок, цилиндры, гипоизостенурия. В крови — повышение уровней билирубина (в основном непрямого), трансаминаз, креатинина, азота мочевины. На ЭКГ — признаки нарушений процессов реполяризации. Химико-токсикологическое определение мышьяка в биосредах</p>
<p>Темная кайма сернистой ртути по краю десен. Признаки ожога слизистой оболочки рта и глотки. Пульс учащен, АД повышено. Живот умеренно вздут и умеренно напряжен, болезненный при пальпации без определенной локализации, но больше в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, с примесью крови и слизи. Признаки общей интоксикации, гепато- и нефропатии: олигурия, отеки лица и конечностей</p>	<p>Анализ крови: гипохромная анемия, лимфоцитоз, моноцитоз, лейкопения. Анализ мочи: протейн-, цилиндр-, гематурия. В крови — повышение уровней азотистых шлаков, ферментов печени, билирубина. Химико-токсикологическое определение ртути в биосредах</p>
<p>Проявления общей интоксикации: психомоторное возбуждение, бред, судороги, потеря сознания. Поражение почек: олигурия, отеки, боли в пояснице. Живот умеренно вздут и умеренно напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, с примесью крови и слизи</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения. Анализ мочи: протейн-, цилиндр-, гематурия, гипоизостенурия. В крови — повышение креатинина, мочевины. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется скипидар</p>



1	2	3
<b>Таллием и его солями</b>	Боли в животе, его вздутие, рвота, жидкий стул с примесью слизи и крови отмечаются на фоне головной боли, атаксии, заторможенности, иногда — возбуждения и судорог	Прием внутрь таллия (случайное, с криминальной целью, суицидная попытка)
<b>Четыреххлористым углеродом</b>	Боли в животе, тошнота, рвота желчью, частый жидкий стул. отмечаются на фоне головной боли, недомогания, атаксии, заторможенности или возбуждения. Желтушность кожи и склер, геморрагий на коже, носовых кровотечений	Прием препарата внутрь (случайный или суицидная попытка)
<b>Фенолом (карболовой кислотой, крезолом)</b>	Интенсивные боли в животе, рвота бурого цвета, понос	Употребление внутрь фенола с суицидной целью



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>В прикорневой части волос с помощью лупы можно обнаружить черные веретенообразные утолщения длиной до 1 мм и диаметром 0,1-0,5 мм. Ломкость ногтей, алопеция, дерматозы. Расстройство зрения, диплопия (т.е. признаки неврита зрительного нерва). Интенсивные боли в конечностях, тремор, явления полиневрита, параличей, тахикардия, повышение систолического АД. Поражение почек, отеки, олигурия, боли в пояснице. Живот умеренно вздут, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах. Может быть выраженный парез кишечника. Возможно увеличение печени. Задержка стула и газов при парезе кишечника или жидкий стул с примесью слизи и крови. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: азотемия, анемия. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты, гипоизостенурия. В крови — повышение мочевины, креатинина. На ЭКГ — признаки дистрофии миокарда. При химико-токсикологическом исследовании в волосах, ногтях определяется таллий</p>
<p>Артериальная гипертензия. Геморрагический синдром (желудочно-кишечные кровотечения). Одутловатость лица, признаки нефропатии (олигурия и т.д.). Атаксия, заторможенность, психомоторное возбуждение, коматозное состояние. Желтушность кожи и склер. Живот напряжен, болезненный при пальпации. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Может быть парез кишечника, асцит, частый жидкий стул с примесью слизи. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения. Анализ мочи: бурая, быстро темнеет на воздухе, протейнурия, гематурия. В крови — увеличение активностей аминотрансфераз, альдолазы, лактатдегидрогеназы, билирубина (за счет прямого), снижение фибриногена, гипопротромбинемия, азотемия. На ЭКГ — снижение сегмента ST, появление глубоких отрицательных T в стандартных и грудных отведениях. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется тетрахлорэтан</p>
<p>Помутнение сознания, возможны судороги, признаки общей интоксикации: запах фенола изо рта, бледность, сужение зрачков, гипотермия, головокружение. Признаки ожога слизистых оболочек рта и глотки. Симптомы поражения почек: олигурия, отечность лица. Моча быстро темнеет на воздухе. Живот может быть вздут, болезненным и умеренно напряженным при пальпации. Может быть увеличена и болезненна печень. Частый жидкий стул, бурого цвета с примесью слизи. Симптомы раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения. Анализ мочи: белок, цилиндры, эритроциты. В крови — увеличение уровней билирубина (за счет прямого), креатинина, мочевины. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется фенол</p>



1	2	3
<b>Формалином</b>	Интенсивные боли в животе, особенно в эпигастральной области, рвота с примесью крови, понос	Употребление формалина внутрь с суицидной целью
<b>Едкими щелочами</b>	Боли в животе, рвота с примесью крови, вздутие живота сочетаются с болями в глотке и за грудиной (по ходу пищевода), жидким стулом со слизью и кровью, затруднением дыхания	Употребление растворов щелочей внутрь случайно или с суицидной целью
<b>Ядовитыми грибами (бледной поганкой, мухомором, сморчками, строчками и др.)</b>	Боли в животе, многократная рвота отмечаются на фоне поноса с примесью слизи и крови, резкой слабости, нарушений психики (галлюцинаций и т.д.)	Употребление в пищу ядовитых грибов
<b>Этиленгликолем и его эфирами (этилцеллосольв, метилцеллосольв)</b>	Боли в животе, носящие разлитой характер, явления перитонизма, слабость, головная боль, нарушение координации движений, тошнота, рвота	Прием внутрь с целью опьянения или суицидной целью



## Продолжение табл. 13

4	5
<p>Жажда, слезотечение, сухой кашель. Ожог слизистой оболочки рта, желтуха. АД снижено. Признаки поражения почек: олигурия. Частый жидкий стул со слизью. Живот может быть умеренно резистентен, болезнен при пальпации во всех отделах. Как правило, увеличивается и становится болезненной при пальпации печень. Симптомов раздражения брюшины нет</p>	<p>Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом влево, анизо-, пойкилоцитоз. Анализ мочи: эритроциты, цилиндры, белок. В крови — повышение содержания азотистых шлаков, билирубина (прямого). При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяются формиаты</p>
<p>Ожог слизистой оболочки рта, глотки, тахикардия, гипотония. Бледность кожных покровов, холодный пот. Живот может быть резистентен и болезнен при пальпации во всех отделах. Иногда отмечаются неубедительные перитонеальные явления. Может быть частый жидкий стул со слизью и кровью</p>	<p>Анализ крови: гемоконцентрация, гиповолемия. Анализ мочи: протеинурия, гематурия, цилиндры. В крови — нарастание уровня азотистых шлаков, алкалоз. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется нашатырный спирт (или другие щелочи)</p>
<p>Нарушение психики: бред, галлюцинации, потеря сознания. Потливость, усиленная саливация, одышка. Сужение зрачков, снижение АД, резкая бледность или желтуха, гематурия, олигурия, отечность лица. Живот при пальпации может быть резистентен и умеренно болезненным во всех отделах. Часто бывает увеличенная, болезненная печень. Жидкий частый стул с примесью крови и слизи. Симптомов раздражения брюшины нет. Признаки нарастающей печеночно-почечной недостаточности</p>	<p>Анализ крови: гипохлоремия, гипокоагуляция, снижение уровней протромбина, холинэстеразы (мухумор), повышение ферментов печени, билирубина, азотистых шлаков. Анализ мочи: гемоглобинурия (сморчки, строчки), белок, цилиндры</p>
<p>Гиперемия и одутловатость лица, цианоз слизистых, кожные покровы холодные, влажные. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет ослаблена. Дыхание шумное (ацидотическое). Лабильность пульса и артериального давления. Симптомы нарушения микроциркуляции (мраморность кожи конечностей, симптом «белого пятна», падение диуреза). Нередко возбуждение с эйфорией, бредом, галлюцинациями, сменяющимися угнетением, сонливостью, сопором или комой. Признаки раздражения мозговых оболочек. На 2-3-и сутки боли в пояснице, жажда, тошнота, рвота, боли в эпигастрии и правом подреберье. Увеличение печени. Олиго- или анурия</p>	<p>Анализ крови — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, анэозинофилия, токсическая зернистость нейтрофилов. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые и зернистые цилиндры, гематурия, кристаллы оксалатов кальция, изогипостенурия. В крови — гипергликемия, гипокальциемия, метаболический ацидоз, азотистые шлаки, гиперкальциемия, гипербилирубинемия, положительные осадочные реакции. При химико-токсикологическом исследовании в биосредах определяется этиленгликоль</p>



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Объективным и верным тестом профессиональной деятельности врача является умение и готовность оказать неотложную медицинскую помощь. Освоение многих теоретических положений и практических навыков при изучении неотложной абдоминальной хирургии осуществляется как во время классных занятий, так и при непосредственной работе с больными. Будущий врач должен прежде всего научиться клинически обследовать людей, страдающих острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, а не представлять себе отвлеченный образ больного с «острым животом». Очевидно, что для успешного овладения приемами, используемыми в неотложной абдоминальной хирургии, необходимо как можно чаще, вместе с преподавателем, реально участвовать в оказании неотложной помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При этом, кроме приобретения навыков клинического обследования больных с «острым животом», важно отчетливо представлять, как происходит интерпретация данных специальных методов обследования (лабораторных, рентгенологических, инструментальных), с помощью которых значительно уточняется диагностика заболеваний, относящихся к группе «острый живот». Только разносторонняя работа обучающихся в операционных, перевязочных, отделениях реанимации и интенсивной терапии позволит приобрести клиническое мышление и умение оказать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях.



Материалы, изложенные в Практикуме, предоставляют только базисную информацию об «остром животе», которая должна помочь студентам систематизировать, обогатить и развить их знания в вопросах неотложной абдоминальной хирургии.

Повседневная клиническая практика показывает, что в человеческом организме нет системы, патологические изменения в которой в той или иной степени не могли бы симулировать острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Об этом необходимо помнить каждый раз, обследуя больного с «острым животом». Кроме скрупулезного исследования живота, всегда необходимо вдумчиво анализировать данные и о других органах и системах организма.

В книге отражены сведения не о всех заболеваниях, симулирующих «острый живот». Материалы пособия представляют лишь основные сведения о состояниях, наиболее часто проявляющихся симптомами острого хирургического заболевания органов брюшной полости. Частные знания об особенностях диагностики и лечения заболеваний, симулирующих «острый живот», обучающиеся могут приобрести при работе со специальной литературой, посвященной этому вопросу.



## СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Частная хирургия. Т I, ТII: Учебник для медицинских вузов / Под ред. чл.-кор. РАМН, проф. Ю. Л. Шевченко. — СПб: «Специальная литература», 1998. — 517 с.
- Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева -2-е изд., пререраб. и доп. — М.: Медицина, 1986. — 607 с., ил.
- Майстренко Н. А., Мовчан К. Н.* Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Гиппократ, 2000. — 360 с.
- Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи. 3-е изд., перераб. и доп./ Под ред. проф. М.В. Гринева и д-ра мед. наук И.Н. Ершовой. — СПб.: Политехника, 1994. — 431с.
- Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости // Приказ №26-П от 25.01.2001 г. председателя Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга «О единой хирургической тактике, диагностике и лечении острых заболеваний брюшной полости».
- Текущие документы Федеральных и Региональных Руководящих органов Здравоохранения, регламентирующие диагностическую и лечебную тактику, медицинское освидетельствование и диспансеризацию больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной поло-



сти и, в частности, острым аппендицитом, острыми желудочно-кишечными кровотечениями, перфоративными гастродуоденальными язвами, острым холециститом, острым панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, ущемленными грыжами, перитонитом.

СПИСОК  
ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ



## СПИСОК ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Гринберг А. А.* Неотложная абдоминальная хирургия: справочное пособие для врачей. — Москва, 2000 г., 495 с.
- Колесов В. И.* Клиника и лечение острого аппендицита. Л.: Медицина, 1972. — 343 с.
- Королев Б. А. Пиковский Д. Л.* Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
- Костюченко А. Л., Филлин В. И.* Неотложная панкреатология. — СПб, 2000.
- Костюченко А. Л., Гуревич К. Я., Беляков Н. А.* Активная детоксикация при остром разлитом перитоните: Пособие для врачей. СПб, 1998.
- Кукуджанов Н. И.* Паховые грыжи. — М.: Медицина, 1969. — 439 с.
- Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: Руководство для врачей. — М. Медицина, 1990. — 238 с.
- Нечаев Э. А., Курьгин А. А., Ханевич М. Д.* Дренирование тонкой кишки и интенсивная терапия при перитоните и кишечной непроходимости. — СПб, 1993. — 238с.
- Петров В. П., Ерюхин И. А.* Кишечная непроходимость. — М.: Медицина, 1989. — 285 с. — Б-ка практ. врача. Неотложная помощь.
- Тоскин К. Д., Жебровский В. В.* Грыжи брюшной стенки. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — 269 с.



- Савельев В. С., Абакумов М. М., Бакулаева Л. П.* Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева. — М. Медицина, 1986.
- Гепатобилиарная хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. Н. А. Майстренко, А. И. Нечая. — СПб, 1999. — 268 с.
- Хирургия: Руководство для врачей и студентов. Перевод с англ. / Под ред. акад. РАМН Ю. М. Лопухина и акад. РАМН В. С. Савельева. М.: Медицина, ГОЭТАР, 1997. — 107 с.
- Справочник по хирургии. Перевод с англ. / Под ред. С. Шварца, Дж. Шаерса, Ф. Спенсера. СПб: Питер-Пресс, 1999. 880 с.
- Эндоскопическая абдоминальная хирургия. Под ред. А. С. Балалыкина. М.: Медицина, 1996.
- Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В.* Эндоскопическая хирургия / Под ред. акад РАМН В. С. Савельева. М. 1998.
- Малоинвазивная хирургия. / Перевод с англ. / Под ред. Д. Розина / . М.: Медицина, 1998.
- Дифференциальная диагностика неотложных состояний, протекающих с клиникой «острого живота» / Методические рекомендации НИИ Скорой помощи, Санкт-Петербург. — СПб, НИИСП, 1993. 26 с.





# КНИГА ПОЧТОЙ



**ЗАКАЗАТЬ КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР» МОЖНО ЛЮБЫМ УДОБНЫМ ДЛЯ ВАС СПОСОБОМ:**

- по телефону: **(812) 387-01-04**;
- по электронному адресу:
- **postbook@piter.com**;
- на нашем сервере: **www.piter.com**;
- по почте: **197198, Санкт-Петербург, а/я 619**  
**ЗАО «Питер Пост».**

**ВЫ МОЖЕТЕ ВЫБРАТЬ ОДИН ИЗ ДВУХ СПОСОБОВ ДОСТАВКИ И ОПЛАТЫ ИЗДАНИЙ:**

-  Наложным платежом с оплатой заказа при получении посылки на ближайшем почтовом отделении. Цены на издания приведены ориентировочно и включают в себя стоимость пересылки по почте (**но без учета авиатарифа**). Книги будут высланы нашей службой «Книга — почтой» в течение двух недель после получения заказа или выхода книги из печати.
-  Оплата наличными при курьерской доставке (**для жителей Санкт-Петербурга и Москвы**). Курьер бесплатно доставит заказ по указанному адресу в удобное для вас время в течение трех дней. Такой заказ лучше оформлять по телефону.

**ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЗАКАЗА УКАЖИТЕ:**

- фамилию, имя, отчество, телефон, факс,
- e-mail; почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улицу, дом, корпус,
- квартиру;
- название книги, автора, код, количество заказываемых экземпляров.

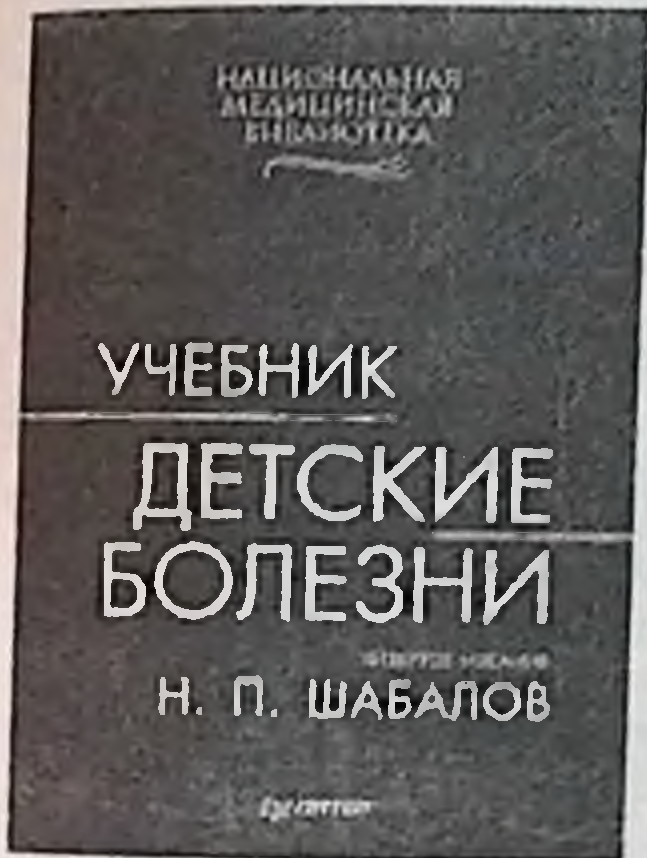
Вы можете заказать бесплатный журнал «Клуб Профессионал».

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
 **ПИТЕР®**  
WWW.PITER.COM



# КНИГА ПОЧТОЙ

СЕРИЯ «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА»



*Н. П. Шабалов*

## ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Учебник

4-е издание

Четвертое издание учебника (предыдущие выпущены в 1979, 1985, 1993 гг.) переработано и дополнено. Введены новые разделы: «Острые отравления у детей», «Боль у детей», «Гельминтозы» и др. Сведения по основным разделам педиатрии приведены в определенной последовательности: определение заболевания, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз, профилактика и диспансерное наблюдение. Учебник отражает современный уровень знаний о наиболее часто встречающихся заболеваниях, изучение которых предусмотрено программой по детским бо-

лезням, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации на 4–6 курсах педиатрических факультетов медицинских институтов, университетов и академий.

Автор: **Н. П. Шабалов**, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрами детских болезней Российской Военно-медицинской академии и педиатрии с курсами перинатологии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей Санкт-Петербургской государственной педиатрической академии.

Педиатрия как раздел медицины • Психология больного ребенка • Аномалии конституции • Синдром внезапной смерти • Дефицитные состояния • Лихорадка и гиперемии у детей • Болезни органов дыхания • Аллергические заболевания • Заболевания органов пищеварения у детей раннего возраста • Заболевания органов пищеварения у детей старшего возраста • Заболевания желчевыделительной системы • Хронические заболевания печени • Врожденные пороки сердца • Приобретенные заболевания сердечно-сосудистой системы • Ревматические болезни • Болезни почек и мочевыводящих путей • Болезни системы крови • Эндокринные заболевания • Наследственные болезни • Нейроциркулярная дисфункция • Нарушения сна у детей • Боль и болевой синдром у детей • Острые отравления у детей • Иммунодефицитные состояния • Синдром приобретенного иммунодефицита • ВИЧ-инфекции у детей • Сравнение антимикробных спектров препаратов • Антибактериальные препараты и их дозы для детей

Рецензенты: **Л. С. Балева**, профессор, главный педиатр МЗ РФ;  
**В. А. Таболин**, профессор, академик РАМН.

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
**ПИТЕР**<sup>®</sup>  
WWW.PITER.COM



# КНИГА ПОЧТОЙ

СЕРИЯ «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА»



544 с., 17х24, перепл,  
код 968

Цена наложенным  
платежом 136 р.

Под ред. Б. Д. Карвасарского  
**ПСИХОТЕРАПИЯ**  
Учебник

В первом в нашей стране учебнике по психотерапии, подготовленном известными учеными и организаторами психотерапевтической службы, изложены современные представления о психотерапии: ее интердисциплинарные основы, механизмы лечебного действия и оценка его эффективности, основные направления и методы психотерапии, ее возрастной и транскультуральный аспекты, особенности применения в различных областях медицины, организация психотерапевтической помощи. Учебник содержит тестовый контроль знаний по психотерапии и список рекомендуемой литературы.

Для студентов медицинских вузов и врачей общей практики.

Авторы: Б. Д. Карвасарский, профессор, доктор медицинских наук, главный психотерапевт МЗ РФ, заслуженный деятель науки РФ, и соавт.

Предисловие • Общая психотерапия • Определение психотерапии и содержание основных понятий • Краткий исторический очерк • Интердисциплинарный характер психотерапии и ее основы • Механизмы лечебного действия психотерапии • Взаимоотношения врача и больного в психотерапии • Оценка эффективности психотерапии • Альтернативная психотерапия • Основные направления и методы психотерапии • Принципы классификации методов психотерапии • Основные направления в психотерапии • Основные формы психотерапии • Другие направления в психотерапии • Специальная психотерапия • Психотерапия в различных областях медицины • Возрастные аспекты психотерапии • Психотерапия и фармакотерапия • Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация • Транскультуральный подход в психотерапии • Организация психотерапевтической помощи • Особенности и различные формы организации психотерапевтической помощи • Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи • Обучение в области психотерапии • Ответы на контрольные вопросы (тестовый контроль) • Именной указатель • Список литературы

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
**ПИТЕР**<sup>®</sup>  
WWW.PITER.COM



# Издательство «Человек» представляет Ежегодный справочник

Под редакцией ведущих специалистов России



В этом справочнике впервые в нашей стране сделана попытка систематического изложения информации об оборудовании, инструментах и расходных материалах для малоинвазивной хирургии, дана общая характеристика основных направлений малоинвазивных технологий в современной хирургии.

Формат – А4,  
тираж – 5 000 экз.,  
объем – 200 стр.

Кроме этого в справочнике Вы найдете:

- адреса организаций, производящих и реализующих оборудование, инструменты и материалы для малоинвазивной хирургии;
- адреса организаций, проводящих обучение и сертификацию специалистов по малоинвазивной хирургии;
- перечень специализированных периодических печатных изданий;
- адреса интернет-сайтов, посвященных малоинвазивной хирургии.

По вопросам приобретения справочника обращайтесь по адресу:  
199003, Санкт-Петербург, Малый пр. В.О., 26, оф. 2.  
Тел. (012) 325-25-64; тел./факс (812) 328-19-68.  
E-mail: [inrmed@medport.ru](mailto:inrmed@medport.ru)

Электронная версия справочника: [www.laparoscopy.ru/spravochnik.html](http://www.laparoscopy.ru/spravochnik.html)



**УВАЖАЕМЫЕ ГОСПОДА!**

**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПИТЕР» ПРИГЛАШАЕТ ВАС  
К ВЗАИМОВЫГОДНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ.**

**ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ОБРАЩАЙТЕСЬ В НАШИ  
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ АДРЕСАМ:**

**Россия, г. Москва**

Представительство издательства «Питер», м. «Калужская», ул. Бутлерова, д. 176, оф. 207 и 240, тел./факс (095) 777-54-67. E-mail: sales@piter.msk.ru

**Россия, г. Санкт-Петербург**

Представительство издательства «Питер», м. «Электросила», ул. Благодатная, д. 67, тел. (812) 327-93-37, 387-54-65. E-mail: sales@piter.com

**Украина, г. Харьков**

Представительство издательства «Питер», тел. (0572) 14-96-09, факс: (0572) 28-20-04, 28-20-05. Почтовый адрес: 61093, г. Харьков, а/я 9130. E-mail: piter@tender.kharkov.ua

**Украина, г. Киев**

Филиал Харьковского представительства издательства «Питер», тел./факс: (044) 490-35-68, 490-35-69. Адрес для писем: 04116, г. Киев-116, а/я 2. Фактический адрес: 04073, г. Киев, пр. Красных Казаков, д. 6, корп. 1. E-mail: office@piter-press.kiev.ua

**Беларусь, г. Минск**

Представительство издательства «Питер», тел./факс(37517) 239-36-56. Почтовый адрес: 220100, г. Минск, ул. Куйбышева, 75. ООО «Питер М», книжный магазин «Эврика». E-mail: piterbel@tut.by

**КАЖДОЕ ИЗ ЭТИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВ РАБОТАЕТ ПО ЕДИНОМУ СТАНДАРТУ  
ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР».**

**КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР» ВЫ МОЖЕТЕ ПРИОБРЕСТИ ОПТОМ И В  
РОЗНИЦУ У НАШИХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ.**

**Башкортостан**

Уфа, «Азия», ул. Зенцова, д. 70 (оптовая продажа), маг. «Оазис», ул. Чернышевского, д. 88, тел./факс (3472) 50-39-00. E-mail: asiaufa@ufanet.ru

**Дальний Восток**

Владивосток, «Приморский Торговый дом книги», тел./факс (4232) 23-82-12. Почтовый адрес: 690091, Владивосток, ул. Светланская, д. 43. E-mail: bookbase@mail.primorye.ru

Хабаровск, «Мирс», тел. (4212) 30-54-47, факс 22-73-30. Почтовый адрес: 680000, Хабаровск, ул. Ким-Ю-Чена, д. 21. E-mail: postmaster@bookmirs.khv.ru

Хабаровск, «Книжный мир», тел. (4212) 32-85-51, факс 32-82-50. Почтовый адрес: 680000, Хабаровск, ул. Карла Маркса, д. 37. E-mail: postmaster@worldbooks.knt.ru

**Европейские регионы России**

Арангельск, «Домкниги», тел. (8182) 65-41-34, факс 65-41-34. Почтовый адрес: 163061, пл. Ленина, д. 3. E-mail: book@atnet.ru

Калининград, «Вестер», тел./факс (0112) 21-56-28, 21-62-07. Почтовый адрес: 236040, Калининград, ул. Победы, д. 6. Магазин «Книги & книжечки». E-mail: nshibkova@vester.ru; www.vester.ru

Ростов-на-Дону, ПБОЮЛ Остроменский, пр. Соколова, д. 73, тел./факс (8632) 32-18-20. E-mail: ostrom@don.sitek.net

**Северный Кавказ**

Ессентуки, «Россы», ул. Октябрьская, 424, тел./факс (87934) 6-93-09. E-mail: rossy@kmtw.ru

**Сибирь**

Иркутск, «ПродаЛить», тел. (3952) 59-13-70,

факс 51-30-70. Почтовый адрес: 664031, Иркутск, ул. Байкальская, д. 172, а/я 1397.

E-mail: prodalit@irk.ru; http://www.prodalit.irk.ru

Иркутск, «Антей-книга», тел./факс (3952) 33-42-47. Почтовый адрес: 664003, Иркутск, ул. Карла Маркса, д. 20. E-mail: antey@irk.ru

Красноярск, «Книжный мир», тел./факс (3912) 27-39-71. Почтовый адрес: 660049, Красноярск, пр. Мира, д. 86. E-mail: bookworld@public.krasnet.ru

Нижневартовск, «Дом книги», тел. (3466) 23-27-14, факс 23-59-50. Почтовый адрес: 628606, Нижневартовск, пр. Победы, д. 12.

E-mail: book@nvartovsk.wsnnet.ru

Новосибирск, «Топ-книга», тел. (3832) 36-10-26, факс 36-10-27. Почтовый адрес: 630117, Новосибирск, а/я 560. E-mail: office@top-kniga.ru; http://www.top-kniga.ru

Тюмень, «Друг», тел./факс (3452) 21-34-39, 21-34-82. Почтовый адрес: 625019, ул. Республики, д. 211. E-mail: drug@tyumen.ru

Тюмень, «Фолиант», тел. (3452) 27-36-06, факс 27-36-11. Почтовый адрес: 625039, Тюмень, ул. Харьковская, д. 83а. E-mail: foliant@tyumen.ru

**Татарстан**

Казань, «Таис», тел. (8432) 72-34-55, факс 72-27-82. Почтовый адрес: 420073, Казань, ул. Гвардейская, д. 9а. E-mail: tais@bancorp.ru

**Урал**

Екатеринбург, магазин № 14, ул. Челюскинцев, д. 23, тел./факс (3432) 53-24-90. E-mail: gvardia@mail.ur.ru

Екатеринбург, «Валео-книга», ул. Ключевская, д. 5, тел. (3432) 42-07-75, факс 42-56-00. E-mail: valeo@etel.ru







# КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПИТЕР»



**Заказ наложенным платежом:**  
197198, Санкт-Петербург, а/я 619  
[postbook@piter.com](mailto:postbook@piter.com)  
для жителей России

61093, Харьков-93, а/я 9130  
[piter@tender.kharkov.ua](mailto:piter@tender.kharkov.ua)  
для жителей Украины



Посетите наш web-магазин:  
**[www.piter.com](http://www.piter.com)**

ISBN 5-318-00270-6



9 785318 002700

**ПИТЕР**<sup>®</sup>  
WWW.PITER.COM