

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



РЕФЕРАТ

Тема: Синдром острого живота

Аликулов Ж.

Самарканд 2017 г.

Общие умения

1. Проведение клинического обследования больного с ОЗОБП: опрос (жалобы, опрос по системам, анамнез заболевания и жизни); оценка общего состояния и внешнего вида (осмотр кожи, подкожно-жирового слоя, пальпация лимфатических узлов, молочных желез, щитовидной железы и др.); обследование состояния сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, брюшной полости, костно-мышечного аппарата.
2. Выделение ведущего клинического симптома или синдрома острых заболеваний и «Locus morbi», определение специальных «патогномоничных» симптомов ОЗОБП.
3. Поставить наиболее вероятный или синдромный диагноз заболевания у больного.
4. Назначить план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального) и оценить его результаты.
5. Провести дифференциальную диагностику заболеваний со схожей клинической картиной.
6. Сформировать клинический диагноз больного с учетом классификации заболеваний, наличием осложнений и сопутствующей патологии.
7. Определить индивидуальную лечебную тактику для больного: консервативное или оперативное лечение (по экстренным, экстренным отсроченным, абсолютным или относительным показаниям).
8. По существующим алгоритмам и стандартным схемам определить принцип лечения больного – патогенетические обоснованной консервативной терапии или метода оперативного вмешательства и показания к нему, мероприятия профилактики, диагностики и лечения возможных послеоперационных осложнений при данном заболевании.
9. При наличии или возможном возникновении осложнения данных заболеваний или неотложного состояния выполнить его диагностику, определить тактику оказания экстренной медицинской помощи и оказать ее.
10. Определить прогноз жизни и работоспособности больного при данных заболеваниях.
11. Уметь выполнять врачебные диагностические и лечебные манипуляции при данной патологии, в первую очередь при оказании экстренной медицинской помощи.
12. Ведение медицинской документации в клинике хирургических болезней.

Конкретные умения

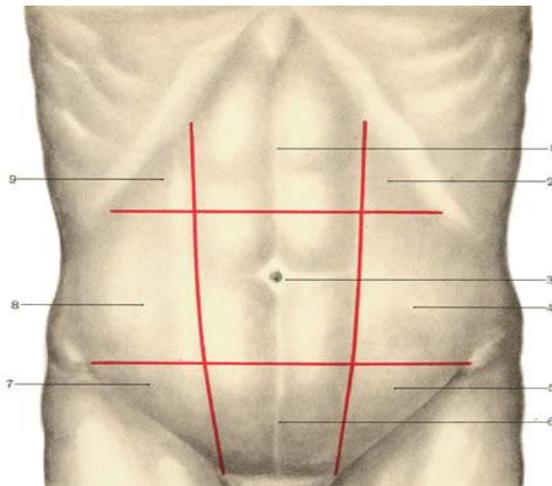
13. Выявление «язвенного анамнеза».
14. Пальцевое исследование прямой кишки.
15. Оценка данных вспомогательных методов обследования больных с ОЗОБП: клинические анализы крови и мочи, биохимические показатели крови, коагулограмма, проба Маржатка с определением дебит-часа HCL и pH-метрии желудка (по показаниям); УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ФВД.

16. Оценка обзорной рентгенографии органов брюшной полости.
17. Техника проведения и оценка пробы пневмогастрографии (проба Хеннелта).
18. Ректороманоскопия.
19. Лапароцентез.
20. Методика определения групповой и резусной принадлежности крови. Техника гемотрансфузии. Постановка проб на групповую совместимость, резус-совместимость, биологическая проба. Лечение осложнений гемотрансфузии.
21. Сток из желудка, промывание желудка.
22. Сифонная клизма.
23. Паранефральная новокаиновая блокада.
24. Выбор лечебной тактики при ОЗОБП.
25. Подготовка больных к urgentным операциям. Премедикация.
26. Ассистирование на urgentных операциях при ОЗОБП.
27. Самостоятельная перевязка больных. Снятие швов. Уход за дренажами: их промывание, введение лекарственных препаратов; удаление дренажей.
28. Остановка кровотечения из послеоперационной раны брюшной стенки.
29. Оформление основной медицинской документации.

V. Информационный блок для самостоятельной подготовки студента к практическому занятию.

В брюшной полости находятся все внутренние органы живота. Ее **границы**: спереди и с боков - передние и боковые стенки живота, сзади – поясничная область, сверху – диафрагма, снизу – условная плоскость по линии, отделяющей полости большого и малого таза.

Области живота - четыре условные линии по передней брюшной стенке подразделяют живот на 9 анатомических областей. Две линии (вертикальные) проходят через лонные бугорки по нижнему краю прямых мышц живота. Две линии (горизонтальные): верхняя – через наиболее низко расположенные точки реберных дуг, нижняя – через передние верхние ости подвздошных костей. В верхнем этаже (эпигастрий) расположены правая и левая **подреберные области** и собственно **эпигастральная** (подложечная). В среднем этаже (мезогастрий) – правая и левая **боковые** и **пупочная**. В нижнем этаже (гипогастрий) – правая и левая **подвздошная** и **лобковая**. (рис 1.)



- 1 –regionepigastrica;
- 2 –regionhypochondriacasinistra;
- 3 –regionumbilicalis;
- 4 –regionlateralissinistra;
- 5 –regioninguinalissinistra;
- 6 –regionpubica;
- 7 –regioninguinalisdextra;
- 8 –regionlateralisdextra;
- 9 –regionhypochondriacadextra.

Рис 1. Области живота

Брюшная полость – узкий лабиринт пространств между ее стенками и органами, расположенными в ней, а также между отдельными органами.

Брыжейка поперечно-ободочной кишки, вместе с последней, разделяют брюшную полость на два этажа.

В **верхнем этаже** брюшной полости расположены печень с желчным пузырем, абдоминальный отдел пищевода, желудок, верхняя часть двенадцатиперстной кишки, селезенка.

Нижний этаж брюшной полости содержит остальную часть двенадцатиперстной кишки, все петли тонкой кишки, слепую кишку с червеобразным отростком, восходящую и нисходящую ободочные, сигмовидную, прямую кишку, мочевой пузырь и внутренние половые органы.

В нижнем этаже брюшной полости выделяют четыре отдела: два внутренних, имеющих треугольную форму, - **синусы** и два наружных, располагающихся в продольном направлении, - **боковые каналы**.

Брюшина – полупроницаемая, активно функционирующая мембрана, выполняющая ряд функций: **резорбтивная** – способность всасывать содержимое брюшной полости; **экссудативная** – способность брюшины выделять жидкость и фибрин; **барьерная** функция – механическая защита и защита от инфекций.

Желудок расположен в верхнем этаже брюшной полости, выше брыжейки поперечно-ободочной кишки. Большая его часть (около 3/4) располагается влево от срединной линии, в пределах области левого подреберья. Меньшая часть залегает правее срединной линии, в подложечной области.

В желудке различают переднюю и заднюю стенки, малую и большую кривизны, четыре отдела и два сфинктерных механизма.

Отделы желудка–кардинальныйотдел или входная часть, **дно желудка** или свод, **тело желудка**,**антральный** отдел или предпривратниковая часть.

Сфинктерные механизмы: пищеводно-желудочный сфинктер (нижний сфинктер пищевода) и пилорический сфинктер.

Иннервация. Парасимпатическая двигательная иннервация осуществляется блуждающими нервами. Симпатическая иннервация (двигательная и чувствительная) осуществляется чревным сплетением.

Кровоснабжение. Артериальная кровь поступает к желудку по правой и левой желудочным, правой и левой желудочно-сальниковым и коротким артериям желудка. Венозная кровь оттекает от желудка как в систему нижней полой, так и в систему воротной вены.

Функции желудка разнообразны:

- а) Резервуар для приема пищи;
- б) Секреторная (выработка желудочного сока и антианемического фактора Касла);
- в) Экскреторная – способность выделять в просвет желудка токсические вещества;
- г) Инкреторная – синтез гормонов;
- д) Всасывательная – способность всасывать воду, алкоголь и некоторые др. вещества;
- е) Моторная – эвакуация пищевой кашицы в двенадцатиперстную кишку;
- ж) Барьерная – бактерицидное действие желудочного сока, наличие слизисто-бикарбонатного барьера;

Двенадцатиперстная кишка – начальная часть тонкой кишки, длиной около 25-30 см, залегает в забрюшинном пространстве. В ней различают верхний, нижний, двенадцатиперстно-тощекишечный изгибы и четыре части:

а) **Верхняя горизонтальная** часть лежит сразу после пилорического жома; она имеет около 4-5 см. длины и пересекает срединную линию тела на уровне Th12 – L1 в поперечном направлении;

б) **Нисходящая часть** (длиной около 7-10 см.) располагается справа от позвоночника до уровня L3; именно в этой части двенадцатиперстной кишки в нее открывается общий желчный и панкреатический протоки;

в) **Нижняя горизонтальная** часть (длиной около 10-12 см.) пересекает в поперечном направлении срединную линию тела на уровне L3;

г) **Восходящая часть** (длиной 2,5-5 см.) поднимается слева от позвоночника до уровня L2; здесь она резко меняет свое направление и переходит в тощую кишку.

Артериальная кровь к двенадцатиперстной кишке поступает по ветвям печеночной (верхняя панкреатодуоденальная артерия) и верхней брыжеечной (нижняя панкреатодуоденальная артерия) артериям.

Венозный отток от двенадцатиперстной кишки осуществляют передняя и задняя поджелудочно - двенадцатиперстнокисечные венозные дуги. По ним кровь попадает в воротную и верхнюю брыжеечную вены.

В месте слияния лент ободочной кишки от заднемедиальной стенки слепой кишки отходит **червеобразный отросток** – вырост слепой кишки длиной 2-20 см (в среднем 8,6 см), обычно покрытый со всех сторон брюшиной и имеющий брыжейку.

Левый и правый печеночные протоки при слиянии в месте выхода из долей печени образуют общий печеночный проток (длиной 3-4 см). Общий

печеночный и пузырный протоки формируют **общий желчный проток** (8-10 см. длиной и 3-10 мм в диаметре).

Общий желчный проток имеет четыре части: **супрадуоденальную** (от слияния общего печеночного с пузырным протоком до наружного края двенадцатиперстной кишки), **ретродуоденальную** (от наружного края двенадцатиперстной кишки до головки поджелудочной железы), **панкреатическую** (проходящую позади головки поджелудочной железы или через ее паренхиму), **интрамуральную** (проходящую в толще стенки двенадцатиперстной кишки). Открывается проток в двенадцатиперстную кишку на **фатеровом сосочке**.

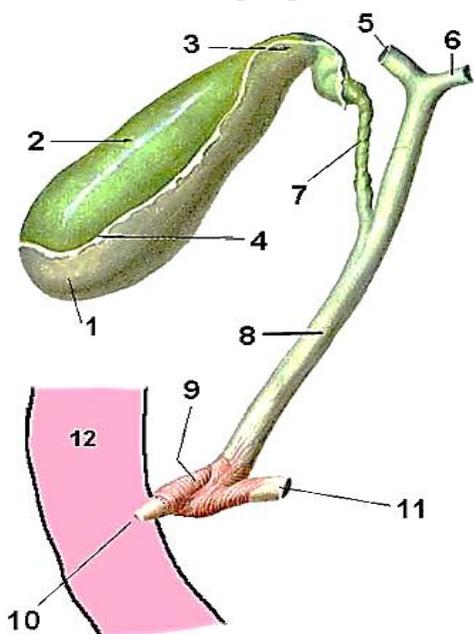
Сфинктер Одди двенадцатиперстной кишки общего желчного протока расположен в месте прохождения протока через ампулу фатерова сосочка; регулирует поступление желчи в двенадцатиперстную кишку.

Пузырный проток, общий печеночный проток и пузырная артерия образуют треугольник **Кало**. Желчные пути имеют сфинктеры, регулирующие желчевыделение: сфинктер **Люткенса** в шейке желчного пузыря, сфинктер **Миризив** в месте слияния пузырного и общего желчных протоков. (рис 2).

Поджелудочная железа – орган внешней и внутренней секреции, расположена в забрюшинном пространстве на уровне L1 – L2 . В ней различают головку, тело и хвост. Головка прилежит к двенадцатиперстной кишке, хвост достигает селезенки. Длина поджелудочной железы 15-25 см, ширина головки – 3-7,5 см, тела – 2,5 см, хвоста – 2-3,4 см. Масса органа составляет 60-115 г.

Проток поджелудочной железы сливается с общим желчным протоком, образуя ампулу фатерова сосочка двенадцатиперстной кишки.

Кровоснабжение головки поджелудочной железы обеспечивают верхние и нижние панкреодуоденальные артерии и вены. Верхняя панкреодуоденальная артерия – ветвь желудочно-дуоденальной артерии, нижняя – ветвь брыжеечной артерии. Тело и хвост железы получают кровь из селезеночной артерии.



- 1 - дно желчного пузыря,
- 2 - тело,
- 3 – шейка,
- 2- область сращенная с печенью,
- 5 - правый и 6 - левый печеночные протоки,
- 7- пузырный проток
- 8 - общий проток
- 9 - сфинктер Одди,
- 10 - Фатеров сосочек,
- 11 - проток поджелудочной железы (Вирсунг).

Рис 2. Анатомия желчного пузыря

Кишечник. Тонкая кишка –трубка, расположенная между пилорическим жомом и слепой кишкой, длиной 4/5 длины ЖКТ. Разделяется на три части: двенадцатиперстная кишка лишена брыжейки; тощая кишка – проксимальный участок тонкой кишки, составляющий примерно 40% общей длины, этот отдел тонкой кишки имеет наибольший диаметр; подвздошная кишка – 60% общей длины.

Толстая кишка– дистальный отдел пищеварительной трубки, следующий за тонкой кишкой и заканчивающийся наружным отверстием анального канала, общая длина – 1,75-2 м. Делится на отделы: слепую кишку, ободочную, сигмовидную ободочную кишку и прямую кишку.

Острый аппендицит

1.Классификация острого аппендицита (ОА).

В клинике принята и используется следующая классификация острого аппендицита (В.И. Колесова, 1972):

а) Слабо выраженный (аппендикулярная колика);

б) Простой (поверхностный);

в) Деструктивный:

- флегмонозный,

- гангренозный,

- перфоративный;

г) Осложненный:

- аппендикулярный инфильтрат,

- аппендикулярный абсцесс,

- разлитой перитонит;

д) Прочие осложнения (пилефлебит, сепсис и др.).

2.Особенности обследования больного с подозрением на острый аппендицит (план практической подготовки студента на практическом занятии).

2.1. При опросе больного: 1. Жалобы больного по основному заболеванию: боль в правой подвздошной области,возникающая внезапно, ноющая постоянный характер и не имеющая характерной иррадиации; тошнота, иногда одноразовая рвота, задержка стула или жидкий стул.

2.Жалобы со стороны других органов и систем чаще отсутствуют.

3.Анамнез болезни: начало острое, без видимых причин, постепенное нарастание боли, возможно указание на перенесенные ранее подобные приступы. Уточняется время заболевания, обращался ли больной за медицинской помощью и куда.

4.Анамнез жизни: уточняется наличие вредных привычек и хронических заболеваний.

2.2. Клиническое физикальное обследование (характерные особенности при данном заболевании):

1. Оценка общего состояния больного. Общее состояние в начале заболевания чаще мало нарушается и остается относительно удовлетворительным. Поведение спокойное, больные лежат на спине или правом боку. Характерные конституциональные особенности, упитанности – не прослеживаются.

2. Сбор информации о внешнем виде больного: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Осмотр подкожной клетчатки, пальпация лимфатических узлов, щитовидной и молочных желез.

3. Обследование состояния сердечно-сосудистой системы: пульс учащен в начале, соответственно повышению температуры до субфебрильных цифр. При развитии деструктивных форм и осложнений с выраженной интоксикацией – тахикардия, не соответствующая повышению температуры. Артериальное давление нормальное. Тоны сердца без особенностей. Органы дыхания без особенностей.

4. При осмотре живота можно выявить отставание при дыхании передней брюшной стенки в правой подвздошной области.

5. Костно-мышечная система без особенностей.

6. «Locus morbi» обследование состояния органов брюшной полости (осмотр брюшной полости, пальпация, перкуссия, аускультация органов брюшной полости). При пальпации живота определяются три основных признака ОА – локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же мышечное напряжение, положительные аппендикулярные симптомы и положительный симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга.

Патогномоничные симптомы при ОА: симптом Ровзинга, Воскресенского («рубашки»), Ситковского, Бартомье-Михельсона, Раздольского, Образцова, Островского, Крымова.

7. Ведущий клинический синдром, характерный для ОА – боль в правой подвздошной области.

8. На основании полученных данных опроса и клинического физикального обследования устанавливается предварительный клинический диагноз больному: острый аппендицит.

2.3. Согласно стандартным схемам план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального) больного с ОА включает:

1. Клинический анализ крови – лейкоцитоз, «сдвиг влево», повышение СОЭ.

2. Клинический анализ мочи – изменений может не быть.

3. Глюкоза крови.

4. Группа крови и резус-фактор.

5. У больных старше 40 лет или по показаниям выполняется ЭКГ и назначается обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки.

6. Также по показаниям выполняется УЗИ брюшной полости, пальцевые исследования прямой кишки у мужчин и вагинальные исследования у женщин.

7. По показаниям осматриваются больные смежными специалистами.

8. В трудных для диагностики случаях применяется лапароскопия.

3. Дифференциальную диагностику при подозрении на ОА надо проводить с острыми терапевтическими, инфекционными, острыми хирургическими заболеваниями органов пищеварительного тракта (острыми гастритом, энтероколитом, обострением язвенной болезни, пищевой токсикоинфекцией, острой дизентерией, перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, острой кишечной непроходимостью – инвагинацией, болезнью Крона, острым тифлитом и перфорацией рака слепой кишки и др.), с другими заболеваниями органов брюшной полости (острым холециститом, панкреатитом, ущемленными грыжами и др.), с острыми гинекологическими заболеваниями (острым правосторонним аднекситом, перекрутом ножки и разрывом кисты правого яичника, внематочной беременностью), с острыми урологическими заболеваниями (почечной коликой при остром пиелонефрите, МКБ, гидронефрозом, острым циститом), с абдоминальной формой инфаркта миокарда и т.д.

Дифференциальная диагностика ОА с острым правосторонним аднекситом.

Данные анамнеза (недавний аборт, лечение гонореи, гнойные выделения из влагалища и др.).

Симптом Шиловцева: в положении лежа на спине выявляют болевую точку в правой подвздошной области и, не отнимая руки, предлагают больному повернуться на левый бок. Слепая кишка смещается, и боль в найденной точке уменьшается и смещается ниже и левее. При этом симптом оценивают, как положительный для ОА.

Симптом Жендринского: в положении лежа, больному нажимают на брюшную стенку в точке Кюммеля (2 см вправо и ниже пупка) пальцем и, не снимая его, предлагают больному встать. Усиление боли свидетельствует об аппендиците, уменьшение – об остром сальпингооофорите.

Симптом Промптова – болезненность матки при отодвигании ее вверх пальцами, введенными во влагалище или прямую кишку.

Симптом Познера – болезненность при маятникообразных движениях матки, производимые двумя пальцами при вагинальном исследовании. Симптом указывает на заболевание женских половых органов.

Данные вагинального и бимануального исследования, пункции заднего свода (мутный выпот, гной густой и без запаха).

Дифференциальная диагностика ОА с внематочной беременностью.

Данные анамнеза (задержка menses), симптомы внутрибрюшного кровотечения, данные вагинального и бимануального исследований, пункции заднего свода (кровь).

Дифференциальная диагностика ОА с острой урологической патологией.

Данные анамнеза (МКБ, приступы почечной колики и др.), положительная хлорэтиловая проба Борисова, новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну, данные хромоцистоскопии (задержка или отсутствие выделения окрашенной в синий цвет мочи из правого мочеточника – в пользу урологической патологии).

Дифференциальная диагностика ОА с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Данные анамнеза, внезапное начало заболевания, отсутствие учащенного пульса и повышенной температуры тела в первые часы заболевания.

Для перфорации характерны следующие признаки: «кинжальная» боль, доскообразный живот, язвенный анамнез, исчезновение печеночной тупости и наличие свободного газа в брюшной полости, другие патогноманичные симптомы ПЯ.

Дифференциальная диагностика ОА с пищевой токсикоинфекцией

Боль локализуется в надчревной области или в правой половине живота, ухудшается общее состояние, появляется рвота. Признаки интоксикации появляются раньше, чем боль в животе, интоксикация быстро нарастает, рвота часто бывает многократной. Не бывает напряжения мышц передней брюшной стенки, симптома Щеткина-Блюмберга.

Дифференциальная диагностика ОА с острой кишечной непроходимостью.

Данные анамнеза, схваткообразные боли по всему животу, повторная рвота, усиленная перистальтика, отмечается задержка стула и газов. Нет перитонеальных явлений в начале заболевания, не повышается температура тела. При пальпации живота определяются симптомы Валя, «шум плеска», другие патогноманичные симптомы ОКН. При рентгенологическом исследовании видны уровни жидкости с газом над ними в растянутых кишечных петлях («чаши Клойбера»).

Дифференциальная диагностика ОА с острым холециститом.

Данные анамнеза. Обычно начинается после погрешности в диете. Характерным является иррадиация боли в правую лопатку или в правое плечо. Болезненность и возможное напряжение мышц в правом подреберье, другие патогноманичные симптомы ОХ. При УЗИ – часто конкременты в желчном пузыре, утолщение его стенок.

Дифференциальная диагностика ОА с острым панкреатитом.

Данные анамнеза. Острый панкреатит обычно начинается после погрешности в диете сильной болью в надчревной области, носит опоясывающий характер, многократная рвота. Общее состояние ухудшается, нарастает интоксикация. Положительные симптомы Гобье, Керте. Мейо - Робсона, Воскресенского, др.. Повышение уровня амилазы в крови и в моче. При рентгенологическом исследовании определяют раздутую поперечно-ободочную кишку. При УЗИ – увеличение и снижение эхогенности поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика ОА с плевропневмонией.

Данные анамнеза. Тяжелое общее состояние, высокая температура тела, озноб. Локализация болевого синдрома и сила мышечного напряжения изменяется с каждым часом. При аускультации обнаруживается ослабленное дыхание, крепитация, влажные хрипы. Рентгенологически определяется ограниченность движения купола диафрагмы, инфильтрация ткани легкого. иногда жидкость в синусе.

4. Обоснование и формулировка клинического диагноза у больного (с учетом классификации заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии):

1. Основной – острый аппендицит.
2. Осложнения – местный перитонит.
3. Сопутствующая патология (если она есть).

5. Лечебная тактика больного с ОА.

5.1. Выбор лечебной тактики.

1. При подозрении на ОА больного необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар.

2. Установление диагноза ОА является абсолютным показанием к срочной операции независимо от формы заболевания, возраста больного, срока от начала заболевания.

3. Исключения составляют больные с наличием плотного, четко отграниченного аппендикулярного инфильтрата (в то же время прогрессирующий и абсцедирующий инфильтрат подлежат операции).

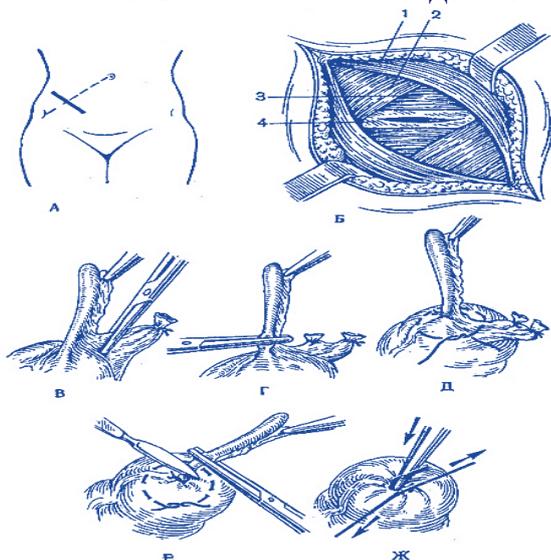
4. Беременность даже во второй половине не служит противопоказанием для операции.

5. У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (острый инфаркт миокарда, декомпенсация кровообращения, тяжелая пневмония и др.) о возможности оперативного вмешательства, которое может оказаться опаснее самого ОА, решает консилиум врачей в каждом случае индивидуально.

При неясном диагнозе проводится динамическое наблюдение в течение 3-5 часов и тщательное обследование с привлечением современных методов исследования, широко используется ургентная лапароскопия. Если за указанный период клиническая картина сохраняется, и диагноз ОА не снимается - показана операция.

5.2. Хирургическое лечение острого аппендицита

Рис 3. Этапы аппендэктомии



А — косой разрез стенки живота по Дьяконову — Волковичу; Б — брюшная полость вскрыта; 1 — наружная косая мышца живота; 2 — внутренняя косая мышца живота; 3 — поперечная мышца живота; 4 — брюшина; В — пересекается брыжейка отростка после перевязки ее сосудов; Г — отросток пережимается зажимом у основания; Д — в зоне пережатия отросток перевязан, на стенку слепой кишки наложен кисетный шов; Е — выше лигатуры на отросток наложен клемм и отросток отсечен; Ж — культя отростка погружена в кисетный шов.

Обезболивание. При наличии клиники неосложненного ОА у взрослых больных применяют местную анестезию. При непереносимости местного анестетика, у детей, у больных с ОА осложненным диффузным или разлитым перитонитом, при технических трудностях во время операции показано общее обезболивание, преимущественно эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием, нейролептоаналгезия.

Оперативные доступы. Наиболее часто применяются косо-переменный разрез Волковича - Дьяконова, который проходит перпендикулярно линии, соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость правой подвздошной кости, через точку Мак-Бурнея, находящиеся на границе наружной и средней трети указанной линии. При наличии диффузного перитонита показано применение нижнесрединной лапаротомии, при разлитом перитоните – широкая лапаротомия по Петрову (от мечевидного отростка до лона). Существуют доступы Ленандера (параректальный), Шпренгеля (поперечный). **Виды аппендэктомии:** классическая, ретроградная, атипичная. (рис 3.) В последнее время применяется лапароскопическая аппендэктомия. (рис 4.)

Окончание операции. Глухой послойный шов раны применяется при простой и флегмонозной форме ОА. При гангренозной форме применяется перчаточко-трубочный дренаж через основную рану. Дренирование необходимо и при осложненных формах ОА. Могут возникнуть показания к применению марлевых тампонов:

- с гемостатической целью – при недостаточно надежном гемостазе;
- для ограничения места операции от остальной брюшной полости.

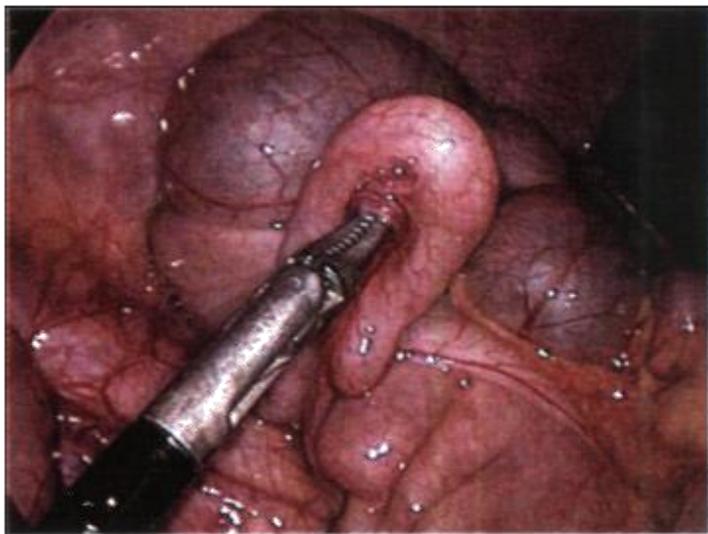


Рис 4.Лапароскопическая аппендэктомия

5.3. Послеоперационный период

После операции следует назначить постельный режим на 12-24 часа, холод и груз на рану на 2 часа, болеутоляющие средства в течение 1-2 суток. Питье и жидкую пищу можно разрешить через 8-12 часов, переводя больного постепенно (через каждые 2 дня) на стол 1а, 1б и 1. Смена повязки на 1-е сутки. Швы снимаются при гладком послеоперационном течении на 5-е сутки, у пожилых и ослабленных больных швы снимают на 7-8 сутки. Перед выпиской

из стационара необходимо проводить клинический анализ крови. Трудоспособность после аппендэктомии, при отсутствии осложнений, восстанавливается спустя 3-4 недели после операции.

5.4. Классификация осложнений после аппендэктомии (И.М. Матяшин и соавторы, 1974).

1. Осложнения со стороны брюшной стенки (со стороны раны):

А) Ранние:

1. Инфильтраты послеоперационной раны;
2. Нагноение;
3. Кровотечение;
4. Образование гематомы;
5. Эвентрация.

Б) Поздние:

1. Лигатурные свищи;
2. Воспалительные «опухоли» передней брюшной стенки;
3. Послеоперационные вентральные грыжи;
4. Развитие коллоидных рубцов;
5. Развитие невриномы.

2. Осложнения со стороны брюшной полости.

А) Ранние:

1. Внутрибрюшные кровотечения;
2. Перитонит;
3. Инфильтраты передней брюшной стенки;
4. Абсцессы брюшной полости;
5. Флегмона забрюшинной клетчатки;
6. ОКН на почве спаечной болезни;
7. Острый послеоперационный панкреатит.

Б) Поздние:

1. Культиты;
2. Инфильтраты и абсцессы брюшной полости;
3. Воспалительные опухоли;
4. Кишечные свищи;
5. Спаечная болезнь;
6. Рецидивы, боли после аппендэктомии.

3. Общие осложнения аппендэктомии.

- со стороны сердечно-сосудистой системы;
- со стороны органов дыхания;
- со стороны мочевыделительной системы.

Среди мероприятий, способствующих своевременной диагностике и профилактике послеоперационных осложнений, можно назвать ежедневный физикальный, а при необходимости и рентгенологический контроль, раннее вставание, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, консультации смежных специалистов.

Ущемленные грыжи.

Самым частым и тяжелым осложнением грыж живота является ущемление. Ущемления грыжи занимают 4-е место (4,3-4,8 %) после ОА, острого холецистита (ОХ) и острого панкреатита (ОП). По числу оперированных больных ущемленные грыжи занимают 4-е место. Послеоперационная летальность остается высокая (7,2 – 12%) и за последние годы тенденции к снижению не отмечено. (рис 5)

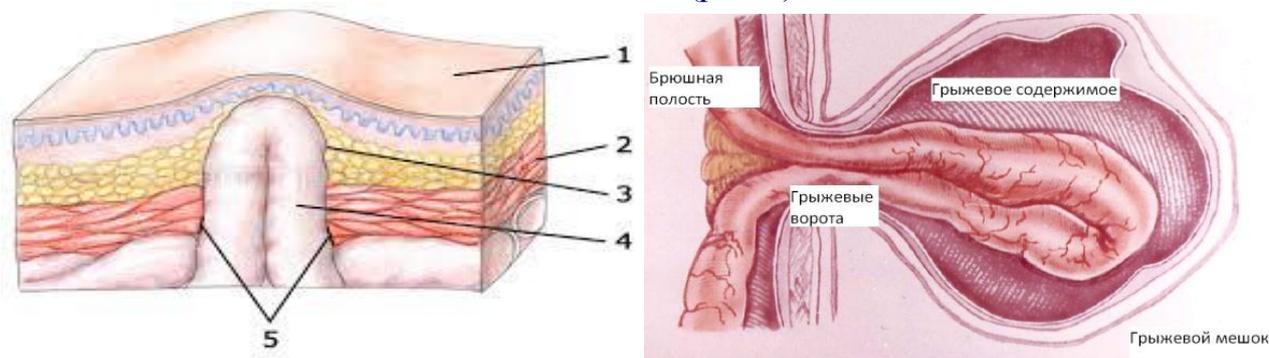


Рис 5. Ущемленные грыжи

1.Классификация.

По этиологии:

- врожденная (congenitalis);
- приобретенная (asgnisita).

По анатомическим признакам:

- паховая;
- бедренная;
- пупочная;
- белой линии живота;
- спигелевой линии;
- мечевидного отростка;
- поясничная;
- седалищная;
- промежностная;
- диафрагмальная;
- во внутренних карманах.

По клинике:

- свободная или вправимая (reponibilis);
- невправимая (irreponibilis);
- ущемленная (incarserato).

По виду ущемления:



Рис 6. Локализация грыжевое выпячивание.

- эластическое;
- каловое;
- ретроградное (грыжа Майдля);
- пристеночное (ущемление Рихтера);
- грыжа Литре (ущемление в грыжевом мешке дивертикула Меккеля).

2. Клинико-диагностическая программа ущемленных грыж.

Жалобы на острую боль в области грыжевого выпячивания, которая появляется чаще всего в момент физического напряжения (бег, подъем тяжести, прыжок, акт дефекации) и не стихает. С момента появления боли выпячивание не исчезает в горизонтальном положении. Из анамнеза часто выясняется, что больной страдает грыжей.

Объективно: грыжевое выпячивание не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения больного. При пальпации оно резко болезненно, особенно в области грыжевых ворот, напряжено. Симптом кашлевого толчка отрицательный. При перкуссии в ранней стадии ущемления кишки отмечается тимпанит, в поздней – тупой перкуторный звук (вследствие появления экссудата). В случаях ущемления тонкой кишки появляются признаки высокой кишечной непроходимости, а при ущемлении толстой кишки – низкой. Поэтому ущемленная грыжа нередко сопровождается рвотой (не приносит облегчения), вздутием живота, задержкой стула и газов. Ущемление мочевого пузыря в скользящей паховой грыже сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием.

При ущемлении кишки в клиническом течении выделяют **три периода**:

1. С момента ущемления прошло не более 2 часов – нет омертвления ущемленных петель кишки и явлений интоксикации;
2. С 2 до 8 часов ущемления – характерны некроз петли кишки, явления кишечной непроходимости, но без перитонита;
3. 9 часов и более – наблюдаются перитонит и интоксикация.

Помощь, оказываемая больному на догоспитальном этапе, должна сводиться к скорейшей доставке больного в хирургический стационар. Категорически запрещается насильственное вправление грыжевого выпячивания, которое может спровоцировать кровоизлияния в стенку кишки и брыжейку, тромбоз сосудов, отрыв брыжейки, перфорацию кишки. Кроме того, может произойти мнимое вправление грыжи. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи на дооперационном этапе необходимо придерживаться выжидательной тактики: госпитализация, наблюдение, контроль пассажа водной взвеси сульфата бария. Однако, при наличии болей в животе, тахикардии, высокого лейкоцитоза, рвоты, анамнестических данных в пользу длительного ущемления или наличия перитонеальной симптоматики больного необходимо экстренно оперировать, применив срединный разрез. Если же вправление произошло во время анестезии, разреза или на других этапах операции, то желательно обнаружить и осмотреть ущемляющийся орган через герниолапаратомную рану.

Стандартный объем обследования, принятый в клинике и рекомендуемый для больных с данной патологией включает в себя такие исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- коагулограмма;
- определение группы крови и резус-фактора крови;
- обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости.

Если больной старше 45 лет или есть анамнестические данные в пользу сопутствующей патологии (чаще всего кардиальной), то необходимо сделать ЭКГ, провести консультацию смежных специалистов (терапевта, невропатолога и т. д.)

Ущемленная грыжа является патологией, требующей неотложной операции. Операцию выполняют не позже 2-х часов после госпитализации, включая предоперационную подготовку.

3. Дифференциальная диагностика.

Бедренные грыжи следует дифференцировать с увеличенными лимфатическими узлами при различных заболеваниях, метастазами злокачественных новообразований в лимфатические узлы этой области, доброкачественными опухолями этой области, варикозным расширением вен нижних конечностей, специфическими натечными абсцессами, кистами, располагающимися под паховой связкой.

Косые паховые грыжи, не спускающиеся в мошонку, следует дифференцировать с со специфическим и неспецифическим лимфаденитом, сифилитической гуммой, с метастазом опухоли (прямой кишки, матки, предстательной железы).(Рис7)

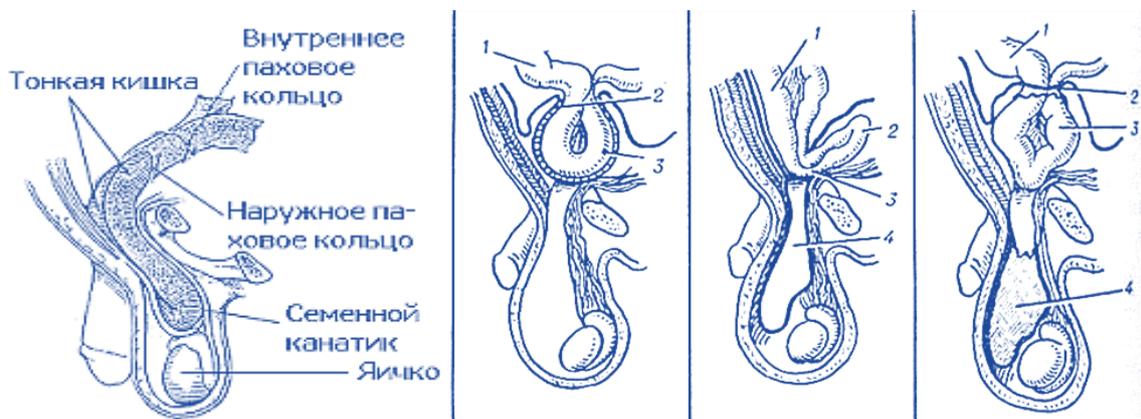


Рис 7.

Косые паховые грыжи, спускающиеся в мошонку, следует дифференцировать от водянки яичка, а также от водянки семенного канатика. При ощупывании семенного канатика у наружного отверстия пахового канала при водянке можно свободно сомкнуть пальцы у его верхнего полюса, ощущая между ними семявыносящий проток, тогда как при паховомошоночной грыже пальцы не удастся сомкнуть. При перкуссии при УГ – тимпанит, при водянке яичка – тупость.(рис 8)

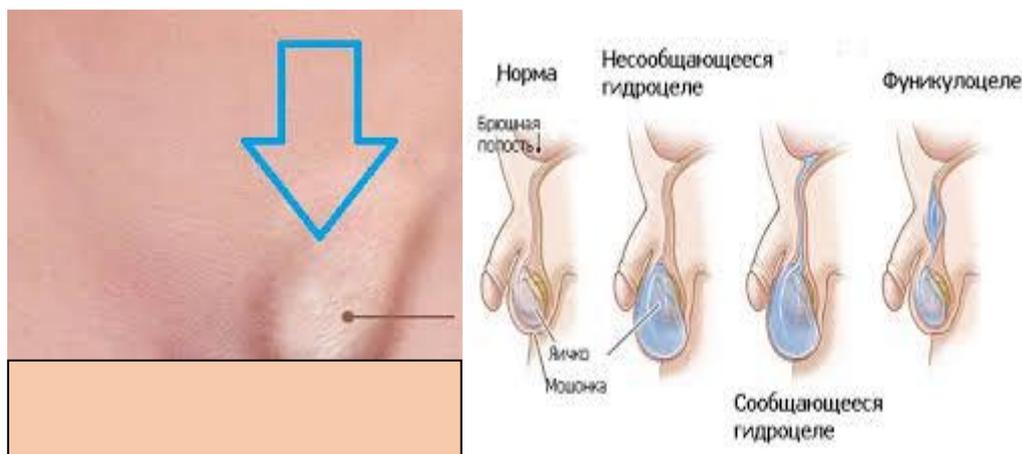


Рис 8.

Дифференциальную диагностику проводят и методом диафаноскопии.

Такая же картина может быть при орхите, эпидидимите. Однако, острый эпидидимит начинается с резкой боли в области яичка, отмечается иррадиация боли по ходу семенного канатика, озноб, лихорадка. При этом отсутствуют какие либо признаки непроходимости кишечника, хотя при высокой температуре может быть и рвота.

Водянка семенного канатика отличается от водянки яичка тем, что при первой патологии водяночная полость опорожняется по ночам и наполняется вновь при занятии больным вертикального положения.

Кроме того, паховые грыжи следует дифференцировать с расширением вен семенного канатика, которые бывают преимущественно слева, где семенная вена впадает под прямым углом в почечную вену. При осмотре можно увидеть идущие вдоль семенного канатика узлы переплетающихся между собой варикозно расширенных вен.

Дифференциация ущемленной пупочной грыжи с неправильной пупочной грыжей, умбилицитом, с метастазом опухоли желудка в пупок.

4. Предоперационная подготовка необходима больным, которые поступают в тяжелом состоянии в силу имеющейся сопутствующей патологии либо запущенности ущемления. Она должна быть максимально короткой (не превышать 2 часа) и должна быть направлена на коррекцию основных сдвигов в водно-электролитном и кислотно-щелочном равновесии организма больного. Следует отметить, что эта подготовка не спасает жизнь больному, и только неотложное оперативное устранение ущемления, как причина патологических сдвигов, позволяет больного оздоровить.

5. Оперативное лечение чаще всего выполняют под местной инфильтрационной анестезией, по А. А. Вишневскому, 0,25% раствором новокаина (после пробы). При необходимости выполнения лапаротомии необходима комбинированная сбалансированная анестезия с ИВЛ. Оперативное лечение при ущемлении грыж состоит из нескольких этапов:

- 1) Разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции;
- 2) Выделение грыжевого мешка;
- 3) Вскрытие мешка и осмотр содержимого;

4) Рассечение ущемляющего кольца и вправление содержимого в брюшную полость;

5) Прошивание шейки грыжевого мешка и отсечение его периферической части;

6) Пластика пахового канала.

Выделяют следующие **виды пластики**:

- фасциально-апоневротическую;

- мышечно-апоневротическую;

- с помощью дополнительных или синтетических материалов (аллопластика);

- комбинированную (свои и чужие ткани).

Нельзя, не вскрывая грыжевого мешка, рассекать ущемленное кольцо, так как содержимое ускользнет в брюшную полость и может стать причиной развития перитонита. Если в грыжевом мешке несколько петель, то их следует извлечь для ревизии, чтобы исключить ретроградное ущемление.

Оценка **жизнеспособности** кишки: восстановление нормального розового цвета; отсутствует странгуляционная борозда и темные пятна, просвечивающиеся через серозную оболочку; сохранена пульсация сосудов брыжейки; наличие перистальтики.

Признаками **нежизнеспособности** являются: темная окраска; тусклая серозная оболочка; дряблая, утолщенная стенка; отсутствие перистальтики; отсутствие пульсации сосудов брыжейки.

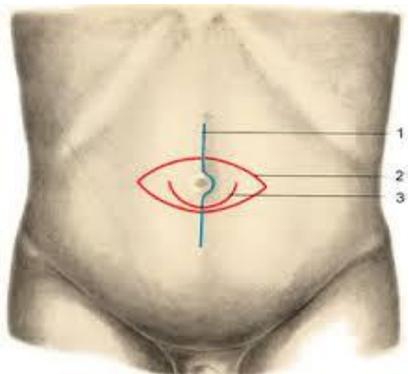


Рис 9.

Объем резекции кишки - от границы некроза не менее 30-40 см приводящего отдела кишки и 15-20 см отводящего отдела кишки.

При пристеночном ущемлении не следует прибегать к клиновидной резекции ущемленного участка, а необходимо выполнить резекцию кишечной трубки, отступая 10см. в обе стороны от границы ущемления и некроза.(рис 10).

Избежать ранения мочевого пузыря позволяют следующие признаки: близость околопузырной клетчатки, мясистость стенки, трабекулярное строение мышечной оболочки, диффузная кровоточивость при ее надсечении, позывы к мочеиспусканию, при натягивании стенки мочевого пузыря, отсутствие увеличения при натуживании больного. При случайном повреждении стенки мочевого пузыря ее ушивают двухрядным швом без захвата слизистой.



Рис 10

7. Послеоперационные осложнения у больных с ущемленной грыжей наблюдаются те же, что и у больных с ОКН: перитонит, некроз кишки, несостоятельность швов на месте кишечных анастомозов, межкишечный абсцесс, послеоперационная непроходимость, эвентрация, тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, инфаркт миокарда и др. В целях профилактики развития инфекционных осложнений необходима антибактериальная терапия. Следует тщательно предохранять ткани от излишней травматизации, добиваться минимального натяжения при пластике грыжевых ворот, проводить тщательный гемостаз.

8. Первоочередные задачи послеоперационного периода будут следующие:

- борьба с интоксикацией и обезвоживанием;
 - профилактика инфекционных осложнений;
 - восстановление функций ЖКТ;
 - профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
- Лапароскопическая герниопластика с выжесечением с использованием заднего подхода посредством лапароскопии. Почти все лапароскопические методы связаны с имплантацией синтетического сетевого протеза. Подход может быть чрезбрюшинным и внебрюшинным. К важным недостаткам лапароскопических операций относят их высокую стоимость, необходимость общей анестезии и дорогой аппаратуры.

Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки.

1. Классификация.

I. По этиологии:

1. Перфорация при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Перфорация при язве-раке (ulcus – tumor).
3. Перфорация при локальном нарушении кровообращения в стенке желудка (атеросклероз, гипертоническая болезнь).
4. Перфорация при поражении стенки паразитами.

II. По клиническому течению:

1. Типичная форма перфорации язв.
2. Атипичная форма перфорации язв.

III. По патологоанатомическим данным:

1. Перфорация острых язв.
2. Перфорация хронических язв.

IV. По топографо-анатомической локализации:

1. Перфорация язв желудка.
2. Перфорация язв двенадцатиперстной кишки (передней и задней стенки).

Для ПЯ характерны следующие 4 главных симптома:

- 1) Кинжальная боль в эпигастрии;
- 2) Язвенный анамнез;
- 3) Доскообразный живот;
- 4) Свободный газ в брюшной полости (симптомы Спигарного и Жобера).

Жалобы: внезапная резкая, постоянная боль в эпигастрии типа кинжальной (симптом Делафуа), часто иррадирующая в область лопатки или ключицы (симптом Электра), может отмечаться однократная рвота.

Анамнез. Язвенная болезнь чаще в период обострения. Если больной не обследовался ранее, можно выявить язвенный анамнез: боли в подложечной области после приема пищи, голодные ночные боли, изжога, симптом содалгии(прием соды для снятия текущей боли за грудиной), сезонность обострения боли (весной и осенью).

Объективно. В 1-ом периоде: вынужденное положение, чаще на правом боку с подведенными к животу ногами; бледность кожных покровов; страдальческое выражение лица; пульс в первые часы не учащен (симптом Грекова), возможна брадикардия; живот втянут, в дыхании не участвует; пальпаторно - резко болезнен в эпигастрии, резко напряжен (доскообразный живот) и отмечается положительный симптом **Щеткина-Блюмберга**; перкуторно – исчезновение печеночной тупости (симптом **Спигарного**).

Во 2-ом периоде: повышение температуры, появление тошноты и рвоты при интенсивности болей в животе. Объективно сохраняется резкая болезненность, мышечное напряжение и положительный симптом **Щеткина-Блюмберга** в эпигастрии; возникновение симптома **Де-Кервена** – появление боли, болезненности, мышечного напряжения и положительного симптома **Щеткина-Блюмберга** в правой подвздошной области; притупление перкуторного звука в отлогих местах живота (из-за перитонияльного экссудата) при перкуссии; ослабление кишечной перистальтики; при ректальном исследовании – резкая болезненность верхней стенки прямой кишки (вследствие воспаления брюшины дугласова пространства – симптом **Куленкампфа**, или крик **Дугласа**). При локализации ПЯ в области задней

стенки 12-перстной кишки можно выявить подкожную эмфизему в области пупка вследствие распространения газа по круглой связке печени (симптом **Вигиацио**).

В 3-м периоде: тяжелое состояние, признаки интоксикации и дегидратации – высокая температура, многократные рвоты, жажда, лицо Гиппократата, «язык, как щетка», снижение АД и значительная тахикардия; живот вздут, в дыхании не участвует, болезнен и напряжен во всех отделах с положительным симптомом Щеткина-Блюмберга; перкуторно – притупление в отлогих местах; определяется **аускультативная триада Гюстена** – выслушивание сердечных тонов, шума трения брюшины и «серебристого звона» в эпигастрии на фоне отсутствия кишечной перистальтики (**симптом мертвого живота или гробовой тишины**); резко положительный симптом Куленкамппфа при исследовании rectum.

Клиника и диагностика. Рентгенологически при обзорной рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости во всех периодах определяется положительный симптом **Жобера** – серповидная полоска свободного газа между правым куполом диафрагмы и печенью.

При атипичной форме ПЯ задней стенки желудка отсутствуют два главных симптома – «доскообразный живот» и спонтанного пневмоперитонеума (симптом **Жобера**). В связи с тем, что в начале заболевания содержимое желудка и воздух локализируются в сальниковой сумке (bursa omentalis), париетальная брюшина остается интактной и нет свободного воздуха в брюшной полости, клиническая картина напоминает клинику острого панкреатита (интенсивные боли в эпигастрии). Но при ПЯ больной указывает, что болеет язвенной болезнью, или у него можно обнаружить «язвенный анамнез». При остром панкреатите в анамнезе чаще всего или ЖКБ с приступами острого холецистита, или алкоголизм. Начало заболевания больной чаще всего связывает с нарушением диеты или значительным приемом алкоголя. Определяются положительные симптомы Гобье, Керте, Мейо-Робсона, в биохимическом анализе крови – повышение амилазы крови, которое не характерно для ПЯ.

Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет проведение и оценка пробы Хеннелта (пневмогастрографии), когда после введения воздуха в желудок при повторной рентгенографии брюшной полости в большинстве случаев появляется свободный воздух под правым куполом диафрагмы (симптом **Жобера**).



Рис 11. Перфорация язв желудка

При отрицательном результате пробы используют диагностическую лапароскопию (при возможности), которая, начиная со второй стадии ПЯ, обнаружит признаки банального (гнойного) перитонита с положительной пробой Неймарка (с йодом), а при остром панкреатите - геморрагический характер перитонеального экссудата с большим содержанием амилазы в нем, бляшки стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине.

Проба Хеннелта (пневмогастрография) применяется в целях диагностики при «атипичных» формах ПЯ желудка и 12перстной кишки, когда при обзорной рентгеноскопии брюшной полости при подозрении на ПЯ не определяется симптом спонтанного пневмоперитонеума (Жобера). Через толстый желудочный зонд в желудок вводят 1,5-2,0 л воздуха и через 15-20 мин повторяют рентгениследование, при котором в большинстве случаев появляется характерная серпообразная полоска свободного газа под правым куполом диафрагмы.

3. Дифференциальный диагноз проводится с острым холециститом, панкреатитом, кишечной непроходимостью, а также с абдоминальной формой инфаркта миокарда.

4. Лечение.

Больной в экстренном порядке должен быть госпитализирован в ургентное хирургическое отделение. В стационаре больной должен подвергнуться тщательному клиническому, рентгенологическому, эндоскопическому и лабораторному обследованию и после подтверждения диагноза ПЯ должна быть предпринята неотложная операция, т.к. последняя в настоящее время является основным методом лечения перфоративной язвы.

Оперативное лечение.

Применяют две группы оперативных вмешательств при ПЯ: 1) паллиативные операции, направленные на ликвидацию причины перитонита и санацию брюшной полости - ушивание перфоративного отверстия или его пластическое закрытие ножкой сальника, санация и дренирование брюшной полости; 2) радикальные операции, направленные не только на ликвидацию причины перитонита и санацию брюшной полости, но и на излечение больного

от язвенной болезни - первичная резекция желудка и органосохраняющие операции (иссечение ПЯ с гастро- или дуоденопластикой, сочетающееся с различными видами ваготомии и дренирующей желудок операцией по показаниям).

Среди паллиативных операций наибольшее распространение в нашей стране получил способ ушивания ПЯ М.М. Островского (1958), по методике которого язву ушивают в поперечном направлении по отношению к продольной оси пораженного органа двухрядными швами. Первый ряд швов накладывают через все слои стенки органа, второй - серозно-мышечный шов, с подвязыванием дополнительной прядью сальника на ножке.

Если имеется выраженная инфильтрация стенки желудка вокруг перфорированного отверстия или оно располагается в узком пре- или постпилорическом отделе применяется пластика закрытие перфорированного отверстия ножкой сальника по Оппелю-Поликарпову. (Рис 12)

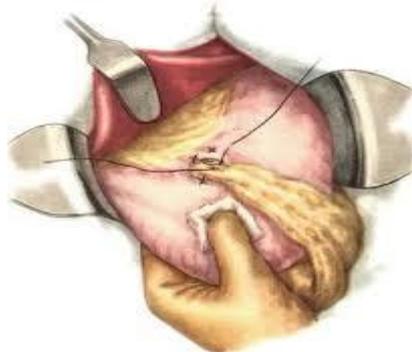


Рис 12. Метода ушивания по **Рис 13.** Лапароскопическое ушивание ПЯ Оппелю-Поликарпову

Д.П. Чухриенко (1958) сальник подшивает по окружности, И.И. Неймарк (1958) ушивал ПЯ однорядным швом из нерассасывающихся нитей и без захвата слизистой. Операцией выбора является иссечение ПЯ в пределах здоровых тканей с последующим надежным зашиванием образовавшегося дефекта двухрядными швами.

Важным этапом операции является тщательная санация брюшной полости, осушивание, многократное промывание растворами антисептиков, их аспирация и последующее дренирование. При наличии большого количества гнойного экссудата проводится лечение гнойного перитонита с лаважом, интубацией тонкого кишечника и дренированием брюшной полости по Петрову.

Последнее время ушивания перфоративной язвы позволяет успешно ее выполнить с помощью современных малоинвазивных методик. Один из способов это лапароскопическое ушивание прободного отверстия с последующей санацией брюшной полости. Однако при использовании данного метода нередко возникают проблемы, связанные с техникой операции и адекватной санацией брюшной полости. Тактические и технические ошибки, допущенные во время хирургического вмешательства, неизбежно приводят к

осложнениям как интраоперационным, так и в ближайшем послеоперационном периоде. (Рис 13).

Из радикальных операций, показанных в первой стадии заболевания при отсутствии разлитого перитонита, у лиц молодого и среднего возраста без тяжелой сопутствующей патологии, наиболее часто выполняется органосохраняющая операция иссечения ПЯ с пилоропластикой по Джаду-Хорсли в сочетании с одним из видов ваготомии (оптимально селективной проксимальной), также обязательна тщательная санация брюшной полости и адекватное дренирование.

Показаниями к первичной резекции желудка при ПЯ следующие: небольшой срок (не более 6 час.) от момента перфорации, отсутствие признаков общего перитонита, длительное течение язвенной болезни с начинающимся стенозированием привратника, состояние больного, позволяющее выполнить это травматическое вмешательство, достаточно высокая квалификация хирурга.

В настоящее время первичная резекция желудка в основном выполняется только при перфорации язвы желудка, а также при подозрении на малигнизацию язвы.

В нашей клинике операцией выбора является иссечение перфоративного отверстия и селективная проксимальная ваготомия (СПВ). Иссекается ПЯ в пределах здоровых тканей с зашиванием образовавшегося дефекта двухрядными швами. Первый ряд швов накладывается через все слои узелками внутрь, а второй – серозно-мышечный. После этого производится тщательная санация брюшной полости и выполняется СПВ или другой вид ваготомии (селективную или стволовую), в зависимости от тяжести состояния больного, его возраста и сопутствующей патологии, когда решающее значение имеет необходимость быстрее окончания операции.

Заканчивать операцию необходимо введением перчаточного дренажа, выведенного через отдельную контрапертуру в правом подреберье, по показаниям (при диффузном перитоните) и в правой подвздошной области.

Лечебные мероприятия в **послеоперационном периоде**, в первую очередь, должны быть направлены на борьбу с перитонитом и профилактику гнойно-воспалительных осложнений: антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия (форсированный диурез), коррекция белкового и электролитного состава крови и др.

Острая кишечная непроходимость.

1. Классификация острой кишечной непроходимости (ОКН) (А. А. Шалимов. 1977)

1. Динамическая (функциональная):

- а) спастическая;
- б) паралитическая.

2. Механическая:

- а) странгуляционная (заворот, узлообразование, внутреннее ущемление);
- б) обтурационная (обтурация опухолью, закупорка инородным телом, каловым или желчным камнем, клубком аскарид, копростаз);

в) смешанные формы странгуляционной и обтурационной непроходимости (инвагинация, спаечная непроходимость).

3. Сосудистая (инфаркт кишечника):

а) тромбоз брыжеечных вен;

б) тромбоз и эмболия артерий.

По происхождению: врожденная и приобретенная.

По течению: острая и хроническая.

По уровню: высокая и низкая, тонкокишечная и толстокишечная.

По характеру: частичная и полная.

По периодам ОКН (от момента заболевания):

а) ранняя (от 2 до 12 часов);

б) промежуточная (12-36 часов);

в) поздняя (после 36 часов).

По стадиям ОКН:

а) нервно-рефлекторная;

б) компенсации и органических изменений;

в) терминальная.



а



б

Рис 14. Узлообразная странгуляционная ОКН.

2. Особенности обследования больного с подозрением на ОКН.

2.1. Жалобы на боли в животе – локализации (схваткообразные или постоянные, периодически усиливающиеся), задержку газов и стула, вздутие живота, урчание кишечника, тошноты и рвоты (в поздних стадиях заболевания). Возможно выявление синдрома малых признаков (при опухолевом генезе ОКН) – жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, снижение аппетита, похудение в течение нескольких месяцев или года. Из анамнеза – наличие аналогичных приступов в прошлом, перенесенные хирургические вмешательства и травмы брюшной полости. Анамнез жизни – условия работы, профессиональные вредности, у женщин - гинекологический анамнез.

2.2. Общее состояние больного, как правило, от средней тяжести до крайне тяжелого. Возможен цианоз или бледность кожных покровов. Осмотр подкожной клетчатки, пальпация лимфатических узлов, щитовидной и грудных желез.

2.3. «Locus morbi». Осмотр живота следует проводить строго в горизонтальном

положении больного. Начинать его следует с обследования типичных мест грыжевых ворот для исключения наличия ущемленной грыжи. Важным диагностическим признаком является степень вздутия живота: как правило, чем ниже уровень ОКН, тем больше вздутие живота и тем позднее появляется рвота. Следует обратить внимание на конфигурацию живота, его асимметрию (локальное вздутие – с-м Валя с тимпанитом над ним при перкуссии – с-м Кивуля), наличие видимой перистальтики кишечника (с-м Шланге).

Пальпаторно необходимо выявить локализацию наибольшей болезненности: возможно выявление уплотнений (инвагинат, опухоль, инородное тело и др.); со 2-ой стадии заболевания может определяться «шум плеска» (с-м Складова); возможны напряжения мышц передней брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) при развитии перитонита. Обязательно пальцевое исследование прямой кишки, при котором определяется снижение тонуса наружного сфинктера прямой кишки, ее пустая и раздутая ампула (с-м Обуховской больницы), с-м Куленкампа. При ректальном и вагинальном бимануальном исследовании можно обнаружить патологические образования (опухоль, киста, инвагинат), служащие причиной ОКН.

При аускультации следует обратить внимание на усиление перистальтики кишечника в момент приступа схваткообразных болей, наличие кишечных шумов и, очень часто, проведение сердечных тонов на брюшную стенку (с-м Бейли). Методом перкуссии живота можно определить высокий тимпанит в окружности пупка, притупление в области локализации инвагината или опухоли, а также притупление в отлогих местах живота вследствие скопления выпота (при развитии перитонита); в стадии разлитого перитонита – отсутствие перистальтики - с-м «гробовой тишины» Лотгейзена.

Ведущий клинический синдром – боль в животе.

На основании полученных данных опроса и клинического физикального обследования больного можно установить предварительный клинический диагноз. Следует указать вид ОКН (динамическая, механическая - обтурационная, странгуляционная), её уровень (толстокишечная, тонкокишечная, высокая, низкая) и выяснить, является ли она острой, хронической или частичной.

4. Для уточнения предварительного диагноза необходимо провести **дополнительные методы исследования** и обратить внимание на данные:

1) Лабораторные (общий анализ крови и мочи, гематокрит, КЩС, электролиты, сахар, биохимию крови, коагулограмму) – характерны высокий лейкоцитоз и сгущение крови (за счет гиповолемического звена патогенеза), снижение белка.

2) Исследовать прямую кишку (пальцевое исследование) – обнаружение с-мов

Обуховской больницы, Куленкампа, опухоли;

3) Снять ЭКГ и провести консультацию терапевта;

4) Провести рентгениследование: обзорная рентгенография брюшной полости (при необходимости в динамике), для которой характерно наличие

уровней жидкости с газом над ними - чаши Клойбера (рис 15), расположение и форма которых позволит предположить уровень непроходимости – исследование проводят в вертикальном положении больного или в латеропозиции; в отдельных случаях рентгенисследование проводить с пероральным введением бария или водорастворимых контрастных веществ; при подозрении на низкую толстокишечную непроходимость - исследование контрастной клизмой;

5) произвести лапароскопию при подозрении на тромбоз мезентериальных сосудов.

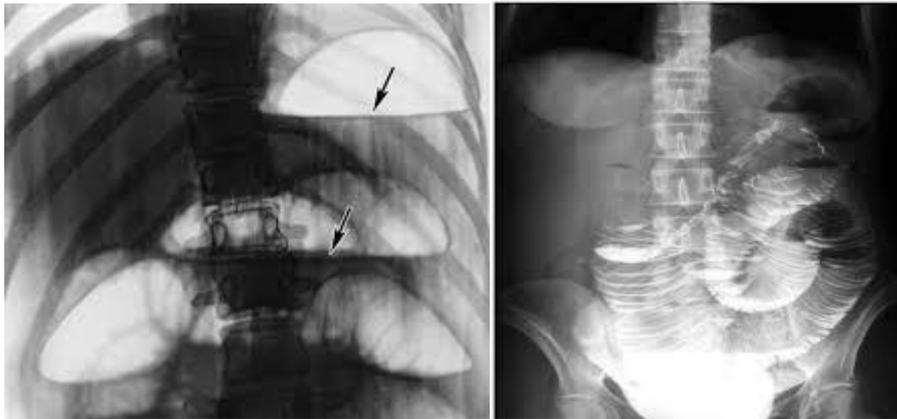


Рис 15. Рентгенологическое картина при ОКН.

3. Дифференциальную диагностику ОКН необходимо проводить со следующими острыми заболеваниями: острый аппендицит, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, острый холецистит, острый панкреатит, перитонит, перекрут кисты яичника, внематочная беременность, тромбоз мезентериальных сосудов, почечная колика, абдоминальная форма инфаркта миокарда.

4. Обоснование и формирование клинического диагноза:

- 1) Основной – рак сигмовидной кишки T₃NxM₀, острая частичная обтурационная кишечная непроходимость;
- 2) Осложнения – наличие перитонита;
- 3) Сопутствующая патология (если она есть).

5. Лечение.

При выборе лечебной тактики необходимо помнить о том, что «чем больше больной живет до операции, тем меньше он живет после операции». При функциональной кишечной непроходимости следует проводить консервативную терапию в условиях хирургического стационара, которая как правило жаетположительный эффект.

При установленном диагнозе механической кишечной непроходимости (но только при отсутствии симптомов перитонита и нарушений гемодинамики, т.е. в первой стадии ОКН) допускается проведение «пробной» консервативной терапии в течение до 3-х часов, направленной на ликвидацию непроходимости, дезинтоксикацию и коррекцию нарушенного гомеостаза.

Она включает: 1) Проведение стока из желудка; 2) Одним из важнейших мероприятий является правильно проведенная сифонная клизма, об

эффективности которой свидетельствуют прекращение схваткообразных болей в животе, уменьшение его вздутия, отхождение большого количества газов и кала; 3) Производство двусторонней паранефральной новокаиновой блокады (при переносимости больным новокаина);

4) Введение для стимуляции перистальтики кишечника прозерина в/м, гипертонического раствора хлористого натрия в/в; 5) Проведение инфузионной дезинтоксикационной и коррегирующей терапии;

6) Симптоматическая терапия. Разрешается повторение сифонной клизмы (при первичной ее неэффективности) и введение прозерина.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии (остаются клинические проявления или они нарастают) – показано срочное по жизненным показаниям оперативное вмешательство.

При неясности диагноза врач в течение 2-х часов проводит дифференциальную диагностику и «пробную» консервативную терапию. В случае неуспеха показано оперативное лечение, а проводимую терапию расценивают, как предоперационную подготовку. Операцию выполняют под эндотрахеальным наркозом путем срединной лапаротомии.

Следует знать, что объем оперативного вмешательства определяется выявленной патологией, жизнеспособностью кишечника, тяжестью состояния больного.

Варианты операций: разъединение спаек, вызвавших непроходимость; дезинвагинация; устранение заворота и узлообразования; при опухолевом генезе ОКН – двухмоментная радикальная операция при операбельности опухоли (операция Гартмана при раке сигмы, право- или левосторонняя гемиколэктомия), при неоперабельности – паллиативные операции (наложение одно- или двухствольной по Майдлю колостомы, обходные анастомозы, возможна паллиативная резекция кишечника по показаниям).

При нежизнеспособности кишечника необходимо произвести его резекцию в пределах здоровых тканей на протяжении 45-50 см в приводящем и до 30 см в отводящем направлении. Необходима назогастральная интубация кишечника. Декомпрессия толстого кишечника проводится трансанально. Анастомоз может укрываться забрюшинно. Количество дренажей брюшной полости зависит от выраженности перитонеальных явлений.

В послеоперационном периоде – дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, коррекция водно-электролитных расстройств и кислотно-щелочного состояния, белкового обмена, профилактика осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Отдельные формы механической кишечной непроходимости кишечника.

Заворот кишечника представляет собой перекручивание какого-либо его отрезка на 180-360 градусов и более, вместе с брыжейкой, вокруг оси, идущей от основания брыжейки к длиннику соответствующего участка кишечника. Частота заворота тонкой кишки составляет около 5%. В ранние

сроки заболевания операция состоит в расправлении заворота. При явном некрозе кишки показана резекция кишки.

Узлообразование кишечника – завязывание одной петли кишки вокруг другой со сдавлением их брыжейки и нарушением кровообращения в обеих петлях. Самый ответственный этап операции - развязывание узла, которое легко выполняется только в первые часы заболевания. Если узлы неразвязываемые – выполняют резекцию.

Инвагинация – внедрение какого-либо отрезка в просвет соседнего участка кишки. Частота около 15%. Лечебная тактика – дезинвагинация путем выдаивания. При наличии нежизнеспособной кишки выполняется резекция кишки с наложением анастомоза конец в конец.

Под **спаечной болезнью** понимают заболевание, которое развивается в результате спаечного процесса в брюшной полости после оперативных вмешательств. Лечебная тактика – разъединение спаек. При нежизнеспособности кишки показана ее резекция.

Внутренние ущемленные грыжи также являются причиной возникновения непроходимости кишечника. Точный диагноз до операции невозможен, за исключением диафрагмальных грыж. Клинически проявляются картиной странгуляционной непроходимости соответствующего участка кишечника. Лечение оперативное.

Тромбоз брыжеечных сосудов (в основном у лиц пожилого и старческого возраста) имеет много общего с механической непроходимостью кишечника. Сразу появляется сильная боль и рвота, отмечается нестойкая задержка стула и газов, вздутие живота, выражены признаки интоксикации. Однако, в отличие от механической непроходимости кишечника, перистальтика отсутствует, после клизмы, а иногда самостоятельно, бывает кровянистый понос. При пальпации обнаруживается умеренное напряжение мышц брюшной стенки, а в некоторых случаях – опухолевидное образование с неясными границами. Диагностика затруднена. При лапароскопии – геморрагический характер перитонеального экссудата и некротизированный участок кишечника.

Пищевая токсикоинфекция обычно сопровождается схваткообразной болью, рвотой, частым водянистым стулом, приносящим облегчение больному. Обычно после этого, в отличие от ОКН, боль значительно уменьшается. Метеоризм и усиленная перистальтика при пищевой токсикоинфекции обычно отсутствуют. Никогда не бывает мышечного напряжения передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины.

Острый холецистит.

1. Классификация.

Классификации острого холецистита довольно многочисленны. Для практического применения подходящей является классификация Б.А. Королева, Д.Л. Пиковского (1971):

- I. Острый холецистит:
 1. Катаральный.
 2. Флегмонозный.
 3. Гангренозный.

4. Перфоративный.

II. Острый обтурационный холецистит.

III. Острый холецистопанкреатит.

В классификации, приведенной ниже, используемой в нашей клинике, перечислены все состояния, характерные для острого холецистита, как калькулезного, так и бескаменного (В.Т. Зайцев. 1979).

Желчнокаменная болезнь

Острая форма Хроническая форма

I стадия

Острый холецистит

Хронический холецистит

Катаральный Первичнохронический

Флегмонозный Рецидивирующий

Гангренозный Осложненный

Перфоративный (водянка, эмпиема, склероз)

II стадия

Острый холецистит с явлениями Холедохолитиаз

механической желтухи Хроническийсклерозирующий

Острый холангит холангит

III стадия

Холангитические абсцессы

Хронический гепатит Печени

Хронический холецистопанкреатит

Острый холангиогепатитБилиарный цирроз печени

Острый холангиолит

Острый холецистопанкреатит

Билиодигестивные свищи

2. Особенности обследования больного с подозрением на острый холецистит.

Острый холецистит чаще начинается, как обострение хронического, иногда на фоне кажущегося благополучия.

Печеночная колика возникает внезапно, чаще ночью, проявляется резкими схваткообразными болями в правом подреберье, с иррадиацией в правое плечо, лопатку, поясницу, правую половину шеи. Боль сопровождается тошнотой, рвотой, не приносящей облегчение. Болевой симптом продолжительный (до двух недель). Интенсивность болей со временем снижается, они становятся постоянными, появляется тяжесть в эпигастральной области, озноб, повышение температуры тела до 38 °С и более, выраженная слабость, сухость, горечь во рту. Приступ холецистита провоцируется, как правило, погрешностью в диете, физической или эмоциональной нагрузкой.

1.Тщательное изучение **анамнеза** заболевания имеет первостепенное значение для правильной диагностики. В анамнез следует включать данные о начале заболевания, основных симптомах течения заболевания и лечебных мероприятиях на догоспитальном этапе. Для правильной оценки состояния больного необходимо выделить перенесенные ранее и сопутствующие

заболевания. У женщин тщательно собрать гинекологический анамнез. У многих прослеживается семейный анамнез. Возможны указания на имеющуюся ранее желтуху, иногда повторную, на обнаруженные ранее конкременты в желчном пузыре.

2. Внешний вид больного имеет большое значение. Беспокойное поведение характерно для печеночной колики, бледность кожных покровов, страдальческое выражение лица, желтушность кожных покровов и склер – для осложненных форм ЖКБ, повышенная температура до 38,5 °С - для приступов острого холецистопанкреатита. При осмотре живота обращают внимание на его форму, участие в акте дыхания, кожные покровы, наличие вздутия живота, определение подвижности передней брюшной стенки.

При пальпации определяют локализацию боли. Проводить ее надо сначала поверхностно, затем исследовать все отделы живота, определить напряжение мышц – в правом подреберье (при остром холецистите). Распространенное напряжение мышц возникает в дальнейшем в связи с прогрессированием заболевания и развитием перитонита. Перкуссия позволяет установить наличие пневоперитониума, метеоризма, крови и желудочно-кишечного содержимого.

Аускультативно в начале заболевания прослушиваются усиленные перистальтические шумы, но по мере прогрессирования воспалительного процесса и развития в стенке желчного пузыря деструктивных изменений уровень перистальтических шумов падает.

Патогномоничные симптомы, характерные для острого холецистита: Керра, Захарьина, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Ляховицкого, Грекова-Ортнера, Щеткина-Блюмберга.

Ведущий клинический синдром – боль в животе.

3. Дополнительные методы исследования. Проводят обзорный снимок органов брюшной полости, клинический анализ крови (увеличивается СОЭ, имеется лейкоцитоз нейтрофильный со сдвигом влево; на фоне интоксикации возможна лейкопения с лимфоцитопенией и нейтрофилезом со сдвигом влево), клинический анализ мочи, биохимическое исследование крови (содержание общего белка, общего билирубина и его фракций, щелочная фосфатаза, амилаза, трансаминазы, тимоловая проба). Полученные результаты рассматриваются в комплексе с клиническими данными.

Основным исследованием, позволяющим выявить характер патологического процесса в желчевыводящих путях, является УЗИ, при котором уточняют размеры желчного пузыря, толщину его стенки, наличие конкрементов. Как правило, всего этого достаточно для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики хирурга (**Рис 16**).



Рис 16.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с обострением язвенной болезни, с перфоративной язвой 12-перстной кишки, с острым панкреатитом, с острой кишечной непроходимостью, острым аппендицитом, правосторонней почечной коликой и плевропневмонией.

4.Обоснование и формулировка клинического диагноза больного.

- 1.Основной диагноз– ЖКБ – I ст., острый флегмонозный холецистит.
2. Осложнения (если есть).
3. Сопутствующий (если есть).

5. Лечение.

Применяется лечебная тактика по Петрову - пробная консервативная терапия в течение 48 часов при отсутствии у больного перитонита.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству являются:

- 1) Отсутствие положительного эффекта от пробной консервативной терапии;
- 2) Острый холецистит с признаками перитонита;
- 3) Острый холецистит, осложненный холангитом, панкреатитом, механической желтухой, печеночной недостаточностью;
- 4) Деструктивная форма воспалительного процесса желчного пузыря;
- 5) Прогрессирование осложнений.

Обезболивание при операции на желчных путях – эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

Операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) (рис 17). Операция ЛХЭ состоит из трех этапов:

1. Оперативный доступ (введение инструментов в брюшную полость);
2. Наложение пневмоперитонеума, непосредственно выдаление желчного пузыря и спаек или инфильтрата, идентификация, клипирование и переселение желчного протока и пузырной артерии, отделение желчного пузыря от печени;

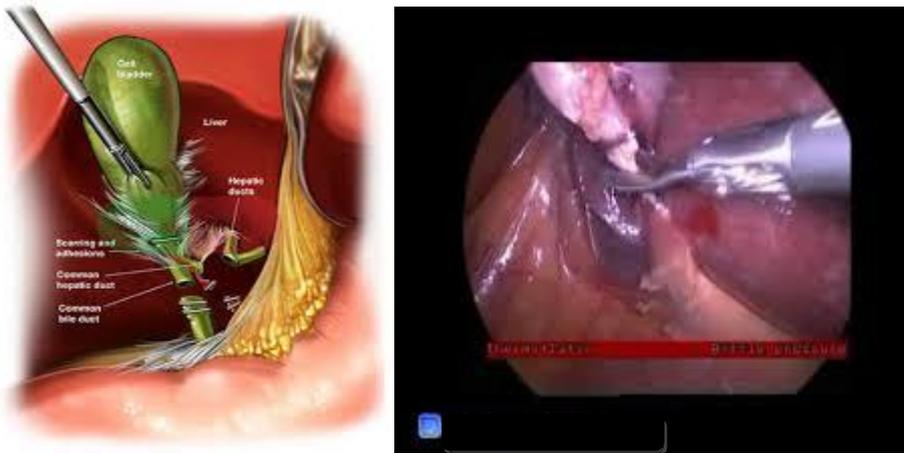


Рис 17.Лапароскопическаяхолецистэктомия.

3. Извлечение желчного пузыря из брюшной полости.

В нашей клинике разработана следующая **классификация осложнений ЛХЭ.**

I.Интраоперационные:

1. Эмфизема передней брюшной стенки, сальника;
2. Кровотечение из артерий пузыря, его ложа, сальника;
3. Повреждение стенки желчного пузыря;
4. Повреждение протоков системы;
5. Повреждение диафрагмы.

II.Ранние послеоперационные осложнения (3-4 сутки после операции):

1. Истечение желчи (ложе, культя протока, повреждение протоков);
2. Кровотечение из ложа.

III. Поздние послеоперационные осложнения (5-10 сутки):

1. Наружный желчный свищ;
2. Посттравматическая стриктура холедоха;
3. Резидуальныйхоледохолитиаз;
4. Длительный парез кишечника;
5. Нагноение или инфильтрат околопупочной раны;
6. Симптомы осложненногокарбоксеритонеума;
7. Послеоперационная грыжа.

В тех случаях, когда деструктивный желчный пузырь сопровождается явлениями перихолецистита, большим количеством выпота, дренирование проводится из трех точек (поддиафрагмальное пространство, подпеченочное, правой подвздошной области).

При широкомхоледохе, механической желтухе операцию необходимо заканчивать дренированием холедоха по Холстеду лапароскопически.

У больных с осложненными формами ЖКБ первым этапом лечения является эндоскопическаяпапиллосфинктеротомия, при которой устраняют стенозирующийпапиллит, холедохолитиаз, желтуху, холангит.

Послеоперационный период. Лечебные мероприятия в первые трое суток после операции направлены на восстановление энергетических затрат брюшины, поддержки гемодинамики, адекватной вентиляции легких, восполнение белков, снижение болей, борьбу с микрофлорой, коррекцию водно-электролитного баланса, антиферментную терапию. Одним словом, проводится такая же интенсивная консервативная терапия, как и до операции. Обязательное назначение антикоагулянтов, особенно у лиц пожилого возраста. Удаление дренажей проводят через 1-3 суток, снятие швов – на 6-7 сутки после операции. Перистальтика восстанавливается через сутки - двое.

Острый панкреатит

Острый панкреатит (ОП) – ферментативное поражение поджелудочной железы (ПЖ). Этот процесс носит аутокаталитический характер и зачастую заканчивается аутолизом и некрозом органа. ОП представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и присоединением вторичной гнойной инфекции. Частота развития ОП в Украине составляет 102 на 100 тыс. населения. Летальность при ОП: 7-15% - общая, 30-40 % - при деструктивных формах.(Рис 18).

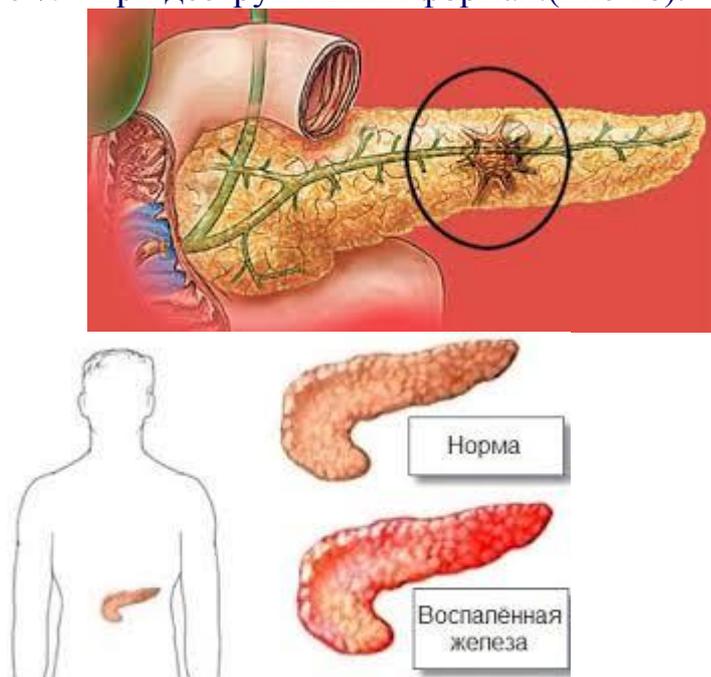


Рис 18. Острый панкреатит

1. Классификация острых панкреатитов по А.А. Шалимову (1970).

1. Острый интерстициальный панкреатит (отек).
2. Острый геморрагический панкреатит.
3. Острый панкреонекроз (геморрагический и жировой).
4. Острый гнойный панкреатит.
5. Острый холецистопанкреатит.

Классификация острых панкреатитов по А.А. Шалимову (1990).

1. По морфологическим изменениям: отечный панкреатит (серозный, серозно-геморрагический); некротический панкреатит (панкреонекроз) –

геморрагический, жировой, смешанный (каждый из них - мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный); гнойный панкреатит: первично гнойный, вторично гнойный и обострение хронического гнойного панкреатита.

2. По степени тяжести: легкая степень, средней тяжести, тяжелая и крайне тяжелая.

3. По клиническому течению: регрессирующий, прогрессирующий и рецидивирующий.

4. По наличию осложнений: местные осложнения, внутрибрюшные осложнения, внебрюшные осложнения.

В настоящее время во всем мире получила признание классификация ОП, предложенная **H.G.Beger** (1991) и признанная участниками **международного симпозиума по ОП в Атланте** (1992):

1. Интерстициальный (отечный) панкреатит.

2. Панкреонекроз:

- Неинфицированный;
- Инфицированный.

3. Абсцесс ПЖ.

4. Ложная киста ПЖ.

2. Особенности обследования больного с ОП (план практической подготовки студента на практическом занятии).

2.1. При опросе больного:

Жалобы.

- интенсивная боль в эпигастральной области и правом подреберье, иногда опоясывающего характера, иррадиирующая в спину, поясничную область;

- тошнота;

- повторная рвота (при тяжелом течении – многократная, не приносящая облегчение);

- вздутие живота.

В анамнезе связь заболевания с погрешностями в диете (жирная, жареная, острая пища), прием алкоголя, травма в проекции поджелудочной железы, желчнокаменная болезнь.

2.2. Клиническое физикальное обследование (характерные особенности при данном заболевании):

Клинические проявления в зависимости от тяжести течения и длительности с момента заболевания:

- общее тяжелое состояние, страдальческое выражение лица, больной стонет от боли;

- бледность кожных покровов, при тяжелом течении отмечаются положительные «кожные» симптомы: Кулена – желтушность кожи в области пупка, Холстеда – цианоз кожи живота, Грея-Турнера – цианоз боковых стенок живота, Мондора – фиолетовые пятна на коже лица и туловища; может отмечаться желтушность кожи и склер;

- тахипноэ;

- тахикардия, снижение АД;

2.3.«Locus morbi». Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, причем, в начале заболевания только в его верхней части – с-м Гобье (за счет пареза поперечно-ободочной кишки), а затем – весь равномерно; в начале заболевания мягкий, выражено болезненный в эпигастрии, в левом подреберье и правом без симптомов раздражения брюшины.

Положительные патогномоничные симптомы: Керте, Воскресенского, Кача, Мейо-Робсона.

При перкуссии - выраженный тимпанит в верхних отделах живота, при аускультации –ослабленная кишечная перистальтика.

При прогрессировании заболевания – нарастание интоксикации с нарушением гемодинамики (тахикардия, гипотония), появление напряжения мышц живота и положительных симптомов раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Куленкампа), притупление перкуторного звука в отлогих местах живота за счет развития перитонита, возможно развитие реактивного левостороннего экссудативного плеврита.

При тяжелом течении возможно нарушение психики интоксикационного характера (возбуждение, психоз, делирий).

Согласно стандартным схемам план дополнительного обследования (лабораторного и инструментального) больного с ОП.

Базовая диагностика тяжелого ОП включает:

- измерение АД, ЧСС, температуру и диуреза с периодичностью 1-4 часа;
- рентген грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости;
- КТ брюшной полости с контрастным усилением или МРТ (при необходимости);
- клинический и биохимический анализы крови, определение уровня электролитов сыворотки крови, активности печеночных ферментов и ферментов ПЖ.

Также применяются лапароскопия и лапароцентез.

В сомнительном случае при диагностике ОП необходимо широкое использование КТ с контрастным усилением.

Диагностические критерии тяжелого ОП:

- клиническая картина;
- повышение уровня амилазы сыворотки крови или диастазы мочи;
- температура выше 38 °С;
- ЧСС более 90 уд/мин;
- лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$ или менее $4 \times 10^9/\text{л}$;
- ЧДД более 20/мин или PCO менее 4,3 кПа;
- данные УЗИ; в сомнительных случаях проводится КТ с контрастным усилением.

Критерии Глазго (Imrie) – упрощенные критерии Ranson: присутствие трех и более критериев в течение 48 ч после начала приступа свидетельствует о наличии тяжелого панкреатита.

Критерии Глазго:

Ht > 47 %; альбумин < 32 г/л; азот сыворотки крови > 10 ммоль/л; кальций < 2 ммоль/л; лейкоцитоз > $16 \times 10^9/\text{л}$; лактатдегидрогеназа > 600 ммоль/л; АСТ, АЛТ > 100 мкг; сахар > 10 ммоль/л; мочевины крови > 16 ммоль.

Важным прогностическим фактором является также уровень СРБ: его уровень в плазме крови выше 150 мг/л свидетельствует о наличии тяжелого панкреатита.

В 1990 г. введена модифицированная система **КТ-индекс тяжести ОП (CTSI)**, которая комбинирует измерение объема некроза ПЖ и оригинальную КТ-систему (включает подсчет перипанкреатического воспаления и жидкостных образований).

У пациентов с билиарным панкреатитом показана уточняющая диагностика – УЗИ и эндоскопическая холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Дифференциальный диагноз ОП необходимо проводить с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, ОКН, деструктивным холециститом, ОА, тромбозом мезентеральных сосудов, инфарктом миокарда, пищевой интоксикацией и др. Путем логического размышления следует выявить общие признаки для этих заболеваний и ОП, и признаки, исключающие данные заболевания, но патогномоничные для ОП.

Клинический диагноз.

1. Основной – острый геморрагический панкреатит.
2. Осложнения (если они есть).
3. Сопутствующая патология (если она есть).

Лечение острого панкреатита.

При интерстициальном, геморрагическом (без явлений перитонита) панкреатите и не угрожающем жизни больного ограниченном панкреонекрозе следует проводить комплекс консервативных мероприятий:

- 1) Ингибиторы протонной помпы (ИПП), контрлок и др.;
- 2) Статины - соматостатин (сандостатин);
- 3) Применение антипротеаз - контрикал, проксилан и др.;
- 4) Препараты группы НПВП: парацетамол, ксефокам, кетанов и др.;
- 5) Антибиотикотерапия: тиенам, меронем, фторхинолоны (авелокс, локсоф, цифран);
- 6) Детоксикационная терапия.

Пациенты с тяжелым панкреатитом должны проходить лечение в условиях реанимационного отделения. Им должны проводиться:

- мониторинг АД и ЦДВ;
- интубация (при необходимости);
- терапия инотропными препаратами для поддержания сердечного выброса;
- адекватная инфузионная терапия;
- гемофильтрация или гемодиализ при ОПН;
- энтеральное зондовое питание, возможно дополненное парентеральным введением препаратов.

При выявлении инфицированного панкреонекроза показано оперативное лечение – удаление некротизированной панкреатической ткани.

Показания:

- инфицированный панкреонекроз;
- обширный стерильный панкреонекроз с отсутствием положительной динамики в течение 2 недель после начала адекватного лечения.

Методы хирургического лечения панкреонекроза:

- открытая панкреэктомия с дренированием сальниковой сумки;
- программированные релапаротомии или лапоростомия – оставление брюшной полости открытой;
- миниинвазивная панкреэктомия с видеоскопическим ретроперитонеальным доступом;
- лапароскопическое дренирование брюшной полости (фланков и сальниковой сумки).

Отдаленные последствия панкреонекроза: псевдокисты; экзокринная недостаточность; сахарный диабет; стриктуры желчевыводящих путей; развитие хронического панкреатита (фиброз, кальциноз, поликистоз).

Осложнения ОП:

1. Перипанкретический инфильтрат.
2. Гнойный парапанкреатит.
3. Ферментативный (абактериальный) перитонит.
4. Гнойный перитонит.
5. Абсцесс сальниковой сумки.
6. Абсцессы брюшной полости.
7. Флегмоны забрюшинной клетчатки.
8. Псевдокисты ПЖ.
9. Механическая желтуха.
10. Внутренние и наружные свищи
11. Стенозы ЖКТ.
12. Торакальные гнойные осложнения.
13. Гнойный медиастинит.
14. Сепсис.
15. Аррозивные кровотечения

Литературы:

1. Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов. М; Профиль 2009: 64.

2. Перитонит: Практическое руководство. Под ред. Савельева В.С., Гельфонда Б.Р., М: Литера 2006; 205.

3. Стручков Ю.В., Горбачева И.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита хирургия 2007; 7; 12-15.

4. Томнюк Н.Д., Рябков И.Л., Давыдов Е.И. Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии иранские повторные операции. Успехи сов. Естествознания. 2008: №2, 32-35.

Электронные литературы:

5. Хирургические болезни (Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко, учеб. С компакт-диск в 2-х томах, -М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)

6. Бойко В.В., Криворучко И.А., В.Н. Лесовой, Замятин П.Н., В.П. Полевой, Ю.С. Парашук, Н.Н. Березка, С.Н. Тесленко. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.- Харьков-Черновцы, 2009. - 514 с.

Интернетсайты:

www.sammi.uz

www.med.uz

www.surgery.com

www.medeffect.ru